介護老人福祉施設の手引き

令和８（２０２６年）６月

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課

目　次

特別養護老人ホーム入所取扱指針について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７
人員に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８
設備に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１８
運営に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２２
報酬に関する基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５０

単位数表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５１
居住費・食費の適正な徴収について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５２
加算の留意点、入所日数の数え方、入所者の診療報酬　・・・　５５
夜勤職員基準未満の減算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５７
定員超過利用の減算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５９
人員基準欠如の減算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６０
ユニットケアにおける体制が未整備である場合の減算　・・・　６１
身体拘束廃止未実施減算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６２
安全管理体制未実施減算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６３
高齢者虐待防止措置未実施減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６４
業務継続計画未策定減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６５
栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算・・・　６７
日常生活継続支援加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６７
看護体制加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７３
夜勤職員配置加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７７
準ユニットケア加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８３
生活機能向上連携加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８４
個別機能訓練加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８６
ＡＤＬ維持等加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９１
若年性認知症入所者受入加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９５
専従常勤医師配置加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９６
精神科を担当する医師に係る加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９６
障害者生活支援体制加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９６
外泊時費用　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９７
外泊時在宅サービス利用の費用　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９８
初期加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９９
退所時栄養情報連携加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９９
再入所時栄養連携加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１００
退所時等相談援助加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１０２
協力医療機関連携加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１０５
栄養マネジメント強化加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１０８
経口移行加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１２
経口維持加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１３
口腔衛生管理加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１６
療養食加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１９
特別通院送迎加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２１
配置医師緊急時対応加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２２
看取り介護加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２３
在宅復帰支援機能加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２５
在宅・入所相互利用加算　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２６

認知症専門ケア加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２７
認知症チームケア推進加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３３
認知症行動・心理症状緊急対応加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３９
褥瘡マネジメント加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １４０
排せつ支援加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １４５
自立支援促進加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １５１
科学的介護推進体制加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １５７
安全対策体制加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６０
高齢者施設等感染対策向上加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６１
新興感染症等施設療養費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６５
生産性向上推進体制加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６６
サービス提供体制強化加算 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６８
介護職員等処遇改善加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １７３

【参考】介護給付費単位数の算定構造

介護老人福祉施設とは

老人福祉法に基づく特別養護老人ホーム(入所定員が 30 人以上に限る。)に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて「介護福祉施設サービス」を行うことを目的とする施設をいいます。

「介護福祉施設サービス」とは、入所する要介護者に対して、

①入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活の世話
②機能訓練
③健康管理
④療養上の世話　を行うものです。

これらのサービスは、施設に常勤する介護支援専門員が作成した施設サービス計画に基づき行われます。

入所対象者は、身体上または精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者です。施設では、可能な限り在宅の生活への復帰を念頭にサービスを提供し、在宅での日常生活が可能となったら、本人や家族の希望、退所後の環境等をふまえて、円滑な退所のための援助を行います。

（介護保険法）

第８条第２７項

この法律において「介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が30人以上であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

（老人福祉法）

第２０条の５

特別養護老人ホームは、第11条第1項第2号の措置に係る者又は介護保険法の規定による地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護福祉施設サービスに係る施設介護サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者を入所させ、養護することを目的とする施設とする。

※指定基準は、平成２５年度から熊本市の条例で定められましたが、「介護報酬の解釈（社会保険研究所出版）」（通称：赤本）で内容の確認ができるよう、本冊子においては基準省令の条項で記載しています。

介護老人福祉施設の基準

第８７条

　指定介護老人福祉施設の開設者は、次条第２項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定介護福祉施設サービスを提供するとともに、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定介護福祉施設サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

２　指定介護老人福祉施設の開設者は、指定介護福祉施設サービスを受けようとする被保険者から提示された被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、当該被保険者に当該指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

第８８条

　指定介護老人福祉施設は、都道府県の条例で定める員数の介護支援専門員その他の指定介護福祉施設サービスに従事する従業者を有しなければならない。

２　前項に規定するもののほか、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

３　都道府県が前２項の条例を定めるに当たっては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

一　指定介護福祉施設サービスに従事する従業者及びその員数

二　指定介護老人福祉施設に係る居室の床面積

三　指定介護老人福祉施設の運営に関する事項であって、入所する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

４　厚生労働大臣は、前項に規定する厚生労働省令で定める基準（指定介護福祉施設サービスの取扱いに関する部分に限る。）を定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

５　指定介護老人福祉施設の開設者は、第９１条の規定による指定の辞退をするときは、同条に規定する予告期間の開始日の前日に当該指定介護福祉施設サービスを受けていた者であって、当該指定の辞退の日以後においても引き続き当該指定介護福祉施設サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な居宅サービス等が継続的に提供されるよう、他の指定介護老人福祉施設の開設者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

６　指定介護老人福祉施設の開設者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

「熊本県特別養護老人ホーム入所取扱指針」について

平成２７年４月１日以降、施設への入所が原則要介護３以上の方に限定される一方で、やむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難な要介護１又は２の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められています。

これらの運用に当たっては、透明性及び公平性が求められるとともに、特例入所の運用については、市町村による適切な関与が求められています。

こうした観点から、「熊本県特別養護老人ホーム入所取扱指針」を平成２７年４月１日に改正し運用しているところです。

各施設は「熊本県特別養護老人ホーム入所取扱指針」の内容に則した入所指針を定める必要があります。また、この指針に基づいて、入所検討委員会を開催し、円滑な入所を実施する必要があります。

入所指針の概要

- ○ 入所対象者は、要介護３以上の者及びやむを得ない事由がある要介護１又は２の者（特例入所）。
- ○ 特例入所希望者の入所申込書には、やむを得ない事由を記載すること。
- ○ 特例入所希望者からの入所申込を受理した場合は、保険者市町村に報告すること。
- ○ 特例入所希望者の入所要件該当の判定に際し、やむを得ない事由があることを考慮すること。
- ○ 特例入所の要件の判定に際しては、保険者市町村に意見を求めること。
- ○ 特例入所の要件該当判定結果について、特例入所希望者又はその家族に通知すること。
- ○ 入所判定名簿等に登載されている者に係る入所判定に必要な情報は、１年に１回以上更新すること。
- **○ 毎年７月１日時点の入所判定名簿等の状況について、保険者市町村に報告すること。**

※国指針の一部改正（平成29年3月29日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）に伴い「熊本県特別養護老人ホーム入所取扱指針」の一部改正を行いました。　《新旧対照表》

（旧）	（新）
３(1) 入所申込み ③　特例入所希望者は、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、そのやむを得ない事由を入所申込書に記載のうえ、申し込むものとする。	３(1) 入所申込み ③　特例入所希望者は、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、そのやむを得ない事由を入所申込書に記載のうえ、申し込むものとする。なお、特例入所希望者から特例入所の要件に該当している旨の申立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いは認めないこととする（特例入所の要件に該当している旨の申立てがない者からの入所申込みに関する取扱いについては、各施設に委ねる。）。

改正後全文については、熊本県及び熊本市のホームページに掲載しています。今後とも、指針に基づき適正に運用していただくようお願いします。

「熊本県特別養護老人ホーム入所取扱指針」は、以下のＨＰに掲載しています。

熊本県ホームページ：ホーム＞組織で探す＞健康福祉部＞高齢者支援課＞熊本県特別養護老人ホーム入所取扱方針（ページ番号：0003190）

◆ 人員に関する基準

従業者は専ら当該施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

医　　師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	常勤、入所者の数が100又はその端数を増すごとに１以上 生活相談員は、「社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者（①）又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者（②）でなければならない。 なお、職員の配置に当たっては、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有する者をもって充てるよう、特に配慮すること。 【資格要件】 ①「**社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者**」 **→　社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士** **令和3年7月1日から、県・市において、以下の資格要件を追加** **②「又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者」として、「介護支援専門員」、「介護福祉士（※）」を追加。** **※）なお、介護福祉士については、当該資格取得の前後において３年以上の実務経験を有する者をもって充てること。**
介護職員又は看護職員 （看護職員；看護師若しくは准看護師）	①介護職員及び看護職員の総数　； 常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上 ②看護職員の数　； ・入所者の数が30以下：常勤換算方法で、１以上 ・入所者の数が30超50以下：常勤換算方法で、２以上 ・入所者の数が50超130以下：常勤換算方法で、３以上 ・入所者の数が130超：常勤換算方法で３＋(入所者50増毎に１)以上 ③看護職員のうち、１人以上は常勤
栄養士又は管理栄養士	１以上 （入所定員が40人を超えない施設は、他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることで当該施設の効果的な運営が期待でき、入所者の処遇に支障がないときは置かないことができる）
機能訓練指導員	・１以上（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(※1)の資格を有する者） ・当該施設の他の職務との兼務可
介護支援専門員	・常勤、専従で１以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに１を標準とする)（入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務との兼務可(※2)） ・増員分２人目からは非常勤可

管 理 者	常勤、専従で１人 （当該施設の管理上支障がない場合は、当該施設の他の職務、他の事業所、施設等又は当該施設のサテライト型居住施設の職務に従事可）
施設長（特養）	【資格要件】 社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者若しくは社会福祉事業に2年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者

（※１） はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）

（※２） この場合、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。なお、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められない。

ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。

● 医師及び介護支援専門員の数は、サテライト型居住施設の本体施設である指定介護老人福祉施設であって、当該サテライト型居住施設に医師又は介護支援専門員を置かない場合にあっては、指定介護老人福祉施設の入所者の数及び当該サテライト型居住施設の入所者の数の合計数を基礎として算出しなければならない。

● 離島・過疎地域（※１）に所在する入所定員が３０人の指定介護老人福祉施設の併設事業所の人員基準の緩和

いずれも処遇等が適切に行われる場合に限り、人員基準の緩和を認めている。

（兼務を認める）

①指定（介護予防）短期入所生活介護事業所に置かないことができる人員
- ・医師
- ・生活相談員
- ・栄養士又は管理栄養士
- ・機能訓練指導員

②指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所に置かないことができる人員
- ・生活相談員
- ・機能訓練指導員

③指定認知症対応型通所介護事業所又は指定介護予防認知症対応型通所介護事業所に置かないことができる人員
- ・ 生活相談員
- ・ 機能訓練指導員

④指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定複合型サービス事業所）と併設する介護老人福祉施設に置かないことができる人員
- ・介護支援専門員

※「離島・過疎地域」とは、離島振興法に規定する離島振興対策実施地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島、沖縄振興特別措置法に規定する離島、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に規定する過疎地域（みなし過疎地域を含む）をいう。

● 特別養護老人ホームの職員は当該施設の職務に専念すべきこととしたものであり、職員の他の職業との兼業を禁止する趣旨のものではなく、また、当該特別養護老人ホームを運営する法人内の他の職務であっても、同時並行的に行われるものではない職務であれば、各々の職務に従事すべき時間帯が明確に区分された上で勤務することは差し支えないこと。したがって、特別養護老人ホームは、職員の採用及び事務分掌を決定するに当たっては、この点に留意すること。

なお、ただし書の規定は、直接入所者の処遇に当たる生活相談員、介護職員及び看護職員については、機能訓練指導員及び介護保険法に定める介護支援専門員並びに併設される短期入所生活介護事業における同職との兼務を除き、原則として適用されず、また、その他の職員についても同一敷地内に設置されている他の社会福祉施設等に兼ねて勤務する場合等であって、兼務によっても入所者の処遇に支障をきたさない場合に限り適用される。（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　第１―５）

※（例）当該特養の生活相談員と当該特養の介護職員の兼務について、各職種の要件を満たしていれば当該特養内での兼務は可能（この場合、介護職員の常勤換算に入れることができるのは、介護職員として働いている時間のみ。）。

● 常勤換算方法による職員数の算定方法等について暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第２位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に１割の範囲内で減少した場合は、１月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

その他、常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについては、①及び②のとおりとすること。

① 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 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

② 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）に達していることをいうものであるが、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮　等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

また、常勤による従業者の配置要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・ 介護休業法第

２条第１号に規定する育児休業、同条第２号に規定する介護休業、同法第 23 条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該要件において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能であることとする。

【問１３０】専従が求められる特別養護老人ホームの職員について、「同時並行的に行われるものではない職務であれば、兼務することは差し支えない」とのことだが、生活相談員や介護職員などの直接処遇職員についても、地域貢献活動等に従事することが認められるということで良いか。

【答１３０】特別養護老人ホームに従事する職員についての専従要件は、他の職業との兼業を禁止する趣旨のものではないため、特別養護老人ホームに従事する時間帯以外の時間帯であることを勤務表等で明確にした上で、それらの活動に従事することは可能である。

【問１３１】常勤の職員の配置が求められる職種については、職員が時間帯を明確に区分し、法人内の他の職務に従事する場合には、特別養護老人ホームにおける勤務時間が常勤の職員が勤務すべき時間数に達しないこととなるため、人員基準を満たすためには当該職員とは別に常勤の職員を配置する必要があると考えてよいか。

【答１３１】貴見のとおりである。

【問１３２】職員が時間帯を明確に区分し、法人内の他の職務に従事した時間については、常勤換算方法における職員の勤務延時間数に含まないと考えてよいか。

【答１３２】貴見のとおりである。

【問１３３】特別養護老人ホームにおいて勤務すべき時間帯については、従前のとおり、介護職員等の直接処遇職員については原則として兼務ができず、その他の職員の兼務についても、同一敷地内の他の社会福祉施設等への兼務であって、入所者の処遇に支障をきたさない場合に限られるものであると考えてよいか。
また、特別養護老人ホームにおいて勤務すべき時間帯以外については、職員が別の敷地内にある他の事業所や施設の職務に従事することができると考えてよいか。

【答１３３】貴見のとおりである。

【問１３４】今回の専従要件の緩和を受けて、生活相談員が、一時的に入院した入所者の状況確認のための外出をすることは認められるか。

【答１３４】ご指摘の一時的に入院した入所者の状況の確認のための外出については、一般的には、特別養護老人ホームに従事する生活相談員として通常果たすべき業務の範囲内と考えられるところであり、特別養護老人ホームに従事する時間帯に行っても差し支えないと考える。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

○　人員配置基準における両立支援

【問１】　人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

【答１】

・介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

＜常勤の計算＞

・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30 時間以上の勤務で、常勤換算上も１と扱う。

※　平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成27年４月１日）問２は削除する。

＜同等の資質を有する者の特例＞

・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

○　認知症介護基礎研修の義務づけについて

【問３】　養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。

【答３】　養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

【問４】　認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【答４】　認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

【問５】　認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【答５】　認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。

【問156】　柔道整復師、歯科衛生士については、受講義務付けの対象外か。
【答156】　柔道整復師、歯科衛生士ともに、受講義務付けの対象外として差し支えない。

【問157】　訪問介護員（ヘルパー）研修３級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格については、受講義務付けの対象外か。
【答157】訪問介護員（ヘルパー）研修３級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格ともに、受講義務付けの対象となる。

【問158】　介護保険外である有料老人ホーム等の施設職員や、病院に勤務している者も受講義務付けの対象となるか。
【答158】特定施設では無い、介護保険の対象外である病院勤務の職員は受講義務づけの対象外である。なお、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

【問159】　当該研修を受講していない者を雇用しても問題ないか。その際、運営基準違反にあたるのか。
【答159】当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものである。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたらない。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後１年間の猶予期間を設けている

【問160】　事業所において、人員基準以上に加配されている介護職員で、かつ、介護に直接携わる者が研修を受講していない場合、運営基準違反にあたるのか。
【答160】・　貴見のとおり。
・　本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施しているものであり、介護に直接携わる職員であれば、人員配置基準上算定されるかどうかにかかわらず、受講義務付けの対象となる。
※ 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６は削除する。

【問161】　「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」とは、具体的にどのような内容か。

【答161】「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」については、受講料の負担や、勤務時間内に受講出来るような配慮（シフトの調整等）、インターネット環境の整備等、様々な措置を想定している。

【問162】 現在介護現場で就業していない者や、介護に直接携わっていない者についても義務付けの対象となるか。

【答162】現在介護現場で就業していない者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外であるが、本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであり、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

○　外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて

【問７】　外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

【答７】　ＥＰＡ介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

【問８】　外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。

【答８】　認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第４章第２節第３（２）を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である（令和６年３月までの間、努力義務として行う場合も同様。）。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

【問９】　事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中に受講させてもよいか。

【答９】

・入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合に限り、認知症介護基礎研修（オンラインで実施されるものに限る。）を受講させることができる。

・なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等（※）については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。

（※）研修の受講方法（ｅラーニング、Zoom等による双方向型のオンライン研修、集合研修）、料金（補助の有無等）、受講枠など

【問155】 受講義務付けの対象外となる医療・福祉関係の資格について、日本以外の国の医療・福祉系の資格を保有している者は受講が免除となるか。

【答155】日本以外の国の医療・福祉系の資格を持つ者については、免除とはならない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１】 認知症介護基礎研修の義務付けの経過措置期間はいつまでか。
【答１】 令和６年３月３１日をもって経過措置期間は終了している。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後１年間の猶予期間を設けている。
【問２】 認知症介護基礎研修の教材について、母国語が日本語以外の者を対象としたものはあるか。
【答２】日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語、タガログ語、ネパール語の教材を整備している。また、日本語能力試験の N4 レベルを基準とした教材も併せて整備している。
（参考）認知症介護基礎研修e ラーニングシステム（認知症介護研究・研修仙台センターホームページ） https://kiso-elearning.jp/
※ 令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問 163 は削除する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. 14）

○ 人員配置基準の見直し
【問87】 今回の基準省令改正により、
・介護保険施設の従来型とユニット型を併設する場合に、介護・看護職員が兼務すること
・広域型特別養護老人ホーム又は介護 老人保健施設と小規模多機能型居宅介護事業所を併設する場合に、管理者・介護職員が兼務すること
・本体施設が（地域密着型）特別養護老人ホームである場合に、サテライト型居住施設に生活相談員を置かないこと
・地域密着型特別養護老人ホーム（サテライト型を除く）において、栄養士を置かないこと
・施設系サービス及び短期入所系サービスにおける個室ユニット型施設を１ユニットの定員が15人を超えない範囲で整備すること
が可能となったが、運営に当たって留意すべき点は何か。
【答87】 今回の基準省令改正に伴い、併設施設の職員の兼務等を認める場合にあっても、以下の点に十分留意いただきたい。
・食事、入浴、排せつ等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じて自立し、尊厳ある日常生活を営むことができるよう、十分な数の職員が確保され、ケアの質が担保されていること
・職員の休憩時間の確保や有給休暇の取得など労務管理が適切になされるために十分な数の職員を確保し、シフトを組むことによって、一人の職員に過度な負担がかからないよう配慮されていること

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問１７８】特別養護老人ホームにおいて、夜勤職員とは別に、宿直者を配置する必要があるか。

【答１７８】社会福祉施設等において面積にかかわらずスプリンクラー設備の設置が義務付けられるなど、消防用設備等の基準が強化されてきたことや、他の施設系サービスにおいて宿直員の配置が求められていないこと、人手不足により施設における職員確保が困難である状況等を踏まえ、**夜勤職員基準を満たす夜勤職員を配置している場合には、夜勤職員と別に宿直者を配置しなくても差し支えない。ただし、入所者等の安全のため、宿直員の配置の有無にかかわらず、夜間を想定した消防訓練等を通じて、各施設において必要な火災予防体制を整えるよう改めてお願いする。**

※「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）の問 137 及び問138 は、削除する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

● ユニット型の勤務体制確保

・入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から職員配置を行う。
・ユニット部分の従業者はユニットケアの特性から固定メンバーが望ましい。
・従業者が１人１人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められる。

昼　　間	ユニットごとに**常時１人以上**の介護職員又は看護職員を配置
夜間、深夜	**２ユニットごとに１人以上**の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置
ユニットごと	常勤のユニットリーダーを配置

〇ユニット間の勤務について

【問２】ユニット型施設において、昼間は１ユニットに１人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者等の生活歴を把握する目的で、ユニットを超えた勤務を含むケア体制としてよいか。

【答２】引き続き入居者等との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供により、より良いケアを提供する観点から、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、必要に応じてユニット間の勤務を行うことが可能である。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

● ユニットリーダー研修を受講した従業者を各施設に２名以上配置する。
（２ユニット以下の場合は、１名でよい。）

研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者を決めることで可。この場合、研修受講者は、研修で得た知識などをリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

●管理者は、ユニットケアの質の向上の観点から、ユニット型施設の管理等に係る研修（ユニットケア施設管理者研修）を受講するよう努めなければならない。

ユニットケア研修（ユニットリーダー研修・ユニットケア施設管理者研修）

一般社団法人日本ユニットケア推進センター　及び
一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会　に委託して実施
詳細は、各法人のホームページを御確認ください。
また、法人から研修の案内がありましたら、随時メールでお知らせします。

〇常勤要件について

【問１】　各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第７６号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を３０時間としているときは、当該対象者については３０時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

【答１】　そのような取扱いで差し支えない。

【問３】　各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第２３条第１項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

【答３】　労働基準法第４１条第２号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第４１条第２号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第４１条第２号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第２３条第１項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）

◆ 設備に関する基準

従来型	居　室	・１居室の定員：１人以下　※条例による （入所者へのサービス提供上必要と認められる場合は、２人以上４人以下） ・入所者１人当たりの床面積：10.65㎡以上 ・ブザー又はこれに代わる設備を設置
	静 養 室	介護職員室又は看護職員室に近接して設ける
	洗面設備	居室のある階ごとに設け、要介護者が使用するのに適したもの
	便　所	居室のある階ごとに居室に近接させ、ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、要介護者が使用するのに適したもの
	食堂及び機能訓練室	・それぞれ必要な広さを有し、合計面積は「３㎡×入所定員」以上 （ただし、食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保することができるときは、同一の場所とすることができる） ・必要な備品を備える
ユニット型	ユニット	１ユニットの入居定員は、原則として１０人以下とし、１５人を超えないものとする。
	居　室	・１居室の定員：１人 （夫婦などサービス提供上必要と認められる場合は２人） ・いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設ける ・個人の使い慣れた家具を持ち込むことができる ・１居室の床面積：10.65㎡以上（定員2人：21.3㎡以上） ・ブザー又はこれに代わる設備を設置
	共同生活室	・いずれかのユニットに属し、当該ユニットの入居者が交流し共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状 ・床面積：「２㎡×入居定員」以上を標準 ・必要な設備、備品（テーブル・椅子など）を備える（簡易な流し・調理設備を設けることが望ましい）
	洗面設備	居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設け、要介護者が使用するのに適したもの
	便　所	居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設け、ブザー又はこれに代わる設備を設置し、要介護者が使用するのに適したもの

浴　室	要介護者が入浴するのに適したもの（居室のある階ごとに設けることが望ましい）
医 務 室	・医療法第１条の５第２項に規定する診療所 ・入所者の診療に必要な医薬品・医療機器を備え、必要に応じ臨床検査設備を設ける
廊 下 幅	1.8m以上（中廊下（両側に居室・静養室等入所者の日常生活に直接使用する設備のある廊下）の幅は2.7m以上）
消火設備・非常用設備など	消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならない

※設備は専ら当該指定介護福祉施設の用に供するものでなければならない。
（入所者の処遇に支障がない場合はこの限りではない）

● **ユニット型の場合の注意点**

○　当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられる居室とは

１．共同生活室に隣接している居室

２．共同生活室には隣接していないが、１の居室と隣接している居室

３．その他共同生活室に近接して一体的に設けられている居室

○　１ユニットの入居定員

ユニット型指定介護老人福祉施設は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものであることから、１のユニットの入居定員は、おおむね 10 人以下とすることを原則とする。

ただし、**各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が 15 人までのユニットも認める。**

なお、**令和３年４月１日以降に、入居定員が 10 を超えるユニットを整備する場合においては、**令和３年改正省令附則第６条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までを含めた連続する 16 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとする。

① 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

ユニットごとに常時１人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する８時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を８で除して得た数が、入居者の数が 10 を超えて１を増すごとに 0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

② 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

２ユニットごとに１人の配置に加えて、当該２ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を 16 で除して得た数が、入居者の合計数が 20 を超えて２又はその端数を増すごとに 0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

なお、基準省令第 47 条第２項第１号及び第２号に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は

夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はない。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるよう努めること。

○　居室の床面積には、居室内に洗面設備が設けられているときはその面積を含み、居室内に便所が設けられているときはその面積を除く。

○　「ユニット型個室的多床室」

令和３年４月の基準省令改正により、「ユニットに属さない居室を改修したものについては、入居者同士の視線の遮断の確保を前提とした上で、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じても差し支えない。」の文言が削除されています。

このため、**「ユニット型個室的多床室」について、感染症やプライバシーに配慮し、個室化を進める観点から、新たに設置することは禁止されています。**

○　**共同生活室の「ふさわしい形状」の要件**

ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有するためには、次の２つの条件を満たす必要がある。

１．他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていること。

２．当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う職員が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品（テーブル、椅子等）を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通過できる形状が確保されていること。

また、入居者が、その心身の状況に応じて家事を行うことができるようにする観点から、簡易な流し、調理設備を設けることが望ましい。

○　**洗面設備、便所**

居室ごとに設けることが望ましい。

ただし、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。この場合は、共同生活室の１カ所に集中して設けるのではなく、２カ所以上に分散して設けることが望ましい。

○　**廊下幅**

廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者・従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合（アルコーブを設けることなどにより、入居者、従業者等がすれ違う際にも支障が生じない場合を想定）は、1.5m以上（中廊下：1.8m以上）として差し支えない。

【問９７】　ユニット型個室の特別養護老人ホームにおけるユニットの共同生活室間の壁を可動式のものにすることについてどう考えるか。

【答９７】

１．ユニット型個室の特別養護老人ホームにおいては、適切なユニットケアとして、

・ 要介護高齢者の尊厳の保持と自立支援を図る観点から、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中で入居者一人ひとりの意思と人格を尊重したケアを行うこと

・ 小グループ（ユニット）ごとに配置された職員による、入居者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供

などが必要とされているところであり、ユニットごとに空間を区切った上で、ユニット単位でサービス提供を行うことが重視され、また、そのための介護報酬の設定もなされているものである。

２．一方で、介護現場の生産性向上の取組によって、介護サービスの質の向上とともに、職員の負担軽減等を図ることは重要であり、こうした観点から、国家戦略特別区域における実証実験の結果も踏まえれば、隣接する２つのユニットで介護ロボット等を共同で利用する場合において、入居者の処遇に配慮した上で、ユニットケアを損なわない構造の可動式の壁を、機器や職員の移動時、レクリエーションの共同実施時等に一時的に開放する運用としても差し支えないものと考えられる。

３．なお、可動式の壁を開放する運用とする場合においては、ユニットケアとしての職員の配置（※）や入居者の処遇に十分に配慮し、３つのユニット以上で運用することや、当該壁を常時開放し従来型個室のような運用がなされないよう留意すること。（※）ユニット型個室の特別養護老人ホームにおいては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性（馴染みの関係）を重視したサービスの提供が求められている。

４．また、「ユニット型個室の特別養護老人ホームの設備に関する Q&A について」（平成 23 年 12 月１日付け厚生労働省老健局高齢者支援課・振興課事務連絡）及び「国家戦略特別区域の指定に伴うユニット型指定介護老人福祉施設の共同生活室に関する特例について」（平成 28 年３月 18 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課事務連絡）を廃止する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

● 施設の建物の専用区画等の変更について

・　指定介護老人福祉施設と短期入所生活介護の居室を入れ替える場合は、変更届出書（施設の建物の構造、専用区画等）の届け出が必要。

・　補助金が出ている場合は、返還等が生じることがあるため、居室の入れ替えをする前に熊本県高齢者支援課へ事前に相談すること。

◆ 運営に関する基準

● 基本方針（指定介護老人福祉施設基準(「以下「基準」という。」第１条の２）

１～３　（略）
４ 指定介護老人福祉施設は、入所者の人権の擁護、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。
５ 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービス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。

≪解釈通知≫
介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について
　基準省令第１条の２第５項は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、施設単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。
　この場合において、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term careInformation system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

● **内容及び手続の説明及び同意**（基準第４条）

１　施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務、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（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所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記した文書を交付して説明を行い、入所申込者の同意を得なければならない。
２　（略）

● サービスの提供の記録（基準第８条）

１　指定介護老人福祉施設は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

※県条例では上記の記録を、介護サービス提供の終了の日から 5 年間保存しなければならないとされています。（熊本県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例　第 43 条第 2 項）

● **指定介護福祉施設サービスの取扱方針及び身体的拘束等**（基準第１１条：**Ｒ６改定**）

１　施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。
２　施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
３　施設の従業者は、施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
４　指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又

は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。

５　指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

⑴　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（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。）を活用して行うことができるものとする。）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

⑵　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

⑶　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

７　（略）

《解釈通知》

○同条第４項及び第５項は、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。なお、基準省令第 37 条第２項の規定に基づき、当該記録は、２年間保存しなければならない。

身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

具体的には、次のようなことを想定している。

① 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
③ 身体的拘束等適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

○　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。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、身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。なお、同一施設内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

○　なお、身体的拘束等適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ない。身体的拘束等適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束等適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。また、身体的拘束等適正化検討委員会は、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。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。

○　指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

身体的拘束等の適正化のための指針

次のような項目を盛り込むこととする。

① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
② 身体的拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修

○　研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

○　職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、**定期的な教育（年２回以上）を開催**するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。

○　また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

●　施設サービス計画の作成（基準第１２条）

１～５　（略）

６　計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（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、入所者又はその家族（以下この号において「入所者等」という。）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入所者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

７～１２　（略）

≪解釈通知≫

(1)～(4)　（略）

(5)　施設サービス計画原案の作成（第５項）

施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できる

よう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

⑹　サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第６項）

サービス担当者会議は、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、入所者又はその家族（以下この⑹において「入所者等」という。）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入所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・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」等を遵守すること。

なお、同項で定める他の担当者とは、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び管理栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。

●　介護（基準第１３条：Ｒ６改定）

・介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行われなければならない。
・**１週間に２回以上**、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければならない。
・入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
・おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
・褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
・離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。
・常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
・入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

≪解釈通知≫

介護⑴～⑷　（略）

（５）「指定介護老人福祉施設は、 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。」とは、施設において褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

イ　当該施設における褥瘡のハイリスク者(日常生活自立度が低い入所者等)に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

ロ　当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。なお、同一施設内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

ハ～ホ（略）

●　栄養管理（基準第１７条の２：Ｒ６改定）

・　指定介護老人福祉施設は、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。

≪解釈通知≫

栄養管理

入所者に対する栄養管理について、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。栄養管理について、以下の手順により行うこととする。栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。
　なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとすること。
ロ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。
ハ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。
ニ　栄養ケア・マネジメントの実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）において示しているので、参考とされたい。

【問１２６】「施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて」において、「管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること」とされている。また、栄養マネジメント強化加算の留意事項通知においても、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画」となっているが、記載されている全ての職種の関与や配置は必要か。
【答１２６】管理栄養士及びその他の必要な職種により多職種共同で栄養ケア計画の作成等の栄養理を行う必要があるが、記載されている全ての職種の関与及び配置は必須ではない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１】「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４について、様式の一部のみ記入した場合は各個別の様式の作成に代えることはできないとされているが、栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若くは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合、別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「具体的支援内容」の欄は空欄でも差し支えないか。
【答１】栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若しくは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「特記事項」の欄にその旨を明記することで、同様式の「具体的支援内容」の記載に代えることができる。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.13）

●　口腔衛生の管理（基準第１７条の３：**Ｒ６改定**）

・　指定介護老人福祉施設は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

≪解釈通知≫
口腔衛生の管理
基準省令第 17 条の３は、指定介護老人福祉施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、令和３年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に

応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照されたい。

⑴　当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。

⑵　当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。

⑶⑴の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。

イ 助言を行った歯科医師
ロ 歯科医師からの助言の要点
ハ 具体的方策
ニ 当該施設における実施目標
ホ 留意事項・特記事項

⑷　医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助現及び指導又は⑶の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。

※令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.13）の【問１】については、栄養管理に記載の【問１】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．13）

●　入所者の入院期間中の取扱い（基準第１９条）

入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない。

●　緊急時等の対応（基準第２０条の２：**Ｒ６改定**）

指定介護老人福祉施設は、現に指定介護福祉施設サービスの提供を行っているときに入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、第二条第一項第一号に掲げる医師及び協力医療機関の協力を得て、当該医師及び当該協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は、前項の医師及び協力医療機関の協力を得て、一年に一回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならない。

≪解釈通知≫

緊急時等の対応

⑴ 基準省令第 20 条の２は、入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、あらかじめ配置医師による対応又はその他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けるものである。対応方針に定める規定としては、例えば、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師や協力医療機関との連携方法、診察を依頼するタイミング等があげられる。

また、当該対応方針については、１年に１回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて変更すること。見直しの検討に当たっては、施設内の急変対応の事例について関係者で振り返りを行うことなどが望ましい。なお、基準省令第 28 条第２項において、１年

に１回以上、協力医療機関との間で入所者の病状が急変した場合等の対応の確認をすることとされており、この確認について、当該対応方針の見直しとあわせて行うことも考えられる。

● 管理者による管理（基準第２１条：Ｒ６改定）

・指定介護老人福祉施設の管理者は、専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該指定介護老人福祉施設の管理上支障がない場合は、**他の事業所**、施設等又は当該指定介護老人福祉施設のサテライト型居住施設の職務に従事することができる。

≪解釈通知≫

管理者による管理

指定介護老人福祉施設の管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該指定介護老人福祉施設の管理業務に従事するものである。ただし、以下の場合であって、当該指定介護老人福祉施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。

⑴　当該指定介護老人福祉施設の従業者としての職務に従事する場合

⑵ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定介護老人福祉施設の入所者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定介護老人福祉施設に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）

⑶（略）

● 管理者の責務（基準第２２条：Ｒ６改定）

- 従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
- 従業者に「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」を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。
- 介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

≪解釈通知≫

管理者の責務

基準省令第 22 条は、指定介護老人福祉施設の管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、当該指定介護老人福祉施設の従業者に基準省令の第４章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこととしたものである。

【問１８４】管理者に求められる具体的な役割は何か。

【答１８４】・「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９月 17 日付け老企第 25 号）等の解釈通知においては、管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、現場で発生する事象を最前線で把握しながら、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うこととしている。具体的には、「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」等を参考にされたい。

≪参考≫

・「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」（抄）

（令和元年度老人保健健康増進等事業「介護事業所・施設における管理者業務のあり方とサービス提供マネジメントに関する調査研究」（一般社団法人シルバーサービス振興会）

第１章 第２節 管理者の役割
１．管理者の位置づけ及び役割の重要性
２．利用者との関係
３．介護にともなう民法上の責任関係
４．事業所・施設の考える介護職員のキャリアイメージの共有
５．理念やビジョン、組織の方針や事業計画・目標の明確化及び職員への周知
６．事業計画と予算書の策定
７．経営視点から見た事業展開と、業績向上に向けたマネジメント
８．記録・報告や面談等を通じた介護職員同士、管理者との情報共有

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

● 計画担当介護支援専門員の責務（基準第２２条の２）

１．入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業者に対する照会等により、入所者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握する。

２．入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討する。

３．心身の状況、置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行う。

４．入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携する。

５．**身体的拘束等**の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録**する。

６．**苦情の内容等**を**記録**する。

７．**事故の状況**及び事故に際してとった**処置**について**記録**する。

８．**施設サービス計画の作成**を行う。

①総合的な計画作成

入所者の日常生活全般を支援する観点から、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画上に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

②課題分析の実施

適切な方法により、入所者の有する日常生活上の能力や置かれている環境等の評価を通じて、入所者が生活の質を維持・向上させていく上で現に抱える問題点を客観的に明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

③課題分析における留意点

解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合、入所者やその家族との信頼関係、協働関係の構築が重要であり、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、家族への面接については、幅広く課題を把握する観点から、テレビ電話等の通信機器等の活用により行われるものを含むものとする。

④施設サービス計画原案の作成

入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、入

所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、サービス（機能訓練、看護、介護、食事等）の具体的目標（長期的・短期的目標）、その明確な達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。目標達成時期には計画や提供サービスの評価を行うことも重要である。

なお、ここでいう指定介護福祉施設サービスの内容には、当該指定介護老人福祉施設の行事及び日課等も含むものである。

施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

⑤サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

サービス担当者会議を開催し、各担当者（医師・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員・栄養士等）に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。

サービス担当者会議は、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、入所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入所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・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」等を遵守すること。

⑥施設サービス計画原案の説明及び同意

施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

⑦施設サービス計画の交付

施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。施設サービス計画は、その完結の日から５年間保存しなければならない。

⑧施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

施設サービス計画の作成後も、入所者及びその家族、各担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)をし、必要に応じて施設サービス計画の変更を行う。各担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合は、円滑に連絡が行われる体制の整備に務めなければならない。

⑨モニタリングの実施

施設サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)については、入所者及びその家族、各担当者との連絡を継続的に行うこととし、定期的に入所者と面接して行うこと。モニタリングの結果についても定期的に記録すること。

⑩施設サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等の開催による専門的意見の聴取

施設サービス計画の変更や次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、各担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、各担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。

１．入所者が要介護更新認定を受けた場合、

２．入所者が要介護状態区分の変更認定を受けた場合

⑪施設サービス計画の変更

施設サービス計画を変更する際には、①～⑦の一連の業務を行うことが必要である。

※　記録の保存期限については条例による。

● **運営規程**（基準第２３条）

次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程(運営規程)を定めておかなければならない。

(運営規程)

１　施設の目的及び運営の方針

２　従業者の職種、員数及び職務の内容

※　従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第２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ない（基準省令第４条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。）。

３　入所定員

【従来型】　・入所定員

【ユニット型】・入居定員

・ユニットの数及びユニットごとの入居定員

４　入所者に対する指定介護老人福祉施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額

【従来型】

・入所者に対する指定介護福祉施設サービスの内容（年間行事・レクリエーション及び日課等を含めたサービスの内容）及び利用料その他の費用の額（基準省令第9条第3項により支払いを受けることが認められている費用の額）

【ユニット型】

・入居者に対する指定介護福祉施設サービスの内容（入居者が自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるように、１日の生活の流れの中で行われる支援の内容）及び利用料その他の費用の額（基準省令第41条第3項により支払いを受けることが認められている費用の額）

５　施設の利用に当たっての留意事項

入所（入居）者が指定介護福祉施設サービスの提供を受ける際の、入所（入居）者側が留意すべき事項（入所（入居）生活上のルール、設備の利用上の留意事項等）

６　緊急時等における対応方法

基準省令第20条の2の緊急時等の対応に関する具体的対応方法

７　非常災害対策

基準省令第26条の非常災害に関する具体的計画

８　虐待の防止のための措置に関する事項

基準省令35条の2 の虐待の防止に係る、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（以下「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

９　その他施設の運営に関する重要事項

入所（入居）者又は他の入所（入居）者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。

● 運営規程に定めなければならない「サービスの内容及び利用料その他の費用の額

（サービス利用料その他費用の額）

1　指定介護福祉施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は介護報酬告示上の額に各入所(入居）者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。

2　前項の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。

ただし、食費、居住費については、入所(入居）者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。

（１）食費　〇〇〇円（日額）

※短期入所サービスについては、原則として１食ごとに設定。

（２）居住費

ユニット型個室	〇〇〇円（日額）
ユニット型準個室	〇〇〇円（日額）
従来型個室	〇〇〇円（日額）
多床室	〇〇〇円（日額）

（３）特別な室料

（４）特別メニューの食費

※(1)～(4)については「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（H17.9.7厚生労働省告示第419号）及び「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」(H12.3.30厚生省告示第123号）の定めたところによる

（５）理美容代　〇〇〇円

（６）その他の日常生活費

・日常生活の身の回り品（歯ブラシ・化粧品等（入所（入居）者の希望を確認した上で提供されるものであり、一律提供、画一的徴収は、認められない））
・教養娯楽として日常生活に必要なもの（クラブ活動や行事の材料費等が該当、一律に提供される教養娯楽（テレビ・カラオケ等）は不可）
・健康管理費（インフルエンザ予防接種等）
・預かり金の出納管理に係る費用（曖昧な額は不可。積算根拠が明確でなければならない）
・私物の洗濯代（外部のクリーニング店が行うもの）

※（７）サービス提供とは関係のない費用

・個人用の日用品で、個人の嗜好による「贅沢品」
・個人用の日用品で、個別の希望に応じて立て替え払いで購入した費用
・個人専用の家電製品の電気代
・全く個人の希望に応じ、施設が代わって購入する雑誌、新聞等の代金
・事業者が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの

3　前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入所（入居)者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について文書で交付して説明を行い、同意について入所者等署名を受けることとする。

4　前第１項の法定代理受領サービスに該当しない指定介護福祉施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した指定介護福祉施設サービスの内容、費用の額その他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入所（入居）者に交付する。

※（７）の「サービス提供とは関係のない費用」（個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用）については、「料金を掲示したもの以外に、入所者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収する」との表示でも可。

これも、入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく）

また、内容や費用の掲示・説明と同意書による確認などは「その他の日常生活費」と同様に取り扱うことが適当。

（注意点）

● おむつ代、おむつカバー代、これらの洗濯代は一切徴収できない。
（∵介護保険の算定に含まれる）

● 「その他の日常生活費」
施設サービスの一環として提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者等に負担させることが適当と認められるもの。入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく）

● 「その他の日常生活費」の受領基準・・・次の基準を遵守しなければならない。
・保険対象サービスと重複しない
・名目、内訳の明確化
・事前の説明と同意
・実費相当額の範囲内
・費用の運営規程での定めと施設での掲示（額が変動するものについては「実費」との表示で可。）

● 預かり金の出納管理を適正に行うための要件
１．責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されている
２．出納事務の内容が、常に複数の者により確認できる体制であること
３．保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳など、必要書類が備えてあること
※「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（H12.3.30 付け老企第 54 号）参照

● 領収書（介護保険施行規則第 82 条）
領収書には、①介護保険の給付に係る利用料の額、②食費・居住費、③その他の費用の額（その他の日常生活費・特別なサービスの費用）を区分して記載し、③その他の費用の額はそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要がある。

● 勤務体制の確保等（基準第２４条）

１～２　（略）

３　指定介護老人福祉施設は、従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定介護老人福祉施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は、適切な指定介護福祉施設サービス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従業者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らない。

≪解釈通知≫

基準省令第 24 条は、入所者に対する適切な指定介護福祉施設サービスの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、このほか、次の点に留意するものとする。

⑴・⑵（略）

⑶　同条第３項前段は、当該指定介護老人福祉施設の従業者の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保することを定めたものであること。

また、同項後段は、指定介護老人福祉施設に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とすることとし、具体的には、同条第３項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、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に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

⑷　同条第４項は、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（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、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的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、次のとおりとする。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、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ　事業者が講ずべき措置の具体的内容

事業者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構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構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るが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

ａ　事業者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。

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、事業者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）が規定されている。介護現場では特に、入所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（事業者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」、「（管理職・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。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。
（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）
加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業者が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれからの活用も含め、施設におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。

● 業務継続計画の策定等（基準第２４条の２：**Ｒ６改定**）

1　指定介護老人福祉施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービス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らない。

2 指定介護老人福祉施設は、従業者に対し、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らない。

3 指定介護老人福祉施設は、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うものとする。

≪解釈通知≫

業務継続計画の策定等

⑴　基準省令第 24 条の２は、指定介護老人福祉施設は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入所者が継続して指定介護福祉施設サービスの提供を受けられるよう、指定介護福祉施設サービス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、指定介護老人福祉施設に対して、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らないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第 24 条の２に基づき施設に実施が求められるものであるが、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ない。また、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。

⑵　業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。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」を参照されたい。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すること。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ない。さらに、感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

①　感染症に係る業務継続計画
　イ　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）
　ロ　初動対応
　ハ　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）

②　災害に係る業務継続計画
　イ　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）
　ロ　緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
　ハ　他施設及び地域との連携

⑶　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する。
　職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年２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。また、研修の実施内容についても記録すること。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ない。

⑷　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、施設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２回以上）に実施するものとする。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ない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

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ある。

● 定員の遵守（基準第２５条）

入所定員及び居室の定員を超えて入所させてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

● 非常災害対策（基準第２６条）

１　非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

水防法等の一部改正（平成２９年６月）
「要配慮者利用施設の利用者の避難の確保のための措置に関する計画作成等の義務化等」として、浸水想定区域内又は、土砂災害警戒区域内に所在し、市町村地域防災計画に定められた施設については、避難確保計画を作成する義務と避難訓練を実施する義務が課された。

２　前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

≪解釈通知≫

非常災害対策

⑴・⑵　（略）

⑶　同条第２項は、介護老人福祉施設が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとすること。

● 衛生管理等（基準第２７条：**Ｒ６改定**）

１　（略）

２　感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一　当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒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（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。）をおおむね三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二　（略）

三　当該指定介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施すること。

四　前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

≪解釈通知≫

衛生管理等

⑴　（略）

⑵　基準省令第 27 条第２項に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から⑤までの取扱いとすること。

①　感染症及び食中毒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

当該施設における感染症及び食中毒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、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。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、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ある。なお、同一施設内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね３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る。

また、感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。なお、感染対策委員会は、運営委員会など施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ない。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。

また、施設外の感染管理等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。

②　感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針

当該施設における「感染症及び食中毒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する。平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）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、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や前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ある。なお、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」を参照されたい。

③　感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修

介護職員その他の従業者に対する「感染症及び食中毒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、当該施設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する。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要である。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要がある。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。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、施設内での研修で差し支えない。

④　感染症の予防及びまん延の防止のための訓練

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２回以上）に行うことが必要である。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、施設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する。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ある。

● 協力医療機関等（基準第２８条：**Ｒ６改定**）

１　指定介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（第三号の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

一　入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。

二　当該指定介護老人福祉施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。

三　入所者の病状が急変した場合等において、当該指定介護老人福祉施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

２　指定介護老人福祉施設は、一年に一回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該指定介護老人福祉施設に係る指定を行った都道府県知事（指定都市及び中核市にあっては、指定都市又は中核市の市長）に届け出なければならない。

３　指定介護老人福祉施設は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関（次項において「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症をいう。次項において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。

５　指定介護老人福祉施設は、入所者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入所者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該指定介護老人福祉施設に速やかに入所させることができるように努めなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

※同条第１項の規定については、令和９年３月３１日までの間は、努力義務となる。

≪解釈通知≫

協力医療機関等

基準省令第 28 条は、指定介護老人福祉施設の入所者の病状の急変時等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診療等を行う医療機関と新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めること、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めること等を規定したものであること。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、指定介護老人福祉施設から近距離にあることが望ましい。

⑴ 協力医療機関との連携（第１項）

介護老人福祉施設の入所者の病状の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めなければならない。その際、例えば同条第１項第１号及び第２号の要件を満たす医療機関と同条第１項第３号の要件を満たす医療機関を別に定めるなど、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟(200 床未満)を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。なお、令和６年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意すること。

また、第３号の要件については、必ずしも当該介護老人福祉施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。なお、協力医療機関との連携に係る義務付けの適用に当たっては、令和６年改正省令附則第６条において、３年間の経過措置を設けており、令和９年３月 31 日までの間は、努力義務とされているが、経過措置期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

⑵ 協力医療機関との連携に係る届け出（第２項）

協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に１回以上、協力医療機関と入所者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該　医療機関との取り決めの内容等を指定を行った都道府県知事，指定都市又は中核市の市長（以下「指定権者」という。）に届け出ることを義務づけたものである。届出については、別紙１によるものとする。協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やかに指定権者に届け出ること。同条第１項の規定の経過措置期間において、同条第１項第１号、第２号及び第３号の要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合は、経過措置の期限内に確保するための計画を併せて届け出を行うこと。

⑶ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携（第３項）

介護老人福祉施設の入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染症法第６条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関である病院又は診療所との新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしたものである。取り決めの内容としては、流行初期期間経過後（新興感染症の発生の公表後４か月程度から６カ月程度経過後）において、介護老人福祉施設の入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の断、入院調整等を行うことが想定される。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

⑷ 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合（第４項）

協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、第２項で定められた入所者の急変時等における対応の確認と合わせ、当該協力機関との間で、新興感染症の発生時等における対応について協議を行うことを義務付けるものである。協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関と取り決めを行うことが望ましい。

⑸ 医療機関に入院した入所者の退院後の受け入れ（第５項）

「速やかに入所させることができるよう努めなければならない」とは、必ずしも退院後に再入所を希望する入所者のために常にベッドを確保しておくということではなく、できる限り円滑に再入所できるよう努めなければならないということである。

【問１２４】連携することが想定される医療機関として、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ医療機関等が挙げられているが、当該基準の届出を行う医療機関をどのように把握すればよいか。

【答１２４】診療報酬における施設基準の届出受理状況については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参考とされたい。

（地方厚生局ホームページ）

以下のホームページの一覧のうち**「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。**

在宅療養支援病院　　：**（支援病１）（支援病２）（支援病３）**

在宅療養支援診療所　：**（支援診１）（支援診２）（支援診３）**

在宅療養後方支援病院：**（在後病）**

地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：

（地包ケア１）（地包ケア２）（地包ケア３）（地包ケア４）

※地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に 200 床未満（主に地包ケア１及び３）の医療機関が連携の対象として想定されます。

※令和６年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませんので、ご留意ください。

■九州厚生局
＜在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院＞
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html
※各都道府県の**「医科」**ファイルをご参照ください。
＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）＞
kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_betsu.html　※**「地域包括ケア病棟入院料」**の記載のあるファイルをご参照ください。

【問１２５】「入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」とあるが、入所者の急変時には必ず協力医療機関に搬送しなければならないのか。
【答１２５】入所者の急変時等に必ず協力医療機関に搬送しなければならないということではなく、状況に応じて救急車を呼ぶなど、臨機応変に対応いただきたい。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問】　介護老人保健施設は、基準省令において、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならないこととされている。この点、協力医療機関の要件として、「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。」、「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。」が規定されているが、それぞれ、入所者に対して常に往診を行う体制が整っていない場合、入所者が入院を要する場合に備えて、常に空床を確保していない場合においても要件を満たすものとして差し支えないか。
【答】　貴見のとおり。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）第 30 条第１項第２号に規定する「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること」の要件については、介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において、常時外来も含めて診療が可能な体制を確保する必要があることを求めているものであり、必ずしも往診を行う体制を常時確保している必要はない。
　また、同項第３号に規定する「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」の要件については、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する必要はなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。
　これらの考え方については、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院及び養護老人ホームにおける協力医療機関についても同様（※）である。なお、協力医療機関を定めておくことは、令和９年４

月１日より義務化（令和９年３月 31 日まで努力義務）されるが、期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

※ 前段の「診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること」の要件の考え方については、令和６年度介護報酬改定で協力医療機関を定めることを努力義務とした特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び軽費老人ホームについても同様である。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．16）

● **掲示**（基準第２９条：**Ｒ６改定**）

１　施設の見やすい場所に、
- 運営規程の概要
- 従業者の勤務の体制
- 協力医療機関
- 利用料その他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らない。

２　指定介護老人福祉施設は、重要事項を記載した書面を当該指定介護老人福祉施設に備え付け、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、同項の規定による掲示に代えることができる。

３　指定介護老人福祉施設は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※同条第３項の規定については、令和７年４月１日から適用となる。

※　県・市から交付された指令書の写しも同様に掲示してください。

≪解釈通知≫

掲示

⑴ 基準省令第 29 条第１項は、指定介護老人福祉施設は、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、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（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所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指定介護老人福祉施設の見やすい場所に掲示することを規定したものである。また、同条第３項は、指定介護老人福祉施設は、原則として、重要事項を当該指定介護老人福祉施設のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、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のことをいう。なお、指定介護老人福祉施設は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

① 施設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入所申込者、入所者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。

② 従業者の勤務の体制については、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、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

③　介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 140 条の 44 各号に掲げる基準に該当する　指定介護老人福祉施設については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第 29 条第３項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。

なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第１項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第２項や基準省令第 50 条第１項の規定に基づく措置に代えることができること。なお、厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等（平成 12 年厚生省告示第 123 号）二のハの⑵及び居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成 17 年厚生労働省告示第 419 号）一のハに規定するウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、この⑴に準ずるものとする。

⑵ 基準省令第 29 条第２項は、重要事項を記載したファイル等を介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該指定介護老人福祉施設内に備え付けることで同条第１項の掲示に代えることができることを規定したものである。

なお、第 29 条第 3 項の規定については、令和６年改正省令附則第２条において、令和７年４月１日から義務付けの適用とされている。

● 秘密保持等（基準第３０条）

１　従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
２　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入所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らない。
３　居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。

● 苦情処理（基準第３３条：**Ｒ６改定**）

指定介護老人福祉施設は、その提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所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らない。
２　指定介護老人福祉施設は、前項の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らない。
３　指定介護老人福祉施設は、提供した指定介護福祉施設サービスに関し、法第二十三条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
４　指定介護老人福祉施設は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
５　指定介護老人福祉施設は、提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第百七十六条第一項第三号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
６　指定介護老人福祉施設は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

≪解釈通知≫

苦情処理（基準省令第 33 条）

⑴ 基準省令第 34 条第１項にいう「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を　設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、**施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること**等である。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、第４の 32 の⑴に準ずるものとする。

⑵・⑶　（略）

● 事故発生の防止及び発生時の対応（基準第３５条：**Ｒ６改定**）

１　指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。
一　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
二　事故が発生した場合は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事者に周知徹底する体制を整備すること。
三　事故発生の防止のための委員会（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。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
四　前三号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。
２　事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
３　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らない。
４　入所者に対する指定介護福祉施設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らない。

≪解釈通知≫

事故発生の防止及び発生時の対応（基準省令第 35 条）

⑴・⑵（略）

⑶ 事故発生の防止のための委員会（第１項第３号）

指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすることが必要である。

事故防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策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。

⑷（略）

⑸ 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者（第１項第４号）

指定介護老人福祉施設における事故発生を防止するための体制として、⑴から⑷までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一施設内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

⑹（略）

● 虐待の防止（基準第３５条の２：Ｒ６改定）

指定介護老人福祉施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措措置を講じなければならない。

一　当該指定介護老人福祉施設における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、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二　当該指定介護老人福祉施設における虐待の防止のための指針を整備すること。

三　当該指定介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

四　前三号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。

≪解釈通知≫

虐待の防止（基準省令第 35 条の２）基準省令第 35 条の２は虐待の防止に関する事項について規定したものである。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、指定介護老人福祉施設は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。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、入所者の尊厳の保持・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する。

・虐待の未然防止

指定介護老人福祉施設は高齢者の尊厳保持・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、第１条の２の基本方針に位置付けられているとおり、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る。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護施設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ある。

・虐待等の早期発見

指定介護老人福祉施設の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等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。また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・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、指定介護老人福祉施設は当該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する。

以上の観点を踏まえ、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する。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第１号）

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）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する。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ある。また、施設外の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。

一方、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ある。なお、虐待防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ない。また、施設に実施が求められるものであるが、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ない。

また、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する。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」等を遵守すること。

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する。その際、そこで得た結果（施設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る。

イ　虐待防止検討委員会その他施設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　従業者が虐待等を把握した場合に、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)
指定介護老人福祉施設が整備する「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する。
イ　施設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施設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　入所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、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。
職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設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２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ある。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、施設内での研修で差し支えない。

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）
指定介護老人福祉施設における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ある。当該担当者としては、虐待防止　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。
なお、同一施設内での複数担当(※)の　兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。
(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者　（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

●　入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（基準第３５条の３：**Ｒ６改定**（新設））

指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該指定介護老人福祉施設における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（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。）を定期的に開催しなければならない。 ※同条の規定については、令和９年３月３１日までの間は、努力義務となる。

≪解釈通知≫
利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催（基準第３５条の３）
指定介護老人福祉施設基準第 35 条の３は、介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置及び開催について規

定したものである。なお、本条の適用に当たっては、令和６年改正省令附則第４条において、３年間の経過措置を設けており、令和９年３月 31 日までの間は、努力義務とされている。

本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活することも差し支えないものであること。

また、本委員会は、定期的に開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を決めることが望ましい。

あわせて、本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。また、本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、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」等を遵守すること。

なお、事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、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ない。また、委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えない。

● 電磁的記録等

１　指定介護老人福祉施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第五条第一項（第四十九条において準用する場合を含む。）及び第八条第一項（第四十九条において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

２　指定介護老人福祉施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この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（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

≪解釈通知≫

１　電磁的記録について

基準省令第 50 条第１項は、指定介護老人福祉施設及び指定介護福祉施設サービスの提供に当たる者（以下「施設等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、施設等は、この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たものである。

⑴　電磁的記録による作成は、施設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。

⑵　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。

①　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

②　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

⑶　その他、基準省令第 50 条第１項において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、⑴及び⑵に準じた方法によること。

⑷　また、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のためのガイダンス」及び厚生労働省「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。

２　電磁的方法について

基準省令第 50 条第２項は、入所者及びその家族等（以下「入所者等」という。）の利便性向上並びに施設等の業務負担軽減等の観点から、施設等は、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（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に入所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たものである。

⑴　電磁的方法による交付は、基準省令第４条第２項から第６項までの規定に準じた方法によること。

⑵　電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。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）」を参考にすること。

⑶　電磁的方法による締結は、入所者等・施設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。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）」を参考にすること。

⑷　その他、基準省令第 50 条第２項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、⑴から⑶までに準じた方法によること。ただし、基準省令又はこの通知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。

⑸　また、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のためのガイダンス」及び厚生労働省「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。

●　特例利用について

→厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法の一部改正等について（H12.11.21 老振第 77 号・老健第 123 号）

○　近い将来、特別養護老人ホーム本体に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、要介護者の事情を勘案して施設入所を認めることが適当と認められる者に対しては、特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）が満床であって、当該特別養護老人ホームに**併設される指定短期入所生活介護事業所（以下「併設事業所」という。）に空床がある場合に限り**、特別養護老人ホームの**入所定員の５／１００（小数点以下切り捨て）を限度として併設事業所のベッドを利用して**指定介護福祉施設サービスを提供することができ、このことによる入所定員の超過については減算の対象としない。

ただし、特例利用者と併設事業所における指定短期入所生活介護の利用者数とを合計した場合に、併設事業所の利用定員及び居室の定員を超えることとなる場合は、短期入所生活介護利用者の短期入所生活介護費について定員超過利用の減算が適用される。

・人員基準：算定方法は、特例利用の場合も特段の変更はない。
本体入所者、特例入所者、併設事業所の利用者を合算した数について、常勤換算方法により必要とされる従業者の数を確保しなければならない。

・定　　員：利用・入所定員の変更の必要はない。

○　特例利用は、あくまで例外的に併設事業所の事業の専用の居室のベッドを利用して指定介護福祉施設サービスを提供することを認めるもので、当該特例利用対象者は、近い将来、特別養護老人ホーム本体に入所することが見込まれる者であることから、特例利用の実施中に**指定介護老人福祉施設に空床が発生した場合は、特例利用者を速やかに指定介護老人福祉施設に移さなければならない**。

●　「福祉の措置等による定員超過利用」と「特例利用の定員超過利用」はそれぞれ別個の特例措置であるので、それぞれの特例措置で定員超過を行う場合は、それぞれの

限度を遵守しなければならない。どちらかの特例措置の限度を超えている場合は、当然減算されることになる。⇒定員超過利用の減算：Ｐ５９

● 災害・虐待等の事情による措置

○　単なる特別養護老人ホームへの入所措置であれば、介護報酬上の減算の対象外となるのは、定員の５%増（定員４０人の特別養護老人ホームでは２人まで）だが、虐待に関わる場合であれば、措置による入所であるかどうかを問わず、かつ、定員を５%超過した場合であっても、介護報酬の減算対象とはならない。

（参考）虐待への対応に関して

「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」の第１０条で、市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について、老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとされている。

「居室を確保するための措置」としては、地域によってベッドの空き状況などが異なるため、各自治体の状況に応じた工夫がなされるが、介護報酬の取扱として、介護老人福祉施設が高齢者虐待に係る高齢者を入所させた場合は、定員を超過した場合でも減算の対象とならないことを、市町村が事業所に対して周知することが必要。

【問１】　居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が１名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。

【答１】

・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

○　指定基準の記録の整備の規定について

【問２】　指定基準の記録の整備の規定における「その完結の日」の解釈が示されたが、指定権者が独自に規定を定めている場合の取扱い如何。

【答２】

・指定権者においては、原則、今回お示しした解釈に基づいて規定を定めていただきたい。

・なお、指定権者が独自に規定を定めている場合は、当該規定に従っていれば、指定基準違反になるものではない。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

○　運営規程について

【問１】　令和３年度改定において、運営基準等で経過措置期間を定め、介護サービス事業所等に義務づけられたものがあるが、これらについて運営規程においてはどのように扱うのか。

【答１】

・介護保険法施行規則に基づき運営規程については、変更がある場合は都道府県知事又は市町村長に届け出ることとされているが、今般介護サービス事業所等に対し義務づけられたもののうち、経過措置が定められているものについては、当該期間においては、都道府県知事等に届け出ることまで求めるものではないこと。

・一方、これらの取組については、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．７）

◆ 報酬に関する基準

● 介護福祉施設サービス費所定単位数の算定区分について

「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生労働省告示第21号）」に掲げる区分及び「厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年厚生労働省告示第96号）」に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

算定時の留意事項については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（H12.3.8 老企40号）第２の５」に定められている。

第２の５（２）

介護福祉施設サービス費は、施設基準第４８号に規定する基準に従い、以下の通り算定すること。

イ　施設基準第４８号イに規定する介護福祉施設サービス費

介護福祉施設サービスが、**ユニットに属さない居室（定員が１人のものに限る。）（以下「従来型個室」という。）**の入所者に対して行われるものであること。

ロ　施設基準第４８号ロに規定する介護福祉施設サービス費

介護福祉施設サービスが、**ユニットに属さない居室（定員が２人以上のものに限る。）（以下「多床室」という。）**の入所者に対して行われるものであること。

ハ　施設基準第４８号ハに規定する介護福祉施設サービス費

介護福祉施設サービスが、ユニットに属する居室（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 12 年厚生省令第 39 号。以下「指定介護老人福祉施設基準」という。）第 40 条第１項第１号イ⑶（ⅰ）（指定居宅サービス基準改正省令附則第３条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものに限る。）（以下**「ユニット型個室」**という。）の入居者に対して行われるものであること。

ニ　施設基準第４８号ニに規定する介護福祉施設サービス費

介護福祉施設サービスが、ユニットに属する居室（令和 3 年改正省令による改正前の指定介護老人福祉施設基準第 40 条第１項第１号イ⑶（ⅱ）を満たすものに限るものとし、指定介護老人福祉施設基準第 40 条第 1 項第 1 号イ⑶（指定居宅サービス基準改正省令附則第三条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものを除く。）（以下**「ユニット型個室的多床室」**という。）の入居者に対して行われるものであること。

介護福祉施設サービス（単位数表）：１日につき

介護福祉施設サービス費	（一） 介護福祉施設 サービス費	入所定員 が 30 人 以上	従来型 個室	a　介護福祉施設サービス費（Ⅰ） i　要介護１　５８９単位 ii　要介護２　６５９単位 iii　要介護３　７３２単位 iv　要介護４　８０２単位 v　要介護５　８７１単位
			多床室	b　介護福祉施設サービス費（Ⅱ） i　要介護１　５８９単位 ii　要介護２　６５９単位 iii　要介護３　７３２単位 iv　要介護４　８０２単位 v　要介護５　８７１単位
	（二） 経過的 小規模介護 福祉施設 サービス費	入所定員 が 30 人 （H29 年 度以前に 開設）	従来型 個室	a　経過的小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ） i　要介護１　６９４単位 ii　要介護２　７６２単位 iii　要介護３　８３５単位 iv　要介護４　９０３単位 v　要介護５　９６８単位
			多床室	b　経過的小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ） i　要介護１　６９４単位 ii　要介護２　７６２単位 iii　要介護３　８３５単位 iv　要介護４　９０３単位 v　要介護５　９６８単位
ユニット型介護福祉施設サービス費	（一） ユニット型 介護福祉施設 サービス費	入居定員 が 30 人 以上	ﾕﾆｯﾄ型 個室	a　ユニット型介護福祉施設サービス費 i　要介護１　６７０単位 ii　要介護２　７４０単位 iii　要介護３　８１５単位 iv　要介護４　８８６単位 v　要介護５　９５５単位
			ﾕﾆｯﾄ型 個室的 多床室	b　ユニット型介護福祉施設サービス費 i　要介護１　６７０単位 ii　要介護２　７４０単位 iii　要介護３　８１５単位 iv　要介護４　８８６単位 v　要介護５　９５５単位
	（二） 経過的 ユニット型 小規模介護 福祉施設 サービス費	入居定員 が 30 人 （H29 年 度以前に 開設）	ﾕﾆｯﾄ型 個室	a　経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ） i　要介護１　７６８単位 ii　要介護２　８３６単位 iii　要介護３　９１０単位 iv　要介護４　９７７単位 v　要介護５　１，０４３単位
			ﾕﾆｯﾄ型 個室的 多床室	b　経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ） i　要介護１　７６８単位 ii　要介護２　８３６単位 iii　要介護３　９１０単位 iv　要介護４　９７７単位 v　要介護５　１，０４３単位

● 居住費・食費の適正な徴収について

・居住費や食費の入所者負担額は、**入所者等と施設の契約**により決められる。

・契約が適正な手続きのもとでなされるために、ガイドライン「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（H17.9.7 厚生労働省告示第419号）」が次のとおり策定されている。

１．適正な手続の確保

居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る契約の適正な締結を確保するため、次に掲げるところにより、当該契約に係る手続を行うこと。

- 入所者等又はその家族に対し、当該契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。
- 当該契約の内容について、入所者等から文書により同意を得ること。
- 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料について、その具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに事業所等の見やすい場所に掲示を行うこと。

２．居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料

利用料は、居住環境の違いに応じて、それぞれ次に掲げる額を基本とする。

<table>
<tr><td rowspan="2">(1)
居住費
(滞在費
宿泊
費)</td><td>ユニット型個室
ユニット型個室的多床室
多床室</td><td>室料＋光熱水費
相当</td><td rowspan="2">利用料の設定に当たって勘案すべき事項
① 施設における建設費用（修繕・維持費用等を含み、公的助成の有無についても勘案する）
② 近隣地域に所在する類似施設の家賃
③ 光熱水費の平均的な費用</td></tr>
<tr><td>従来型個室</td><td>同上（特例あり）</td></tr>
<tr><td colspan="2">(2)食　費</td><td>食材料費＋調理費</td><td></td></tr>
</table>

※従来型個室の特例（居住費負担が「光熱水費相当」になる場合）

従来型個室への入所者が次のいずれかに該当する場合

(1)　感染症等により、医師が判断した場合（30日以内）

(2)　著しい精神症状等により、他の同室者に及ぼす重大な影響を考慮し、医師が必要と判断した場合

３．その他

入所者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料は、前号に掲げる居住、滞在及び食事の提供に係る利用料と明確に区分して受領すること。

【問 42】 食費の設定は、朝食、昼食、夕食に分けて設定すべきか。また、そのように設定した場合の補足給付はどのようになるのか。

【答 42】 食費は利用者と施設の契約により設定するものであり、朝食、昼食、夕食に分けて設定することも可能である。特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、原則として一食ごとに分けて設定する。

利用者負担第 4 段階の方について、一食ごとの食費の設定をする場合には、利用者負担第 1 段階から第 3 段階の方についても一食ごとの食費の設定になるものと考えるが、その際の補足給付の取扱いについては、一日の食費の合計額について、補足給付の「負担限度額」に達するまでは補足給付は行われず、「負担限度額」を超える額について補足給付が行われることとなる。

具体的には、例えば、朝食 400 円、昼食 450 円、夕食 530 円と設定した場合、利用者負担第 3 段階の方であれば、食費の「負担限度額」は 650 円であるので、朝食のみ（400 円）の場合は補足給付は行われず、朝食と昼食（850 円）の場合であれば「負担限度額」との差額 200 円が補足給付として支給される。

（※ 平成 17 年 10 月 Q&A（平成 17 年 9 月 7 日）問 47 は削除する。）

平成２４年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

食費及び居住費の基準費用額と負担限度額（令和６年８月～令和８年７月）

	食費	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室（特養等）	従来型個室（老健・医療院等）	多床室（特養等）	多床室（老健・医療院等）
基準費用額	1,445	2,066	1,728	1,231	1,728	915	437
負担限度額（利用者負担第3段階②）	1,360	1,370	1,370	880	1,370	430	430
負担限度額（利用者負担第3段階①）	650	1,370	1,370	880	1,370	430	430
負担限度額（利用者負担第2段階）	390	880	550	480	550	430	430
負担限度額（利用者負担第1段階）	300	880	550	380	550	0	0

※令和８年介護報酬改定により、令和８年８月から居住費の基準費用額及び負担限度額の一部が変わります。

食費及び居住費の基準費用額と負担限度額（令和８年８月～）

	食費	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室（特養等）	従来型個室（老健・医療院等）	多床室（特養等）	多床室（老健・医療院等）
基準費用額	1,545	2,066	1,728	1,231	1,728	915	437
負担限度額（利用者負担第3段階②）	1,420	1,470	1,470	980	1,470	530	430
負担限度額（利用者負担第3段階①）	680	1,370	1,370	880	1,370	430	430
負担限度額（利用者負担第2段階）	390	880	550	480	550	430	430
負担限度額（利用者負担第1段階）	300	880	550	380	550	0	0

● 加算の留意点

１．ミスによる報酬返還を防止するため、単位数表・解釈通知・関連する告示・厚生労働省が発したＱ＆Ａ等をよく確認すること。
- 「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」
- 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」
- 「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」
- 「厚生労働大臣が定める基準」
- 「厚生労働大臣が定める施設基準」
- 「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準」
- 厚生労働省が発した各種Ｑ＆Ａ、連絡事項など

２．加算には**複数の要件と必須とされる記録**がある。要件等は、単位数表、解釈通知その他の通知類及びＱ＆Ａ等に分散しているため注意すること。

３．明文上必須とされている要件や記録については、加算算定要件を満たしていることが事後的に確認できなければならない。事後調査等で、加算算定時点に要件に合致していないことが判明した場合は、加算全体が無効になる。

これらの要件や記録は、行政機関等の監査のために作成するのもではなく、**介護報酬を請求するための根拠**であるので、請求にあたっては、これらの書類に基づいて行うことになる。

● 説明と同意

１．個別的なサービスに係る加算については、基本的に、入所者又はその家族に対する説明と同意が必須である。

２．他の算定要件が満たされていても、**同意がなければ算定できない**。

● サービス提供と加算

１．各種加算には一定の必要要件があるが、これは加算算定を行うための要件に過ぎない。よって、これらの要件を満たさないという理由で、各種サービスの提供ができないということではない。単に、加算算定ができないというだけである。この場合、各種該当サービスは基本報酬の範疇で行われると考えられる。

２．原則として入所者全員に算定するものとされている加算については、入所者全員について算定要件を満たすよう努める必要がある。個々に算定要件を満たしていない場合は当該入所者については算定できない。

● 加算の届出と算定開始月

１．加算等については、**届出受理日の翌月（受理日が１日の場合はその月）から算定**を開始する。加算等の体制届出については直接、熊本県高齢者支援課に届け出る。

２．施設の体制等が加算等の基準に該当しなくなった場合は、その日から加算の算定はできない。また、その旨を速やかに届け出なければならない。

● 入所等の日数の数え方について

１．短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含む。

２．同一敷地内の介護保険施設の間で、又は、隣接・近接する介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合で、利用者等が介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、**入所等の日は含み、退所等の日は含まない**。
（例；短期入所生活介護の利用者がそのまま指定介護老人福祉施設に入所した場合は、入所に切り替えた日については短期入所生活介護費は算定しない。）

３．介護保険施設等を退所等したその日に同一敷地内にある病院・診療所の医療保険適用病床、又は、隣接・近接する病院・診療所の医療保険適用病床であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては**退所の日は算定されない**。
　また、同一敷地内の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設に入所等する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む。）は、介護保険施設等においては**入所等の日は算定されない**。

４．職員配置等基準の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所した日を含み、退所した日は含まない。

● 入所者についての診療報酬

・「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」（最終改正：令和６年３月２７日　老老発０３２７第１号・保医発０３２７第８号）

・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」
（最終改正：令和６年３月２７日保医発０３２７第９号）

● **各種減算及び加算**

夜勤職員基準未満の減算

ある月（歴月）において、夜勤時間帯（午後１０時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する１６時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。）において夜勤を行う夜勤職員数が、基準に満たない事態が、「２日以上連続して発生」　あるいは　「４日以上発生」　した場合、その翌月の**すべての入所者等**について**所定単位数が９７%に減算**となる。

夜勤職員基準に定められる夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。

また、夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を 16 で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとする。

なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はない。当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めることとする。

	入所者数（※）	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数
ユニット型以外	～　２５	１人以上
	２６　～　６０	２人以上
	６１　～　８０	３人以上
	８１　～　１００	４人以上
	１０１　～	４＋（入所者数（※）－１００）÷２５　人以上 （小数点以下切り上げ）
ユニット型	２ユニット　ごとに　１人以上	

（※）空床利用型の短期入所サービスを併せて行う場合は、短期入所サービスの利用者数と特別養護老人ホームの入所者の合計数

【参考：厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（告示）】

介護老人福祉施設等の夜間の人員配置基準について、令和２年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証効果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等の ICT を導入する場合の**従来型における夜間の人員配置基準が令和 3 年 4 月から上記告示により以下のとおり緩和されています。**

改正前		
配置人員数	利用者数 25 以下	1 人以上
	利用者数 26～60	2 人以上
	利用者数 61～80	3 人以上
	利用者数 81～100	4 人以上
	利用者数 101 以上	4 に利用者の数が 100 を超えて 25 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数

改正後		
配置人員数	利用者数 25 以下	1 人以上
	利用者数 26～60	1.6 人以上
	利用者数 61～80	2.4 人以上
	利用者数 81～100	3.2 人以上
	利用者数 101 以上	3.2 に利用者の数が 100 を超えて 25 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数

・ 介護老人福祉施設（従来型）の夜間の人員配置基準の緩和に当たっては、利用者数の狭間で急激に職員人員体制の変更が生じないよう配慮して、改正前の配置人員数が２人以上に限り、１日当たりの配置人員数として、常勤換算方式による配置要件に変更されています。ただし、配置人員数は常時１人以上（利用者数が 61 人以上の場合は常時２人以上）配置することとします。

（要件）

- 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器（以下「見守り機器」という。）を利用者の数以上設置していること。
- 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。
- 見守り機器及び情報通信機器（以下「見守り機器等」という。）を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
  - （１） 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保
  - （２） 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
  - （３） 夜勤時間帯における緊急時の体制整備
  - （４） 見守り機器等の定期的な点検
  - （５） 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

【問77】 見守り機器等を活用した夜間の人員配置基準や夜勤職員配置加算の0.6人の配置要件について、運用イメージ如何。

【答77】

・見守り機器やインカム等のICTを活用し、常時見守り支援が可能となることによって、夜間・深夜の時間帯の定時巡視の移動時間の減少や、利用者の急変時等への迅速な対応等が可能となるため、業務が比較的多忙となる夕方や早朝の時間帯に職員を手厚く配置する等のメリハリの利いたシフト体制を組むことができるものと考えている。

・なお、介護事業所が設置する「見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会」において、夜勤職員の１日の勤務の中で、職員の負担が過度に増えている時間帯がないか確認することとしている点に留意されたい。

【問78】 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会で確認することとされている利用者のケアの質や職員の負担に関する評価について、どのような指標があるのか。

【答78】
・利用者のケアの質や職員の負担に関する評価にあたっては、当該委員会において、直接処遇のための時間が増えたかどうかなど、それぞれの事業所の実情に応じた評価指標を用いることが望ましい。
・なお、平成30年度老人保健健康増進等事業「介護ロボットの評価指標に関する調査研究事業」（※）において、介護ロボットの導入にあたっての評価指標がまとめられているので参考とされたい。

※参考
①利用者のケアの質に関する評価指標
・認知機能、QOL（WHOQOL等）、要介護度、ADL（FIM、BI等）等
②職員の負担に関する評価指標
・ストレス指標（SRS-18等）、モチベーション、介護負担指標等

【問81】　介護機器を使用した業務効率化のイメージ如何。
【答81】　例えば、以下の取組が考えられる。

・　見守り機器を使用して常時見守りが可能となることによって、ケアが必要な 入居者等への直接処遇の時間を増やすことができる 。
・　インカムを使用して職員間の連絡調整に要する時間を効率化させる。
・　バイタル情報等を介護記録システムに自動 連携させることによって、記録作成業務に要する 時間を効率化させる。
・　入居者等の移乗支援にあたり、移乗支援機器を使用することによって、対応する職員の人数を省人化させる。

また、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン（パイロット事業改訂版）」（厚生労働省老健局・令和２年３月発行） において、業務改善の取組の考え方や手順等をまとめているので参考とされたい。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

定員超過利用の減算

（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）
第２５条　指定介護老人福祉施設は、入所定員及び居室の定員を超えて入所させてはならない。**ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合はこの限りでない**。

月平均の入所者数が運営規程に定める入所定員（短期入所・施設サービス合計の入所定員）を超過した場合は、該当月の翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、**すべての入所者等**（短期サービスの利用者も含む）について**所定単位数が７０％に減算**となる。
※具体的取扱い

1	・市町村による措置**（福祉の措置）** ・入院中の入所者の再入所が早まった（当初の再入所予定日までの間に限る）	入所定員４０以下	入所定員の１０５%超
		入所定員４０超	入所定員＋２　超

2	・入所申込者の家族の急遽入院等、事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者に対し、併設の短期入所の空床を利用してサービスを提供する場合 **（特例利用）**　**⇒Ｐ４６**	入所定員の１０５%超

3	・災害、虐待の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、**やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に**、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。**（災害・虐待等の事情による措置）**

※　あくまでも一時的かつ特例的なものであるため、速やかに定員超過利用を解消する必要がある。
※　適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めなければならない。

人員基準欠如の減算

R8変更あり

人員基準欠如減算の対象職種は、**介護職員、看護職員、介護支援専門員**

① 入所者に対する介護職員及び看護職員の総数配置が３：１となる数
② 入所者に対する看護職員の数が基準人員から
・１割を超えて減少した場合は、該当月の翌月から解消月まで
・１割の範囲内で減少した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く）
すべての入所者等について**所定単位数が７０%に減算**となる。

・介護支援専門員の数が基準から欠如した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く）、
すべての入所者等について**所定単位数が７０%に減算**となる。

※　適正なサービスの提供を確保するために、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めなければならない。
※　届け出ていた看護・介護職員等の職員配置を満たせなくなった場合には、事業者又は施設は該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届けなければならない。

○人員欠如に係る特例的な取扱い（Ｒ８：新規（介護保険最新情報Ｖｏｌ．１５０２））

突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（③ロ及び④の場合に限る。）であって、次のイからニまでの全てに該当するときは、③及び④の規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式 14 に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式 14 には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

イ　職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第 33 条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

ロ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

ハ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

ニ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

介護保険最新情報（Ｖｏｌ．１５０２）

ユニットケアにおける体制が未整備である場合の減算

１．日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

２．ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

ある月(歴月)において上記の基準を満たさない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、**入所者全員**について、**１日につき所定単位数の９７％**に相当する単位数を算定する。

（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

身体拘束廃止未実施減算

● 施設において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、
- **身体的拘束等を行う場合の記録**(その態様、時間、入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由)**を行っていない場合**
- **身体的拘束等の適正化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３月に１回以上開催していない場合**
- **身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合**
- **身体的拘束等の適正化のための従業者に対する定期的な研修**(年２回以上、新規採用時)**を実施していない場合**

に、**入所者全員について**所定単位数から**所定単位数の１０％を減算**する。

● 記録等を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。

※ 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針に定めておくこと。
※ 入所者及びその家族等に対して、身体的拘束等の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。

【問１０】 (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)身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から３ヵ月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」こととされているが、施設監査に行った際に身体拘束に係る記録を行っていないことを発見した場合、いつからいつまでが減算となるのか。また、平成１８年４月前の身体拘束について記録を行っていなかった場合は、減算の対象となるのか。

・身体拘束の記録を行っていなかった日：平成18年4月2日
・記録を行っていなかったことを発見した日：平成18年7月1日
・改善計画を市町村長に提出した日：平成18年7月5日

【答１０】 身体拘束廃止未実施減算については、身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出し、これに基づく改善状況を３か月後に報告することになっているが、これは、事実が生じた月に改善計画を速やかに提出させ改善計画提出後最低３か月間は減算するということである。

したがって、お尋ねのケースの場合、改善計画が提出された平成１８年７月を基準とし、減算はその翌月の同年８月から開始し、最短でもその３か月後の１０月までとなる。なお、身体拘束廃止未実施減算は、平成１８年４月から新たに設けたものであることから、同月以降に行った身体拘束について記録を行っていなかった場合に減算対象となる。

介護制度改革informationＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１２７）

【問８７】　新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するか。
【答８７】　施行以後、最初の身体拘束廃止に係る委員会を開催するまでの３ヶ月の間に指針等を整備する必要があるため、それ以降の減算になる。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問８８】　身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から３か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」こととされているが、施設から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。
【答８８】　改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設から改善計画が提出され、事実が生じた月から３か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

安全管理体制未実施減算

介護老人福祉施設基準第 35 条第１項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、**入所者全員について、所定単位数から減算（５単位／日）することとする。**

＜基準：介護老人福祉施設基準第 35 条第１項＞
●指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。
１　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
２　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、当該事案が報告され、その分析を通じた改善策を従事者に周知徹底する体制を整備すること。
３　事故発生のための委員会（※１）（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。）及び従事者に対する研修を定期的に行うこと。
４　１～３に掲げる措置を適切に実施するための担当者（※２）を置くこと。

≪解釈通知≫

※１）　指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすることが必要である。
　事故防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策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。

※２） 指定介護老人福祉施設における事故発生を防止するための体制として、１から４までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一施設内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入居者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

高齢者虐待防止措置未実施減算 （Ｒ６改定：新設）

● 高齢者虐待防止措置未実施減算については、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、

・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していな場合
・虐待の防止のための指針を整備していない場合
・虐待の防止のための研修を年２回以上実施していない場合
・これらを適切に実施するための担当者を置いていない場合

に、**入所者全員について**所定単位数から**所定単位数の１％**に相当する単位数を減算。

● 上記の事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、**事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間**について減算することとする。

【問１６７】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）がなされていなければ減算の適用となるのか。

【問１６７】・ 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。

【問１６８】運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

【答１６８】過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

【問１６９】高齢者虐待防止措置未実施減算については、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）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

【答１６９】改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から３か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１】　高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

【答１】　「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９月17日老企第25号）」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。

なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下の通り。

・年に２回以上

（介護予防）特定施設入居者生活介護、（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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

・年に１回以上

訪問介護、（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、通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、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）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防支援

介護保険最新情報（Ｖｏｌ．１３４５）

業務継続計画未策定減算　（Ｒ６改定：新設）

● 業務継続計画未策定減算については、指定介護老人福祉施設基準第 24 条の２第１項（指定介護老人福祉施設基準第 49 条において準用する場合を含む。）に規定する以下の基準を満たさない事実が生じた場合に、**その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月**まで、当該事業所の**入所者全員について**、所定単位数から**所定単位数の３％**に相当する単位数を所定単位数から減算する。

（施設基準第 24 条の２第１項）
・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（業務継続計画）を策定すること。
・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

※経過措置として、令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

【問１６５】業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようになるのか。
【答１６５】業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり。

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、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、**介護老人福祉施設**、介護老人保健施設、介護医療院、 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護	**令和６年４月** ※ただし、令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。

【問１６６】行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。
【答１６６】・ 業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
・ 例えば、通所介護事業所が、令和７年 10 月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和７年 10 月からではなく、令和６年４月から減算の対象となる。
・ また、訪問介護事業所が、令和７年 10 月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和７年４月から減算の対象となる。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問７】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。
【答７】・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。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算

● 指定介護老人福祉施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士（※１）の員数若しくは指定介護老人福祉施設基準第 17 条の２（※２）（指定介護老人福祉施設基準第 49 条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、**入所者全員について、所定単位数が減算（１４単位／日）されることとする**（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）。

※１）基準省令第２条第１項ただし書に規定する「他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないとき」とは、隣接の他の社会福祉施設や病院等の栄養士又は管理栄養士との兼務や地域の栄養指導員（健康増進法第 19 条に規定する栄養指導員をいう。）との連携を図ることにより、適切な栄養管理が行われている場合であること。

※２）基準省令第 17 条の２は、指定介護老人福祉施設の入所者に対する栄養管理について、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

（栄養管理について、以下の手順により行うこととする。）

イ　入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとすること。

ロ　入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。

ハ　入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

ニ　栄養ケア・マネジメントの実務等については、別途通知（**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」**）において示しているので、参考とされたい。

日常生活継続支援加算

１．日常生活継続支援加算Ⅰ（従来型）　　３６単位／日
２．日常生活継続支援加算Ⅱ（ユニット型）　４６単位／日

● 居宅での生活が困難であり、介護老人福祉施設への入所の必要性が高いと認められる重度の要介護状態の者や認知症である者等を積極的に入所させるとともに、介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉施設サービスを提供することより、そうした入所者が可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるよう支援することを評価するもの。

【要件】　次の１～３を満たすこと。

１　①～③の**いずれか**に該当すること。

①算定日の属する月の前６月間又は前１２月間における新規入所者の総数のうち、要介護４又は５の者の占める割合　　７０／１００以上

②算定日の属する月の前６月間又は前１２月間における新規入所者の総数のうち、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である者の占める割合
＝日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の占める割合
６５／１００以上

※①②は、届出を行った月以降においても、毎月において直近６月間又は１２月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要である。これらの割合については、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、当月から算定不可。

③入所者総数のうち、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合　　１５／１００以上

※社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号に掲げる行為は以下のとおり。

- 口腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

※③は、前４月から前々月までの３月間の平均値を毎月算定し、満たさなくなった場合は、当月から算定不可。

２　介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が６又はその端数を増すごとに１以上（※）であること。

※）**必要となる介護福祉士の数が常勤換算方法で入所者の数が７又はその端数を増すごとに１以上である場合については、次の要件を満たすこと。**

イ　「業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器を複数種類使用」とは、以下に掲げる介護機器を使用することであり、少なくともａからｃまでに掲げる介護機器は使用することとする。その際、ａの機器は全ての居室に設置し、ｂの機器は全ての介護職員が使用すること。

ａ　見守り機器
ｂ　インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器
ｃ　介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するＩＣＴ機器
ｄ　移乗支援機器
ｅ　その他業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器

介護機器の選定にあたっては、事業所の現状の把握及び業務面において抱えている課題の洗い出しを行い、業務内容を整理し、従業者それぞれの担うべき業務内容及び介護機器の活用方法を明確化した上で、洗い出した課題の解決のために必要な種類の介護機器を選定すること。

ロ　介護機器の使用により業務効率化が図られた際、その効率化された時間は、ケアの質の向上及び職員の負担の軽減に資する取組に充てること。

ケアの質の向上への取組については、幅広い職種の者が共同して、見守り機器やバイタルサイン等の情報を通じて得られる入居者の記録情報等を参考にしながら、適切なアセスメントや入居者の身体の状況等の評価等を行い、必要に応じ、業務体制を見直すこと。

ハ　「介護機器を安全かつ有効に活用するための委員会」（以下「介護機器活用委員会」とい

う。）は３月に１回以上行うこと。介護機器活用委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。なお、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」等に対応していること。

また、介護機器活用委員会には、管理者だけでなく実際にケアを行う職員を含む幅広い職種や役割の者が参画するものとし、実際にケアを行う職員の意見を尊重するよう努めることとする。

ニ　「入居者の安全及びケアの質の確保」に関する事項を実施すること。

具体的には次の事項等の実施により利用者の安全及びケアの質の確保を行うこととする。

ａ　介護機器から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を入居者の状態把握に活用すること。

ｂ　介護機器の使用に起因する施設内で発生したヒヤリ・ハット事例等の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。

ホ　「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」に関する事項を実施すること。具体的には、実際にケアを行う介護福祉士を含めた介護職員に対してアンケートやヒアリング等を行い、介護機器の導入後における次の事項等を確認し、人員配置の検討等が行われていること。

ａ　ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えていないかどうか

ｂ　１日の勤務の中で、職員の負担が過度に増えている時間帯がないかどうか

ｃ　休憩時間及び時間外勤務等の状況へ 日々の業務の中で予め時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認する等のチェックを行う仕組みを設けること。また、介護機器のメーカーと連携し、定期的に点検を行うこと。

ト　介護機器の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

この場合の要件で日常生活継続支援加算を取得する場合においては、３月以上の試行期間を設けることとする。入居者の安全及びケアの質の確保を前提にしつつ、試行期間中から介護機器活用委員会を設置し、当該委員会において、介護機器の使用後の人員体制とその際の職員の負担のバランスに配慮しながら、介護機器の使用にあたり必要な人員体制等を検討し、安全体制及びケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で、届出をすること。なお、試行期間中においては、通常の日常生活継続支援加算の要件を満たすこととする。

届出にあたり、都道府県等が当該委員会における検討状況を確認できるよう、当該委員会の議事概要を提出すること。また、介護施設のテクノロジー活用に関して、厚生労働省が行うケアの質や職員の負担への影響に関する調査・検証等への協力に努めること。

- **介護職員のなかの介護福祉士で算定。（看護職員や生活相談員等の他職種は除く。）**
- **常勤換算方法で算出。（併設ショートと兼務する場合は按分による。）**
- **前３ヶ月平均値を毎月算定し、満たさなくなった場合は、当月から算定不可。**

３　定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

※当該加算を算定する場合にあっては、サービス提供体制強化加算は算定できない。ただし、サービス提供体制強化加算の要件を満たしている場合は、併設及び空床利用型の短期入所生活介護事業所においてサービス提供体制強化加算は、算定可能。（問７５参照）

※「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入所者」　＝　「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者」

＊（認知症；法第５条の２に規定する認知症をいう。）

※　要件１①②のそれぞれの割合を算出する際には、対象となる新規入所者ごとにその入所の日における要介護度及び日常生活自立度の判定結果を用いること。

また、届出を行った月以降においても、**毎月において直近６月間又は１２月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上**であることが必要。これらの割合については、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「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出**しなければならない。

※　当該加算の算定を行うために必要となる介護福祉士の員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度の平均を用いる。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とし、小数点第２位以下を切り上げる。

※　**介護福祉士の員数**については、届出日前３ヶ月間における員数の平均を、常勤換算方法を用いて算出した値が、必要な人数を満たすものでなければならない。介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を有している者とする。

届出を行った月以降においても、**毎月において直近３ヶ月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たすことが必要**。必要な人数を満たさなくなった場合は、直ちに「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出しなければならない。

※「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法

１．「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年１０月２６日老健第１３５号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度（以下「日常生活自立度」という。）を用いる場合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(以下「判定結果」という。)**を用いる。

２．１の**判定結果は**、判定した**医師名、判定日**と共に、**居宅サービス計画**又は**各サービスのサービス計画**に記載する。また、**主治医意見書とは**、「要介護認定等の実施について」（平成２１年９月３０日老発０９３０第５号厚生労働省老健局長通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「３　主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「３．心身の状態に関する意見　（１）日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいう。

なお、複数の判定結果がある場合にあっては**最も新しい判定を用いる**。

３．**医師の判定が無い場合**（主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む）にあっては、「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。

【問１９６】「たんの吸引等の行為を必要とする者」の判断基準はどのようなものなのか。

【答１９６】「たんの吸引等の行為を必要とする者」とは、たんの吸引等の行為を介護老人福祉施設の介護職員又は看護職員が行うことにつき医師の指示を受けている者をいう。

平成２４年４月改定関係Ｑ＆Ａ

【問７３】入所者に対する介護福祉士の配置割合を算出する際の入所者数や、要介護度や日常生活自立度の割合を算出する際の入所者には、**併設のショートステイの利用者を含め計算すべきか。空床利用型のショートステイではどうか。**

【答７３】当該加算は介護老人福祉施設独自の加算であるため、併設・空床利用型の別を問わず、**ショートステイの利用者は含まず**、本体施設である介護老人福祉施設の入所者のみに着目して算出すべきである。

【問７４】**介護福祉士**の配置割合を算定する際に、**ショートステイを兼務している介護福祉士はどのような取扱いとするか**。

【答７４】**併設型のショートステイと兼務**している職員については、**勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分**するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が４０人の本体施設と１０人のショートステイの間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ０．８人と０．２人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象とする。その際、実態として本体施設と併設のショートステイにおける勤務時間が１：１程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。
空床利用型のショートステイについては、ショートステイに係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず、**本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。**

【問７５】本体施設である介護老人福祉施設において**日常生活継続支援加算を算定している場合、併設するショートステイにおいてサービス提供体制強化加算の算定は可能か。空床利用型ショートステイではどうか**。

【答７５】**可能である**。具体的には、**併設型ショートステイ**については、本体施設と兼務する職員について、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、**当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれ割り振った上で**、ショートステイに係る職員についてサービス提供体制強化加算の算定基準を満たす場合、**空床利用型ショートステイ**については**本体施設がサービス提供体制強化加算の算定要件を満たす場合に、それぞれ同加算を算定**することができる。
なお、このような処理をすることにより、空床利用型のショートステイと併設型のショートステイで加算算定の有無や算定する加算の種類が異なる場合も生じうることになる。
さらに、本体施設と異なる加算を算定する場合は、空床利用型ショートステイであっても、本体施設とは別途、体制の届出が必要となるので留意されたい。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問３１】要介護４・５の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、直近３月それぞれの末日における割合の平均を用いるとされているが、**月末時点で入院中又は外泊中の入所者**については、計算上どのように取り扱うべきか。

【答３１】**入院・外泊が長期に渡り、その月において１日も当該施設を利用していないような場合を除いて、入院・外泊中の入所者を含めて割合を算出して**（３対１）の基準となる入所者数を計算する際に従来採用している取扱いと同様に計算すればよい。

【注：平成２７年度介護報酬改定により、要介護４・５の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、算定日の属する月の前６月間または前１２月における新規入所者の総数のうちの割合へと変更されている。】

【問３２】介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数について、**前年度半ばに介護老人福祉施設を新設した場合**、若しくは当該施設の定員数を増床・減床した場合においてどのように取り扱うのか。

【答３２】留意事項通知第二の１（７）に準じて取り扱われたい。

（７）**新設、増床又は減床の場合の利用者数等について**

人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定に関しては、

イ　新設又は増床分のベッドに関して、前年度において一年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の利用者数等は、**新設又は増床の時点から六月未満の間は、便宜上、ベッド数の九〇％を利用者数等**とし、新設又は増床の時点から六月以上一年未満の間は、直近の六月における全利用者等の延数を六月間の日数で除して得た数とし新設又は増床の時点から一年以上経過している場合は、直近一年間における全利用者等の延数を一年間の日数で除して得た数とする。

ロ　減床した場合には、減床後の実績が三月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数とする。

ただし、病院又は診療所の医師の人員基準欠如の運用における利用者数等については、医療法の取扱いの例によるものであり、医事担当部局と十分連携を図るものとする。

また、短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護については、イ又はロにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を推定するものとする。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問１２２】算定日の属する月の前６月間又は前１２月間における新規入所者の総数における「要介護４又は５の者の割合」及び「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である者の割合」について、前６月間で算出するか前１２月間で計算するかは事業所が選択できるのか。

【答１２２】貴見のとおりである。

【問１２３】前６月間で要件を満たしたものとして届出を行ったが、その後に前６月間では要件を満たさなくなった場合であっても、前１２月間で要件を満たしていれば改めて届出を行わなくてもよいか。

【答１２３】貴見のとおりである。

【問１２５】新規入所者が１名のみであった場合には、当該１名の新規入所者の状態のみをもって、要件の可否を判断するのか。
【答１２５】貴見のとおりである。

【問１２６】入院に伴い一旦施設を退所した者が、退院後に再入所した場合、日常生活継続支援加算の算定要件における新規入所者に含めてよいか。
【答１２６】入院中も引き続き、退院後の円滑な再入所のためにベッドの確保等を行い、居住費等を徴収されていた者については、新規入所者には含めない。

【問１２７】老人福祉法等による措置入所者は、新規入所者に含めるのか。
【答１２７】含めない。

【問１２８】日常生活継続支援加算を算定する場合には、要件の該当者のみでなく、入所者全員に対して加算を算定できるものと考えてよいか。
【答１２８】貴見のとおりである。

【問１２９】日常生活継続支援加算の算定要件となる新規入所者の要介護度や日常生活自立度について、入所後に変更があった場合は、入所時点のものと加算の算定月のもののどちらを用いるのか。
【答１２９】入所時点の要介護度や日常生活自立度を用いる。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問８２】入居継続支援加算及び日常生活継続支援加算について、介護機器を使用する場合の介護福祉士の配置要件の中で、「介護職員全員」がインカム等を使用することとされているが、介護福祉士の資格を有する介護職員のみが対象となるのか。
【答８２】介護福祉士の資格を有していない介護職員も対象に含まれる。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

看護体制加算

１．看護体制加算（Ⅰ）　イ：　６単位／日　　ロ：４単位／日
２．看護体制加算（Ⅱ）　イ：１３単位／日　　ロ：８単位／日

※加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）は、同時算定が可能。
※加算イは、入所定員３０人以上５０人以下の施設、
加算ロは、経過的小規模（入所定員３０人でH29 年度以前に開設）**又は５１人以上の施設。**
※看護職員は、短期入所生活介護とは別に配置が必要。加算Ⅱは、常勤換算方法で算定。
※入所者数とは、前年度の平均。（小数点第２位以下を切り上げ。）
※加算(Ⅱ)は、月の途中から基準を満たさなくなった場合は、当月の初日から加算の算定が不可となる。

要件 ＼ 入所定員	30人以上 50人以下	経過的小規模 又は 51人以上
１．看護体制加算（Ⅰ）（①②を満たすこと。） ①常勤の看護師を１名以上配置している。 ②定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	イ	ロ
２．看護体制加算（Ⅱ）（①～④のすべてを満たすこと。） ①看護職員を常勤換算方法で入所者の数が２５又はその端数を増すごとに１名以上配置している。 ②看護職員を常勤換算方法で、 入所者数が３０以下：２以上 入所者数が３０超５０以下：３以上 入所者数が５０超１３０以下：４以上 入所者数が１３０超：４＋(入所者５０増ごとに１)以上 ③当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、２４時間連絡できる体制を確保している。 ④定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。	イ	ロ

●指定短期入所生活介護の事業所を**併設**している場合
指定短期入所生活介護事業所とは**別に、必要な数の看護職員を配置**する必要がある。
具体的には、下記のとおり。

１　**看護体制加算（Ⅰ）**については、**指定介護老人福祉施設として１名以上の常勤の看護師の配置**を行った場合に算定が可能。

２　**看護体制加算（Ⅱ）**については、看護職員の指定介護老人福祉施設における勤務時間を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が３２時間を下回る場合は３２時間を基本とする）で除した数が、**入所者の数が２５又はその端数を増すごとに１以上**となる場合に算定が可能。

●特別養護老人ホームの**空床を利用**して指定短期入所生活介護を行っている場合
指定介護老人福祉施設の入所者と指定短期入所生活介護の利用者を合算したものを**「入所者数」として取り扱い、一体的に加算を行う**。

具体的は、下記のとおり。

１　**看護体制加算（Ⅰ）**については、本体施設に常勤の看護師を１名配置している場合は、**空床利用の指定短期入所生活介護についても算定が可能**。

２　**看護体制加算（Ⅱ）**については、**指定介護老人福祉施設の入所者数と空床利用**

の指定短期入所生活介護の利用者数を合算した数が２５又はその端数を増すごとに１以上、かつ、当該合算した数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要となる看護職員の数に１を加えた数以上の看護職員を配置している場合に算定が可能。

●同一建物内でユニット型施設と従来型施設を併設し、一体的に運営されている場合については、双方の入所者の合計数に基づいて職員数を算定する。

（H30.4改定関係Q&A(Vol.4)問12）

※**看護体制加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は、それぞれ同時に算定することが可能。**

この場合、看護体制加算（Ⅰ）において加算の対象となる常勤の看護師についても、看護体制加算（Ⅱ）における看護職員の配置数の計算に含めることが可能。

※**「２４時間連絡できる体制」とは**、施設内で勤務することを要するものではなく、**夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制**をいう。

具体的には、次のような体制を整備することを想定している。

１　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。

２　管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。

３　施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、１及び２の内容が周知されていること。

４　施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。

【問７８】本体施設である介護老人福祉施設と併設のショートステイについて、一体的に加算を算定できるのか。

【答７８】本体施設と併設のショートステイ**それぞれについて別個に加算算定の可否を判断**する。すなわち、看護体制加算（Ⅰ）では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤の看護師を１人ずつ配置している場合、看護体制加算（Ⅱ）では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤換算で２５：１以上、かつ本体施設では最低基準に加え１以上の看護職員を配置している場合に、算定可能となる。

その際、看護体制加算（Ⅱ）については、**本体施設と併設のショートステイを兼務している看護職員は、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイに割り振った上で**、本体施設とショートステイそれぞれについて加算の**算定の可否を判断**することとなる。

なお、空床利用型ショートステイについては、加算（Ⅰ）、（Ⅱ）とも本体施設において加算の算定基準を満たしていれば空床利用型ショートステイについても加算を算定することができる。

【問７９】**本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算（Ⅰ）を算定する場合、ショートステイの看護師は本体施設の業務に従事してはいけないのか。**

【答７９】本体施設と併設のショートステイの両方で看護体制加算（Ⅰ）を算定する場合、**本体施設とショートステイそれぞれを担当する常勤の看護師が定められていることが必要であるが、**ショートステイを担当する常勤看護師が、ショートステイにおける業務に**支障のない範囲で**本体施設における業務に従事することを妨げるものではない。本体施設を担当する常勤看護師がショートステイの業務に従事する場合も同じ。

【問８０】**本体施設と併設のショートステイを通じて常勤看護師が１人しかいないがその１人が特養とショートステイの両方を均等に兼務している場合**、本体施設と併設のショートステイの**どちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するか**は事業者の選択によるものと解してよいか。

【答８０】本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するかは事業者の選択として構わないが、**算定することとした方の事業所を主として勤務を行うべき**である。

【問８１】本体施設５０床＋併設ショートステイ１０床の施設が看護体制加算を算定しようとする場合、本体施設である介護老人福祉施設については３１人～５０人規模の単位数を算定できるのか。

【答８１】定員規模に係る要件は**介護老人福祉施設のみの定員に着目して判断する**ため、お見込みどおり。なお、この取扱いは、夜勤職員配置加算についても同様である。

【問８３】**機能訓練指導員が看護師である場合**、看護体制加算（Ⅱ）の看護職員配置に含められるか。看護体制加算（Ⅰ）についてはどうか。

【答８３】看護体制加算（Ⅱ）については、当該機能訓練指導員が看護職員としての業務に従事している実態があれば、**当該業務に係る勤務時間を常勤換算の看護職員数の中に含めることは可能**である。

看護体制加算（Ⅰ）については、看護職員としての業務以外の業務に従事する看護師によって同加算を算定することは望ましくない。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

夜勤職員配置加算

１．夜勤職員配置加算（Ⅰ）　イ、２２単位／日　　ロ、１３単位／日
２．夜勤職員配置加算（Ⅱ）　イ、２７単位／日　　ロ、１８単位／日
３．夜勤職員配置加算（Ⅲ）　イ、２８単位／日　　ロ、１６単位／日
４．夜勤職員配置加算（Ⅳ）　イ、３３単位／日　　ロ、２１単位／日

ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しない。

加算（Ⅰ）（Ⅱ）

厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に従い必要となる夜勤職員（介護職員又は看護職員）の数を上回って配置した場合に加算を行う。

なお、夜勤職員基準第１号ハの⑴㈡及び⑵㈡ただし書に規定する見守り機器（利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。以下同じ。）を使用する場合における基準については、以下のとおり取り扱うこととする。

【見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の算定基準】

	（１）0.9 人配置要件の緩和	（２）0.6 人配置要件の新設
最低基準に加えて配置する人員	**０．９人**	（ユニット型の場合）**０．６人** （従来型の場合） ※人員基準緩和を適用する場合は併給調整 ①　人員基準緩和を適用する場合 **→０．８人** ②　①を適用しない場合（利用者数 25 名以下の場合等） **→０．６人**
見守り機器の入所者に占める導入割合	**１０％**	**１００％**
その他の要件	「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」の設置	・夜勤職員全員がインカム等の ICT を使用していること。 ・安全体制を確保していること（※）

【（１）0.9 人配置要件の緩和】

イ　必要となる夜勤職員の数が 0.9 を加えた数以上である場合においては、次の要件を満たすこと。
ａ　利用者の 10 分の１以上の数の見守り機器を設置すること。
ｂ　「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は、３月に１回以上行うこと。この委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。

【（２）0.6 人配置要件の新設】

ロ　必要となる夜勤職員の数が 0.6 を加えた数以上である場合（夜勤職員基準第第一号ロの⑴⑽ｆの規定に該当する場合は 0.8 を加えた数以上である場合）においては、次の要件を満たすこと。

ａ　利用者が使用するすべての居室に見守り機器を設置すること。

ｂ　インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。以下同じ。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資する機器及び見守り機器の情報を常時受信可能なスマートフォンやタブレット端末等の機器を、全ての夜勤職員が使用し、利用者の状況を常時把握すること。

ｃ　「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は、３月に１回以上行うこと。この委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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」等を遵守すること。また、見守り機器等活用委員会には、管理者だけでなく実際に夜勤を行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等の役割の者が参画するものとし、実際に夜勤を行う職員の意見を尊重するよう努めることとする。

ｄ　「利用者の安全及びケアの質の確保に関する事項」を実施すること。具体的には次の事項等の実施により利用者の安全及びケアの質の確保を行うこととする。

⑴　見守り機器等を使用する場合においても、一律に定時巡回等をとりやめることはせず、個々の利用者の状態に応じて、個別に定時巡視を行うこと。

⑵　見守り機器等から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を利用者の状態把握に活用すること。

⑶　見守り機器等の使用に起因する事業所内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例（介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった事例をいう。）（以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。）の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。

ｅ　「夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」に関する事項を実施すること。具体的には、実際に夜勤を行う職員に対してアンケートやヒアリング等を行い、見守り機器等の導入後における次の事項等を確認し、人員配置の検討等が行われていること。

⑴　ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えていないかどうか

⑵　夜勤時間帯において、負担が過度に増えている時間帯がないかどうか

⑶　休憩時間及び時間外勤務等の状況

ｆ　日々の業務の中で予め時間を定めて見守り機器等の不具合がないことを確認する等のチェックを行う仕組みを設けること。また、見守り機器等のメーカーと連携し、定期的に点検を行うこと。

ｇ　見守り機器等の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

この場合の要件で夜勤職員配置加算を取得する場合においては、３月以上の試行期間を設けることとする。利用者の安全及びやケアの質の確保を前提にしつつ、試行期間中から委員会を設置し、当該委員会において、見守り機器等の使用後の人員体制とその際の夜勤にあたる職員の負担のバランスに配慮しながら、見守り機器等の使用にあたり必要な人員体制等を検討し、安全体制及びケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で、「テクノロジーの活用」に係る届出をすること。（※）

なお、試行期間中においては、通常の夜勤職員配置加算の要件を満たすこととする。

届出にあたり、都道府県等が当該委員会における検討状況を確認できるよう、当該委員会の議事概要を提出すること。また、介護事業所のテクノロジー活用に関して、厚生労働省が行うケアの質や職員の負担への影響に関する調査・検証等への協力に努めること。

※）　安全体制の確保の具体的要件

- 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器（以下「見守り機器」という。）を利用者の数以上設置していること。
- 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。
- 見守り機器及び情報通信機器（以下「見守り機器等」という。）を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、利用者の安全並びに介

護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

（１） 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保
（２） 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
（３） 夜勤時間帯における緊急時の体制整備
（４） 見守り機器等の定期的な点検
（５） 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

加算（Ⅲ）（Ⅳ）

・加算（Ⅰ）（Ⅱ）の要件に該当していること
・**夜勤時間帯を通じて**、看護職員又は**喀痰吸引等の実施ができる介護職員**（登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の登録が必要）を**１人以上配置**していること。

要件＼入所定員	30人以上 50人以下	経過的小規模※ 又は51人以上
加算（Ⅰ）（Ⅲ）・・・ユニット型以外 **加算（Ⅱ）（Ⅳ）・・・ユニット型**	イ	ロ

※経過的小規模施設：入所定員が 30 人でH29 年度以前に開設した施設

	入所者数	加算が算定可能な夜勤職員の数 （見守り機器導入の場合の数）
ユニット型以外	～ ２５	２（１．９又は１．６）名以上 ※人員基準緩和適用の場合：１．８
	２６ ～ ６０	３（２．９又は２．６）名以上 ※人員基準緩和適用の場合：２．４
	６１ ～ ８０	４（３．９又は３．６）名以上 ※人員基準緩和適用の場合：３．２
	８１ ～ １００	５（４．９又は４．６）名以上 ※人員基準緩和適用の場合：４．０
	１０１ ～	５（４．９又は４．６） ※人員基準緩和適用の場合：４．８ ＋（入所者数－１００）÷２５ 名以上 （小数点以下切り上げ）
ユニット型	「２ユニットごとに１名以上」の基準を満たし、更に１（０．９又は０．６）名以上 **例）１ユニットの場合基準では１名、よって２（１．９又は１．６）名以上が必要。** **例）５ユニットの場合基準では３名、よって４（３．９又は３．６）名以上が必要。**	

※ 入所者数とは、前年度の平均。（小数点第２位以下を切り上げ。）
※ 入所者数には、併設及び空床の短期入所生活介護利用者数を含む。
※ 夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに**夜勤時間帯（午後１０時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する１６時間 ）における延夜勤時間数を、当該月の日数に１６を乗じて得た数で除して得た数**とし、小数点第３位以下は切り捨てる。
※ 「見守り機器」とは、入所者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通

報できる利用者の見守りに資する機器をいう。また、「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」（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。）は、３月に１回以上行うこととする。

● **指定短期入所生活介護の事業所を併設している場合、特別養護老人ホームの空床において指定短期入所生活介護を行っている場合**

指定短期入所生活介護の利用者数と指定介護老人福祉施設の入所者数を**合算した人数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」**とした場合に夜勤職員基準に必要となる夜勤職員の数を上回って配置した場合に加算を行う。

※　ユニット型指定介護老人福祉施設にあっては、**増配した夜勤職員については、必ずしも特定のユニットに配置する必要はない**。

夜勤職員配置加算（Ⅲ）（Ⅳ）の喀痰吸引等の実施ができる介護職員とは次のａ～ｄ

ａ　介護福祉士（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（平成二十三年法律第七十二号）附則第十三条第一項に規定する特定登録者（ｂにおいて「特定登録者」という。）及び同条第九項に規定する新特定登録者（ｃにおいて「新特定登録者」という。）を除く。）であって、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和六十二年厚生省令第四十九号）第一条各号に掲げる行為のうちいずれかの行為に係る実地研修を修了している者

ｂ　特定登録者であって、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附則第十三条第五項に規定する特定登録証の交付を受けている者

ｃ　新特定登録者であって、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附則第十三条第十一項において準用する同条第五項に規定する新特定登録証の交付を受けている者

ｄ　社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）附則第三条第一項に規定する認定特定行為業務従事者

【問１９】　ユニットや専門棟がある場合の取扱いはどうすべきか。
【答１９】　施設全体に対しての加算であるが、一部ユニット型については、ユニット部分及び多床部分それぞれで要件を満たす必要があること。なお、この場合にあっては、要件を満たしている部分に対して加算を算定するものであること。専門棟についても同様である。
【問８６】ユニット型施設で夜勤職員配置加算を算定する場合、例えば**６ユニットの施設では**、２ユニットにつき２人＝６人の夜勤職員が必要ということではなく、２ユニットにつき１人＋１人＝**４人以上の夜勤職員配置があれば加算を算定可能**という理解でよいか。
【答８６】そのとおりである。
【問８９】夜勤基準を１人以上上回らなければならないとは、基準を満たした上で、加配分の１人は同じ人間が夜勤の時間帯を通じて勤務しなければならないということか。
【答８９】夜勤職員配置加算の基準については、夜勤時間帯（午後１０時から翌日の午前５時までを含む連続した１６時間）における１月の看護・介護職員の

延夜勤時間数をその月の日数×１６時間で割った人数（１日平均夜勤職員数）を元に判断する。**このため、何人かが交代で勤務していても、延夜勤時間数が必要な時間数を満たしていれば算定が可能である**。

【問９０】１日平均夜勤職員数を算出するための延夜勤時間数には、**早出・遅出や日勤帯勤務の職員の勤務時間も含められるのか**。

【答９０】本加算は、深夜の時間帯のみならず、特に介護量が増加する朝食、夕食及びその前後の時間帯を含む夜勤時間帯全体における手厚い職員配置を評価するものであり、**その施設が設定した夜勤時間帯において勤務した時間であれば、早出・遅出及び日勤帯勤務の職員の勤務時間も延夜勤時間数に含めることは可能である**。ただし、加算を算定可能とすることを目的として、例えば「２２時から翌日１４時まで」のような極端な夜勤時間帯の設定を行うべきではなく、夜勤時間帯の設定は、例えば「１７時から翌朝９時まで」のような朝食介助・夕食介助の両方を含む設定を基本としつつ、勤務実態等から見て合理的と考えられる設定とすべきである。

ただし、夜勤職員配置の最低基準が１人以上とされている入所者が２５人以下の施設については、いわゆる「１人夜勤」の負担を緩和する観点から、深夜の時間帯において職員を加配する（夜勤職員を２人以上とする）ことにより加算の算定要件を満たすことが望ましい。

【問９１】延夜勤時間数には純粋な実働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取り扱えばいいのか。

【答９１】通常の休憩時間は、勤務時間に含まれるものとして延夜勤時間数に含めて差し支えない。ただし、大半の時間において仮眠をとっているなど、実態として宿直に近い状態にあるような場合についてまで含めることは認められない。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問８８】最低基準を０．９人上回るとは、どのような換算をおこなうのか。

【答８８】月全体の総夜勤時間数の９０％について、夜勤職員の最低基準の１以上を上回れば足りるという趣旨の規定である。

具体的には、１ヶ月３０日、夜勤時間帯は一日１６時間であるとすると、合計４８０時間のうちの４３２時間において最低基準を１以上上回っていれば、夜勤職員配置加算を算定可能とする。なお、９０％の計算において生じた小数点１位以下の端数は切り捨てる。

【問８９】入所者数の１５％以上（※）設置ということだが、見守り機器を設置しているベッドが空床であってもよいのか。　※）R3改定後：10%以上

【答８９】空床は含めない。

【問９０】見守り機器は、どのようなものが該当するのか。

【答９０】個別の指定はなく、留意事項通知で定める機能を有するものが該当する。

例えば、平成28年度補正予算「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」で実証を行った機器のほか、訪室回数の減少、介助時間の減少、ヒヤリハット・介護事故の減少等の効果が期待できる機器が該当する。

介護老人福祉施設等は、訪室回数や介助時間の減少等の実証効果を製造業者等に確認するとともに、少なくとも９週間以上見守り機器を活用し、導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会において、ヒヤリハット･介護事故が減少していることを確認し、必要な分析・検討等を行った上で、都道府県等に届出を行い、加算を算定すること。

なお、見守り機器をベッドに設置する際には、入所者のプライバシーに配慮する観点から、入所者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ること。

※　９週間については、少なくとも３週間毎にヒヤリハット・介護事故の状況を確認することとする。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１２】一部ユニット型施設・事業所が、ユニット型部分とユニット型以外の部分それぞれ別施設・事業所として指定されることとなった場合について、
①常勤職員による専従が要件となっている加算
②入所者数に基づいた必要職員数が要件となっている加算の算定について、
それぞれどのように考えればよいか。

【答１２】（②について）※①の答は、個別機能訓練加算に記載

入所者数に基づいた必要職員数を算定要件としている加算である「看護体制加算」と「夜勤職員配置加算」については、双方の入所者の合計数に基づいて職員数を算定するものである。

この点、夜勤職員配置加算については、「平成21年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）」（平成21年3月23日）では、「一部ユニット型については、ユニット部分及び多床室部分それぞれで要件を満たす必要がある」としているところであるが、指定更新の際に別指定を受けることとなった旧・一部ユニット型施設を含め、同一建物内にユニット型及びユニット型以外の施設（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）が併設されている場合については、双方の入所者及びユニット数の合計数に基づいて職員数を算出するものとして差し支えないこととする。なお、この際、ユニット型施設と従来型施設のそれぞれについて、１日平均夜勤職員数を算出するものとし、それらを足し合わせたものが、施設全体として、１以上上回っている場合に夜勤職員配置加算が算定できることとする。ただし、ユニット型施設と従来型施設の入所者のそれぞれの基本サービス費について加算が算定されることとなるため、双方の施設における夜勤職員の加配の状況が極端に偏りのあるものとならないよう配置されたい。

※　短期入所生活介護事業所についても同様の取扱いとする。

※　平成27年Ｑ＆Ａ（vol.２）（平成27年4月30日）問25については削除する。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．４）

【問４】１月のうち喀痰吸引等ができる職員を配置できる日とできない日がある場合は、夜勤職員配置加算（Ⅰ）、（Ⅱ）と夜勤職員配置加算（Ⅲ）、（Ⅳ）をどのように算定すればよいか。

【答４】夜勤職員配置加算は、月ごとに（Ⅰ）～（Ⅳ）いずれかの加算を算定している場合、同一月においてはその他の加算は算定できないため、喀痰吸引等ができる職員を配置できる日とできない日がある場合に、要件を満たした日につい

てのみ夜勤職員配置加算（Ⅲ）、（Ⅳ）を算定することは可能だが、配置できない日に（Ⅰ）、（Ⅱ）の加算を算定することはできない。よって、喀痰吸引等ができる職員を配置できない日がある場合は、当該月においては夜勤職員配置加算（Ⅲ）、（Ⅳ）ではなく（Ⅰ）、（Ⅱ）を算定することが望ましい。

【問５】夜勤職員配置加算（Ⅰ）、（Ⅱ）については、勤務時間の合計数に基づいて算定するが、夜勤職員配置加算（Ⅲ）、（Ⅳ）の場合も同様に考えてよいか。

【答５】夜勤職員配置加算（Ⅲ）、（Ⅳ）については、延夜勤時間数による計算ではなく、夜勤時間帯を通じて職員を配置することにより要件を満たすものである。なお、夜勤時における休憩時間の考え方については、平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)問９１と同様に、通常の休憩時間は勤務時間に含まれるものと扱って差し支えない。

【問６】ユニット型と従来型の施設・事業所が併設されている場合、夜勤職員配置加算の要件を満たす職員はそれぞれに配置する必要があるか。

【答６】同一建物内にユニット型及びユニット型以外の施設（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設）が併設されている場合には、両施設で合わせて要件を満たす職員を１人以上配置することで、双方の施設における加算の算定が可能であり、施設とショートステイの併設で一方がユニット型で他方が従来型であるような場合については、両施設の利用者数の合計で、20 人につき１人の要件を満たす夜勤職員を配置することで、双方の施設における算定が可能である。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

【問７９】　夜勤職員配置加算における0.6人の配置要件について、夜勤職員全員が見守り機器のセンサー情報を常時受信するためにスマートフォンやタブレット端末等を使用することとされているが、0.9人の配置要件の取扱如何。

【答７９】　見守り機器の使用にあたっては、当該機器のセンサー情報を受信する機器が必要となるが、0.9人の配置要件の場合は、機器を特定はせず、スマートフォンやタブレット端末等の携帯可能な機器のほか、パソコン等の常時設置されている機器も使用して差し支えない。また、携帯可能な機器を使用する場合においては、必ずしも夜勤職員全員が使用することまでは要しない。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

準ユニットケア加算　５単位／日

１．１２人を標準とする準ユニットにおいてケアを行っていること。

２．プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備し、準ユニットごとに利用できる共同生活室を設けていること。

３．人員配置

・日中については、準ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

・夜間及び深夜において、２準ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
・準ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

生活機能向上連携加算

１．生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１００単位／月
２．生活機能向上連携加算（Ⅱ）　２００単位／月

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、外部との連携により、入所者の身体の状況等の評価を行い、当該準に掲げる区分に従い、**加算（Ⅰ）については、入所者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き３月に１回を限度として、１月につき、加算（Ⅱ）については１月につき、上記単位数を所定単位数に加算する。**

※ 加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。
※ 個別機能訓練加算を算定している場合は、加算（Ⅰ）は算定せず、加算（Ⅱ）は１月につき１００単位を所定単位数に算定する。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)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（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。以下この⑺において同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この⑺において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該施設の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。この場合の「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あること。

ロ 個別機能訓練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（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、施設の機能訓練指導員等と連携してＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該施設の機能訓練指導員等に助言を行うこと。なお、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、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法等を調整するものとする。

ハ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該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こととし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。

ニ　個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。

ホ　個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について

・機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬやＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

・理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、３月ごとに１回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族（以下このホにおいて「利用者等」という。）に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明していること。

また、利用者等に対する説明は、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。以下同じ。）を活用して行うことができるものとすること。ただし、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こと。なお、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」等に対応していること。

ヘ　機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

ト　生活機能向上連携加算（Ⅰ）は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、イの助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除き、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月の翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）

イ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）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が、当該施設を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

この場合の「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あること。

ロ　個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について

・　機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬやＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

・　理学療法士等は、３月ごとに１回以上施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

ハ　①ハ、ニ及びヘによること。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

個別機能訓練加算　（Ｒ６改定）

１．個別機能訓練加算（Ⅰ）　１２単位／日
２．個別機能訓練加算（Ⅱ）　２０単位／月
３．個別機能訓練加算（Ⅲ）　２０単位／月（新設）

※加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）は併算定可

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして、都道府県知事に対し、届出を行った指定介護老人福祉施設において、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合は、当該基準に掲げる区分に従い、（Ⅰ）については１日につき、（Ⅱ）及び（Ⅲ）については１月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

（大臣基準８６の３の２）

イ　個別機能訓練加算（Ⅰ）
専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で六月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下この号において「理学療法士等」という。）を１名以上配置しているもの（入所者の数が百を超える指定介護老人福祉施設にあっては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を一名以上配置し、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法（指定介護老人福祉施設基準第二条第三項に規定する常勤換算方法をいう。）で入所者の数を百で除した数以上配置しているもの）であること。

ロ　個別機能訓練加算（Ⅱ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定していること。
（２）**入所者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。**
（３）必要に応じて個別機能訓練計画の内容を見直す等、機能訓練の実施に当たって、（２）の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ　個別機能訓練加算（Ⅲ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定していること。
（２）**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。**
（３）入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

（４）（３）で共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。

≪留意事項≫

① 個別機能訓練加算は、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定する。

② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者を１名以上配置して行うものであること。

③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。なお、介護福祉施設サービスにおいては、個別機能訓練計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。

④ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその３月ごとに１回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。利用者に対する説明は、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こと。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者の同意を得なければならないこと。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・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」等を遵守すること。

⑤ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

⑥ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成（Ｐｌａｎ）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（Ｄｏ）、当該実施内容の評価（Ｃｈｅｃｋ）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Ａｃｔｉｏｎ）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑦ 個別機能訓練加算（Ⅲ）における個別機能訓練、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式１－４を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

【問３２】　はり師・きゅう師を機能訓練指導員とする際に求められる要件となる、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験」について、その実務時間・日数や実務内容に規定はあるのか。

【答３２】　要件にある以上の内容については細かく規定しないが、当然ながら、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導員として実際に行う業務の頻度・内容を鑑みて、十分な経験を得たと当該施設の管理者が判断できることは必要となる。

【問３３】　はり師・きゅう師を機能訓練指導員として雇う際に、実際に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有することをどのように確認するのか。

【答３３】　例えば、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認すれば、確認として十分である。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１２】　一部ユニット型施設・事業所が、ユニット型部分とユニット型以外の部分それぞれ別施設・事業所として指定されることとなった場合について、
①常勤職員による専従が要件となっている加算
②入所者数に基づいた必要職員数が要件となっている加算の算定について、それぞれどのように考えればよいか。

【答１２】（①について）※②の答えは、夜勤職員配置加算(P44)に記載

従来、「一部ユニット型」として指定を受けていた施設が、指定更新により、ユニット型施設とユニット型以外の施設とで別の指定を受けている場合を含め、同一建物内にユニット型及びユニット型以外の介護老人福祉施設（又は地域密着型介護老人福祉施設）が併設されている場合については、「個別機能訓練加算」や「常勤医師配置加算」など常勤職員の専従が要件となっている加算について、双方の施設を兼務する常勤職員の配置をもって双方の施設で当該加算を算定することは認められないものとしてきたところである。

しかしながら、個別機能訓練加算については、「専ら機能訓練指導員の職務に従事する」ことが理学療法士等に求められているものであり、一体的な運営が行われていると認められる当該併設施設において、双方の入所者に対する機能訓練が適切に実施されている場合で、常勤の理学療法士等が、双方の施設において、専ら機能訓練指導員としての職務に従事しているのであれば、今後、当該加算の算定要件を双方の施設で満たすものとして取り扱うこととする。

常勤医師配置加算については、同一建物内でユニット型施設と従来型施設を併設し、一体的に運営されており、双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、加算の算定要件を双方の施設で満たすものとする。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．４）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号） においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問２】　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注７､作業療法の注７､言語聴覚療法の注５、個別機能訓練加算のⅢ及びリハビリテーションマネジメント加算のハにより評価されているが、当該加算を算定する場合の科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出方法如何。

【答２】　LIFE へのデータ提出は、介護記録ソフト等を使用して作成した CSV ファイルを用いたインポート機能を使用するか、LIFE 上での直接入力を行うこととなる。

なお、下記に記載の左欄の加算を算定する場合に、右欄の様式に対応するデータを提出することに留意する。

加算名	データ提出に対応する様式
個別機能訓練加算のⅢ	別紙様式３－２（生活機能チェックシート）、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書）別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算様式（実施計画））

令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．７）

○ 科学的介護情報システム（LIFE）のデータ提出について

【問４】　要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

【答４】　「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。

・ 通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に 評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合

・ 全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合

・ システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合

やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。

➢ LIFE システム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ 提出が困難な場合

➢ 介護ソフトのバージョンアップ（LIFEの仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合

➢ LIFEシステムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合

等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。

ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

※ 令和３年度報酬改定Ｑ＆Ａ（Vol．３）（令和３年３月 26日）問16は削除する。]

令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

ＡＤＬ維持等加算　（Ｒ６改定）

１．ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）　３０単位／月
２．ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）　６０単位／月

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、入所者に対して指定介護福祉施設サービスを行った場合は、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の満了日の属する月の翌月から 12 月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき上記の単位数を所定単位数に加算する。　**※加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。**

【ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）】次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（（２）において「評価対象利用期間」という。）６月を超える者をいう。以下この号において同じ。）の総数が１０人以上であること。
（２）　評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して６月目（６月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてＡＤＬを評価し、その評価に基づく値（以下「ＡＤＬ値」という。） を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
（３）　評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値から評価対象利用開始月に測定したＡＤＬ値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ＡＤＬ利得」という。）の平均値が１以上であること。

【ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）】次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　加算（Ⅰ）の（１）及び（２）の要件を満たすこと。
（２）　評価対象者のＡＤＬ利得の平均値が**３以上**であること。

≪留意事項≫
① ＡＤＬの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行うものとする。

② 大臣基準告示第 16 号の２イ⑵における厚生労働省へのＡＤＬ値の提出は、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成（Plan）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

③ 大臣基準告示第 16 号の２イ⑶及びロ⑵におけるＡＤＬ利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値から、評価対象利用開始月に測定したＡＤＬ値を控除して得た値に、次の表の上欄の評価対象利用開始月に測定したＡＤＬ値に応じてそれぞれ同表の下欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。

ＡＤＬ値が　0 以上 25 以下	**3**
ＡＤＬ値が 30 以上 50 以下	**3**
ＡＤＬ値が 55 以上 75 以下	**4**
ＡＤＬ値が 80 以上 100 以下	**5**

④ ③においてＡＤＬ利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ＡＤＬ利得の多い順に、上位 100 分の 10 に相当する利用者（その数に１未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）及び下位 100 分の 10 に相当する利用者（その数に１未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を除く利用者（以下この⑮において「評価対象利用者」という。）とする。

⑤ 加算を取得する月の前年の同月に、基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ている場合は、届出の日から 12 月後までの期間を評価対象期間とする。

⑥ 令和６年度については、令和６年３月以前よりＡＤＬ維持等加算(Ⅱ)を算定している場合、ＡＤＬ利得に関わらず、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から 12 月に限り算定を継続することができる。

【問34】　ＬＩＦＥを用いた Barthel Index の提出は、合計値でよいのか。

【答34】　令和３年度にＡＤＬ維持等加算を算定する場合に、ＬＩＦＥを用いて提出する Barthel Index は合計値でよいが、令和４年度以降にＡＤＬ維持等加算を算定することを目的として、 Barthel Index を提出する場合は、項目ごとの値を提出する必要がある。

【問35】　事業所又は施設において、評価対象利用期間が６月を超えるとは、どのような意味か。

【答35】　サービスの利用に当たり、６月以上のサービス提供に係る計画を策定し、支援を行っていた場合において、計画期間の途中で当該サービスを利用していない月があったとしても、当該月を除いて６月以上利用していれば評価対象者に含まれる。

【問36】　これまでＡＤＬ維持等加算を算定していなかった事業所又は施設が、令和３年度又は令和４年度に新たに算定をしようとする場合の届出は、どのように行うのか。

【答36】・令和３年度に加算の算定を開始しようとする場合は、算定を開始しようとする月の前月までに、介護 給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」について、「２ あり」と届出を行う必要がある。加えて、加算の算定を開始しようとする月の末日までに、ＬＩＦＥ上でＡＤＬ利得に係る基準を満たすことを確認し、加算の請求届出を行うこと。

・令和４年度以降に加算の算定を開始しようとする場合は、算定を開始しようとする月の前年同月に、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」について、「２ あり」と届出を行う必要がある。加えて、加算の算定を開始しようとする月の末日までに 、ＬＩＦＥ上でＡＤＬ利得に係る基準を満たすことを確認し、加算の請求届出を行うこと。

・なお、「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」について、「２ あり」と届け出たが、ＬＩＦＥでの確認の結果、ＡＤＬ利得に係る基準を満たさなかった場合に、今後、ＡＤＬ維持等加算を算定する意思がなければ、「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」について、届出を「１ なし」に変更すること。

【問37】　これまでは、初めてＡＤＬ維持等加算を算定しようとする事業所は、前年度に「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」の届出を指定権者に届け出る必要があったが、これに変更はあるのか。

【答37】　令和３年度については、算定を開始しようとする月の前月までに申出を行うこと。令和４年度以降に算定を開始しようとする場合は、当該算定を開始しようとする月の前年同月に届出を行うこと。

【問38】　これまでＡＤＬ維持等加算の算定事業所は、国保連合会からの審査結果を踏まえて決定されていたが、このフローはどうなるのか。

【答38】　各事業者がＬＩＦＥを用いてＡＤＬ利得が基準を満たすかどうかを確認するため、従来のような国保連合会からの審査結果は送付されない。

【問39】　これまでは評価対象利用開始月と、当該月から起算して６月目の値で評価していたが、今回の改正で評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目となったのは、後の月が１月ずれたということか。

【答39】　貴見のとおり。

【問40】　令和２年度のＡＤＬ値を遡って入力する際に、過去分のＡＤＬ値については評価者がリハビリ担当者や介護職であり、一定の研修を受けていないが問題ないか。

【答40】　令和２年度分のＡＤＬ値については、適切に評価されていると事業所又は施設が考える値であれば問題ない。令和３年度以降のＡＤＬ値は、一定の研修を受けた者が測定するものとする。

【問41】　同一施設内で予防サービスも行っている。要支援から要介護になった方の評価期間はどうなるのか。

【答41】　要支援から要介護になった方については、要介護になった初月が評価対象利用開始月となる。

【問42】　指定権者で「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）」をどのように記載すればよいか。

【答42】　ＡＤＬ維持等加算又はを算定しようとする事業所又は施設は、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ＡＤＬ維持等加算〔申出〕の有無」を「２ あり」、「ＡＤＬ維持等加算Ⅲ」を「１ なし」とする。

【問43】　令和４年度もＡＤＬ維持等加算（Ⅲ）の算定を予定している事業所は、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ＡＤＬ維持等加算〔申出〕の有無」が「２ あり」、「ＡＤＬ維持等加算Ⅲ」が「２ あり」という記載することで良いか。

【答43】　貴見のとおり。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問５】　ＡＤＬの評価は、一定の研修を受けた者により、 Barthel Index （以下「ＢＩ」という。）を用いて行うとあるが、「一定の研修」とはなにか。

【答５】

・一定の研修とは、様々な主体によって実施されるＢＩの測定方法に係る研修を受講することや、厚生労働省において作成予定のＢＩに関するマニュアル

（ https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html ）及びＢＩの測定についての動画等を用いて、ＢＩの測定方法を学習することなどが考えられる。

・また、事業所は、ＢＩによる評価を行う職員を、外部・内部の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から指導を受ける研修に定期的に参加させ、その参加履歴を管理することなどによりＢＩの測定について、適切な質の管理を図る必要がある。加えて、これまでＢＩによる評価を実施したことがない職員が、はじめて評価を行う場合には、理学療法士等の同席の下で実施する等の対応を行わねばならない。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問３】　令和３年度介護報酬改定により、ＡＤＬ値の測定時期は「評価対象利用開始月と当該月の翌月から起算して６月目」となったが、令和３年度にＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定しようとする場合においても、ＡＤＬ値の測定時期は改定後の基準に従うのか。

【答３】　令和３年度にＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する場合において、令和３年４月１日までに体制届出を行っている場合については、評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値を、評価対象利用開始月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値を持って代替することとして差し支えない。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

【問１】　令和３年４月よりＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定を予定していたが、５月10日までにＬＩＦＥに令和２年度のデータを提出できず、ＬＩＦＥを用いて加算の算定基準を満たすかどうかを確認できないが、どのように算定することが可能か。

【答１】

・令和３年４月よりＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定を検討しているものの、やむを得ない事情により、５月10日までにＬＩＦＥへのデータ提出及び算定基準を満たすことの確認が間に合わない場合、以下の①又は②により、４月サービス提供分の本加算を算定することができる。なお、データ提出が遅れる場合、

① 各事業所において、ＬＩＦＥ以外の手法で加算の算定基準を満たすか確認し、その結果に基づいて本加算を算定すること。

この場合であっても、速やかに、ＬＩＦＥへのデータ提出を行い、ＬＩＦＥを用いて加算の算定基準を満たしているか確認を行うこと。

② ５月10日以降に、ＬＩＦＥへのデータ提出及びＬＩＦＥを用いて算定基準を満たすことを確認し、

・ 月遅れ請求とし請求明細書を提出すること

又は

・ 保険者に対して過誤調整の申し立てを行い（４月サービス提供分の他の加算や基本報酬にかかる請求は通常通り実施）、本取扱いによる加算分を含めて請求明細書を提出すること

等の取り扱いを行うこと。

・なお、このような請求の取扱いについて、利用者から事前の同意を得る必要があ

る。
・また、令和３年５月分及び６月分についても、やむを得ない事情がある場合は、同様の対応が可能である。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．９）

【問１７６】ADL 維持等加算（Ⅱ）について、ADL 利得が「２以上」から「３以上」へ見直されることとなったが、令和６年３月以前に評価対象期間の届出を行っている場合であっても、ADL 維持等加算（Ⅱ）の算定には ADL 利得３以上である必要があるか。
【答１７６】令和５年４月以降が評価対象期間の始期となっている場合は、ADL 利得が３以上の場合に、ADL 維持等加算（Ⅱ）を算定することができる。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

若年性認知症入所者受入加算　１２０単位／日

● 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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設において、若年性認知症入所者（介護保険法施行令第２条第６号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった入所者）に対してサービスを行う場合。ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

● 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めている。

受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

【問１０１】一度本加算制度の対象者となった場合、６５歳以上になっても対象のままか。
【答１０１】６５歳の誕生日の前々日までは対象である。

【問１０２】担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。
【答１０２】若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

専従常勤医師配置加算　２５単位／日

● 専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の医師を１名以上配置している。（入所者の数が**１００を超える**指定介護老人福祉施設にあっては、専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の医師を１名以上配置し、かつ、医師を**常勤換算方法**で入所者の数を１００で除した数以上配置しているもの）

● 同一建物内でユニット型施設と従来型施設を併設し、一体的に運営されており、双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、加算の算定要件を双方の施設で満たすものとする。（H30.4改定関係Q&A(Vol.4)問12）

精神科を担当する医師に係る加算　５単位／日

● 認知症である入所者が全入所者の３分の１以上を占める指定介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に２回以上行われている。
● **専従常勤医師加算が算定されている場合は算定できない**。

障害者生活支援体制加算

１．障害者生活支援体制加算（Ⅰ）　２６単位／日
２．障害者生活支援体制加算（Ⅱ）　４１単位／日

加算（Ⅰ）

● 視覚、聴覚若しくは言語機能に障害のある者、知的障害者又は精神障害者である入所者の数が、１５以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が３０％以上である指定介護老人福祉施設において、視覚障害者等に対する生活支援に関し専門性を有する障害者生活支援員であって、専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを**１名以上配置**している。

加算（Ⅱ）

● 入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が５０％以上である指定介護老人福祉施設において、障害者生活支援員であって専ら障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員であるものを**２名以上配置**している（視覚障害者等である入所者の数が５０を超える指定介護老人福祉施設にあっては、専らその職務に従事する常勤の障害者生活支援員を２名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で視覚障害者等である入所者の数を５０で除した数に１を加えた数以上配置しているもの）。

※　障害者生活支援体制加算（Ⅰ）を算定している場合にあっては、障害者生活支援体制加算（Ⅱ）は算定しない。

【問９７】　５０名以上の場合の具体的な計算はどうなるか。
【答９７】　例えば、障害者を６０名受け入れていた場合、６０を５０で除した１．２に１を加えた常勤換算２．２名以上障害者生活支援員を配置している必要がある。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

外泊時費用

２４６単位／日

● 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、**１月に６日を限度**として**所定単位数に代えて１日につき２４６単位を算定**する。ただし、**入院又は外泊の初日及び最終日は所定単位数を算定**するため、当該加算は算定できない。

・入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合、退所した日の外泊時の費用は算定可。

・入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降についての外泊時の費用は算定不可。

・入所者の入院又は外泊の期間中で、かつ、入院又は外泊時の費用の算定期間中は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則である。当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用する事は可能であるが、この場合は、入院又は外泊時の費用は算定できない。

・入院又は外泊時の費用の算定にあたって、１回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続１３泊（１２日分）まで入院又は外泊時の費用の算定が可能。

・「外泊」には入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。

・外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。

・「入院」の場合、必要に応じて入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供等の業務にあたること。

外泊時在宅サービス利用の費用　５６０単位／日

● 入所者に対して居宅における外泊を認め、指定介護老人福祉施設が居宅サービスを提供する場合は、**１月に６日を限度**として所定単位数に代えて１日につき５６０単位を算定する。ただし、**外泊の初日及び最終日は算定せず、外泊時費用を算定する場合は算定しない。**

《留意事項》

① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討すること。

② 当該入所者又は家族に対し、**この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施**すること。

③ 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人福祉施設の**介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成**するとともに、**従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整**を行い、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た計画を作成すること。

④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。

イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導

ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導

ハ 家屋の改善の指導

ニ 当該入所者の介助方法の指導

⑤ **外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供**することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。

⑥ 加算の算定期間は、**１月につき６日以内**とする。また、算定方法は、「入院、外泊したときの費用」を準用する。

⑦ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできないこと。

【問９４】　介護老人福祉施設が提供する在宅サービスとはどのようなものか。

【答９４】　介護老人福祉施設が他のサービス事業所に委託して行う場合や、併設事業所がサービス提供を行う場合等が考えられる。

【問９５】　連続する外泊で、サービスを提供していない日と提供した日がある場合はどのような算定となるか。

【答９５】　各日において外泊時の費用又は外泊時在宅サービス利用の費用が算定可能であるが、それぞれの算定上限に従う。

【問９６】　外泊時費用と外泊サービス利用時の費用を月に６日ずつ１２日間算定することは可能か。

【答９６】　可能である。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

初期加算　３０単位／日

● 入所した日から起算して３０日以内の期間

● ①入所者については、指定介護老人福祉施設へ入所した当初には、**施設での生活に慣れるために様々な支援**を必要とすることから、入所日から３０日間に限って、１日につき３０単位を加算する。

● ②「入所日から３０日間」中に外泊を行った場合、当該**外泊を行っている間**は、初期加算を**算定できない**。

● ③当該施設における過去の入所及び短期入所生活介護との関係
当該入所者が**過去３月間**（ただし、**日常生活自立度**のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去１月間とする。）の間に、当該指定介護老人福祉施設に**入所したことがない場合に限り算定できる**。
当該指定介護老人福祉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（短期入所から退所した翌日に当該施設に入所した場合を含む。）は、初期加算は入所直前の短期入所生活介護の利用日数を３０日から除して得た日数に限り算定する。

● ④**３０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、**初期加算が算定される**。

退所時栄養情報連携加算　（Ｒ６改定：新設）７０単位／回

● 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、当該施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下この注において「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは７０単位を加算する。

※ **１月につき１回を限度。**
※ **栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算又は栄養マネジメント強化加算を算定している場合は算定しない。**

≪留意事項≫

① 退所時栄養情報連携加算は、指定介護老人福祉施設と医療機関等の有機的連携の強化　等を目的としたものであり、入所者の栄養に関する情報を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

② 退所時栄養情報連携加算は、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、指定介護老人福祉施設からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。なお、当該加算は、当該入所者が退所した日の属する月において、１月に１回を限度として算定できる。

③ 栄養管理に関する情報とは、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。

④ 栄養管理に関する情報の提供については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

⑤ 退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食（※）に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス 40%以上又はＢＭＩが 30 以上）の入所者に対する治療食をいう。

なお、高血圧の入所者に対する減塩食（食塩相当量の総量が 6.0 グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。

（※）厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵（すい）臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥（えん）下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

再入所時栄養連携加算 （Ｒ６改定）２００単位／回

● 入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、当該施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに２００単位加算する。

※ **入所者１人につき１回を限度。**

※ **栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算を算定している場合は、算定しない。**

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

《留意事項》

① 指定介護老人福祉施設に入所していた者が、医療機関に入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食（※）又は嚥下調整食を提供する必要性を認めたであって、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定介護老人福祉施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象とすること。

② 嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。また、心臓疾患等の者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス 40%以上又はＢＭＩが 30 以上）の者に対する治療食を含む。なお、高血圧の者に対する減塩食（食塩相当量の総量が 6.0 グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、再入所時栄養連携加算の対象となる特別食に含まれる。

③ 当該施設の管理栄養士が**当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席**し、**当該医療機関の管理栄養士と連携**して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。

指導又はカンファレンスへの同席は、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、当該者又はその家族（以下この③において「当該者等」という。）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・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」等を遵守していること。

④ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の**同意**が得られた場合に算定すること。

（※）厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵（すい）臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥（えん）下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

【問１３】 再入所時栄養連携加算は入所者１人につき１回を限度として算定するとされており、二次入所時に当該加算は算定可能と考えるが、再々入所時においても算定可能か。

【答１３】 例えば、嚥下調整食の新規導入に伴い再入所時栄養連携加算を算定した入所者が、再度、医療機関に入院し、当該入院中に経管栄養が新規導入となり、その状態で二次入所となった場合は、当該加算を再度算定できる。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．４）

退所時等相談援助加算　（Ｒ６改定）

1. 退所前訪問相談援助加算　460単位
2. 退所後訪問相談援助加算　460単位
3. 退所時相談援助加算　　400単位
4. 退所前連携加算　　500単位
5. **退所時情報提供加算　　250単位（新設）**

１．退所前訪問相談援助加算・２．退所後訪問相談援助加算

● **退所前訪問相談援助加算については、入所期間が１月を超えると見込まれる入所者の退所に先立**って、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する**居宅を訪問**し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて**相談援助を行った場合**に、**入所中１回**（入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあっては、２回）を限度として算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等（病院、診療所及び介護保険施設を除く。以下同じ。）に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

● **退所後訪問相談援助加算**については、入所者の**退所後３０日以内に入所者の居宅を訪問**し、当該入所者及びその家族等に対して**相談援助を行った場合**に、**退所後１回を限度**として算定する。

● 退所前訪問相談援助加算　→　退所日に算定
　退所後訪問相談援助加算　→　訪問日に算定

● 次の場合は**算定できない**。
- 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- 死亡退所の場合

※ 退所前後訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
※ 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行うこと。
※ 退所前後訪問相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

【問 185】　退所前相談援助加算において､入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所した場合の｢他の社会福祉施設等｣は、具体的には何を指すのか。
【答 185】　他の社会福祉施設等とは、病院、診療所、及び介護保険施設を含まず、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームを指す。なお、退所後訪問相談援助加算においても同様の取

扱いである。

平成２４年４月改定関係Ｑ＆Ａ

３．退所時相談援助加算

● **入所期間が１月を超える入所者が退所**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、当該入所者の退所時に当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて**相談援助を行い、かつ、当該入所者の同意を得て、退所の日から２週間以内**に当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び老人福祉法（昭和３８年法律第１３３号）第２０条の７の２に規定する老人介護支援センターに対して、当該入所者の**介護状況を示す文書を添えて**当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに**必要な情報を提供した場合**に、入所者**１人につき１回を限度**として算定する。

● 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、**当該入所者の同意を得て**、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

● 退所時相談援助の内容
- 食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助
- 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- 家屋の改善に関する相談援助
- 退所する者の介助方法に関する相談援助

● 入所者に係る居宅サービスに必要な情報提供については、老人福祉法第２０条の７の２に規定する老人介護支援センターに替え、介護保険法第１１５条の４６第１項に規定する地域包括支援センターに対して行った場合についても算定できる。

● 次の場合は**算定できない**。
- 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- 死亡退所の場合

※ 退所前後訪問相談援助は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
※ 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行うこと。
※ 退所前後訪問相談援助を行った場合は、相談援助を行った日及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

４．退所前連携加算

● **入所期間が１月を超える入所者**が退所し、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、当該入所者の**退所に先立って**当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、**当該入所者の同意を得て**、当該入所者の**介護状況を示す文書を添えて**当該入所者に係る居宅サービス又は地域

密着型サービスに必要な**情報を提供し、かつ、指定居宅介護支援事業の介護支援専門員と連携**して退所後の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、入所者**１人につき１回を限度**として算定する。

● 退所日に加算。

● 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について退所前連携加算を算定する場合には、最初に在宅期間に移るときにのみ算定できる。

● 次の場合は**算定できない**。
- 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- 死亡退所の場合

※ 介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行うこと。
※ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

【問８９】 介護保険施設サービスにおける退所前連携加算における「退所後の居宅における 居宅サービスの利用上必要な調整」とは、具体的にどのような調整が考えられるのか。

【答８９】 例えば、退所後に福祉用具の利用が必要と見込まれる場合においては、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と以下の連携を行うことが考えられる。
- 退所前から福祉用具専門相談員等と利用者の現状の動作能力や退所後に生じる生 活課題等を共有し、利用者の状態に適した福祉用具の選定を行う。
- 退所する利用者が在宅で円滑に福祉用具を利用することができるよう、利用者や家族等に対して、入所中から福祉用具の利用方法等の指導助言を行う。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．３）

５．退所時情報提供加算（Ｒ６改定：新設）

● 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、**入所者１人につき１回に限り**算定する。

● 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式 13 の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。

● 次の場合は算定できない。
・入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合。

○ 退所時情報提供加算について

【問１８】同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。
【答１８】同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問２】退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。
【答２】算定可能。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

協力医療機関連携加算　（Ｒ８変更あり）

1. 協力医療機関連携加算 (1)の場合　50単位／月
2. 協力医療機関連携加算 (1)以外の場合　5単位／月

● 協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は、次に掲げる区分に応じ、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

（１）**当該協力医療機関が、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第 28 条第１項各号に掲げる要件を満たしている場合　　５０単位**

（施設基準第 28 条第１項）
①入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
②当該指定介護老人福祉施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
③入所者の病状が急変した場合等において、当該指定介護老人福祉施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

（２）**（１）以外の場合　　５単位**

≪留意事項≫

① 本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものである。

② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。

③ 協力医療機関が指定介護老人福祉施設基準第 28 条第１項第１号から第３号までに規定する要件（以下、３要件という。）を満たしている場合には⑴の 50 単位（**令和７年３月 31 日までの間は 100 単位**）、それ以外の場合は⑵の５単位を加算する。⑴について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより３要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。⑴を算定する場合において、指定介護老人福祉施設基準第 28 条第２項に規定する届出として３要 件を満たす医療機関の情報を都道府県等に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

④ 「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

イ 電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。

ロ 年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入所者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入所者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

⑤ 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。以下同じ。）を活用して行うことが できるものとする。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」等を遵守すること。

⑥ 本加算における会議は、指定介護老人福祉施設基準第 28 条第２項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。

⑦ 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らない。

【問１２７】協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

【答１２７】職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１３】基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち 1 つの医療機関と行うことで差し支えないか。

【答１３】差し支えない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問１】協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年１回以上開催することで差し支えない」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

【答１】例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ＩＣＴを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連ＮＷ」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連ＮＷにアクセスして確認可能な場合が該当する。この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について１ヶ月に１回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月１回の頻度で提供すること。

※ 令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．３）（令和６年３月 29 日）問３は一部修正する。

【問２】「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

【答２】

- 例えば、以下のような場合において、職員が一時的に不足する状況が該当する。
- 職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合
- 職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

なお、職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等に求人の申込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

【問３】「１年に１回に限り、」とあるが、１年はいつから起算するのか。

【答３】

- 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月の初日から起算する。

【問４】「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応

するか。

【答４】

・ 自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

介護保険最新情報　（Ｖｏｌ．１５０２）

【問１】協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

【答１】協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．７）

栄養マネジメント強化加算　１１単位／日

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、**１日につき１１単位を加算する。**

※ **栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算**を算定している場合は、算定しない。

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（厚生労働大臣が定める基準）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　管理栄養士を常勤換算方法（指定地域密着型サービス基準第二条第七号に規定する常勤換算方法をいう。）で、入所者の数を五十で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を一名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を七十で除して得た数以上配置していること。

ロ　低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。

ハ　ロに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。

ニ　入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ホ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

《留意事項》

① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 65 号の３に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

② 大臣基準第 65 号の３イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとお

りとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が１名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士１名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を 70 で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。

イ　暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第２位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、１月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

ロ　員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。

③　当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第４に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

④　低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ　基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ　当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週３回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。

　なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。

ハ　食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ　当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。

⑤　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

⑥　大臣基準第 65 号の３ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。

　サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【問１７】　ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報

が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答１７】　ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問１８】　加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答１８】　加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用 者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問１９】　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答１９】　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

・ ＢＩに係る研修を受け、
・ ＢＩへの読み替え規則を理解し、
・ 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

【問９０】　運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

【答９０】　多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）
（平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）問 71 の修正）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる 必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものにつ

いては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問１２６】「施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて」において、「管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること」とされている。また、栄養マネジメント強化加算の留意事項通知においても、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画」となっているが、記載されている全ての職種の関与や配置は必要か。

【答１２６】管理栄養士及びその他の必要な職種により多職種共同で栄養ケア計画の作成等の栄養理を行う必要があるが、記載されている全ての職種の関与及び配置は必須ではない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

経口移行加算　２８単位／日

● **経管により食事を摂取している者**であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、**医師の指示を受けた者**を対象とする。

● 算定期間は、**経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間**とするが、その期間は入所者又はその家族の**同意を得た日から起算して１８０日以内**の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しない。

● 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して１８０日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合は、引き続き当該加算を算定できる。ただし、この場合において、**医師の指示はおおむね２週間ごとに受ける**ものとする。

● 経管栄養法から経口栄養法への移行は、誤嚥性肺炎の危険も生じうる為、次のことを確認した上で実施すること。
・全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定している）。
・刺激しなくても覚醒を保っていられること。
・嚥下反射が見られること(唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。)。
・咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

● 経口移行加算を１８０日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できない。

● 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

● 当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」**）を参照。

※ただし、栄養管理に係る(栄養ケア・マネジメント未実施)減算を算定している場合は算定しない。

【問１２１】言語聴覚士又は看護職員による支援とは何か。

【答１２１】利用者等の誤嚥を防止しつつ、経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における特別な配慮のことをいう。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問９０】　運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

【答９０】　多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

【問９１】　経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。

【答９１】　本加算の算定要件としては管理栄養士の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

経口維持加算

１．経口維持加算（Ⅰ）　４００単位／月
２．経口維持加算（Ⅱ）　１００単位／月

● （Ⅰ）については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、１月につき所定単位数を加算する。

※　ただし、栄養管理に係る(栄養ケア・マネジメント未実施)減算を算定している場合又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

● （Ⅱ）については、協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（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第２条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、１月につき所定単位数を加算する。

● 経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画が作成された日の属する月から起算して６月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための

食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

● 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

≪留意事項≫

① 経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとすること。

イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。

ロ 月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとすること。
入所者の栄養管理をするための会議は、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。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」等を遵守すること。

ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。経口維持加算（Ⅰ）の算定期間は、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理により、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して６月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

② 経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（指定介護老人福祉施設基準第２条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

③ 経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

④ 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。

⑤ 当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照。

【問１９１】指示を行う歯科医師は、対象者の入所（入院）している施設の歯科医師でなければいけないか。

【答１９１】対象者の入所（入院）している施設に勤務する歯科医師に限定していない。

【問６】経口維持加算について、ビデオレントゲン撮影や内視鏡検査を行った場合、費用は利用者の負担となると考えてよろしいか。

【答６】造影撮影（造影剤使用撮影）の場合、老人性認知症疾患療養病床以外の介護保険施設に入所している者については、当該検査を実施した医療機関がその費用を医療保険で算定可能である。

また、内視鏡検査（喉頭ファイバースコピー）の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者については、医療保険で算定可能である。なお、歯科医療については、医学管理等を除いて、医科の場合のような往診通院についての施設療養と保険診療の調整の措置は採られていないこと。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問７３】　経口維持加算（Ｉ）の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価（水飲みテストなど）で嚥下機能評価している場合でも可能か。

【答７３】　現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」等を含む。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。）等により誤嚥が認められる場合に算定出来るものである。

※ 平成21年Q&A（vol．２）（平成21年4月17日）問８は削除する。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問９０】運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

【答９０】多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

【問９２】原則、６月以内に限るとする算定 要件が廃止されたが、６月を超えた場合の検査やおおむね１月ごとの医師又は歯科医師の指示も不要となるか。

【答９２】原則、６月以内に限るとする算定要件の廃止に伴い、６月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等やおおむね１月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件は廃止となったものの、月１回以上行うこととされている食事の観察及び会議等において、検査や誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理を行う必要性について検討し、必要に応じて対応されたい。

【問９３】経口維持加算の算定に当たっては、管理栄養士や看護師の配置は必須なのか。

【答９３】本加算の算定要件としては管理栄養士や看護師の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

【問９４】水飲みテストとはどのようなものか。

【答９４】経口維持加算は、入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていることが必要である。代表的な水飲みテスト法である窪田の方法

（窪田俊夫他：脳血管障害における麻痺性嚥下障害－スクリーニングテストとその臨床応用について。総合リハ、10(2)271-276、1982）をお示しする。

※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72の修正。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

口腔衛生管理加算

１．口腔衛生管理加算（Ⅰ）　　９０単位／月
２．口腔衛生管理加算（Ⅱ）　１１０単位／月

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護老人福祉施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。

※　加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。
※　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（大臣基準第６９号）

イ　口腔衛生管理加算(Ⅰ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
(2)　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。
(3)　歯科衛生士が、（１）における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
(4)　歯科衛生士が、（１）における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
(5)　通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
ロ　口腔衛生管理加算(Ⅱ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
(2)　入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

《留意事項》

① 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。

② 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実

施記録」という。）を別紙様式３を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。

④　当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。

⑤　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do)、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥　本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が３回以上（令和６年６月以降、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２歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注２」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、７回以上）算定された場合には算定できない。

※　別紙様式３については、厚生労働省のＨＰ等で確認すること。

● 基準省令第 17 条の３は、指定介護老人福祉施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照されたい。

（１）　当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。

（２）　当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。

（３）（1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。

イ　助言を行った歯科医師
ロ　歯科医師からの助言の要点
ハ　具体的方策
ニ　当該施設における実施目標
ホ　留意事項・特記事項

（４）　医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(３)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。

【問７７】　口腔衛生管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行った場合も算定できるのか。

【答７７】　利用者ごとに口腔ケアを行うことが必要である。

平成３０年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問８４】　口腔衛生管理体制加算の算定に当たって作成することとなっている「口腔衛生管理体制計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

【答８４】　施設ごとに計画を作成することとなる。

※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80の修正。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問８０】　口腔衛生の管理体制に関する管理計画の立案は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による技術的助言及び指導に基づき行われるが、技術的助言及び指導を行う歯科医師は、協力歯科医療機関の歯科医師でなければならないのか。

【答８０】　協力歯科医療機関の歯科医師に関わらず、当該施設の口腔衛生の管理体制を把握している歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士を想定している。

【問９５】　口腔衛生管理加算の算定に当たって、作成することとなっている「口腔衛生管理加算の実施計画」はサービスを提供する利用者毎に作成するのか。

【答９５】　貴見のとおり。

【問９６】　口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。

【答９６】　施設と雇用関係にある歯科衛生士（常勤、非常勤を問わない）または協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。
ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

【問９７】　歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月２回以上実施されている場合に算定できることとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月２回に満たない場合であっても算定できるのか。満たない場合であっても算定できるのか。

【答９７】　月途中からの入所であっても、月２回以上口腔衛生等の管理が実施されていない場合には算定できない。

※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78の修正。

【問９８】　口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月２回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は２回分の実施とするのか。

【答９８】　同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は、１回分の実施となる。

※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79の修正。

令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる 必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号） においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

療養食加算　６単位／回

● 食事の提供が**管理栄養士又は栄養士によって管理**されており、入所者の年齢、心身の状況によって**適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合**に、入所者の病状等に応じて、主治の医師より入所者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合に１日につき**３回を限度**として、所定単位数を加算する。

● 療養食の献立表が作成されていること。

● 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

● 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、**経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能。**

● 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する**食事せんに基づいて**提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する**糖尿**

病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食である。

● 療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わない。

● **減塩食療法等**について

・ 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならない。

また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、**総量 6.0g 未満の減塩食**をいうこと。

● 肝臓病食について

・ 肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいう。

● 胃潰瘍食について

・ 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められる。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えない。

● 貧血食の対象者となる入所者等について

・ 療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が 10g /dl 以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

● 高度肥満症に対する食事療法について

・ 高度肥満症(肥満度が+70 %以上又はＢＭＩ (Body Mass Index) が 35 以上)に対して食事療法を行う場合は、**脂質異常症食**に準じて取り扱うことができる。

● 特別な場合の検査食について

・ 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない。

● **脂質異常症食**の対象となる入所者等について

・ 療養食として提供される**脂質異常症食**の対象となる入所者等は、空腹時定常状態における**LDL-コレステロール値が 140mg/dl 以上である者又は HDL-コレステロール値が 40mg/dl 未満**若しくは血清中性脂肪値が 150 mg/dl 以上である者である。

【問１８】療養食加算のうち、貧血食の対象となる入所者等について、原因が鉄分の欠乏に由来する者とは。

【答１８】対象となる者は、その貧血の原因が鉄分の欠乏に由来すると医師が認める者である。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１０】療養食加算の対象となる脂質異常症の入所者等について、薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、療養食加算を算定できるか。
【答１０】医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事せんの発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問８２】　１０時や１５時に提供されたおやつは１食に含まれるか。
【答８２】　おやつは算定対象に含まれない。

【問８３】　濃厚流動食のみの提供の場合は、３食として理解してよいか。
【答８３】　１日給与量の指示があれば、２回で提供しても３回としてよい。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

特別通院送迎加算

（Ｒ６改定：新設）　５９４単位／月

● 透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、１月に１２回以上、通院のため送迎を行った場合は、１月につき５９４単位を加算する。

≪留意事項≫
● 特別通院送迎加算は、施設外において透析が必要な入所者が、家族等による送迎ができない、送迎サービスを実施していない病院又は診療所を利用している場合等のやむを得ない事情により、施設職員が送迎を行った場合に算定できるものであり、透析以外の目的による通院送迎は当該加算のための回数に含めない。

【問１３５】「１月につき１２回以上、通院のため送迎を行った場合」とは往復で１回と考えてよいか。
【答１３５】貴見のとおり。

【問１３６】施設の送迎車等の使用が困難な場合、介護タクシー等外部の送迎サービスを利用した場合、加算の算定のための回数に含めてよいか。
【答１３６】施設職員が付き添った場合に限り、算定のための回数に含めてよい。

【問１３７】透析とあわせて他の診療科を受診した場合、加算の算定のための回数に含めてよいか。
【答１３７】透析のための定期的な通院送迎であれば、あわせて他の診療科を受診した場合であっても、加算の算定のための回数に含めてよい。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

配置医師緊急時対応加算　（Ｒ６改定）

配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間、深夜を除く）の場合	３２５単位／回
早朝（午前 ６時から午前 ８時までの時間）の場合	６５０単位／回
夜間（午後 ６時から午後 10 時までの時間）の場合	６５０単位／回
深夜（午後 10 時から午前 ６時までの時間）の場合	１，３００単位／回

●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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設において、当該指定介護老人福祉施設の配置医師が施設の求めに応じ、上記時間帯に当該施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合は、各時間帯における単位数を加算する。

● 配置医師の通常の勤務時間外とは、**配置医師と施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間（早朝・夜間及び深夜を除く）**。

● **看護体制加算(Ⅱ)**を算定していない場合は、算定しない。

《留意事項》

① 入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できない。ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りでない。

② 加算の算定については、**事前に氏名等を届出た配置医師**が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定できる。

③ 施設が**診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録**を行わなければならない。

④ 配置医師の通常の勤務時間外とは、配置医師と施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間（早朝・夜間及び深夜を除く）とし、早朝・夜間（深夜を除く）とは、午後６時から午後 10 時まで又は午前６時から午前８時までとし、深夜とは、午後 10 時から午前６時までとする。なお、診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定すること。診療時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

⑤ 算定に当たっては、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定め、１年に１回以上見直しをすることにより、24 時間配置医師又はその他の医師による対応が可能な体制を整えることとする。

【問９１】　配置医師緊急時対応加算の趣旨如何。

【答９１】　配置医師が行う健康管理等の対応については個別の契約により給与や委託費等を支払う形式が基本になっていると思われるが、今回の配置医師緊急時対応加算については、これまで、配置医師が緊急時の対応を行ったような場合について報酬上の上乗せの評価等が存在しなかったことや、施設の現場において緊急時の対応を行った配置医師に対する謝金や交通費の負担についての課題が存在したことから、配置医師が深夜等に緊急時の対応を行う環境を整備し、

こうした対応を推進するために、新たな加算を設けることとしたものである。こうした趣旨を踏まえて、加算を活用されたい。

【問９２】　早朝・夜間又は深夜に診療を行う必要があった理由とは、具体的にはどのようなものか。

【答９２】　例えば、入所者の体調に急変が生じ、緊急的にその対応を行う必要があったことが考えられる。

【問１３８】配置医師の通常の勤務時間内であるが、出張や休暇等により施設内に不在であった時間帯において、当該配置医師が対応した場合、配置医師緊急時対応加算を算定できるか。

【答１３８】算定できない。

【問１３９】配置医師の所属する医療機関の他の医師が、緊急の場合に施設の求めに応じて、配置医師に代わり診療した場合、配置医師緊急時対応加算を算定できるか。

【答１３９】算定できない。なお、配置医師の所属する保険医療機関かどうかに関わらず、緊急の場合に配置医師以外の保険医が特別養護老人ホームの入所者を診療する場合の診療の費用の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発 0331002 号厚生労働省保険局医療課長通知）の３の（２）を参照されたい。

※「「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）」の送付について」の問 93 は削除する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

看取り介護加算

１．看取り介護加算（Ⅰ）

・死亡日以前３１日以上４５日以下	：	７２単位／日	
・死亡日以前　４日以上３０日以下	：	１４４単位／日	
・死亡日以前　２日又は３日	：	６８０単位／日	→死亡月に加算
・死亡日	：	１，２８０単位／日	

２．看取り介護加算（Ⅱ）

・死亡日以前３１日以上４５日以下	：	７２単位／日	
・死亡日以前　４日以上３０日以下	：	１４４単位／日	
・死亡日以前　２日又は３日	：	７８０単位／日	→死亡月に加算
・死亡日	：	１，５８０単位／日	

※　加算（Ⅰ）及び加算(Ⅱ)については、いずれも死亡月に加算する。
ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

※　**加算（Ⅱ）**については、入所者の**死亡場所が当該施設内**であった場合に限り算定できる。

※　**加算（Ⅱ）**の算定に当たっては、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、**２４時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制**を整えることとする。

※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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設が対象。

●（施設要件）

（１）　**常勤の看護師を１名以上配置**し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、２４時間連絡できる体制を確保していること。

（２）　**看取りに関する指針を定め、入所の際に、**入所者又はその家族等に**説明し、同意を得**ていること。

（３）　医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、**適宜、看取りに関する指針の見直し**を行うこと。

（４）　看取りに関する職員研修を行っていること。

（５）　看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

●（入所者要件）

（１）　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であること。

（２）　医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

（３）　看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

≪留意事項（Ｒ３改定部分のみ抜粋）≫

①　看取り介護加算は、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入所者について、その旨を入所者又はその家族等（以下「入所者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、入所者等とともに、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。

②～④　（略）

⑤　看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。

イ～ハ　（略）

⑥　（略）

⑦　看取り介護加算は、利用者等告示第 61 号に定める基準に適合する看取り介護を受けた入所者が死

亡した場合に、死亡日を含めて 45 日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、在宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が 45 日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）

なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

⑧・⑨ （略）

⑩ 入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前 45 日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。

⑪～⑮ （略）

【問１４２】看取りに関する指針の内容について見直しを行って変更した場合には、既存の入所者等に対して、改めて説明を行い、同意を得る必要があるか。

【答１４２】「看取りに関する指針」の見直しにより、「当該施設の看取りに関する考え方」等の重要な変更があった場合には、改めて入所者及びその家族等に説明を行い、同意を得る必要がある。なお、それ以外の場合についても、入所者等への周知を行うことが適切である。

【問１４３】看取りに関する指針は、入所の際に入所者又は家族に説明し、同意を得ることとされているが、入所後に入所者の心身の状況が変化し看取り介護の必要性が認められる場合に、その時に説明し、同意を得たとして算定はできないのか。

【答１４３】少なくとも説明及び同意の有無を確認することは、原則入所時に行う必要がある。ただし、同意の有無を確認することについては、入所者の意思に関わるものであることから、遅くとも看取り介護の開始前に行う必要がある。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

在宅復帰支援機能加算　１０単位／日

● 退所後の在宅生活について本人・家族等の相談支援を行うとともに、居宅介護支援事業者や主治医との連絡調整を図るなど、**在宅復帰支援を積極的に行い**、かつ、**一定割合以上の在宅復帰を実現している施設**について加算。

● 算定日が属する月の前６月間において当該施設から退所した者(在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く)の総数のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が１月間を超えている者）の占める割合が２割を超えていること。

● 退所した日から３０日以内に、当該施設の従業者が居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が１月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

● 入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して、居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。必要に応じ当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者にかかる居宅サービスに必要な情報を提供すること。

● 相談援助の内容
・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
・家屋の改善に関する相談援助
・退所する者の介助方法に関する相談援助

● 入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

※算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

在宅・入所相互利用加算　４０単位／日

● 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（３月限度）を定めて、当該施設の**居室を計画的に利用**している者。

在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、**入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ている場合に、**対象者の入所期間１日につき４０単位を加算する。

● 施設の介護支援専門員は、入所期間終了に当たって、運動機能及び日常生活動作能力その他の当該入所者の心身の状況についての情報を在宅の介護支援専門員に提供しながら、在宅の介護支援専門員とともに、在宅での生活継続を支援する観点から介護に関する目標及び方針を定めること。

※　在宅期間と**入所期間（３月限度）**について、**文書による同意**を得ること。

※　在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による**支援チーム**をつくること。

※　支援チームは、必要に応じ**随時**（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、おおむね１月に１回）**カンファレンス**を開くこと。

※　カンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の**評価**を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の**目標及び方針**をまとめ、**記録する**こと。

※　施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めること。

【問１４０】「在宅入所相互利用加算」により要介護２以下の方が利用する場合には、いわゆる「特例入所」の要件を満たした者でなければいけないのか。

【答１４０】平成27年4月以降、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設に入所する者は、原則として要介護３以上に限定されることとなるため、貴見のとおりである。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

認知症専門ケア加算

１．認知症専門ケア加算（Ⅰ）　３単位／日
２．認知症専門ケア加算（Ⅱ）　４単位／日

● 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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設において、「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入所者（＝対象者）」に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に、１～２のいずれかを算定。

● 認知症チームケア推進加算を算定している場合においては算定不可。

１．認知症専門ケア加算（Ⅰ）

・　入所者総数のうち、対象者の占める割合が１／２以上。
・　認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における対象者数が、２０人未満の場合は１以上、２０人以上の場合は１＋（対象者数が１９を越えて１０又はその端数を増すごとに１）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。
・　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。

２．認知症専門ケア加算（Ⅱ）

・　認知症専門ケア加算（Ⅰ）に適合している。

・　認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に加え１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施している。

・　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（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。

≪留意事項≫

① 「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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する入所者を指すものとする。

② 「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すものとする。

③ 「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るものとする。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」等を遵守すること。

④ 「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」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

【問１１２】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。

【答１１２】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１１３】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施設長でもかまわないか。

【答１１３】認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所又は施設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１１４】認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合の算定方法如何。

【答１１４】届出の属する月の前３月の各月末時点の入所者又は利用者数の平均で算定する。

【問１１５】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。

【答１１５】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施設・事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象施設・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施設・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１１６】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。

【答１１６】含むものとする。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問３９】「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

【答３９】医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問】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。

【答】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、平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）問４０の答において示したように加算対象となる者が１０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。

なお、平成２１年度から行われる認知症介護指導者養成研修については、認知症介護実践リーダー研修の受講修了を前提としたカリキュラムとして見直しが行われたところである。しかしながら、平成２１年度については既に募集が開始されていることから、当該研修中に一定のプログラムを補うことにより、認知症介護　　実践リーダー研修修了者とみなすこととする。

平成２２年度以降については、認知症介護指導者養成研修の受講者を認知症介護実践リーダー研修修了者に限定する予定であるので、留意されたい。

平成２１年５月１３日（Ｖｏｌ．８８）

「認知症専門ケア加算に係る研修要件の取扱いについて」

【問１７】　認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）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。

【答１７】・ 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。
※ 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 は削除する。

【問１８】 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

【答１８】 ・ 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も含めて情報を共有することとなる

（注）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（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）第二１(7)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「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（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）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」等の一部改正について（平成 18 年３月 17 日老計発 0317001 号、老振発 0317001 号、老老発 0317001 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）別紙１第二１(6)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年３月 31 日老計発 0331005 号、老振発 0331005 号、老老発 0331018 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）第二１(12)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

※ 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 30 は削除する。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成 27 年４月１日）問 32 は削除する。

【問１９】 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。

【答１９】 ・ 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。

※ 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 31 は削除する。

【問２０】 認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）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。

【答２０】 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。

※ 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 32 は削除する。

【問２１】 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及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）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。

【答２１】 ・ 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、認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅱ）については、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 名の配置で算定できることとし、通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算については、当該者を指定通所介護を行う時間帯を通じて１名の配置で算定できることとなる。

※ 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 33 は削除する。

【問２２】 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。

【答２２】 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。
※ 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 34 は削除する。

【問２３】 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。

【答２３】 含むものとする。
※ 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 35 は削除する。

【問２６】 認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）を算定するためには、認知症専門ケア加算（Ⅰ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅱ）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。

【答２６】 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、算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）

<table>
<tr><td colspan="3" rowspan="2"></td><td colspan="4">加算対象者数</td></tr>
<tr><td>～19</td><td>20～29</td><td>30～39</td><td>・・</td></tr>
<tr><td rowspan="6">必要な研修修了者の配置数</td><td colspan="2">「認知症介護に係る専門的な研修」</td><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3">2</td><td rowspan="3">3</td><td rowspan="3">・・</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>認知症介護実践リーダー研修</td></tr>
<tr><td>認知症看護に係る適切な研修</td></tr>
<tr><td colspan="2">「認知症介護の指導に係る専門的な研修」</td><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3">・・</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>認知症介護指導者養成研修</td></tr>
<tr><td>認知症看護に係る適切な研修</td></tr>
</table>

（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。

※ 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 38 は削除する。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問４】「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して 10 年以上、かつ、1,800 日以上の実務経験を

有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和９年３月 31 日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

【答４】同等以上の能力を有する者として、例えば、訪問介護事業所において介護福祉士として７年以上サービスを利用者に直接提供するとともに、そのうちの３年以上、サービス提供責任者としても従事する者を研修対象者として認めていただくことは差し支えない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問６】同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法となるのか。

【答６】当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

認知症チームケア推進加算　（Ｒ６改定：新設）

１　認知症チームケア推進加算（Ⅰ）　　１５０単位／月
２　認知症チームケア推進加算（Ⅱ）　　１２０単位／月

● 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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設において、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、入所者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。以下同じ。）を行った場合に、１～２のいずれかを算定。

（大臣基準第５８の５の２）

イ　認知症チームケア推進加算（Ⅰ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）施設における入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が２分の１以上であること。

（２）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を１名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

（３）対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価

に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
（４）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ　認知症チームケア推進加算（Ⅱ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）イ（１）、（３）及び（４）に掲げる基準に適合すること。
（２）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

● 認知症専門ケア加算を算定している場合においては算定不可。

● 本加算の対象者は、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等

※認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）を参照すること。以下、一部抜粋。

（認知症チームケア推進加算Ⅰの加算要件）
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の要件にある「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する**「認知症介護指導者養成研修」**を修了し、かつ、**認知症チームケア推進研修**（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。）を修了した者を指す。

（認知症チームケア推進加算Ⅱの加算要件）
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の要件にある「認知症の行動・心理症状の 予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とは、 「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者 等養成事業の円滑な運営について」に規定する**「認知症介護実践リーダー研修」**を修了し、かつ、**認知症チームケア推進研修**を修了した者を指す。

※加算の対象となる入所者等の人数に応じ、一人の研修を修了した者が全てのチームに対応することが困難と考えられる場合は、複数の者が研修を修了することが望ましい。

【問１】「認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう）」について、研修内容はどのようなものか。また、研修はどこが実施主体となるのか。

【答１】研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

・BPSD のとらえかた
・重要なアセスメント項目
・評価尺度の理解と活用方法
・ケア計画の基本的考え方
・チームケアにおける PDCA サイクルの重要性
・チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

【問２】認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

【答２】貴見のとおり。

本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

【問３】本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

【答３】本加算は、BPSD の予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSD の予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

【問４】本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

【答４】貴見のとおり。

ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSD の評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

【問５】「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。
【答５】本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

【問６】対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状（BPSD)の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。
【答６】貴見のとおり。

【問７】認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所(居)者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が 1/2 以上であることが求められているが、届出日の属する月の前３月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということで良いか。
【答７】貴見のとおり。

【問８】「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年３月 14 日厚生労働省告示第 126 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 18 年３月 14 日厚生労働省告示第 128 号)、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12年２月 10 日厚生省告示第 21 号)において、認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等 A に対しては認知症専門ケア加算、入所者等 B に対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。
【答８】可能である。

【問９】問８にあるように、同一施設内で対象者によって認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算を算定することができるのは、どのような趣旨か。
【答９】認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えていただくことは、差し支えない。
各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

【問１０】「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。
【答１０】具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

・別紙様式：認知症チームケア推進加算に係るワークシート
・介護記録等：介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。
なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問４】厚生労働省の令和３～５年度老人保健健康増進等事業（※）において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。
※令和３年度 BPSD の軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和４～５年度 BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究（実施主体：社会福祉法人浴風会）
【答４】貴見のとおり。なお、令和５年度 BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和６年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。

【問５】認知症チームケア推進加算Ⅱの配置要件として、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の双方の研修を修了した者の配置が必要とされるが、認知症介護実践リーダー研修の受講が予定されている者について、認知症介護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。
【答５】可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものと考える。

※【問６】については、認知症専門ケア加算に記載の【問６】と同様の内容のため、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．６）

【問１】認知症チームケア推進加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。
【答１】本加算の研修に係る算定要件として、本加算（Ⅰ）については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。また、本加算（Ⅱ）については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両

方を修了した者を指している。詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和６年老高発 0318 第１号、老認発 0318 第１号、老老発 0318 第１号通知）を御参照いただきたい

区分	認知症チームケア推進加算Ⅰ	認知症チームケア推進加算Ⅱ
算定要件となる研修	認知症介護指導者養成研修 ＋ 認知症チームケア推進研修	認知症介護実践リーダー研修 ＋ 認知症チームケア推進研修

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．９）

【問３】 全国の介護職員を対象として認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）が、オンデマンド形式で実施する「認知症チームケア推進研修」を受講するための申込み方法如何。

【答３】

・ 認知症チームケア推進研修（※1）の研修の受講申込みは、認知症介護研究・研修センターが運営するホームページ（※2）から行うことができる。

（※１）認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修

（※２）認知症チームケア推進研修のホームページ：
https://www.dcnet.gr.jp/teamcare/

（参考）令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月 19 日）問１

【問４】 東京都が開発した日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

【答４】

・ 貴見のとおり。

・ なお、日本版 BPSD ケアプログラム（以下「ケアプログラム」という。）の利用に当たっては、道府県はケアプログラムを導入する必要があり、その具体的な導入方法については、東京都（※）にお尋ねいただきたい。

(※)担当部署：福祉局高齢者施策推進部在宅支援課認知症支援担当電話 03-5320-4276

・ 各事業所におかれては、所在する都道府県のケアプログラムの導入状況や利用について、当該都道府県にお尋ねいただきたい。

【問５】 認知症チームケア推進加算算定にあたっては、認知症チームケア推進加算に係るワークシートの作成が必要とされている。当該ワークシートでは、チェックリストを用いたインタビューを行うことになっているが、チェックリストはどこで確認・入手することができるのか。

【答５】

・ 認知症チームケア推進研修のホームページで確認することができる。

・ 具体的には、研修動画視聴ページに、テキスト、ワークシート、BPSD25Q のシート、チェックリストが掲載されており、ダウンロードが可能となっている。

【問６】 日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修修了者が、日本版 BPSD ケアプログラムにおける評価指標を用いて BPSD の出現予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施する場合、認知症チームケア推進加算算定にあたり作成が必要となる「認知症チームケア推進加算に係るワークシート」については、日本版 BPSD ケアプログラムの「DEMBASE」への記録及び【利用者一覧】タブ内で出力される【入力履歴】から入力を完了した PDF を出力したもの及びそれに紐付く打合せ記録をもって代えることができるか。

【答６】

・ 貴見のとおり。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. 14）

認知症行動・心理症状緊急対応加算　２００単位／日

● **医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、**指定介護福祉施設**サービスを行った場合**は、**入所した日から起算して７日を限度**として、１日につき所定単位数を加算する。

《留意事項》

① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。

② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。

③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

④ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。

⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。

ａ 病院又は診療所に入院中の者

ｂ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

ｃ 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、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用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及び短期利用地域密着型短特定施設入居者生活介護を利用中の者

⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

⑦ 当該加算の算定にあたっては、 個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。

⑧ 当該加算は、当該入所者が入所前一月の間に、当該介護老人福祉施設に入所したことがない場合及び過去一月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できることと

する。

【問１８３】入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、７日分算定が可能か。
【答１８３】当初の入所予定期間も含め、認知症行動・心理症状により緊急に入所した日から７日間以内で算定できる。

【問１８４】入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるか。
【答１８４】本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。

平成２４年４月改定関係Ｑ＆Ａ

褥瘡マネジメント加算　（Ｒ６改定）

１．褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）　　３単位／月
２．褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）　１３単位／月

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき上記単位数を加算する。

※ 加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。

（大臣基準第７１号の２）

イ　褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価すること。
（２）（１）の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
（３）（１）の確認の結果、褥瘡が認められ、又は（１）の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
（４）入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
（５）（１）の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

ロ　褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）イ（１）から（５）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
（２）次のいずれかに適合すること。
ａイ（１）の確認の結果、褥瘡が認められた入所者又は利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。
ｂイ（１）の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。

《留意事項》

① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(35)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の２イに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 大臣基準第 71 号の２イ(1)の評価は、別紙様式５を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

④ 大臣基準第 71 号の２イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第 71 号の２イ(1)から(5)までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑤ 大臣基準第 71 号の２イ(1)の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥ 大臣基準第 71 号の２イ(3)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式５を用いて、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑦ 大臣基準第 71 号の２イ(4)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑧ 大臣基準第 71 号の２イ(5)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式５を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式５に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。

ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

⑩ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

※別紙様式５については、厚生労働省のＨＰ等で確認すること。

【問８６】 褥瘡ケア計画を作成する際に参考にする、褥瘡管理に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

・褥瘡 予防・管理ガイドライン（平成 27 年 日本褥瘡学会）

・褥瘡診療ガイドライン（平成 29 年 日本皮膚科学会）

【答８６】 いずれも含まれる。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１４】「褥瘡対策に関するケア計画書」と「排せつ支援計画書」に関して、厚生労働省が示した様式通りに記載する必要があるか。

【答１４】「老企第 40 号平成 12 年 3 月 8 日厚生省老人保健福祉局企画課長通知」に記載の通り、厚生労働省が示した「褥瘡対策に関するケア計画書」、「排せつ支援計画書」はひな形であり、これまで施設で使用してきた施設サービス計画書等の様式にひな形同様の内容が判断できる項目が網羅されていれば、その様式を代用することができる。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．４）

【問１７】　ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答１７】　ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問１８】　加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答１８】　加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用 者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問１９】　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算((Ⅰ Ⅰ))若しくは若しくは((Ⅱ Ⅱ))、自立支援促進加、自立支援促進加算、個別機能訓練加算算、個別機能訓練加算((Ⅱ Ⅱ))、リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント加算((ＡＡ))ロ若しくはロ若しくは((ＢＢ))ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、及び言語聴覚療法に係る加算において、BarthelBarthel IndexIndex（ＢＩ）のデータ提出に際して、（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦ等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答１９】　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

- ＢＩに係る研修を受け、
- ＢＩへの読み替え規則を理解し、
- 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

【問９９】　褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理は、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していることが要件となっているが、医師の事由等により参加できない場合は、当該医師の指示を受けた創傷管理関連の研修を修了した看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師が参加することにして差し支えないか。

【答９９】　差し支えない。

【問１０４】　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。

【答１０４】　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号） においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問２】　サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答２】・　これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、ＬＩＦＥへの情報提出を行っていただくこととしている。

・　当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該

サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

・　一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算
※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

令和３年４月改訂関係 Q&A（Ｖｏｌ．１０）

【問１７１】月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等のやむを得ない場合については、当該サービスを利用開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとあるが、利用開始月の翌月の 10 日までにデータ提出した場合は利用開始月より算定可能か。

【答１７１】・事業所が該当の加算の算定を開始しようとする月の翌月以降の月の最終週よりサービスの利用を開始したなど、サービスの利用開始後に、利用者に係る情報を収集し、サービスの利用を開始した翌月の 10 日までにデータ提出することが困難な場合は、当該利用者に限っては利用開始月の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとしている。
・ただし、加算の算定については LIFE へのデータ提出が要件となっているため、利用開始月の翌月の 10 日までにデータを提出していない場合は、当該利用者に限り当該月の加算の算定はできない。当該月の翌々月の 10 日までにデータ提出を行った場合は、当該月の翌月より算定が可能。
・また、本取扱いについては、月末よりサービスを利用開始した場合に、利用開始月の翌月までにデータ提出し、当該月より加算を算定することを妨げるものではない。
・なお、利用開始月の翌月の 10 日までにデータ提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

【問１７２】事業所又は施設が加算の算定を開始しようとする月以降の月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該利用者の当該月のデータ提出が困難な場合、当該利用者以外については算定可能か。

【答１７２】・原則として、事業所の利用者全員のデータ提出が求められている上記の加算について、月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該月の当該利用者に係る情報を LIFE に提出できない場合、その他のサービス利用者についてデータを提出していれば算定できる。
・なお、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。
・ただし、上記の場合や、その他やむを得ない場合（※）を除いて、事業

所の利用者全員に係る情報を提出していない場合は、加算を算定することができない。

（※）令和３年度介護報酬改定に関す得るＱ＆Ａ(Vol.3)（令和３年３月 26 日)問 16 参照。

【問１７３】LIFE への入力について、事業所又は施設で使用している介護記録ソフトから CSV 連携により入力を行っているが、LIFE へのデータ提出について、当該ソフトが令和６年度改定に対応した後に行うこととして差し支えないか。

【答１７３】・ 差し支えない。

・ 事業所又は施設にて使用している介護記録ソフトを用いて令和６年度改定に対応した様式情報の登録ができるようになってから、令和６年４月以降サービス提供分で提出が必要な情報について、遡って、やむを得ない事情を除き令和６年 10 月 10 日までに LIFE へ提出することが必要である。

【問１７４】令和６年４月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報如何。

【答１７４】・令和６年４月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報に関して、令和６年４月施行のサービスについては、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。

・令和６年６月施行のサービス（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション、予防通所リハビリテーション）については、令和６年４～５月サービス提供分の提出情報に限り、令和３年度改定に対応した様式情報と令和６年度改定に対応した様式の提出情報の共通する部分を把握できる範囲で提出するか、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。

・各加算で提出が必要な情報については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月 15 日）を参照されたい。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

排せつ支援加算 （Ｒ６改定）

１．排せつ支援加算（Ⅰ） １０単位／月
２．排せつ支援加算（Ⅱ） １５単位／月
３．排せつ支援加算（Ⅲ） ２０単位／月

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。

※ 加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）の同時算定は不可。

大臣基準第 71 号の３

イ　排せつ支援加算（Ⅰ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも**３月に１回**評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
(2)　(1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
(3)　(1)の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。
ロ　排せつ支援加算（Ⅱ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
(2)　次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
（一）　イ(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
（二）　イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。
（三）イ（１）の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。
ハ　排せつ支援加算（Ⅲ）
イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

《留意事項》

① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(36)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

② 排せつ支援加算（Ⅰ）は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の３に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。

④ 大臣基準第 71 号の３イ(1)の評価は、別紙様式６を用いて、以下の（ア）から（エ）について実施する。

（ア） 排尿の状態

（イ） 排便の状態
（ウ） おむつの使用
（エ） 尿道カテーテルの留置

⑤ 大臣基準第 71 号の３イ⑴の施設入所時の評価は、大臣基準第 71 号の３イ⑴から⑶までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

⑦ 大臣基準第 71 号の３イ⑴の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑧ 大臣基準第 71 号の３イ⑵の「排せつに介護を要する入所者」とは、④の（ア）若しくは（イ）が「一部介助」又は「全介助」と評価される者又は（ウ）若しくは（エ）が「あり」の者をいう。

⑨ 大臣基準第 71 号の３イ（２）の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、④の（ア）から（エ）の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、④の（ア）から（エ）の評価が改善することが見込まれることをいう。

⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。

⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

⑬ 大臣基準第 71 号の３イ⑶における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑭ 排せつ支援加算（Ⅱ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる（ア）若しくは（イ）の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は（ウ）若しくは（エ）の評価が改善した場合に、算定できることとする。

⑮　排せつ支援加算（Ⅲ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)又は(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、(ウ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。

※別紙様式６については、厚生労働省のＨＰ等で確認すること。

【問８４】　排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

・EBM に基づく尿失禁診療ガイドライン（平成 16 年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）
・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成 25 年 日本排尿機能学会）
・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成 25 年 日本排尿機能学会）
・便失禁診療ガイドライン（平成 29 年 日本大腸肛門病学会）

【答８４】　いずれも含まれる。

【問８５】　排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、

１）「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。

２）支援を開始した日の属する月から起算して６月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。

３）「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中１月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる６月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

【答８５】１）排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。

２）想定される。例えば、６月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

３）貴見のとおりである。

平成３０年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１７】　ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答１７】　ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問１８】　加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算

の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答１８】　加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用 者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問１９】　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算((Ⅰ Ⅰ))若しくは若しくは((Ⅱ Ⅱ))、自立支援促進加、自立支援促進加算、個別機能訓練加算算、個別機能訓練加算((Ⅱ Ⅱ))、リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント加算((ＡＡ))ロ若しくはロ若しくは((ＢＢ))ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、及び言語聴覚療法に係る加算において、BarthelBarthel IndexIndex（ＢＩ）のデータ提出に際して、（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦ等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答１９】　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

・　ＢＩに係る研修を受け、
・　ＢＩへの読み替え規則を理解し、
・　読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

【問１０１】　排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

【答１０１】　排せつ支援加算は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、ＬＩＦＥを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。

【問１０２】　排せつ支援加算（Ⅱ）又（Ⅲ）の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

【答１０２】　使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。

【問１０３】　排せつ支援加算（Ⅱ）又（Ⅲ）の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

【答１０３】　おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号） においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問２】　サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答２】・　これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、ＬＩＦＥへの情報提出を行っていただくこととしている。

・　当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

・　一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

【問１７７】排尿又は排便状態が一部介助から見守り等に変わった場合は、排せつの状態の改善と評価してよいか。

【答１７７】・ よい。

・ なお、見守り等については、様式に記載されている「評価時点の排せつの状態」の項目において、「見守りや声かけ等のみで『排尿・排便』が可能」で「はい」が選択されている場合、見守り等とみなす。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】については、褥瘡マネジメント加算に記載の【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

自立支援促進加算

（Ｒ６改定）**２８０単位／月**

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、１月につき上記単位数を加算する。

大臣基準第 71 号の４

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも**３月に１回**医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。

ロ　イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。

ハ　イの医学的評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ　医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

《留意事項》

① 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(37)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、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、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。

このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

③　本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の４に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
④　大臣基準第 71 号の４イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式７を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。
⑤　大臣基準第 71 号の４ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式７を用いて、作成すること。作成にあたっては、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。
⑥　当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。
ａ　寝たきりによる廃用性機能障害の防止や改善へ向けて、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。
ｂ　食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。
ｃ　排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。
ｄ　入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。
ｅ　生活全般において、画一的・集団的な介護ではなく個別ケアの実践のため、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。
ｆ　リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。
ｇ　入所者の社会参加につなげるために、入所者と地域住民等とが交流する機会を定期的に設ける等、地域や社会とのつながりを維持する。
⑦ 大臣基準第 71 号の４ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
⑧　大臣基準第 71 号の４ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。
　その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。
⑨　大臣基準第第 71 号の４ニの評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【問４１】　入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重することが要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

【答４１】　本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人又は家族に説明した上で、実施することが必要である。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問１７】　ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答１７】　ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問１８】　加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答１８】　加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用 者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問１９】　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答１９】　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

・　ＢＩに係る研修を受け、
・　ＢＩへの読み替え規則を理解し、
・　読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

【問１００】　加算の算定を開始しようとする場合、すでに施設に入所している入所者について、提出が必要な情報は、当該時点の情報に加え、施設入所時の情報も必須なのか

【答１００】　既に施設に入所している入所者については、入所時の介護記録等にて評価が可能であれば、施設入所時の情報を提出していただきたいが、やむを得ず仮に提出ができない場合であっても、加算の算定ができなくなるものではない。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる 必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問２】　サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答２】・　これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、ＬＩＦＥへの情報提出を行っていただくこととしている。

・　当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

・　一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

【問４】　本加算の目的にある「入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図ること」とはどのような趣旨か。

【答４】　これまで、

・　寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害は、適切なケアを行うことにより、回復や重度化防止が期待できること

・　中重度の要介護者においても、離床時間や座位保持時間が長い程、ＡＤＬが改善すること等が示されており（※）さらに、日中の過ごし方を充実したものとすることで、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていくこと、さらには、機能障害があってもＡＤＬおよびＩＡＤＬを高め、社会参加につなげていくことが重要である。

介護保険は、尊厳を保持し、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、必要なサービス提供することを目的とするものであり、本加算は、これらの取組を強化し行っている施設を評価することとし、多職種で連携し、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」等の観点から作成した支援計画に基づき、適切なケアを行うことを評価することとしたものである。

※ 第 185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 123 ページ等を参照
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf

【問５】　「個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。

【答５】・　具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最期までの尊厳の保持に資する取組を求めるものである。

・　なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明す

る必要があり、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があるにも関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。

【問６】　支援計画の実施（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年３月８日老企第 40 号）第２の５(37)⑥ａ～ｆ等に基づくものをいう。以下同じ。）にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。また、離床時間の目安はあるか。

【答６】・　具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであることを踏まえ、いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床等の支援を一定時間実施することを求めるものである。

・　したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っていることなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきではない場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要である。

－ 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が低い傾向にある（※）とのデータ等もあることを参考に、一定の時間を確保すること

－ 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むことも重要である。

※ 第 185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 123 ページを参照
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf

【問７】　支援計画の実施にあたっては、原則として「食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

【答７】・ 具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、

－ 個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定

－ 慣れ親しんだ食器等の使用

－ 管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。

・ また、

－ 経管栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきではない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようすること

－ 入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮することといった取組を想定している。

・ なお、衛生面に十分配慮のうえ、本人の状況を踏まえつつ、調理から喫食まで 120 分以内の範囲にできるように配膳することが望ましいが、結果的に喫食出来なかった場

合に、レトルト食品の常備食を提供すること等も考えられること。

【問８】　支援計画の実施にあたっては、原則として「排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用すること」とされているが、 具体的にはどのような取組が求められるのか。

【答８】・ 排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。

・ このため、本加算は、日中の通常のケア（※）において、多床室でポータブトイレを使用している利用者がいないことを想定している。

※ 通常のケアではないものとして、特定の入所者について、在宅復帰の際にポータブルトイレを使用するため、可能な限り多床室以外での訓練を実施した上で、本人や家族等も同意の上で、やむを得ず、プライバシー等にも十分に配慮して一時的にポータブルトイレを使用した訓練を実施する場合が想定される

・ なお、「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは、

－ トイレで排せつするためには､生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支援計画を作成し定期的に見直すことや、

－ 入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつリズムや、本人の QOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえず、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないことを想定している。

【問９】　支援計画の実施にあたっては、原則として「入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること」とされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

【答９】・ 尊厳の保持の観点から、すべての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽（個人浴槽を除く。）を利用している入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、

－ 入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定することや

－ 本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること

－ 脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮に十分留意すること 等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。

・ また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。

・ なお、重度の要介護者に対して職員１人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは２人以上の複数の職員で行うことを想定している。

【問 10】 支援計画の実施にあたっては、原則として「生活全般において、入所者本人や家族と

相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする」とされるが、具体的にはどのような取組を行うことが求められるのか。

【答 10】・ 個々の入所者や家族の希望等を叶えるといった視点が重要であり、例えば、
ー 起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること
ー 趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。 例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会 参加することが本人の暮らしの支援につながると考えられる。
・ なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物（仏壇や家具、家族の写真等）を持ち込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

※【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】については、褥瘡マネジメント加算に記載の【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１））

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

科学的介護推進体制加算 （Ｒ６改定）

１．科学的介護推進体制加算（Ⅰ） ４０単位／月
２．科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ５０単位／月

● 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都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、入所者に対し指定介護福祉施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき上記単位数を加算する。

※ 加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。

大臣基準第 71 号の５

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
イ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1) 入所者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
ロ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1) イ(1)に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出してい

ること。
(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イ(1)に規定する情報、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

≪留意事項≫

① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第 71 号の５に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

② 大臣基準第 71 号の５イ(1)及びロ(1)の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。

ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。

ハ ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。

⑤ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【問１７】 ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答１７】 ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問１８】 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答１８】 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用 者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問１９】 科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算((Ⅰ Ⅰ))若しくは若しくは((Ⅱ Ⅱ))、自立支援促進加、自立支援促進加算、個別機能訓練加算算、個別機能訓練加算((Ⅱ Ⅱ))、リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント加算((ＡＡ))ロ若しくはロ若しくは((ＢＢ))ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、及び言語聴覚療法に係る加算において、BarthelBarthel IndexIndex（ＢＩ）のデータ提出に際して、（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度

について検証されているＩＣＦ等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答１９】　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

・　ＢＩに係る研修を受け、
・　ＢＩへの読み替え規則を理解し、
・　読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確な BI を別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）

【問４】　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる 必要があるのか。

【答４】・　「 科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について 」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）においてお示しをしているとおり 、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、 同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において 各加算における 様式と同一のものを用いることを求めるものではない 。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問２】　サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答２】・　これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、ＬＩＦＥへの情報提出を行っていただくこととしている。

・　当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

・　一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

【問３】　サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答３】　当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

※【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】については、褥瘡マネジメント加算に記載の【問１７１】【問１７２】【問１７３】【問１７４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１））

【問１７５】科学的介護推進体制加算のデータ提出頻度について、少なくとも６か月に１回から３か月に１回に見直されたが、令和６年４月又は６月以降のいつから少なくとも３か月に１回提出すればよいか。

【答１７５】・科学的介護推進体制加算を算定する際に提出が必須とされている情報について、令和６年４月又は６月以降は、少なくとも３か月に１回提出することが必要である。

・例えば、令和６年２月に提出した場合は、６か月後の令和６年８月までに少なくとも１回データ提出し、それ以降は３か月後の令和６年 11 月までに少なくとも１回のデータ提出が必要である。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

※令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）の【問４】については、個別機能訓練加算に記載の【問４】と同様の内容の為、あわせて御確認ください。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

安全対策体制加算

● 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、入所者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、**入所初日に限り２０単位を加算**する。

＜指定介護福祉施設サービスにおける安全対策体制加算に係る施設基準＞

イ　指定介護老人福祉施設基準第３５条第１項に規定する基準に適合していること。

ロ　指定介護老人福祉施設基準第３５条第１項第４号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。

ハ　当該指定介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

≪留意事項≫

安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。

安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。

また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

【問３９】　安全対策体制加算について、安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

【答３９】・　本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。

・　外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修を想定している。

【問４０】　安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

【答４０】　安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１０）

高齢者施設等感染対策向上加算　（Ｒ６改定：新設）

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　１０単位／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）　５単位／月

● 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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設が、入所者に対して指定介護福祉施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき上記の単位数を所定単位数に加算する。

（大臣基準第８６の５）

イ　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。

（２）指定介護老人福祉施設基準第二十八条第一項本文（指定介護老人福祉施設基準第四十九条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
（３）感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

ロ　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）
感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、三年に一回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

≪留意事項≫

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。

② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも１年に１回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、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１医科診療報酬点数表の区分番号Ａ234－２に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号Ａ000 に掲げる初診料の注 11 及び再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。

③ 介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとすること。

④ 施設の入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和５年 12 月７日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月１回算定するもの。
② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
③ 介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとすること。

【問１２８】高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

【答１２８】・ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。

○ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修

○ 感染対策向上加算１に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

○ 地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

・ 感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。

・ また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

【問１２９】「第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること」とあるが、第二種協定指定医療機関である医療機関をどのように把握すればよいか。また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関をどのように把握すればよいか。

【答１２９】都道府県と医療機関の医療措置協定の締結は令和６年４月から９月末までに行うこととされており、都道府県において、協定締結した医療機関を公表することとされている。また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参照されたい。

（地方厚生局ホームページ）

■九州厚生局

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html

※ 「医科」のファイルをご参照ください。受理番号に感染対策１、感染対策２、感染対策３、外来感染の記載のある医療機関が該当します。

【問１３０】第二種協定指定医療機関との連携について、感染症法に基づく都道府県との医療措置協定の締結は令和６年９月末までに行うこととされているが、令和６年９月末までの間は、どのような医療機関と連携すればよいか。

【答１３０】令和６年９月末までの間は、現に感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関と連携することでも差し支えない。
なお、令和６年 10 月以降については、第二種協定指定医療機関と連携することが必要であることから留意すること。

【問１３１】高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加していることとあるが、令和７年３月 31 日までの間にあっては、３月 31 日までに研修又は訓練に参加予定であれば算定してよいか。

【答１３１】医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で令和７年３月 31 日までに当該研修又は訓練に参加できる目処があれば算定してよい。

【問１３２】高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

【答１３２】実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。
・施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）
・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
・個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等
・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
・その他、施設等のニーズに応じた内容
単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

【問１３３】高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、令和６年４月以前に新型コロナウイルス感染症等に対する感染対策として、医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業※において実施された実地研修を受けている場合は、実地指導又は実地研修を受けた日から起算して３年間算定してよいか。
※ 令和３年度、令和４年度「介護サービス類型に応じた感染症対策向上による業務継続支援業務」における感染症の専門家による実地での研修、令和５年度「感染症の感染対策及び業務継続（BCP）策定に係る調査研究及び当該調査研究を踏まえた研修業務」における感染症の専門家による実地での研修

【答１３３】算定可能である。ただし、感染対策向上加算に係る届出を行っている医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業におい

て実施された実地研修であること。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問】高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも１年に１ 回以上参加し、指導及び助言を受けることを要件として定めているが、高齢者施設等は各年度で１ 回以上研修又は訓練に参加すればよく、前回の参加日から１ 年以上経過して参加した場合でも、各年度で１ 回は参加する予定があれば算定可能か。

【答】貴見のとおり。当該加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであり、研修又は訓練について、前回の参加から長い期間を空けることは望ましくないが、前回の参加日から１年以内に研修等に参加することができない場合であっても、高齢者施設等において、医療機関等に研修等の実施予定日を把握し、前回の参加日の属する年度の翌年度中に参加する予定が確認できた場合であれば、高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の算定は可能である。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．17）

新興感染症等施設療養費　（Ｒ６改定：新設）２４０単位／日

● 指定介護老人福祉施設が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、**１月に１回、連続する５日を限度として上記単位数を算定する**。

≪留意事項≫

① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。

② 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和６年４月時点においては、指定している感染症はない。

③ 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第３版）」を参考とすること。

【問１】 施設等の入所者等が新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザ等に感染し、施設等内において療養を行う場合、新興感染症等施設療養費を算定できるか。

【答１】 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特 定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成1 年３月８日老企第40号）のとおり、「対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生 労働大臣が指定する」こととしており、令和６年４月以降指

定されている感染症はない。そのため、今後対象となる感染症を新たに指定しない限りは、新興感染症等施設療養費を 算定することはできない。

令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１２）

生産性向上推進体制加算　（Ｒ６改定：新設）

（１）　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　１００単位／月
（２）　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１０単位／月

● 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、都道府県知事に対し届出を行った指定介護老人福祉施設において、入所者に対して指定介護福祉施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき上記の所定単位数を加算する。

● 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定は不可。

（大臣基準第８６の６）

イ　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
（一）業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
（二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
（三）介護機器の定期的な点検
（四）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
（２）（１）の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
（３）介護機器を複数種類活用していること。
（４）（１）の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
（５）事業年度ごとに（１）、（３）及び（４）の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ロ　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）　イ（１）に適合していること。
（２）　介護機器を活用していること。
（３）　事業年度ごとに（２）及びイ（１）の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

※生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知「生産性向上推進体制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等の提示について」を参照すること。

【問１２】加算（Ⅰ）（※100 単位/月）の算定開始に当たっては、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算（Ⅰ）の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。

【答１２】介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。

（利用者の満足度等の評価について）

介護サービスを利用する利用者（５名程度）に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い（※）、その結果に基づき、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。

（※）介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添１の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。

（総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について）

加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期（※）とし、介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を３月以上継続した以降の月における介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。

（※） 介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いた考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。

（例） 例えば、令和６年１月に介護施設（定員 50 名とする）を新たに開設し、同年１月に 15 人受け入れ、同年２月に 15 人受け入れ（合計 30 名）、同年３月に 15 人受け入れ（合計 45 名）、同年４月に２名受け入れ（合計 47 名）、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年４月を事前調査の実施時期とすること。

サービス提供体制強化加算

１．サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２単位／日
２．サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１８単位／日
３．サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位／日

※　日常生活継続支援加算を算定していない場合、１～３のいずれかを算定できる。
（定員超過利用や人員基準欠如がない場合。）

※　加算Ⅰ～Ⅲの同時算定は不可。

≪サービス提供体制強化加算（Ⅰ）≫

以下のいずれかに該当すること。

①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合：８０%以上

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員の総数}} \geqq 0.8$$

②　介護職員の総数のうち、勤続１０年以上の介護福祉士の占める割合：３５%以上

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員の総数}} \geqq 0.35$$

≪サービス提供体制強化加算（Ⅱ）≫

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合：６０%以上

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員の総数}} \geqq 0.6$$

≪サービス提供体制強化加算（Ⅲ）≫

以下のいずれかに該当すること。

①　介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合：５０%以上

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員の総数}} \geqq 0.5$$

②　看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割：７５%以上

$$\frac{\text{常勤職員}}{\text{看護・介護職員の総数}} \geqq 0.75$$

③　サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤務年数７年以上の者の占める割合：３０%以上

$$\frac{\text{勤務年数７年以上の者}}{\text{サービスを入所者に直接提供する職員総数}} \geqq 0.3$$

※職員数（介護福祉士の数も含む。）の算定は、常勤換算による。
常勤換算方法とは、
暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設（事業所）において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定するものとし、小数点第２位以下を切り捨てる。
「勤務延時間数」とは、勤務表上、当該施設（事業所）において従事する時間として明確に位置づけられている時間の合計数であり、職員１人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設（事業所）において常勤の職員が勤務すべき勤務時間数を上限とする。

≪留意事項≫

○　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。

○　前号ただし書の場合にあっては、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なければならない。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、直ちに訪問通所サービス通知第１の５の届出を提出しなければならない。

○　勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

○　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する。

○　同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

○　提供するサービスの質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

（例）
・ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築
・ＩＣＴ・テクノロジーの活用
・高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化
・ケアに当たり、居室の定員が２以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること

実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に

取り組むものでなければならない。

○　指定介護福祉施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員及び機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。

【問２】サービス提供体制強化加算における**介護福祉士は、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱**いについて示されたい。

【答２】要件における**介護福祉士の取扱いは、登録証の交付まで求めるものではなく**例えば、平成２１年３月３１日に介護福祉士国家試験した者については平成２１年４月において介護福祉士として含めることができる。

なお、この場合において、事業者は試験合格等事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対して速やかな登録を促すとともに、登録の事実を確認するべきものである。

【問６】**産休や病欠している期間**は含めないと考えるのか。

【答６】産休や介護休業、育児休業期間中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。

【問７７】介護老人福祉施設と併設のショートステイを一体的に運営している場合、加算の算定基準となる職員の割合は一体的に算出すべきか、別個に算出すべきか。**両方を兼務している職員をどちらか一方に寄せてカウントすることは可能か**。

【答７７】本体施設と併設のショートステイを兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイに割り振った上で、本体施設とショートステイそれぞれについて割合を算出し、加算の算定の可否を判断することが望ましい。

ただし、大多数の職員が特養と併設ショートステイを均等に兼務しているような場合は、本体施設とショートステイで一体的に算出した職員の割合を本体施設とショートステイの両方について用いても差し支えない。

また、実態として本体施設のみに勤務している職員を本体施設のみでカウントすることは差し支えないが、**実態として本体施設とショートステイを兼務している職員を本体施設かショートステイいずれか一方のみにおいてカウントするなど、勤務実態と乖離した処理を行うことは認められない**。

平成２１年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問６３】　サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、１年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均（３月分を除く。）をもって、運営実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した

事業所）の場合は、４月目以降に、前３月分の実績をもって取得可能となるということでいいのか。

【答６３】　貴見のとおり。

なお、これまでと同様に、運営実績が６月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

【問６４】　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。

【答６４】　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロを同時に取得することはできない。

また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

なお、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。

平成２７年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.2）

【問１２６】「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

【答１２６】・サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、

－　介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、

－　介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。

・「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、当該施設・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。

・なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年の考え方」とは異なることに留意すること。

※　平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Voi．１）（平成21年３月23日）問５は削除する。

令和３年３月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.3）

介護職員等処遇改善加算　（Ｒ８改定）※Ｒ８年６月～

● 介護職員の賃金改善を実施している場合、指定権者である都道府県知事又は市町村長に届け出た介護老人福祉施設が、入居者に対しサービス提供を行った場合に、基準に掲げる区分に従い、上記に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

【～Ｒ８年５月】

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数	×１４．０%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数	×１３．６%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数	×１１．３%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数	×　９．０%／月

【Ｒ８年６月～】

介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	所定単位数	×１６．３%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数	×１７．６%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数	×１５．９%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数	×１７．２%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数	×１３．６%／月
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数	×１１．３%／月

※　上記のうちいずれか一つを算定できる。

※　詳細については、以下を参照すること。
- 介護サービス事業者等集団指導≪共通編≫
- 「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月１５日付け老発０３１５第２号）
- 県、市ホームページ

熊本県ホームページ：ホーム＞健康・福祉・子育て＞高齢者・障がい者・介護＞高齢者支援課＞介護報酬改定＞令和 8 年度（2026 年度）介護職員等処遇改善加算の計画書等の提出について

介 護 報 酬 の 算 定 構 造

介 護 サ ー ビ ス

：令和8年6月改定箇所

Ⅰ　指定居宅サービス介護給付費単位数の算定構造
　１　訪問介護費
　２　訪問入浴介護費
　３　訪問看護費
　４　訪問リハビリテーション費
　５　居宅療養管理指導費
　６　通所介護費
　７　通所リハビリテーション費
　８　短期入所生活介護費
　９　短期入所療養介護費
　　イ　介護老人保健施設における短期入所療養介護費
　　ロ　療養病床を有する病院における短期入所療養介護費
　　ハ　診療所における介護予防短期入所療養介護費
　　ニ　（削除）
　　ホ　介護医療院における短期入所療養介護費
　１０　特定施設入居者生活介護費
　１１　福祉用具貸与費

Ⅱ　指定居宅介護支援介護給付費単位数の算定構造
　　居宅介護支援費

Ⅲ　指定施設サービス等介護給付費単位数の算定構造
　１　介護福祉施設サービス
　２　介護保健施設サービス
　３　（削除）
　４　介護医療院サービス

［脚注］
　1. 単位数算定記号の説明
　　＋○○単位　　⇒　　所定単位数　＋　○○単位
　　－○○単位　　⇒　　所定単位数　－　○○単位
　　×○○／100　⇒　　所定単位数　×　○○／100
　　＋○○／100　⇒　　所定単位数　＋　所定単位数×○○／100
　　－○○／100　⇒　　所定単位数　－　所定単位数×○○／100

Ⅰ　指定居宅サービス介護給付費単位数の算定構造

1　訪問介護費

基本部分			注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 身体介護の(2)～(4)に引き続き生活援助を行った場合	注 2人の訪問介護員等による場合	注 夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	注 特定事業所加算		注 共生型訪問介護を行う場合	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域訪問介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 緊急時訪問介護加算
訪問介護費又は共生型訪問介護費	イ　身体介護	(1)　20分未満 (163単位)	−1／100	−1／100	所要時間が20分から起算して25分を増すごとに＋65単位（195単位を限度）	×200／100	夜間又は早朝の場合 ＋25／100 深夜の場合 ＋50／100	特定事業所加算(Ⅰ) ＋20／100 特定事業所加算(Ⅱ) ＋10／100 特定事業所加算(Ⅲ) ＋10／100 特定事業所加算(Ⅳ) ＋3／100	特定事業所加算(Ⅴ) ＋3／100	指定居宅介護事業所で障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等により行われる場合 ×70／100 指定居宅介護事業所で重度訪問介護従業者養成研修修了者により行われる場合 ×93／100 指定重度訪問介護事業所が行う場合 ×93／100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100 正当な理由なく事業所と同一の建物に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合（事業所と同一の建物の利用者50人以上にサービスを行う場合を除く） ×88／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1回につき ＋100単位
	ロ　生活援助	(1)　20分以上45分未満 (179単位)													
		(2)　45分以上 (220単位)													
	ハ　通院等乗降介助	(1回につき　97単位)													
ニ　初回加算		(1月につき　＋200単位)													
ホ　生活機能向上連携加算		(1)　生活機能向上連携加算(Ⅰ) (1月につき　＋100単位)													
		(2)　生活機能向上連携加算(Ⅱ) (1月につき　＋200単位)													
ヘ　口腔連携強化加算		(1回につき　＋50単位(1月に1回を限度))													
ト　認知症専門ケア加算		(1)　認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき　＋3単位)													
		(2)　認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき　＋4単位)													
チ　介護職員等処遇改善加算		(1)　介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき　＋所定単位×270／1000)	注 所定単位は、イからトまでにより算定した単位数の合計												
		(2)　介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき　＋所定単位×287／1000)													
		(3)　介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき　＋所定単位×249／1000)													
		(4)　介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき　＋所定単位×266／1000)													
		(5)　介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき　＋所定単位×207／1000)													
		(6)　介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき　＋所定単位×170／1000)													

：「特別地域訪問介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※　緊急時訪問介護加算の算定時に限り、身体介護の(1)20分未満に引き続き、生活援助を行うことも可能。

2 訪問入浴介護費

基本部分	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 介護職員3人が行った場合	注 全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域訪問入浴介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 訪問入浴介護費 （1回につき 1,266単位）	－1／100	－1／100	×95／100	×90／100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10/100	＋5／100

ロ 初回加算	（1月につき ＋200単位）

ハ 認知症専門ケア加算	（1） 認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき ＋3単位）
	（2） 認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき ＋4単位）

ニ 看取り連携体制加算	（死亡日及び死亡日以前30日以下に限り1回につき ＋64単位）

ホ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1回につき ＋44単位）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1回につき ＋36単位）
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1回につき ＋12単位）

ヘ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×122／1000）
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×133／1000）
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×116／1000）
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×127／1000）
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×101／1000）
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×85／1000）

注
所定単位は、イからホまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域訪問入浴介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

3 訪問看護費

		注	注	注	注	注		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
基本部分		准看護師の場合	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合	複数名訪問加算（Ⅰ）	複数名訪問加算（Ⅱ）	1時間30分以上の訪問看護を行う場合	要介護5の者の場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	特別管理加算	専門管理加算	ターミナルケア加算	遠隔死亡診断補助加算	医療保険の訪問看護が必要であるものとして主治医が発行する訪問看護指示の文書の訪問看護指示期間の日数につき減算（1日につき）	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合
イ 指定訪問看護ステーションの場合	（1） 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 （314単位）	×90／100																			
	（2） 30分未満 （471単位）																				
	（3） 30分以上1時間未満 （823単位）													1月につき＋600単位	1月につき＋574単位						
	（4） 1時間以上1時間30分未満 （1,128単位）							＋300単位		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100											1回につき－8単位
	（5） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 （294単位） ※ 1日に2回を超えて実施する場合は90／100									事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100											
ロ 病院又は診療所の場合	（1） 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 （266単位）	×90／100	－1／100	－1／100	夜間又は早朝の場合＋25／100 深夜の場合＋50／100	30分未満の場合＋254単位 30分以上の場合＋402単位	30分未満の場合＋201単位 30分以上の場合＋317単位	＋300単位	＋800単位		＋15／100	＋10／100	＋5／100	1月につき＋325単位	1月につき＋315単位	1月につき（Ⅰ）の場合＋500単位又は（Ⅱ）の場合＋250単位	緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき＋250単位（月1回を限度） 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき＋250単位（月1回を限度）	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合＋2,500単位	＋150単位		
	（1） 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 （399単位）							＋300単位													
	（2） 30分未満 （574単位）													1月につき訪問看護ステーションの場合＋600単位 病院又は診療所の場合＋325単位	1月につき訪問看護ステーションの場合＋574単位 病院又は診療所の場合＋315単位					－97単位	
	（3） 30分以上1時間未満 （844単位）																				
	（4） 1時間以上1時間30分未満																				
ハ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合 （1月につき 2，961単位）		准看護師による訪問が1回でもある場合 ×98／100																			

ニ 初回加算	（1）初回加算（Ⅰ）	（1月につき ＋350単位）
	（2）初回加算（Ⅱ）	（1月につき ＋300単位）
ホ 退院時共同指導加算		（1回につき ＋600単位）
ヘ 看護・介護職員連携強化加算		（1月につき ＋250単位）
ト 看護体制強化加算 （イ及びロを算定する場合のみ算定）	（1） 看護体制強化加算（Ⅰ）	（1月につき ＋550単位）
	（2） 看護体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき ＋200単位）
チ 口腔連携強化加算		（1回につき ＋50単位（1月に1回を限度））

リ サービス提供体制強化加算	（1）イ及びロを算定する場合	（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1回につき ＋6単位）
		（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1回につき ＋3単位）
	（2）ハを算定する場合	（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1月につき ＋50単位）
		（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1月につき ＋25単位）

ヌ 介護職員等処遇改善加算	（1月につき ＋所定単位×18／1000）

注
所定単位は、イからリまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

4　訪問リハビリテーション費

基本部分			注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域訪問リハビリテーション加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算	注 リハビリテーションマネジメント加算		注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	注 口腔連携強化加算	注 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（基準に該当する場合に限る。）
イ　訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	1回につき　308単位	－1／100	－1／100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1日につき ＋200単位	リハビリテーションマネジメント加算（イ） 1月につき ＋180単位 リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 1月につき ＋213単位	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 1月につき ＋270単位	1日につき ＋240単位 （退院（所）日又は訪問開始日から3月以内の期間に、1週間に2日を限度）	1回につき ＋50単位 （1月に1回を限度）	1回につき －50単位 （退院後1月以内であって、入院していた医療機関の医師からの情報提供があった利用者の場合は算定しない）
	介護老人保健施設の場合													
	介護医療院の場合													
ロ　退院時共同指導加算		（600単位を加算）												
ハ　移行支援加算		（1日につき　17単位を加算）												
ニ　サービス提供体制強化加算	(1)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1回につき　＋6単位）												
	(2)サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1回につき　＋3単位）												
ホ　介護職員等処遇改善加算		（1月につき　＋所定単位×15／1000）	注 所定単位は、イからニまでにより算定した単位数の合計											

：「特別地域訪問リハビリテーション加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

5　居宅療養管理指導費

基本部分			注 特別地域居宅療養管理指導加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合 ＋100単位	注 医療用麻薬持続注射療法加算 ＋250単位	注 在宅中心静脈栄養法加算 ＋150単位
イ　医師が行う場合 （月2回を限度）	(1)　居宅療養管理指導費（Ⅰ） （(2)以外）	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（515単位）	＋15／100	＋10／100	＋5／100			
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（487単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（446単位）						
	(2)　居宅療養管理指導費（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合）	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（299単位）						
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（287単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（260単位）						
ロ　歯科医師が行う場合 （月2回を限度）	(1)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（517単位）							
	(2)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（487単位）							
	(3)　(1)及び(2)以外の場合　（441単位）							
ハ　薬剤師が行う場合	(1)　病院又は診療所の薬剤師が行う場合 （月2回を限度）	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（566単位）						
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（417単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（380単位）						
	(2)　薬局の薬剤師の場合 （月4回を限度）	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（518単位）						
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（379単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（342単位）						
		(四)　情報通信機器を用いて行う場合 （月4回を限度）　（46単位）						
ニ　管理栄養士が行う場合 （月2回を限度）	(1)　当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（545単位）	＋15／100	＋10／100	＋5／100			
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（487単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（444単位）						
	(2)　当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合	(一)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（525単位）						
		(二)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（467単位）						
		(三)　(一)及び(二)以外の場合　（424単位）						
ホ　歯科衛生士等が行う場合 （月4回を限度）	(1)　単一建物居住者1人に対して行う場合　（362単位）							
	(2)　単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合　（326単位）							
	(3)　(1)及び(2)以外の場合　（295単位）							

※　ハ(2)(一)(二)(三)について、がん末期の患者、中心静脈栄養患者及び心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者については、週2回かつ月8回算定できる。
※　ニについて、計画的な医学管理を行っている医師が、当該利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日から30日間に限って、さらに2回を限度として算定できる。
※　ホについて、がん末期の患者については、月6回を限度として算定できる。

6 通所介護費

基本部分			注 利用者の数が利用定員を超える場合 又は	看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合	注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	注 8時間以上9時間未満の通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合	注 共生型通所介護を行う場合	注 生活相談員配置等加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助加算(Ⅱ)	注 中重度者ケア体制加算	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 ADL維持等加算(Ⅰ)	ADL維持等加算(Ⅱ)	注 認知症加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 栄養アセスメント加算	注 栄養改善加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	注 口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	注 科学的介護推進体制加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合	注 事業所が送迎を行わない場合
イ 通常規模型通所介護費	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1 (370 単位)					×70/100																									
		要介護2 (423 単位)																														
		要介護3 (479 単位)																														
		要介護4 (533 単位)																														
		要介護5 (588 単位)																														
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1 (388 単位)																														
		要介護2 (444 単位)																														
		要介護3 (502 単位)																														
		要介護4 (560 単位)																														
		要介護5 (617 単位)																														
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1 (570 単位)																														
		要介護2 (673 単位)																														
		要介護3 (777 単位)																														
		要介護4 (880 単位)																														
		要介護5 (984 単位)																														
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1 (584 単位)																														
		要介護2 (689 単位)																														
		要介護3 (796 単位)																														
		要介護4 (901 単位)																														
		要介護5 (1,008 単位)																														
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1 (658 単位)																														
		要介護2 (777 単位)																														
		要介護3 (900 単位)																														
		要介護4 (1,023 単位)																														
		要介護5 (1,148 単位)																														
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1 (669 単位)							9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位																							
		要介護2 (791 単位)																														
		要介護3 (915 単位)																														
		要介護4 (1,041 単位)																														
		要介護5 (1,168 単位)																														
ロ 大規模型通所介護費(Ⅰ)	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1 (358 単位)	×70/100	×70/100	−1／100	−1／100	×70/100	+3/100		指定生活介護事業所が行う場合 ×93/100 指定自立訓練事業所が行う場合 ×95/100 指定児童発達支援事業所が行う場合 ×90/100 指定放課後等デイサービス事業所が行う場合 ×90/100	1日につき +13単位	+5/100	1日につき +40単位	1日につき +55単位	1日につき +45単位	1月につき +100単位 (3月に1回を限度)	1月につき +200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき +100単位	1日につき +56単位	1日につき +76単位	1月につき +20単位	1月につき +30単位	1月につき +60単位	1日につき +60単位	1日につき +60単位	1月につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を限度)	1回につき +20単位 (6月に1回を限度)	1回につき +5単位 (6月に1回を限度)	1回につき +150単位 (月2回を限度)	1回につき +160単位 (月2回を限度)	1月につき +40単位	1日につき −94単位	片道につき −47単位
		要介護2 (409 単位)																														
		要介護3 (462 単位)																														
		要介護4 (513 単位)																														
		要介護5 (568 単位)																														
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1 (376 単位)					×70/100																									
		要介護2 (430 単位)																														
		要介護3 (486 単位)																														
		要介護4 (541 単位)																														
		要介護5 (597 単位)																														
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1 (544 単位)																														
		要介護2 (643 単位)																														
		要介護3 (743 単位)																														
		要介護4 (840 単位)																														
		要介護5 (940 単位)																														
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1 (564 単位)																														
		要介護2 (667 単位)																														
		要介護3 (770 単位)																														
		要介護4 (871 単位)																														
		要介護5 (974 単位)																														
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1 (629 単位)																														
		要介護2 (744 単位)																														
		要介護3 (861 単位)																														
		要介護4 (980 単位)																														
		要介護5 (1,097 単位)																														
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1 (647 単位)							9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位																							
		要介護2 (765 単位)																														
		要介護3 (885 単位)																														
		要介護4 (1,007 単位)																														
		要介護5 (1,127 単位)																														
ハ 大規模型通所介護費(Ⅱ)	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1 (345 単位)																														
		要介護2 (395 単位)																														
		要介護3 (446 単位)																														
		要介護4 (495 単位)																														
		要介護5 (549 単位)																														
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1 (362 単位)					×70/100																									
		要介護2 (414 単位)																														
		要介護3 (468 単位)																														
		要介護4 (521 単位)																														
		要介護5 (575 単位)																														
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1 (525 単位)																														
		要介護2 (620 単位)																														
		要介護3 (715 単位)																														
		要介護4 (812 単位)																														
		要介護5 (907 単位)																														
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1 (543 単位)																														
		要介護2 (641 単位)																														
		要介護3 (740 単位)																														
		要介護4 (839 単位)																														
		要介護5 (939 単位)																														
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1 (607 単位)																														
		要介護2 (716 単位)																														
		要介護3 (830 単位)																														
		要介護4 (946 単位)																														
		要介護5 (1,059 単位)																														
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1 (623 単位)							9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位																							
		要介護2 (737 単位)																														
		要介護3 (852 単位)																														
		要介護4 (970 単位)																														
		要介護5 (1,086 単位)																														

ニ	サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき 22単位を加算)
		(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき 18単位を加算)
		(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき 6単位を加算)

ホ	介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき ＋所定単位×111／1000)	注 所定単位は、イからニまでにより算定した単位数の合計
		(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき ＋所定単位×120／1000)	
		(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき ＋所定単位×109／1000)	
		(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき ＋所定単位×118／1000)	
		(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき ＋所定単位×99／1000)	
		(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき ＋所定単位×83／1000)	

：「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合」、「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ ロ又はハを算定する場合は、支給限度基準額の算定の際、イの単位数を算入

| 基本報酬 | | |

介護 4

基本部分

| | | |

8 短期入所生活介護費

基本部分				注 連続61日以上短期入所生活介護を行った場合	注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合	又は	注 介護・看護職員の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 共生型短期入所生活介護を行う場合	注 生活相談員配置等加算
イ 短期入所生活介護費（1日につき）	（1） 単独型短期入所生活介護費	（一） 単独型短期入所生活介護費（Ⅰ）〈従来型個室〉	要介護1（ 645 単位）	589単位	×97／100	×70／100		×70／100		−1/100	−1/100	−1/100	指定短期入所事業所が行う場合 ×92/100	1日につき ＋13単位
			要介護2（ 715 単位）	659単位										
			要介護3（ 787 単位）	732単位										
			要介護4（ 856 単位）	802単位										
			要介護5（ 926 単位）	871単位										
		（二） 単独型短期入所生活介護費（Ⅱ）〈多床室〉	要介護1（ 645 単位）	589単位										
			要介護2（ 715 単位）	659単位										
			要介護3（ 787 単位）	732単位										
			要介護4（ 856 単位）	802単位										
			要介護5（ 926 単位）	871単位										
	（2） 併設型短期入所生活介護費	（一） 併設型短期入所生活介護費（Ⅰ）〈従来型個室〉	要介護1（ 603 単位）	573単位										
			要介護2（ 672 単位）	642単位										
			要介護3（ 745 単位）	715単位										
			要介護4（ 815 単位）	785単位										
			要介護5（ 884 単位）	854単位										
		（二） 併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）〈多床室〉	要介護1（ 603 単位）	573単位										
			要介護2（ 672 単位）	642単位										
			要介護3（ 745 単位）	715単位										
			要介護4（ 815 単位）	785単位										
			要介護5（ 884 単位）	854単位										
ロ ユニット型短期入所生活介護費（1日につき）	（1） 単独型ユニット型短期入所生活介護費	（一） 単独型ユニット型短期入所生活介護費〈ユニット型個室〉	要介護1（ 746 単位）	670単位					×97／100					
			要介護2（ 815 単位）	740単位										
			要介護3（ 891 単位）	815単位										
			要介護4（ 959 単位）	886単位										
			要介護5（ 1,028 単位）	955単位										
		（二） 経過的単独型ユニット型短期入所生活介護費〈ユニット型個室的多床室〉	要介護1（ 746 単位）	670単位										
			要介護2（ 815 単位）	740単位										
			要介護3（ 891 単位）	815単位										
			要介護4（ 959 単位）	886単位										
			要介護5（ 1,028 単位）	955単位										
	（2） 併設型ユニット型短期入所生活介護費	（一） 併設型ユニット型短期入所生活介護費〈ユニット型個室〉	要介護1（ 704 単位）	670単位										
			要介護2（ 772 単位）	740単位										
			要介護3（ 847 単位）	815単位										
			要介護4（ 918 単位）	886単位										
			要介護5（ 987 単位）	955単位										
		（二） 経過的併設型ユニット型短期入所生活介護費〈ユニット型個室的多床室〉	要介護1（ 704 単位）	670単位										
			要介護2（ 772 単位）	740単位										
			要介護3（ 847 単位）	815単位										
			要介護4（ 918 単位）	886単位										
			要介護5（ 987 単位）	955単位										

注 専従の機能訓練指導員を配置している場合	注 個別機能訓練加算	注 看護体制加算（Ⅰ）	注 看護体制加算（Ⅱ）	注 看護体制加算（Ⅲ）	注 看護体制加算（Ⅳ）	注 医療連携強化加算	注 看取り連携体制加算	注 夜勤職員配置加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	注 夜勤職員配置加算（Ⅲ）・（Ⅳ）	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合	注 緊急短期入所受入加算	注 長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合 ※連続61日以上短期入所生活介護を行った場合には算定しない
1日につき ＋12単位	1日につき ＋56単位	1日につき ＋4単位	1日につき ＋8単位	1日につき 利用定員29人以下 ＋12単位 利用定員30人以上50人以下 ＋6単位	1日につき 利用定員29人以下 ＋23単位 利用定員30人以上50人以下 ＋13単位	1日につき ＋58単位	死亡日及び死亡日以前30日以下に限り1日につき ＋64単位	1日につき ＋13単位	1日につき ＋15単位	1日につき ＋200単位（7日間を限度）	1日につき ＋120単位	片道につき ＋184単位	1日につき ＋90単位（7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	1日につき −30単位
								1日につき ＋18単位	1日につき ＋20単位					

1月につき ＋100単位（3月に1回を限度）	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき ＋100単位
×97／100	1月につき ＋100単位

ハ 口腔連携強化加算	（1回につき 50単位を加算（1月に1回を限度））

ニ 療養食加算	（1回につき 8単位を加算（1日に3回を限度））

ホ 在宅中重度者受入加算	（1） 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定している場合	（1日につき 421単位を加算）
	（2） 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している場合	（1日につき 417単位を加算）
	（3） （1）（2）いずれの看護体制加算も算定している場合	（1日につき 413単位を加算）
	（4） 看護体制加算を算定していない場合	（1日につき 425単位を加算）

ヘ 認知症専門ケア加算	（1） 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	（1日につき 3単位を加算）
	（2） 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	（1日につき 4単位を加算）

ト 生産性向上推進体制加算	（1） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（1月につき 100単位を加算）
	（2） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき 10単位を加算）

チ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1日につき 22単位を加算）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1日につき 18単位を加算）
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	（1日につき 6単位を加算）

リ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	（1月につき ＋所定単位×163／1000）	注 所定単位は、イからチまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	（1月につき ＋所定単位×176／1000）	
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	（1月につき ＋所定単位×159／1000）	
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	（1月につき ＋所定単位×172／1000）	
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（1月につき ＋所定単位×136／1000）	
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（1月につき ＋所定単位×113／1000）	

：「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

9 短期入所療養介護費

イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 又は 医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 室料相当額控除	注 夜勤職員配置加算	注 個別リハビリテーション実施加算	注 認知症ケア加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 緊急短期入所受入加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 重度療養管理加算	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（1日につき）	(一) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜従来型個室＞【基本型】	要介護1 （ 753 単位）	×97／100	×70／100	×70／100	−1／100	−1／100	−1／100	1日につき −26単位	1日につき ＋24単位	1日につき ＋240単位	1日につき ＋76単位	1日につき ＋200単位（7日間を限度）	1日につき ＋90単位（7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	1日につき ＋120単位	1日につき ＋120単位（要介護4・5に限る）	1日につき ＋51単位	1日につき ＋51単位	片道につき ＋184単位
			要介護2 （ 801 単位）																	
			要介護3 （ 864 単位）																	
			要介護4 （ 918 単位）																	
			要介護5 （ 971 単位）																	
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜従来型個室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 819 単位）																	
			要介護2 （ 893 単位）																	
			要介護3 （ 958 単位）																	
			要介護4 （ 1,017 単位）																	
			要介護5 （ 1,074 単位）																	
		c 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅲ）＜多床室＞【基本型】	要介護1 （ 830 単位）																	
			要介護2 （ 880 単位）																	
			要介護3 （ 944 単位）																	
			要介護4 （ 997 単位）																	
			要介護5 （ 1,052 単位）																	
		d 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅳ）＜多床室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 902 単位）																	
			要介護2 （ 979 単位）																	
			要介護3 （ 1,044 単位）																	
			要介護4 （ 1,102 単位）																	
			要介護5 （ 1,161 単位）																	
	(二) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）＜療養型老健：看護職員を配置＞	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 （ 790 単位）																	
			要介護2 （ 874 単位）																	
			要介護3 （ 992 単位）																	
			要介護4 （ 1,071 単位）																	
			要介護5 （ 1,150 単位）																	
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜多床室＞【療養型】	要介護1 （ 870 単位）																	
			要介護2 （ 956 単位）																	
			要介護3 （ 1,074 単位）																	
			要介護4 （ 1,154 単位）																	
			要介護5 （ 1,231 単位）																	
	(三) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅲ）＜療養型老健：看護オンコール体制＞	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 （ 790 単位）							1日につき −26単位										
			要介護2 （ 868 単位）																	
			要介護3 （ 965 単位）																	
			要介護4 （ 1,043 単位）																	
			要介護5 （ 1,121 単位）																	
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜多床室＞【療養型】	要介護1 （ 870 単位）																	
			要介護2 （ 949 単位）																	
			要介護3 （ 1,046 単位）																	
			要介護4 （ 1,124 単位）																	
			要介護5 （ 1,203 単位）																	
	(四) 介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅳ）＜特別介護老人保健施設短期入所療養介護費＞	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜従来型個室＞	要介護1 （ 738 単位）																	
			要介護2 （ 784 単位）																	
			要介護3 （ 848 単位）																	
			要介護4 （ 901 単位）																	
			要介護5 （ 953 単位）																	
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜多床室＞	要介護1 （ 813 単位）							1日につき −26単位										
			要介護2 （ 863 単位）																	
			要介護3 （ 925 単位）																	
			要介護4 （ 977 単位）																	
			要介護5 （ 1,031 単位）																	
(2) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜ユニット型個室＞【基本型】	要介護1 （ 836 単位）																	
			要介護2 （ 883 単位）																	
			要介護3 （ 948 単位）																	
			要介護4 （ 1,003 単位）																	
			要介護5 （ 1,056 単位）																	
		b ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜ユニット型個室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 906 単位）																	
			要介護2 （ 983 単位）																	
			要介護3 （ 1,048 単位）																	
			要介護4 （ 1,106 単位）																	
			要介護5 （ 1,165 単位）																	
		c 経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）＜ユニット型個室的多床室＞【基本型】	要介護1 （ 836 単位）																	
			要介護2 （ 883 単位）																	
			要介護3 （ 948 単位）																	
			要介護4 （ 1,003 単位）																	
			要介護5 （ 1,056 単位）																	
		d 経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）＜ユニット型個室的多床室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 906 単位）																	
			要介護2 （ 983 単位）																	
			要介護3 （ 1,048 単位）																	
			要介護4 （ 1,106 単位）																	
			要介護5 （ 1,165 単位）																	
	(二) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）＜療養型老健：看護職員を配置＞	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 （ 959 単位）																	
			要介護2 （ 1,043 単位）																	
			要介護3 （ 1,162 単位）																	
			要介護4 （ 1,242 単位）																	
			要介護5 （ 1,319 単位）																	
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞【療養型】	要介護1 （ 959 単位）				×97／100													
			要介護2 （ 1,043 単位）																	
			要介護3 （ 1,162 単位）																	
			要介護4 （ 1,242 単位）																	
			要介護5 （ 1,319 単位）																	
	(三) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅲ）＜療養型老健：	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 （ 959 単位）																	
			要介護2 （ 1,037 単位）																	
			要介護3 （ 1,135 単位）																	
			要介護4 （ 1,213 単位）																	
			要介護5 （ 1,291 単位）																	
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設	要介護1 （ 959 単位）																	

| | | |

ロ　療養病床を有する病院における短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 又は	注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 又は	注 看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 又は	注 僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 又は	注 僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 廊下幅が設備基準を満たさない場合	注 医師の配置について医療法施行規則第49条の規定が適用されている場合	注 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 緊急短期入所受入加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 病院療養病床短期入所療養介護費（1日につき）	(一) 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ) 看護＜6:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1	723 単位																
			要介護2	830 単位																
			要介護3	1,064 単位																
			要介護4	1,163 単位																
			要介護5	1,253 単位																
		b 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅱ)＜療養機能強化型A＞＜従来型個室＞	要介護1	753 単位																
			要介護2	866 単位																
			要介護3	1,109 単位																
			要介護4	1,213 単位																
			要介護5	1,306 単位																
		c 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅲ)＜療養機能強化型B＞＜従来型個室＞	要介護1	742 単位																
			要介護2	854 単位																
			要介護3	1,094 単位																
			要介護4	1,196 単位																
			要介護5	1,288 単位																
		d 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅳ)＜多床室＞	要介護1	831 単位																
			要介護2	941 単位																
			要介護3	1,173 単位																
			要介護4	1,273 単位																
			要介護5	1,362 単位																
		e 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅴ)＜療養機能強化型A＞＜多床室＞	要介護1	867 単位																
			要介護2	980 単位																
			要介護3	1,224 単位																
			要介護4	1,328 単位																
			要介護5	1,421 単位																
		f 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅵ)＜療養機能強化型B＞＜多床室＞	要介護1	855 単位																
			要介護2	966 単位																
			要介護3	1,206 単位																
			要介護4	1,307 単位																
			要介護5	1,399 単位																
	(二) 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ) 看護＜6:1＞ 介護＜5:1＞	a 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1	666 単位																
			要介護2	773 単位																
			要介護3	933 単位																
			要介護4	1,086 単位																
			要介護5	1,127 単位																
		b 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅱ)＜療養機能強化型＞＜従来型個室＞	要介護1	681 単位																
			要介護2	792 単位																
			要介護3	955 単位																
			要介護4	1,111 単位																
			要介護5	1,154 単位																
		c 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅲ)＜多床室＞	要介護1	775 単位																
			要介護2	884 単位																
			要介護3	1,042 単位																
			要介護4	1,196 単位																
			要介護5	1,237 単位																
		d 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅳ)＜療養機能強化型＞＜多床室＞	要介護1	795 単位																
			要介護2	905 単位																
			要介護3	1,066 単位																
			要介護4	1,224 単位																
			要介護5	1,266 単位																
	(三) 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅲ) 看護＜6:1＞ 介護＜6:1＞	a 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1	642 単位																
			要介護2	754 単位																
			要介護3	904 単位																
			要介護4	1,059 単位																
			要介護5	1,100 単位																
		b 病院療養病床短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1	754 単位																
			要介護2	864 単位																
			要介護3	1,014 単位																
			要介護4	1,170 単位																
			要介護5	1,211 単位																
(2) 病院療養病床経過型短期入所療養介護費（1日につき）	(一) 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅰ) 看護＜6:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1	732 単位	1日につき −25単位	×70／100	×70／100	×90／100	1日につき −12単位	×90／100	−1／100	−1／100	−1／100	病院療養病床療養環境減算 1日につき −25単位	1日につき −12単位	1日につき 夜間勤務等看護(Ⅰ) ＋23単位 夜間勤務等看護(Ⅱ) ＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅲ) ＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅳ) ＋7単位	1日につき ＋200単位 （7日間を限度）	1日につき ＋90単位 （7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	1日につき ＋120単位	片道につき ＋184単位
			要介護2	841 単位																
			要介護3	992 単位																
			要介護4	1,081 単位																
			要介護5	1,172 単位																
		b 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1	843 単位																
			要介護2	953 単位																
			要介護3	1,101 単位																
			要介護4	1,193 単位																
			要介護5	1,283 単位																
	(二) 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅱ) 看護＜8:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1	732 単位																
			要介護2	841 単位																
			要介護3	950 単位																
			要介護4	1,041 単位																
			要介護5	1,130 単位																
		b 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1	843 単位																
			要介護2	953 単位																
			要介護3	1,059 単位																
			要介護4	1,149 単位																
			要介護5	1,242 単位																
(3) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ) ＜ユニット型個室＞		要介護1	856 単位																
			要介護2	963 単位																
			要介護3	1,197 単位																
			要介護4	1,296 単位																
			要介護5	1,385 単位																
	(二) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室＞		要介護1	885 単位																
			要介護2	998 単位																
			要介護3	1,242 単位																
			要介護4	1,345 単位																
			要介護5	1,438 単位																
	(三) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室＞		要介護1	874 単位																
			要介護2	985 単位																
			要介護3	1,226 単位																
			要介護4	1,328 単位																
			要介護5	1,419 単位																
	(四) 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ) ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1	856 単位																
			要介護2	963 単位																
			要介護3	1,197 単位																
			要介護4	1,296 単位																
			要介護5	1,385 単位																
	(五) 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1	885 単位																
			要介護2	998 単位																
			要介護3	1,242 単位																
			要介護4	1,345 単位																
			要介護5	1,438 単位																
	(六) 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1	874 単位																
			要介護2	985 単位																
			要介護3	1,226 単位																
			要介護4	1,328 単位																
			要介護5	1,419 単位																
(4) ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室＞		要介護1	856 単位																
			要介護2	963 単位																
			要介護3	1,105 単位																
			要介護4	1,195 単位																
			要介護5	1,284 単位																
	(二) 経過的ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1	856 単位																
			要介護2	963 単位																
			要介護3	1,105 単位																
			要介護4	1,195 単位																
			要介護5	1,284 単位																
(5) 特定病院療養病床短期入所療養介護費		(一) 3時間以上4時間未満		684 単位																
		(二) 4時間以上6時間未満		948 単位																
		(三) 6時間以上8時間未満		1,316 単位																1日につき ＋60単位

(6) 口腔連携強化加算	（1回につき 50単位を加算（1月に1回を限度））
(7) 療養食加算	（1回につき 8単位を加算（1日に3回を限度））

(8) 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ)	（1日につき 3単位を加算）
	(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ)	（1日につき 4単位を加算）
(9) 特定診療費		
(10) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	（1月につき 100単位を加算）
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	（1月につき 10単位を加算）
(11) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	（1日につき 22単位を加算）
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	（1日につき 18単位を加算）
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	（1日につき 6単位を加算）
(12) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	（1月につき ＋所定単位×62／1000）
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	（1月につき ＋所定単位×66／1000）
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	（1月につき ＋所定単位×58／1000）
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	（1月につき ＋所定単位×62／1000）
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	（1月につき ＋所定単位×47／1000）
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	（1月につき ＋所定単位×40／1000）

注
所定単位は、(1)から(11)までにより算定した単位数の合計

：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ 医師の人員配置減算を適用する場合には、医師経過措置減算を適用しない。
※ 夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。

ハ　診療所における短期入所療養介護費

基本部分				注 利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 廊下幅が設備基準を満たさない場合	注 食堂を有しない場合	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 緊急短期入所受入加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 診療所短期入所療養介護費 （1日につき）	(一) 診療所短期入所療養介護費 （Ⅰ） 看護＜6:1＞ 介護＜6:1＞	a 診療所短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要介護1 （ 705 単位）											
			要介護2 （ 756 単位）											
			要介護3 （ 806 単位）											
			要介護4 （ 857 単位）											
			要介護5 （ 908 単位）											
		b 診療所短期入所療養介護費(ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜従来型個室＞	要介護1 （ 732 単位）											
			要介護2 （ 786 単位）											
			要介護3 （ 839 単位）											
			要介護4 （ 893 単位）											
			要介護5 （ 946 単位）											
		c 診療所短期入所療養介護費(ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜従来型個室＞	要介護1 （ 723 単位）											
			要介護2 （ 775 単位）											
			要介護3 （ 827 単位）											
			要介護4 （ 879 単位）											
			要介護5 （ 932 単位）											
		d 診療所短期入所療養介護費(ⅳ) ＜多床室＞	要介護1 （ 813 単位）											
			要介護2 （ 864 単位）											
			要介護3 （ 916 単位）											
			要介護4 （ 965 単位）											
			要介護5 （ 1,016 単位）											
		e 診療所短期入所療養介護費(ⅴ) ＜療養機能強化型A＞ ＜多床室＞	要介護1 （ 847 単位）											
			要介護2 （ 901 単位）											
			要介護3 （ 954 単位）											
			要介護4 （ 1,006 単位）											
			要介護5 （ 1,059 単位）											
		f 診療所短期入所療養介護費(ⅵ) ＜療養機能強化型B＞ ＜多床室＞	要介護1 （ 835 単位）											
			要介護2 （ 888 単位）											
			要介護3 （ 941 単位）											
			要介護4 （ 992 単位）											
			要介護5 （ 1,045 単位）											
	(二) 診療所短期入所療養介護費 （Ⅱ） 看護・介護 ＜3:1＞	a 診療所短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要介護1 （ 624 単位）											
			要介護2 （ 670 単位）											
			要介護3 （ 715 単位）											
			要介護4 （ 762 単位）											
			要介護5 （ 807 単位）											
		b 診療所短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞	要介護1 （ 734 単位）	×70/100		−1／100	−1／100	−1／100	診療所設備基準減算 1日につき −60単位	1日につき −25単位	1日につき ＋200単位 （7日間を限度）	1日につき ＋90単位 （7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	1日につき ＋120単位	片道につき ＋184単位
			要介護2 （ 779 単位）											
			要介護3 （ 825 単位）											
			要介護4 （ 871 単位）											
			要介護5 （ 917 単位）											
	(一) ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅰ） ＜ユニット型個室＞		要介護1 （ 835 単位）		×97／100									
			要介護2 （ 887 単位）											
			要介護3 （ 937 単位）											
			要介護4 （ 988 単位）											
			要介護5 （ 1,039 単位）											
	(二) ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅱ） ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室＞		要介護1 （ 864 単位）											
			要介護2 （ 918 単位）											
			要介護3 （ 970 単位）											
			要介護4 （ 1,022 単位）											
			要介護5 （ 1,076 単位）											
	(三) ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅲ） ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室＞		要介護1 （ 854 単位）											
			要介護2 （ 907 単位）											
			要介護3 （ 959 単位）											
			要介護4 （ 1,010 単位）											
			要介護5 （ 1,062 単位）											
	(四) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅰ） ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1 （ 835 単位）											
			要介護2 （ 887 単位）											
			要介護3 （ 937 単位）											
			要介護4 （ 988 単位）											
			要介護5 （ 1,039 単位）											
	(五) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅱ） ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1 （ 864 単位）											
			要介護2 （ 918 単位）											
			要介護3 （ 970 単位）											
			要介護4 （ 1,022 単位）											
			要介護5 （ 1,076 単位）											
	(六) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費（Ⅲ） ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1 （ 854 単位）											
			要介護2 （ 907 単位）											
			要介護3 （ 959 単位）											
			要介護4 （ 1,010 単位）											
			要介護5 （ 1,062 単位）											
(3) 特定診療所短期入所療養介護費		(一) 3時間以上4時間未満 （ 684 単位）											1日につき ＋60単位	
		(二) 4時間以上6時間未満 （ 948 単位）												
		(三) 6時間以上8時間未満 （ 1,316 単位）												

(4) 口腔連携強化加算
（1回につき 50単位を加算(1月に1回を限度)）

(5) 療養食加算
（1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度)）

(6) 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) （1日につき 3単位を加算）
	(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) （1日につき 4単位を加算）

(7) 特定診療費

(8) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) （1月につき 100単位を加算）
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) （1月につき 10単位を加算）
(9) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) （1日につき 22単位を加算）
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) （1日につき 18単位を加算）
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) （1日につき 6単位を加算）

(10) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ （1月につき ＋所定単位×62／1000）	注 所定単位は、(1)から(9)までにより算定した単位数の合計
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ （1月につき ＋所定単位×66／1000）	
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ （1月につき ＋所定単位×58／1000）	
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ （1月につき ＋所定単位×62／1000）	
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) （1月につき ＋所定単位×47／1000）	
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) （1月につき ＋所定単位×40／1000）	

：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

ホ　介護医療院における短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所者の定員を超える場合 又は	注 医師、薬剤師、看護職員、介護職員の員数が基準に満たない場合 又は	注 看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 療養環境の基準（据下）を満たさない場合	注 療養環境の基準（療養室）を満たさない場合	注 室料相当額控除	注 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 緊急短期入所受入加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (778 単位)																
			要介護2 (893 単位)																
			要介護3 (1,136 単位)																
			要介護4 (1,240 単位)																
			要介護5 (1,333 単位)																
		b Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (894 単位)																
			要介護2 (1,006 単位)																
			要介護3 (1,250 単位)																
			要介護4 (1,353 単位)																
			要介護5 (1,446 単位)																
	(二) Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (768 単位)																
			要介護2 (879 単位)																
			要介護3 (1,119 単位)																
			要介護4 (1,222 単位)																
			要介護5 (1,314 単位)																
		b Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (880 単位)																
			要介護2 (993 単位)																
			要介護3 (1,233 単位)																
			要介護4 (1,334 単位)																
			要介護5 (1,426 単位)																
	(三) Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)	a Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (752 単位)																
			要介護2 (863 単位)																
			要介護3 (1,103 単位)																
			要介護4 (1,205 単位)																
			要介護5 (1,297 単位)																
		b Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (864 単位)																
			要介護2 (975 単位)																
			要介護3 (1,215 単位)																
			要介護4 (1,317 単位)																
			要介護5 (1,409 単位)																
(2) Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (731 単位)																
			要介護2 (829 単位)																
			要介護3 (1,044 単位)																
			要介護4 (1,135 単位)																
			要介護5 (1,217 単位)																
		b Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (846 単位)																
			要介護2 (945 単位)																
			要介護3 (1,157 単位)																
			要介護4 (1,249 単位)																
			要介護5 (1,331 単位)																
	(二) Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (715 単位)																
			要介護2 (813 単位)																
			要介護3 (1,027 単位)																
			要介護4 (1,117 単位)																
			要介護5 (1,200 単位)																
		b Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (828 単位)																
			要介護2 (927 単位)																
			要介護3 (1,141 単位)																
			要介護4 (1,233 単位)																
			要介護5 (1,314 単位)																
	(三) Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)	a Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (704 単位)																
			要介護2 (802 単位)																
			要介護3 (1,015 単位)																
			要介護4 (1,106 単位)																
			要介護5 (1,188 単位)																
		b Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (817 単位)																
			要介護2 (916 単位)																
			要介護3 (1,129 単位)																
			要介護4 (1,221 単位)																
			要介護5 (1,302 単位)																
(3) 特別介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費	a Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (717 単位)	1日につき −25単位	×70／100	×70／100	×90／100	−1／100	−1／100	−1／100	1日につき −25単位	1日につき −25単位	1日につき −26単位	1日につき 夜間勤務等看護（Ⅰ）+23単位 夜間勤務等看護（Ⅱ）+14単位 夜間勤務等看護（Ⅲ）+14単位 夜間勤務等看護（Ⅳ）+7単位	1日につき +200単位（7日を限度）	1日につき +90単位（7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	1日につき +120単位	片道につき +184単位
			要介護2 (821 単位)																
			要介護3 (1,051 単位)																
			要介護4 (1,147 単位)																
			要介護5 (1,236 単位)																
		b Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (822 単位)																
			要介護2 (929 単位)																
			要介護3 (1,156 単位)																
			要介護4 (1,254 単位)																
			要介護5 (1,341 単位)																
	(二) Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費	a Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (670 単位)																
			要介護2 (764 単位)																
			要介護3 (967 単位)																
			要介護4 (1,054 単位)																
			要介護5 (1,132 単位)																
		b Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (778 単位)																
			要介護2 (873 単位)																
			要介護3 (1,076 単位)																
			要介護4 (1,161 単位)																
			要介護5 (1,240 単位)																
(4) ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要介護1 (911 単位)																
			要介護2 (1,023 単位)																
			要介護3 (1,268 単位)																
			要介護4 (1,371 単位)																
			要介護5 (1,464 単位)																
		b 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (911 単位)																
			要介護2 (1,023 単位)																
			要介護3 (1,268 単位)																
			要介護4 (1,371 単位)																
			要介護5 (1,464 単位)																
	(二) ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要介護1 (901 単位)				×90／100												
			要介護2 (1,011 単位)																
			要介護3 (1,252 単位)																
			要介護4 (1,353 単位)																
			要介護5 (1,445 単位)																
		b 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (901 単位)																
			要介護2 (1,011 単位)																
			要介護3 (1,252 単位)																
			要介護4 (1,353 単位)																
			要介護5 (1,445 単位)																
(5) ユニット型Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞		要介護1 (910 単位)																
			要介護2 (1,014 単位)																
			要介護3 (1,241 単位)																
			要介護4 (1,337 単位)																
			要介護5 (1,424 単位)																
	(二) 経過的ユニット型Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1 (910 単位)					×97／100											
			要介護2 (1014 単位)																
			要介護3 (1,241 単位)																
			要介護4 (1,337 単位)																
			要介護5 (1,424 単位)																
(6) ユニット型特別介護医療院短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費	a ユニット型Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要介護1 (859 単位)																
			要介護2 (963 単位)																
			要介護3 (1,193 単位)																
			要介護4 (1,289 単位)																
			要介護5 (1,376 単位)																
		b 経過的ユニット型Ⅰ型特別介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (859 単位)				×90／100												
			要介護2 (963 単位)																
			要介護3 (1,193 単位)																
			要介護4 (1,289 単位)																
			要介護5 (1,376 単位)																
	(二) ユニット型Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費	a ユニット型Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要介護1 (867 単位)																
			要介護2 (966 単位)																
			要介護3 (1,181 単位)																
			要介護4 (1,273 単位)																
			要介護5 (1,354 単位)																
		b 経過的ユニット型Ⅱ型特別介護医療院短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (867 単位)																
			要介護2 (966 単位)																
			要介護3 (1,181 単位)																
			要介護4 (1,273 単位)																
			要介護5 (1,354 単位)																
(7) 特定介護医療院短期入所療養介護費			(一) 3時間以上4時間未満 (684 単位)																
			(二) 4時間以上6時間未満 (948 単位)																
			(三) 6時間以上8時間未満 (1,316 単位)																

(8) 口腔連携強化加算	(1回につき 50単位を加算(1月に1回を限度))
(9) 療養食加算	(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))
(10) 緊急時施設診療費	イ 緊急時治療管理 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)
	ロ 特定治療
(11) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算)
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)
(12) 重度認知症疾患療養体制加算	(一) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ) 要介護1･2 (1日につき140単位を加算) 要介護3･4･5 (1日につき40単位を加算)
	(二) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ) 要介護1･2 (1日につき200単位を加算) 要介護3･4･5 (1日につき100単位を加算)
(13) 特別診療費 (※2)	
(14) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算)
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)
(15) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 22単位を加算)
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 18単位を加算)
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)
(16) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき ＋所定単位×62／1000)
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき ＋所定単位×66／1000)
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき ＋所定単位×58／1000)
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき ＋所定単位×62／1000)
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき ＋所定単位×47／1000)
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき ＋所定単位×40／1000)

注
所定単位は、(1)から(15)までにより算定した単位数の合計

：「緊急時施設診療費」、「特別診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※　夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。
※　(3)及び(6)を適用する場合には、(※2)を適用しない。

10 特定施設入居者生活介護費

基本部分			注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 介護職員の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 入居継続支援加算(Ⅰ)	注 入居継続支援加算(Ⅱ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)	注 個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 ADL維持等加算(Ⅰ)	注 ADL維持等加算(Ⅱ)	注 夜間看護体制加算(Ⅰ)	注 夜間看護体制加算(Ⅱ)	注 若年性認知症入居者受入加算	注 協力医療機関連携加算		注 口腔・栄養スクリーニング加算	注 科学的介護推進体制加算	注 障害者等支援加算	注 委託先である指定居宅サービス事業者により居宅サービスが行われる場合
イ 特定施設入居者生活介護費 (1日につき)	要介護1	(542 単位)	×70／100		−10／100	−1／100	−3／100	1日につき ＋36単位	1日につき ＋22単位	1月につき ＋100単位 (3月に1回を限度)	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、 1月につき ＋100単位	1日につき ＋12単位	1月につき ＋20単位	1月につき ＋30単位	1月につき ＋60単位	1日につき ＋18単位	1日につき ＋9単位	1日につき ＋120単位	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合 1月につき ＋100単位	左記以外の協力医療機関と連携している場合 1月につき ＋40単位	1回につき ＋20単位 (6月に1回を限度)	1月につき ＋40単位		
	要介護2	(609 単位)																					
	要介護3	(679 単位)																					
	要介護4	(744 単位)																					
	要介護5	(813 単位)																					
ロ 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費 (1日につき 84単位)				×70／100	−1／100																	1日につき ＋20単位	・訪問介護 ・身体介護 所要時間15分未満の場合 94単位 所要時間15分以上30分未満の場合 189単位 所要時間30分以上1時間30分未満の場合 256単位に所要時間30分から計算して所要時間が15分増すごとに85単位を加算した単位数 所要時間1時間30分以上の場合 548単位に所要時間1時間30分から計算して所要時間が15分増すごとに36単位を加算した単位数 ・生活援助 所要時間15分未満の場合 48単位 所要時間15分以上1時間未満の場合 94単位に所要時間15分から計算して所要時間が15分増すごとに48単位を加算した単位数 所要時間1時間以上1時間15分未満の場合 214単位 所要時間1時間15分以上の場合 256単位 ・通院等乗降介助 1回につき 85単位 ・他の訪問系サービス及び通所系サービス 通常の各サービスの基本部分の報酬単位の 90／100 ・福祉用具貸与 通常の福祉用具貸与と同様 ※ ただし、基本部分も含めて要介護度別に定める限度を上限とする。
ハ 短期利用特定施設入居者生活介護費 (1日につき)※	要介護1	(542 単位)	×70／100													1日につき ＋18単位	1日につき ＋9単位	1日につき ＋120単位					
	要介護2	(609 単位)																					
	要介護3	(679 単位)																					
	要介護4	(744 単位)																					
	要介護5	(813 単位)																					

ニ 退院・退所時連携加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 30単位を加算)
ホ 退居時情報提供加算 (イを算定する場合のみ算定)	(250単位)

ヘ 看取り介護加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1)看取り介護加算(Ⅰ)	(1) 死亡日以前31日以上45日以下 (1日につき 72単位を加算)
		(2) 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき 144単位を加算)
		(3) 死亡日以前2日又は3日 (1日につき 680単位を加算)
		(4) 死亡日 (1日につき 1,280単位を加算)
	(2)看取り介護加算(Ⅱ)	(1) 死亡日以前31日以上45日以下 (1日につき 572単位を加算)
		(2) 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき 644単位を加算)
		(3) 死亡日以前2日又は3日 (1日につき 1180単位を加算)
		(4) 死亡日 (1日につき 1780単位を加算)

ト 認知症専門ケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)
チ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)
	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1月につき 5単位を加算)

リ 新興感染症等施設療養費	(1月に1回、連続する5日を限度に 240単位を算定)

ヌ 生産性向上推進体制加算 (イ又はハを算定する場合のみ算定)	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)

ル サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)

ヲ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき ＋所定単位×148／1000)
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき ＋所定単位×159／1000)
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき ＋所定単位×142／1000)
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき ＋所定単位×153／1000)
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき ＋所定単位×130／1000)
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき ＋所定単位×108／1000)

注
所定単位は、イからルまでにより算定した単位数の合計

※ 限度額 要介護1 16,355単位
要介護2 18,362単位
要介護3 20,490単位
要介護4 22,435単位
要介護5 24,533単位

※ 短期利用特定施設入居者生活介護は、区分支給限度基準額に含まれる。

11 福祉用具貸与費

基本部分		注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 特別地域福祉用具貸与加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
福祉用具貸与 (現に指定福祉用具貸与に要した費用の額を当該事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数)	車いす	−1／100	−1／100	交通費に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算(個々の用具ごとに貸与費の100／100を限度)	交通費に相当する額の2／3に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算(個々の用具ごとに貸与費の2／3を限度)	交通費に相当する額の1／3に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算(個々の用具ごとに貸与費の1／3を限度)
	車いす付属品					
	特殊寝台					
	特殊寝台付属品					
	床ずれ防止用具					
	体位変換器					
	手すり					
	スロープ					
	歩行器					
	歩行補助つえ					
	認知症老人徘徊感知機器					
	移動用リフト					
	自動排泄処理装置					

：「特別地域福祉用具貸与加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ 要介護1の者については、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフトを算定しない。
自動排泄処理装置については要介護1から要介護3の者については算定しない。(ただし、別に厚生労働大臣が定める状態にある者を除く。)

※ 高齢者虐待防止措置未実施減算については令和9年4月1日から適用する。

Ⅱ　指定居宅介護支援介護給付費単位数の算定構造

居宅介護支援費

基本部分				注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上に居宅介護支援を行う場合	注 運営基準減算	注 特別地域居宅介護支援加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 特定事業所集中減算
イ　居宅介護支援費 （1月につき）	(1)居宅介護支援費（Ⅰ）	（一）　居宅介護支援費（ⅰ）	要介護1･2　（　1,086単位）	−1／100	−1／100	×95／100	（運営基準減算の場合） ×50／100 （運営基準減算が2月以上継続している場合） 算定しない	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1月につき −200単位
			要介護3･4･5　（　1,411単位）								
		（二）　居宅介護支援費（ⅱ）	要介護1･2　（　544単位）								
			要介護3･4･5　（　704単位）								
		（三）　居宅介護支援費（ⅲ）	要介護1･2　（　326単位）								
			要介護3･4･5　（　422単位）								
	(2)居宅介護支援費（Ⅱ）	（一）　居宅介護支援費（ⅰ）	要介護1･2　（　1,086単位）					＋15／100	＋10／100		
			要介護3･4･5　（　1,411単位）								
		（二）　居宅介護支援費（ⅱ）	要介護1･2　（　527単位）								
			要介護3･4･5　（　683単位）								
		（三）　居宅介護支援費（ⅲ）	要介護1･2　（　316単位）								
			要介護3･4･5　（　410単位）								

ロ　初回加算		（1月につき　＋300単位）
ハ　特定事業所加算	（1）　特定事業所加算（Ⅰ）	（1月につき　＋519単位）
	（2）　特定事業所加算（Ⅱ）	（1月につき　＋421単位）
	（3）　特定事業所加算（Ⅲ）	（1月につき　＋323単位）
	（4）　特定事業所加算（A）	（1月につき　＋114単位）
ニ　特定事業所医療介護連携加算		（1月につき　＋125単位）
ホ　入院時情報連携加算	（1）　入院時情報連携加算（Ⅰ）	（1月につき　＋250単位）
	（2）　入院時情報連携加算（Ⅱ）	（1月につき　＋200単位）
ヘ　退院･退所加算 （入院または入所期間中1回を限度に算定）	（1）　退院･退所加算（Ⅰ）イ	（＋450単位）
	（2）　退院･退所加算（Ⅰ）ロ	（＋600単位）
	（3）　退院･退所加算（Ⅱ）イ	（＋600単位）
	（4）　退院･退所加算（Ⅱ）ロ	（＋750単位）
	（5）　退院･退所加算（Ⅲ）	（＋900単位）
ト　通院時情報連携加算		（1月につき　＋50単位）
チ　緊急時等居宅カンファレンス加算		（1月に2回を限度に　＋200単位）
リ　ターミナルケアマネジメント加算	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問等を行った場合	（＋400単位）
ヌ　介護職員等処遇改善加算		（1月につき　＋所定単位×21／1000）

注
所定単位は、イからリまでにより算定した単位数の合計

※居宅介護支援費（Ⅰ）については、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が45件以上である場合、45件以上60件未満の部分については（ⅱ）を、60件以上の部分については（ⅲ）を算定する。
※居宅介護支援費（Ⅱ）については、公益社団法人国民健康保険中央会が運用及び管理を行う指定居宅介護支援事業者及び指定居宅サービス事業者等の使用に係る電子計算機と接続された居宅サービス計画の情報の共有等のための情報処理システム及び事務職員の配置を行っている場合に算定できる。なお、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が50件以上である場合、50件以上60件未満の部分については（ⅱ）を、60件以上の部分については（ⅲ）を算定する。

1 介護福祉施設サービス

基本部分				注	注		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
				欠勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	入所者の数が入所定員を超える場合	又は 介護・看護職員又は介護支援専門員の員数が基準に満たない場合	常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	身体拘束廃止未実施減算	安全管理体制未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	栄養管理の基準を満たさない場合	日常生活継続支援加算	看護体制加算（Ⅰ）	看護体制加算（Ⅱ）	夜勤職員配置加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	夜勤職員配置加算（Ⅲ）・（Ⅳ）	準ユニットケア加算	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅲ）
イ 介護福祉施設サービス費（1日につき）	（1） 介護福祉施設サービス費	（一） 介護福祉施設サービス費（Ⅰ）〈従来型個室〉	要介護1 （ 589 単位）	×97／100	×70／100	×70／100	×97／100	−10／100	1日につき −5単位	−1／100	−3／100	1日につき −14単位	1日につき ＋36単位	1日につき 入所定員30人以上50人以下 6単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 4単位	1日につき 入所定員30人以上50人以下 13単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 8単位	1日につき 入所定員30人以上50人以下 22単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 13単位	1日につき 入所定員30人以上50人以下 28単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 16単位	1日につき ＋5単位	1月につき ＋100単位（3月に1回を限度）	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき＋100単位	1日につき ＋12単位	1月につき ＋20単位	1月につき ＋20単位
			要介護2 （ 659 単位）																			
			要介護3 （ 732 単位）																			
			要介護4 （ 802 単位）																			
			要介護5 （ 871 単位）																			
		（二） 介護福祉施設サービス費（Ⅱ）〈多床室〉	要介護1 （ 589 単位）																			
			要介護2 （ 659 単位）																			
			要介護3 （ 732 単位）																			
			要介護4 （ 802 単位）																			
			要介護5 （ 871 単位）																			
	（2） 経過的小規模介護福祉施設サービス費	（一） 経過的小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）〈従来型個室〉	要介護1 （ 694 単位）																			
			要介護2 （ 762 単位）																			
			要介護3 （ 835 単位）																			
			要介護4 （ 903 単位）																			
			要介護5 （ 968 単位）																			
		（二） 経過的小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ）〈多床室〉	要介護1 （ 694 単位）																			
			要介護2 （ 762 単位）																			
			要介護3 （ 835 単位）																			
			要介護4 （ 903 単位）																			
			要介護5 （ 968 単位）																			
ロ ユニット型介護福祉施設サービス費（1日につき）	（1） ユニット型介護福祉施設サービス費	（一） ユニット型介護福祉施設サービス費〈ユニット型個室〉	要介護1 （ 670 単位）										1日につき ＋46単位			1日につき 入所定員30人以上50人以下 27単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 18単位	1日につき 入所定員30人以上50人以下 33単位 入所定員51人以上又は経過的小規模 21単位						
			要介護2 （ 740 単位）																			
			要介護3 （ 815 単位）																			
			要介護4 （ 886 単位）																			
			要介護5 （ 955 単位）																			
		（二） 経過的ユニット型介護福祉施設サービス費〈ユニット型個室的多床室〉	要介護1 （ 670 単位）																			
			要介護2 （ 740 単位）																			
			要介護3 （ 815 単位）																			
			要介護4 （ 886 単位）																			
			要介護5 （ 955 単位）																			
	（2） 経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費	（一） 経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）〈ユニット型個室〉	要介護1 （ 768 単位）																			
			要介護2 （ 836 単位）																			
			要介護3 （ 910 単位）																			
			要介護4 （ 977 単位）																			
			要介護5 （ 1,043 単位）																			
		（二） 経過的ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ）〈ユニット型個室的多床室〉	要介護1 （ 768 単位）																			
			要介護2 （ 836 単位）																			
			要介護3 （ 910 単位）																			
			要介護4 （ 977 単位）																			
			要介護5 （ 1,043 単位）																			

注	栄養管理体制加算	経口移行加算	経口維持加算	口腔衛生管理体制加算	療養食加算	若年性認知症入所者受入加算	専従の常勤医師を配置している場合	精神科医師による療養指導が月2回以上行われている場合	障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	障害者生活支援体制加算（Ⅱ）
1日につき ＋5単位	1日につき ＋30単位	1日につき ＋60単位	1日につき ＋120単位	1日につき ＋25単位	1日につき ＋5単位	1日につき ＋26単位	1日につき ＋41単位

注 外泊時費用		入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定
注 外泊時在宅サービス利用費用		入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定
ハ 初期加算	（1日につき 30単位を加算）	
ニ 退所時栄養情報連携加算	（1月につき1回を限度として 70単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ホ 再入所時栄養連携加算	（入所者1人につき1回を限度として200単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヘ 退所時等相談援助加算	（1） 退所前訪問相談援助加算 （入所中1回（又は2回）を限度に、460単位を算定）	
	（2） 退所後訪問相談援助加算 （退所後1回を限度に、460単位を算定）	
	（3） 退所時相談援助加算 （入所者1人につき1回を限度として、400単位を算定）	注 入所者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合
	（4） 退所前連携加算 （入所者1人につき1回を限度として、500単位を算定）	注 居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
	（5） 退所時情報提供加算 （入所者1人につき1回を限度として、250単位を算定）	注 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合
ト 協力医療機関連携加算	（1） 相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 （1月につき 50単位を加算）	
	（2） 上記以外の協力医療機関と連携している場合 （1月につき 5単位を加算）	
チ 栄養マネジメント強化加算	（1日につき 11単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
リ 経口移行加算	（1日につき 28単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヌ 経口維持加算	（1） 経口維持加算（Ⅰ） （1月につき 400単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。
	（2） 経口維持加算（Ⅱ） （1月につき 100単位を加算）	注 経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合には、算定しない
ル 口腔衛生管理加算	（1） 口腔衛生管理加算（Ⅰ） （1月につき 90単位を加算）	
	（2） 口腔衛生管理加算（Ⅱ） （1月につき 110単位を加算）	注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合
ヲ 療養食加算	（1回につき 6単位を加算（1日に3回を限度））	
ワ 特別通院送迎加算	（1月につき 594単位を加算）	
カ 配置医師緊急時対応加算	（1） 配置医師の勤務時間外の場合 （1回につき 325単位を加算）	
	（2） 早朝・夜間の場合 （1回につき 650単位を加算）	
	（3） 深夜の場合 （1回につき 1300単位を加算）	
ヨ 看取り介護加算	（1） 看取り介護加算（Ⅰ） （1） 死亡日以前31日以上45日以下 （1日につき 72単位を加算）	
	（2） 死亡日以前4日以上30日以下 （1日につき 144単位を加算）	
	（3） 死亡日以前2日又は3日 （1日につき 680単位を加算）	
	（4） 死亡日 （1日につき 1280単位を加算）	
	（2） 看取り介護加算（Ⅱ） （1） 死亡日以前31日以上45日以下 （1日につき 72単位を加算）	
	（2） 死亡日以前4日以上30日以下 （1日につき 144単位を加算）	
	（3） 死亡日以前2日又は3日 （1日につき 780単位を加算）	
	（4） 死亡日 （1日につき 1580単位を加算）	
タ 在宅復帰支援機能加算	（1日につき 10単位を加算）	
レ 在宅・入所相互利用加算	（1日につき 40単位を加算）	
ソ 認知症専門ケア加算	（1） 認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき 3単位を加算）	
	（2） 認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき 4単位を加算）	
ツ 認知症チームケア推進加算	（1） 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） （1月につき 150単位を加算）	
	（2） 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） （1月につき 120単位を加算）	
ネ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	（入所後7日に限り 1日につき200単位を加算）	
ナ 褥瘡マネジメント加算	（1） 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） （1月につき 3単位を加算）	
	（2） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） （1月につき 13単位を加算）	
ラ 排せつ支援加算	（1） 排せつ支援加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）	
	（2） 排せつ支援加算（Ⅱ） （1月につき 15単位を加算）	
	（3） 排せつ支援加算（Ⅲ） （1月につき 20単位を加算）	
ム 自立支援促進加算	（1月につき 280単位を加算）	
ウ 科学的介護推進体制加算	（1） 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 40単位を加算）	
	（2） 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 50単位を加算）	
キ 安全対策体制加算	（入所者1人につき1回を限度として20単位を算定）	
ノ 高齢者施設等感染対策向上加算	（1） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）	
	（2） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） （1月につき 5単位を加算）	
オ 新興感染症等施設療養費	（1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定）	
ク 生産性向上推進体制加算	（1） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 100単位を加算）	
	（2） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 10単位を加算）	
ヤ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1日につき 22単位を加算）	
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1日につき 18単位を加算）	
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1日につき 6単位を加算）	
マ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×163／1000）	注 所定単位は、イからヤまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×176／1000）	
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×159／1000）	
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×172／1000）	
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×136／1000）	
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×113／1000）	

2 介護保健施設サービス

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 入所者の数が入所定員を超える場合 又は 医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 安全管理体制未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 栄養管理の基準を満たさない場合	注 室料相当額控除	注 夜勤職員配置加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	注 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	注 認知症ケア加算	注 若年性認知症入所者受入加算	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）
イ 介護保健施設サービス費（1日につき）	（1） 介護保健施設サービス費（Ⅰ）	（一） 介護保健施設サービス費（ⅰ）＜従来型個室＞【基本型】	要介護1 （ 717 単位）									1日につき −26単位		1日につき +258単位	1日につき +200単位	1日につき +240単位（週3日を限度）	1日につき +120単位（週3日を限度）			1日につき +51単位	
			要介護2 （ 763 単位）																		
			要介護3 （ 828 単位）																		
			要介護4 （ 883 単位）																		
			要介護5 （ 932 単位）																		
		（二） 介護保健施設サービス費（ⅱ）＜従来型個室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 788 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 863 単位）																		
			要介護3 （ 928 単位）																		
			要介護4 （ 985 単位）																		
			要介護5 （ 1,040 単位）																		
		（三） 介護保健施設サービス費（ⅲ）＜多床室＞【基本型】	要介護1 （ 793 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 843 単位）																		
			要介護3 （ 908 単位）																		
			要介護4 （ 961 単位）																		
			要介護5 （ 1,012 単位）																		
		（四） 介護保健施設サービス費（ⅳ）＜多床室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 871 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 947 単位）																		
			要介護3 （ 1,014 単位）																		
			要介護4 （ 1,072 単位）																		
			要介護5 （ 1,125 単位）																		
	（2） 介護保健施設サービス費（Ⅱ）＜療養型老健：看護職員を配置＞	（一） 介護保健施設サービス費（ⅰ）＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 （ 758 単位）	×97／100	×70／100	×70／100	−10／100	1日につき −5単位	−1／100	−3／100	1日につき −14単位		1日につき +24単位					1日につき +76単位	1日につき +120単位		
			要介護2 （ 843 単位）																		
			要介護3 （ 960 単位）																		
			要介護4 （ 1,041 単位）																		
			要介護5 （ 1,117 単位）																		
		（二） 介護保健施設サービス費（ⅱ）＜多床室＞【療養型】	要介護1 （ 839 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 924 単位）																		
			要介護3 （ 1,044 単位）																		
			要介護4 （ 1,121 単位）																		
			要介護5 （ 1,197 単位）																		
	（3） 介護保健施設サービス費（Ⅲ）＜療養型老健：看護オンコール体制＞	（一） 介護保健施設サービス費（ⅰ）＜従来型個室＞【療養型】	要介護1 （ 758 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 837 単位）																		
			要介護3 （ 933 単位）																		
			要介護4 （ 1,013 単位）																		
			要介護5 （ 1,089 単位）																		
		（二） 介護保健施設サービス費（ⅱ）＜多床室＞【療養型】	要介護1 （ 839 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 918 単位）																		
			要介護3 （ 1,016 単位）																		
			要介護4 （ 1,092 単位）																		
			要介護5 （ 1,170 単位）																		
	（4） 介護保健施設サービス費（Ⅳ）＜特別介護保健施設サービス費＞	（一） 介護保健施設サービス費（ⅰ）＜従来型個室＞	要介護1 （ 703 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 748 単位）																		
			要介護3 （ 812 単位）																		
			要介護4 （ 865 単位）																		
			要介護5 （ 913 単位）																		
		（二） 介護保健施設サービス費（ⅱ）＜多床室＞	要介護1 （ 777 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 826 単位）																		
			要介護3 （ 889 単位）																		
			要介護4 （ 941 単位）																		
			要介護5 （ 991 単位）																		
ロ ユニット型介護保健施設サービス費（1日につき）	（1） ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）	（一） ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）＜ユニット型個室＞【基本型】	要介護1 （ 802 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 848 単位）																		
			要介護3 （ 913 単位）																		
			要介護4 （ 968 単位）																		
			要介護5 （ 1,018 単位）																		
		（二） ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）＜ユニット型個室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 876 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 952 単位）																		
			要介護3 （ 1,018 単位）																		
			要介護4 （ 1,077 単位）																		
			要介護5 （ 1,130 単位）																		
		（三） 経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）＜ユニット型個室的多床室＞【基本型】	要介護1 （ 802 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 848 単位）																		
			要介護3 （ 913 単位）																		
			要介護4 （ 968 単位）																		
			要介護5 （ 1,018 単位）																		
		（四） 経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）＜ユニット型個室的多床室＞【在宅強化型】	要介護1 （ 876 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 952 単位）																		
			要介護3 （ 1,018 単位）																		
			要介護4 （ 1,077 単位）																		
			要介護5 （ 1,130 単位）																		
	（2） ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）＜療養型老健：看護職員を配置＞	（一） ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 （ 928 単位）	×97／100	×70／100	×70／100	×97／100	−10／100	1日につき −5単位	−1／100	−3／100	1日につき −14単位		1日につき +24単位	1日につき +258単位	1日につき +200単位	1日につき +240単位（週3日を限度）	1日につき +120単位（週3日を限度）		1日につき +120単位		
			要介護2 （ 1,014 単位）																		
			要介護3 （ 1,130 単位）																		
			要介護4 （ 1,209 単位）																		
			要介護5 （ 1,287 単位）																		
		（二） 経過的ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室的多床室＞【療養型】	要介護1 （ 928 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 1,014 単位）																		
			要介護3 （ 1,130 単位）																		
			要介護4 （ 1,209 単位）																		
			要介護5 （ 1,287 単位）																		
	（3） ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）＜療養型老健：看護オンコール体制＞	（一） ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室＞【療養型】	要介護1 （ 928 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 1,007 単位）																		
			要介護3 （ 1,104 単位）																		
			要介護4 （ 1,181 単位）																		
			要介護5 （ 1,259 単位）																		
		（二） 経過的ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室的多床室＞【療養型】	要介護1 （ 928 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 1,007 単位）																		
			要介護3 （ 1,104 単位）																		
			要介護4 （ 1,181 単位）																		
			要介護5 （ 1,259 単位）																		
	（4） ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）＜ユニット型特別介護保健施設サービス費＞	（一） ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室＞	要介護1 （ 784 単位）																		1日につき +51単位
			要介護2 （ 832 単位）																		
			要介護3 （ 894 単位）																		
			要介護4 （ 948 単位）																		
			要介護5 （ 997 単位）																		
		（二） 経過的ユニット型介護保健施設サービス費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 （ 784 単位）																	1日につき +51単位	
			要介護2 （ 832 単位）																		
			要介護3 （ 894 単位）																		
			要介護4 （ 948 単位）																		
			要介護5 （ 997 単位）																		

注 外泊時費用	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定
注 外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	入所者に対して居宅における外泊を認め、施設が在宅サービスを提供した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定

注 ターミナルケア加算	（1） 死亡日以前31日以上45日以下	療養型老健以外の場合 （1日につき 72単位を加算）	
		療養型老健の場合 （1日につき 80単位を加算）	
	（2） 死亡日以前4日以上30日以下	療養型老健以外の場合 （1日につき 160単位を加算）	
		療養型老健の場合 （1日につき 160単位を加算）	
	（3） 死亡日以前2日又は3日	療養型老健以外の場合 （1日につき 910単位を加算）	
		療養型老健の場合 （1日につき 850単位を加算）	
	（4） 死亡日	療養型老健以外の場合 （1日につき 1,900単位を加算）	
		療養型老健の場合 （1日につき 1,700単位を加算）	
注 特別療養費			
注 療養体制維持特別加算		イ 療養体制維持特別加算（Ⅰ） （1日につき 27単位を加算）	
		ロ 療養体制維持特別加算（Ⅱ） （1日につき 57単位を加算）	
ハ 初期加算		（1） 初期加算（Ⅰ） （1日につき 60単位を加算）	
		（2） 初期加算（Ⅱ） （1日につき 30単位を加算）	
ニ 退所時栄養情報連携加算（※2） （1月につき1回を限度として70単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ホ 再入所時栄養連携加算 （※2） （入所者1人につき1回を限度として200単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヘ 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（※2）	在宅強化型の場合 （1回につき 450単位を加算）		注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行った場合に算定
	在宅強化型以外の場合 （1回につき 450単位を加算）		
ヘ 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）（※2）	在宅強化型の場合 （1回につき 480単位を加算）		注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行うことに加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目ない支援計画を作成した場合に算定
	在宅強化型以外の場合 （1回につき 480単位を加算）		
ト 退所時等支援等加算 （※2）	（1） 退所時等支援加算	（一） 試行的退所時指導加算 （400単位）	注 入所期間が1月を超える入所者が試行的に退所する場合において、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合
		（二） 退所時情報提供加算 退所時情報提供加算（Ⅰ） （500単位）	注 居宅等に退所した場合に、入所者の主治医等に対して、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合
		退所時情報提供加算（Ⅱ） （250単位）	注 退所後医療機関に入院した場合に、当該医療機関に対して、入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合
		（三） 入退所前連携加算（Ⅰ） （600単位）	注 居宅介護支援事業者と入退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
		（四） 入退所前連携加算（Ⅱ） （400単位）	
	（2） 訪問看護指示加算 （入所者1人につき1回を限度として300単位を算定）		
チ 協力医療機関連携加算	（1） 相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 （1月につき 50単位を加算）		
	（2） 上記以外の協力医療機関と連携している場合 （1月につき 5単位を加算）		
リ 栄養マネジメント強化加算 （1日につき 11単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヌ 経口移行加算 （※2） （1日につき 28単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ル 経口維持加算 （※2）	（1） 経口維持加算（Ⅰ） （1月につき 400単位を加算）		注 栄養管理の基準を満たさない場合又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。
	（2） 経口維持加算（Ⅱ） （1月につき 100単位を加算）		注 経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合には、算定しない。
ヲ 口腔衛生管理加算 （※2）	（1） 口腔衛生管理加算（Ⅰ） （1月につき 90単位を加算）		注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合
	（2） 口腔衛生管理加算（Ⅱ） （1月につき 110単位を加算）		
ワ 療養食加算 （1回につき 6単位を加算（1日に3回を限度））			
カ 在宅復帰支援機能加算 （療養型老健に限り1日につき 10単位を加算）			
ヨ かかりつけ医連携薬剤調整加算 （※2）	（1） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ （入所者1人につき1回を限度として140単位を加算）	
		かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ （入所者1人につき1回を限度として70単位を加算）	
	（2） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） （入所者1人につき1回を限度として240単位を加算）		
	（3） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） （入所者1人につき1回を限度として100単位を加算）		
タ 緊急時施設療養費	（1） 緊急時治療管理	療養型老健以外の場合 （1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定）	
		療養型老健の場合 （1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定）	
	（2） 特定治療		
レ 所定疾患施設療養費 （※2）	（1）所定疾患施設療養費（Ⅰ） （1月に1回7日を限度に、1日につき239単位を算定）		
	（2）所定疾患施設療養費（Ⅱ） （1月に1回10日を限度に、1日につき480単位を算定）		
ソ 認知症専門ケア加算	（1）認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき 3単位を加算）		
	（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき 4単位を加算）		
ツ 認知症チームケア推進加算	（1）認知症チームケア推進加算（Ⅰ） （1月につき 150単位を加算）		
	（2）認知症チームケア推進加算（Ⅱ） （1月につき 120単位を加算）		
ネ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	療養型老健以外の場合 （入所後7日に限り 1日につき200単位を加算）		
	療養型老健の場合 （入所後7日に限り 1日につき200単位を加算）		
ナ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（※2）	（1） リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） （1月につき 53単位を加算）		
	（2） リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） （1月につき 33単位を加算）		
ラ 褥瘡マネジメント加算 （※2） （イ(1)、ロ(1)を算定する場合のみ算定）	（1） 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） （1月につき 3単位を加算）		
	（2） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） （1月につき 13単位を加算）		
ム 排せつ支援加算 （※2）	（1） 排せつ支援加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）		
	（2） 排せつ支援加算（Ⅱ） （1月につき 15単位を加算）		
	（3） 排せつ支援加算（Ⅲ） （1月につき 20単位を加算）		
ウ 自立支援促進加算（※2） （1月につき 300単位を加算）			
ヰ 科学的介護推進体制加算（※2）	（1） 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 40単位を加算）		
	（2） 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 60単位を加算）		
ノ 安全対策体制加算（※2） （入所者1人につき1回を限度として20単位を算定）			
オ 高齢者施設等感染対策向上加算	（1） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）		
	（2） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） （1月につき 5単位を加算）		
ク 新興感染症等施設療養費 （1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定）			
ヤ 生産性向上推進体制加算	（1） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 100単位を加算）		
	（2） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 10単位を加算）		
マ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1日につき 22単位を加算）		
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1日につき 18単位を加算）		
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1日につき 6単位を加算）		
ケ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×90／1000）		注 所定単位は、イからマまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×97／1000）		
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×86／1000）		
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×93／1000）		
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×69／1000）		
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×59／1000）		

※ PT・OT・STによる人員配置減算を適用する場合には、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を適用しない。
※ イ(4)及びロ(4)を適用する場合には、(※2)を適用しない。

4 介護医療院サービス

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 入所者の数が入所者の定員を超える場合	注 医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員の員数が基準に満たない場合 又は 看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 安全管理体制未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 栄養管理の基準を満たさない場合	注 療養環境の基準(廊下)を満たさない場合	注 療養環境の基準(療養室)を満たさない場合	注 室料相当額控除	注 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	注 若年性認知症入所者受入加算
イ Ⅰ型介護医療院サービス費（1日につき）	(1) Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	(一) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (721 単位)														
			要介護2 (832 単位)														
			要介護3 (1,070 単位)														
			要介護4 (1,172 単位)														
			要介護5 (1,263 単位)														
		(二) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (833 単位)														
			要介護2 (943 単位)														
			要介護3 (1,182 単位)														
			要介護4 (1,283 単位)														
			要介護5 (1,375 単位)														
	(2) Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	(一) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (711 単位)														
			要介護2 (820 単位)														
			要介護3 (1,055 単位)														
			要介護4 (1,155 単位)														
			要介護5 (1,245 単位)														
		(二) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (821 単位)														
			要介護2 (930 単位)														
			要介護3 (1,165 単位)														
			要介護4 (1,264 単位)														
			要介護5 (1,355 単位)														
	(3) Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	(一) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (694 単位)														
			要介護2 (804 単位)														
			要介護3 (1,039 単位)														
			要介護4 (1,138 単位)														
			要介護5 (1,228 単位)														
		(二) Ⅰ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (805 単位)														
			要介護2 (914 単位)														
			要介護3 (1,148 単位)														
			要介護4 (1,248 単位)														
			要介護5 (1,338 単位)														
ロ Ⅱ型介護医療院サービス費（1日につき）	(1) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	(一) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (675 単位)														
			要介護2 (771 単位)														
			要介護3 (981 単位)														
			要介護4 (1,069 単位)														
			要介護5 (1,149 単位)														
		(二) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (786 単位)														
			要介護2 (883 単位)														
			要介護3 (1,092 単位)														
			要介護4 (1,181 単位)														
			要介護5 (1,261 単位)														
	(2) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	(一) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (659 単位)														
			要介護2 (755 単位)														
			要介護3 (963 単位)														
			要介護4 (1,053 単位)														
			要介護5 (1,133 単位)														
		(二) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (770 単位)														
			要介護2 (867 単位)														
			要介護3 (1,075 単位)														
			要介護4 (1,165 単位)														
			要介護5 (1,245 単位)														
	(3) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	(一) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (648 単位)														
			要介護2 (743 単位)														
			要介護3 (952 単位)														
			要介護4 (1,042 単位)														
			要介護5 (1,121 単位)														
		(二) Ⅱ型介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (759 単位)														
			要介護2 (855 単位)														
			要介護3 (1,064 単位)														
			要介護4 (1,154 単位)														
			要介護5 (1,234 単位)														
ハ 特別介護医療院サービス費（1日につき）	(1) Ⅰ型特別介護医療院サービス費	(一) Ⅰ型特別介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (661 単位)	1日につき −25単位	×70／100	×70／100	×90／100	−10／100	1日につき −5単位	−1／100	−3／100	1日につき −14単位	1日につき −25単位	1日につき −25単位	1日につき −26単位	1日につき 夜間勤務等看護(Ⅰ) ＋23単位 夜間勤務等看護(Ⅱ) ＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅲ) ＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅳ) ＋7単位	1日につき +120単位
			要介護2 (763 単位)														
			要介護3 (988 単位)														
			要介護4 (1,081 単位)														
			要介護5 (1,168 単位)														
		(二) Ⅰ型特別介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (764 単位)														
			要介護2 (869 単位)														
			要介護3 (1,091 単位)														
			要介護4 (1,186 単位)														
			要介護5 (1,271 単位)														
	(2) Ⅱ型特別介護医療院サービス費	(一) Ⅱ型特別介護医療院サービス費(ⅰ)＜従来型個室＞	要介護1 (614 単位)														
			要介護2 (707 単位)														
			要介護3 (905 単位)														
			要介護4 (991 単位)														
			要介護5 (1,066 単位)														
		(二) Ⅱ型特別介護医療院サービス費(ⅱ)＜多床室＞	要介護1 (721 単位)														
			要介護2 (814 単位)														
			要介護3 (1,012 単位)														
			要介護4 (1,096 単位)														
			要介護5 (1,172 単位)														
ニ ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（1日につき）	(1) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	(一) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室＞	要介護1 (850 単位)														
			要介護2 (960 単位)														
			要介護3 (1,199 単位)														
			要介護4 (1,300 単位)														
			要介護5 (1,392 単位)														
		(二) 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (850 単位)														
			要介護2 (960 単位)														
			要介護3 (1,199 単位)														
			要介護4 (1,300 単位)														
			要介護5 (1,392 単位)														
	(2) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	(一) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室＞	要介護1 (840 単位)														
			要介護2 (948 単位)														
			要介護3 (1,184 単位)														
			要介護4 (1,283 単位)														
			要介護5 (1,374 単位)														
		(二) 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (840 単位)														
			要介護2 (948 単位)														
			要介護3 (1,184 単位)														
			要介護4 (1,283 単位)														
			要介護5 (1,374 単位)														
ホ ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費（1日につき）	(1) ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室＞		要介護1 (849 単位)														
			要介護2 (951 単位)														
			要介護3 (1,173 単位)														
			要介護4 (1,267 単位)														
			要介護5 (1,353 単位)														
	(2) 経過的ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費＜ユニット型個室的多床室＞		要介護1 (849 単位)														
			要介護2 (951 単位)														
			要介護3 (1,173 単位)														
			要介護4 (1,267 単位)														
			要介護5 (1,353 単位)														
ヘ ユニット型特別介護医療院サービス費（1日につき）	(1) ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費	(一) ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費＜ユニット型個室＞	要介護1 (798 単位)														
			要介護2 (901 単位)														
			要介護3 (1,126 単位)														
			要介護4 (1,220 単位)														
			要介護5 (1,304 単位)														
		(二) 経過的ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (798 単位)														
			要介護2 (901 単位)														
			要介護3 (1,126 単位)														
			要介護4 (1,220 単位)														
			要介護5 (1,304 単位)														
	(2) ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費	(一) ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費＜ユニット型個室＞	要介護1 (808 単位)														
			要介護2 (904 単位)														
			要介護3 (1,114 単位)														
			要介護4 (1,205 単位)														
			要介護5 (1,284 単位)														
		(二) 経過的ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 (808 単位)														
			要介護2 (904 単位)														
			要介護3 (1,114 単位)														
			要介護4 (1,205 単位)														
			要介護5 (1,284 単位)														

注　外泊時費用			入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定
注　試行的退所サービス費			入所者に対して居宅における試行的退所を認めた場合、1月につき6日を限度として1日につき800単位を算定
注　他科受診時費用			入所者に対して、専門的な診療が必要になり、他医療機関において診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定
ト　初期加算　（1日につき　＋30単位）			
チ　退所時栄養情報連携加算（※2） （1月につき1回を限度として70単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
リ　再入所時栄養連携加算　（※2） （入所者1人につき1回を限度として200単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヌ　退所時 指導等加算 （※2）	（一）　退所時等指導加算	a　退所前訪問指導加算 （入所中1回（又は2回）を限度に、460単位を算定）	
		b　退所後訪問指導加算 （退所後1回を限度に、460単位を算定）	
		c　退所時指導加算 （400単位）	注 入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合
		d　退所時情報提供加算	退所時情報提供加算（Ⅰ） （500単位）	注 退所後の主治医に対して診療情報、心身の状況、生活歴等を提供した場合
			退所時情報提供加算（Ⅱ） （250単位）	注 退所後の医療機関の医師に対して心身の状況、生活歴等を提供した場合
		e　退所前連携加算 （500単位）	注 居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
	（二）　訪問看護指示加算 （入所者1人につき1回を限度として300単位算定）		
ル　協力医療機関連携加算		（1）　相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 （1月につき　50単位を加算）	
		（2）　上記以外の協力医療機関と連携している場合 （1月につき　5単位を加算）	
ヲ　栄養マネジメント強化加算 （1日につき　11単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ワ　経口移行加算　（※2） （1日につき　28単位を加算）			注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
カ　経口維持加算　（※2）	（一）　経口維持加算（Ⅰ）　（1月につき 400単位を加算）		注 栄養管理の基準を満たさない場合又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。
	（二）　経口維持加算（Ⅱ）　（1月につき 100単位を加算）		注 経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合には、算定しない。
ヨ　口腔衛生管理加算　（※2）	（一）　口腔衛生管理加算（Ⅰ）　（1月につき 90単位を加算）		
	（二）　口腔衛生管理加算（Ⅱ）　（1月につき 110単位を加算）		注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合
タ　療養食加算 （1回につき　6単位を加算（1日に3回を限度））			
レ　在宅復帰支援機能加算　（※2） （1日につき　10単位を加算）			
ソ　特別診療費　（※2）			
ツ　緊急時施設診療費	ア　緊急時治療管理 （1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定）		
	イ　特定治療		
ネ　認知症専門ケア加算	（一）　認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき　3単位を加算）		
	（二）　認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき　4単位を加算）		
ナ　認知症チームケア推進加算	（一）　認知症チームケア推進加算（Ⅰ） （1月につき　150単位を加算）		
	（二）　認知症チームケア推進加算（Ⅱ） （1月につき　120単位を加算）		
ラ　認知症行動・心理症状緊急対応加算 （入所後7日に限り　1日につき200単位を加算）			
ム　重度認知症疾患療養体制加算	（一）重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ） 要介護1・2　（1日につき140単位を加算） 要介護3・4・5（1日につき40単位を加算）		
	（二）重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ） 要介護1・2　（1日につき200単位を加算） 要介護3・4・5（1日につき100単位を加算）		
ウ　排せつ支援加算　（※2）	（1）　排せつ支援加算（Ⅰ） （1月につき　10単位を加算）		
	（2）　排せつ支援加算（Ⅱ） （1月につき　15単位を加算）		
	（3）　排せつ支援加算（Ⅲ） （1月につき　20単位を加算）		
キ　自立支援促進加算（※2） （1月につき　280単位を加算）			
ノ　科学的介護推進体制加算（※2）	（1）　科学的介護推進体制加算（Ⅰ） （1月につき　40単位を加算）		
	（2）　科学的介護推進体制加算（Ⅱ） （1月につき　60単位を加算）		
オ　安全対策体制加算（※2） （入所者1人につき1回を限度として20単位を算定）			
ク　高齢者施設等感染対策向上加算	（1）　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） （1月につき　10単位を加算）		
	（2）　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） （1月につき　5単位を加算）		
ヤ　新興感染症等施設療養費 （1月に1回、連続する5日を限度として　240単位を算定）			
マ　生産性向上推進体制加算	（1）　生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （1月につき　100単位を加算）		
	（2）　生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1月につき　10単位を加算）		
ケ　サービス提供体制強化加算	（一）　サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1日につき　22単位を加算）		
	（ニ）　サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1日につき　18単位を加算）		
	（三）　サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1日につき　6単位を加算）		
フ　介護職員等 処遇改善加算	（1）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき　＋所定単位×62／1000）		注 所定単位は、イからケまでにより算定した単位数の合計
	（2）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき　＋所定単位×66／1000）		
	（3）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき　＋所定単位×58／1000）		
	（4）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき　＋所定単位×62／1000）		
	（5）　介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき　＋所定単位×47／1000）		
	（6）　介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき　＋所定単位×40／1000）		

※　夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。

※　ハ及びヘを適用する場合には、（※2）を適用しない。

介 護 報 酬 の 算 定 構 造

介 護 予 防 サ ー ビ ス

：令和8年6月改定箇所

Ⅰ　指定介護予防サービス介護給付費単位数の算定構造

１　介護予防訪問入浴介護費

２　介護予防訪問看護費

３　介護予防訪問リハビリテーション費

４　介護予防居宅療養管理指導費

５　介護予防通所リハビリテーション費

６　介護予防短期入所生活介護費

７　介護予防短期入所療養介護費

イ　介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費

ロ　療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費

ハ　診療所における介護予防短期入所療養介護費

ニ　（削除）

ホ　介護医療院における介護予防短期入所療養介護費

８　介護予防特定施設入居者生活介護費

９　介護予防福祉用具貸与費

Ⅱ　指定介護予防支援介護給付費単位数の算定構造

介護予防支援費

［脚注］

1．単位数算定記号の説明

＋○○単位	⇒	所定単位数　＋　○○単位
－○○単位	⇒	所定単位数　－　○○単位
×○○／100	⇒	所定単位数　×　○○／100
＋○○／100	⇒	所定単位数　＋　所定単位数×○○／100
－○○／100	⇒	所定単位数　－　所定単位数×○○／100

Ⅰ　指定介護予防サービス介護給付費単位数の算定構造

1　介護予防訪問入浴介護費

基本部分	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 介護職員2人が行った場合	注 全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域介護予防訪問入浴介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ　介護予防訪問入浴介護費　（1回につき　856単位）	－1／100	－1／100	×95／100	×90／100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100

ロ　初回加算	（1月につき　＋200単位）

ハ　認知症専門ケア加算	（1）　認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき　＋3単位）
	（2）　認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき　＋4単位）

ニ　サービス提供体制強化加算	（1）　サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1回につき　＋44単位）
	（2）　サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1回につき　＋36単位）
	（3）　サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1回につき　＋12単位）

ホ　介護職員等処遇改善加算	（1）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき　＋所定単位×122／1000）
	（2）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき　＋所定単位×133／1000）
	（3）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき　＋所定単位×116／1000）
	（4）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき　＋所定単位×127／1000）
	（5）　介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき　＋所定単位×101／1000）
	（6）　介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき　＋所定単位×85／1000）

注
所定単位は、イからニまでにより算定した単位数の合計

：　「特別地域介護予防訪問入浴介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

2 介護予防訪問看護費

基本部分		注 准看護師の場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	注 複数名訪問加算（Ⅰ）	注 複数名訪問加算（Ⅱ）	注 1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域介護予防訪問看護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅰ）	注 緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅱ）	注 特別管理加算	注 専門管理加算	注 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合	注 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合
イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	（1） 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 （303単位）	×90／100	−1／100	−1／100	夜間又は早朝の場合 ＋25／100 深夜の場合 ＋50／100	30分未満の場合 ＋254単位 30分以上の場合 ＋402単位	30分未満の場合 ＋201単位 30分以上の場合 ＋317単位	＋300単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1月につき ＋600単位	1月につき ＋574単位	1月につき （Ⅰ）の場合 ＋500単位 又は （Ⅱ）の場合 ＋250単位	緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき ＋250単位 （月1回を限度） 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき ＋250単位 （月1回を限度）	1回につき −8単位	1回につき −5単位 （左の減算を算定している場合は −15単位）
	（2） 30分未満 （451単位）																	
	（3） 30分以上1時間未満 （794単位）																	
	（4） 1時間以上1時間30分未満 （1,090単位）																	
	（5） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 （284単位） ※ 1日に2回を超えて実施する場合は50／100																	
ロ 病院又は診療所の場合	（1） 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 （256単位）	×90／100						＋300単位					1月につき ＋325単位	1月につき ＋315単位				
	（2） 30分未満 （382単位）																	
	（3） 30分以上1時間未満 （553単位）																	
	（4） 1時間以上1時間30分未満 （814単位）																	

ハ 初回加算	（1）初回加算（Ⅰ）	（1月につき ＋350単位）
	（2）初回加算（Ⅱ）	（1月につき ＋300単位）
ニ 退院時共同指導加算		（1回につき ＋600単位）
ホ 看護体制強化加算		（1月につき ＋100単位）
ヘ 口腔連携強化加算		（1回につき ＋50単位（1月に1回を限度））
ト サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1回につき ＋6単位）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1回につき ＋3単位）
チ 介護職員等処遇改善加算	（1月につき ＋所定単位×18／1000）	注 所定単位は、イからトまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域介護予防訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時介護予防訪問看護加算」、「特別管理加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

3 介護予防訪問リハビリテーション費

基本部分			注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算	注 口腔連携強化加算	注 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（基準に該当する場合に限る。）	注 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合）
イ 介護予防訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	1回につき 298単位	−1／100	−1／100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1日につき ＋200単位	1回につき ＋50単位 （1月に1回を限度）	1回につき −50単位 （退院後1月以内であって、入院していた医療機関の医師からの情報提供があった利用者の場合は算定しない）	1回につき −30単位
	介護老人保健施設の場合											
	介護医療院の場合											

ロ 退院時共同指導加算		（1回につき ＋600単位）
ハ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1回につき ＋6単位）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1回につき ＋3単位）
ニ 介護職員等処遇改善加算	（1月につき ＋所定単位×15／1000）	注 所定単位は、イからハまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

4 介護予防居宅療養管理指導費

基本部分			注	注 特別地域介護予防居宅療養管理指導加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	注 在宅中心静脈栄養法加算
イ 医師が行う場合 （月2回を限度）	(1) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ) ((2)以外)	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (515単位)	注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合 ＋100単位	＋15/100	＋10/100	＋5/100	＋250単位	＋150単位
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (446単位)						
	(2) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合)	(一) 単一建物居住者が1人に対して行う場合 (299単位)						
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (287単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (260単位)						
ロ 歯科医師が行う場合 （月2回を限度）	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (517単位)							
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)							
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (441単位)							
ハ 薬剤師が行う場合	(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 （月2回を限度）	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (566単位)						
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (417単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (380単位)						
	(2) 薬局の薬剤師の場合 （月4回を限度）	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (518単位)						
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (379単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (342単位)						
		(四) 情報通信機器を用いて行う場合 （月4回を限度） (46単位)						
ニ 管理栄養士が行う場合 （月2回を限度）	(1) 当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (545単位)		＋15/100	＋10/100	＋5/100		
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (444単位)						
	(2) 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (525単位)						
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (467単位)						
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (424単位)						
ホ 歯科衛生士等が行う場合 （月4回を限度）	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (362単位)							
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (326単位)							
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (295単位)							

※ ハ(2)(一)(二)(三)について、がん末期の患者、中心静脈栄養患者及び心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者については、週2回かつ月8回算定できる。
※ ニについて、計画的な医学管理を行っている医師が、当該利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日から30日間に限って、さらに2回を限度として算定できる。
※ ホについて、がん末期の患者については、月6回を限度として算定できる。

5 介護予防通所リハビリテーション費

基本部分			注 利用者の数が利用定員を超える場合	又は 医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 生活行為向上リハビリテーション実施加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合	注 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合）
イ 介護予防通所リハビリテーション費（1月につき）	病院又は診療所の場合	要支援1 （2,268単位）	×70／100	×70／100	−1／100	−1／100	+5／100	利用開始日の属する月から 6月以内 1月につき +562単位	1月につき +240単位	−376単位	−120単位
		要支援2 （4,228単位）								−752単位	−240単位
	介護老人保健施設の場合	要支援1 （2,268単位）								−376単位	−120単位
		要支援2 （4,228単位）								−752単位	−240単位
	介護医療院の場合	要支援1 （2,268単位）								−376単位	−120単位
		要支援2 （4,228単位）								−752単位	−240単位

ロ 退院時共同指導加算		（1回につき 600単位）
ハ 栄養アセスメント加算		（1月につき 50単位を加算）
ニ 栄養改善加算		（1月につき 200単位を加算）
ホ 口腔・栄養スクリーニング加算	（1） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（1回につき 20単位を加算（6月に1回を限度））	
	（2） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（1回につき 5単位を加算（6月に1回を限度））	
ヘ 口腔機能向上加算	（1） 口腔機能向上加算（Ⅰ）	（1月につき 150単位を加算）
	（2） 口腔機能向上加算（Ⅱ）	（1月につき 160単位を加算）
ト 一体的サービス提供加算		（1月につき 480単位を加算）
チ 科学的介護推進体制加算		（1月につき 40単位を加算）
リ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1 （1月につき 88単位を加算）
		要支援2 （1月につき 176単位を加算）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1 （1月につき 72単位を加算）
		要支援2 （1月につき 144単位を加算）
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援1 （1月につき 24単位を加算）
		要支援2 （1月につき 48単位を加算）
ヌ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	（1月につき ＋所定単位×103／1000）
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	（1月につき ＋所定単位×111／1000）
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	（1月につき ＋所定単位×100／1000）
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	（1月につき ＋所定単位×108／1000）
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（1月につき ＋所定単位×83／1000）
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（1月につき ＋所定単位×70／1000）

注
所定単位は、イからリまでにより算定した単位数の合計

：「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目

6 介護予防短期入所生活介護費

基本部分				注 連続31日以上介護予防短期入所生活介護を行った場合	注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合 又は 介護・看護職員の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 共生型介護予防短期入所生活介護を行う場合	注 生活相談員配置等加算	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 機能訓練体制加算	注 個別機能訓練加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
イ 介護予防短期入所生活介護費（1日につき）	（1） 単独型介護予防短期入所生活介護費	（一） 単独型介護予防短期入所生活介護費(Ⅰ)〈従来型個室〉	要支援1 （ 479 単位）	442単位	×97／100	×70／100	×97／100	−1／100	−1／100	−1／100	指定短期入所事業所が行う場合 ×92／100	1日につき ＋13単位	1月につき ＋100単位 (3月に1回を限度)	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき＋100単位	1日につき ＋12単位	1日につき ＋56単位	1日につき ＋200単位 (7日間を限度)	1日につき ＋120単位	片道につき ＋184単位
			要支援2 （ 596 単位）	548単位															
		（二） 単独型介護予防短期入所生活介護費(Ⅱ)〈多床室〉	要支援1 （ 479 単位）	442単位															
			要支援2 （ 596 単位）	548単位															
	（2） 併設型介護予防短期入所生活介護費	（一） 併設型介護予防短期入所生活介護費(Ⅰ)〈従来型個室〉	要支援1 （ 451 単位）	442単位															
			要支援2 （ 561 単位）	548単位															
		（二） 併設型介護予防短期入所生活介護費(Ⅱ)〈多床室〉	要支援1 （ 451 単位）	442単位															
			要支援2 （ 561 単位）	548単位															
ロ ユニット型介護予防短期入所生活介護費（1日につき）	（1） 単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費	（一） 単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費〈ユニット型個室〉	要支援1 （ 561 単位）	503単位															
			要支援2 （ 681 単位）	623単位															
		（二） 経過的単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費〈ユニット型個室的多床室〉	要支援1 （ 561 単位）	503単位															
			要支援2 （ 681 単位）	623単位															
	（2） 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費	（一） 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費〈ユニット型個室〉	要支援1 （ 529 単位）	503単位															
			要支援2 （ 656 単位）	623単位															
		（二） 経過的併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費〈ユニット型個室的多床室〉	要支援1 （ 529 単位）	503単位															
			要支援2 （ 656 単位）	623単位															

ハ 口腔連携強化加算	（1回につき ＋50単位（1月に1回を限度））
ニ 療養食加算	（1回につき 8単位を加算（1日に3回を限度））
ホ 認知症専門ケア加算	（1） 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1日につき 3単位を加算）
	（2） 認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1日につき 4単位を加算）
ヘ 生産性向上推進体制加算	（1） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（1月につき 100単位を加算）
	（2） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）（1月につき 10単位を加算）
ト サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1日につき 22単位を加算）
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（1日につき 18単位を加算）
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（1日につき 6単位を加算）

チ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ（1月につき ＋所定単位×163／1000）	注 所定単位は、イからトまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ（1月につき ＋所定単位×176／1000）	
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ（1月につき ＋所定単位×159／1000）	
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ（1月につき ＋所定単位×172／1000）	
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（1月につき ＋所定単位×136／1000）	
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）（1月につき ＋所定単位×113／1000）	

：「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

7 介護予防短期入所療養介護費

イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所定員を超える場合	注 又は 医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 室料相当額控除	注 夜勤職員配置加算	注 個別リハビリテーション実施加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	注 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞【基本型】	要支援1 (579 単位)	×97／100	×70／100	×70／100	×97／100	−1／100	−1／100	−1／100	1日につき −26単位	1日につき +24単位	1日につき +240単位	1日につき +200単位 (7日間を限度)	1日につき +120単位	1日につき +51単位	1日につき +51単位	片道につき +184単位
			要支援2 (726 単位)															
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜従来型個室＞【在宅強化型】	要支援1 (632 単位)															
			要支援2 (778 単位)															
		c 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅲ) ＜多床室＞【基本型】	要支援1 (613 単位)													1日につき +51単位		
			要支援2 (774 単位)															
		d 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅳ) ＜多床室＞【在宅強化型】	要支援1 (672 単位)														1日につき +51単位	
			要支援2 (834 単位)															
	(二) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養型老健:看護職員を配置＞	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞【療養型】	要支援1 (583 単位)													1日につき +51単位		
			要支援2 (730 単位)															
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞【療養型】	要支援1 (622 単位)														1日につき +51単位	
			要支援2 (785 単位)															
	(三) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養型老健:看護オンコール体制＞	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞【療養型】	要支援1 (583 単位)															
			要支援2 (730 単位)															
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞【療養型】	要支援1 (622 単位)															
			要支援2 (785 単位)															
	(四) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) ＜特別介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費＞	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1 (566 単位)															
			要支援2 (711 単位)															
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞	要支援1 (601 単位)															
			要支援2 (758 単位)															
(2) ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜ユニット型個室＞【基本型】	要支援1 (624 単位)															
			要支援2 (789 単位)															
		b ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜ユニット型個室＞【在宅強化型】	要支援1 (680 単位)															
			要支援2 (846 単位)															
		c 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜ユニット型個室的多床室＞【基本型】	要支援1 (624 単位)													1日につき +51単位		
			要支援2 (789 単位)															
		d 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜ユニット型個室的多床室＞【在宅強化型】	要支援1 (680 単位)														1日につき +51単位	
			要支援2 (846 単位)															
	(二) ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養型老健:看護職員を配置＞	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室＞【療養型】	要支援1 (653 単位)													1日につき +51単位		
			要支援2 (817 単位)															
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室的多床室＞【療養型】	要支援1 (653 単位)														1日につき +51単位	
			要支援2 (817 単位)															
	(三) ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養型老健:看護オンコール体制＞	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室＞【療養型】	要支援1 (653 単位)															
			要支援2 (817 単位)															
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室的多床室＞【療養型】	要支援1 (653 単位)															
			要支援2 (817 単位)															
	(四) ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) ＜ユニット型特別介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費＞	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室＞	要支援1 (611 単位)															
			要支援2 (770 単位)															
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室的多床室＞	要支援1 (611 単位)															
			要支援2 (770 単位)															

注 特別療養費		
注 療養体制維持特別加算	(一)療養体制維持特別加算(Ⅰ) (1日につき 27単位を加算)	
	(二)療養体制維持特別加算(Ⅱ) (1日につき 57単位を加算)	
(3) 総合医学管理加算	(利用中に10日を限度に、1日につき275単位を加算)	
(4) 口腔連携強化加算	(1回につき +50単位(1月に1回を限度))	
(5) 療養食加算	(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))	
(6) 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算)	
	(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)	
(7) 緊急時施設療養費	(一) 緊急時治療管理	療養型老健以外の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算
		療養型老健の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算
	(二) 特定治療	
(8) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算)	
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)	
(9) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 22単位を加算)	
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 18単位を加算)	
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)	
(10) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき +所定単位×90／1000)	注 所定単位は、(1)から(9)までにより算定した単位数の合計
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき +所定単位×97／1000)	
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき +所定単位×86／1000)	
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき +所定単位×93／1000)	
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×69／1000)	
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位×59／1000)	

：「特別療養費」と「緊急時施設療養費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

ロ　療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合 又は	注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 又は	注 看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合 又は	注 僻地の医師確保計画を届出たもので、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合 又は	注 僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、医師の数が基準に定められた医師の員数に60/100を乗じて得た数未満である場合	注 常勤のユニットリーダーをユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 廊下幅が設備基準を満たさない場合	注 医師の配置について医療法施行規則第49条の規定が適用されている場合	注 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) 看護＜6:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1（ 547 単位）	1日につき −25単位	×70／100	×70／100	×90／100	1日につき −12単位	×90／100	−1／100	−1／100	−1／100	病院療養病床療養環境減算 1日につき −25単位	1日につき −12単位	1日につき 夜間勤務等看護(Ⅰ)＋23単位 夜間勤務等看護(Ⅱ)＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅲ)＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅳ)＋7単位	1日につき ＋200単位（7日間を限度）	1日につき ＋120単位	片道につき ＋184単位
			要支援2（ 686 単位）																
		b 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜従来型個室＞	要支援1（ 576 単位）																
			要支援2（ 716 単位）																
		c 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜従来型個室＞	要支援1（ 566 単位）																
			要支援2（ 706 単位）																
		d 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) ＜多床室＞	要支援1（ 606 単位）																
			要支援2（ 767 単位）																
		e 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅴ) ＜療養機能強化型A＞ ＜多床室＞	要支援1（ 639 単位）																
			要支援2（ 801 単位）																
		f 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅵ) ＜療養機能強化型B＞ ＜多床室＞	要支援1（ 627 単位）																
			要支援2（ 788 単位）																
	(二) 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) 看護＜6:1＞ 介護＜5:1＞	a 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1（ 515 単位）																
			要支援2（ 644 単位）																
		b 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜療養機能強化型＞ ＜従来型個室＞	要支援1（ 530 単位）																
			要支援2（ 661 単位）																
		c 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅲ) ＜多床室＞	要支援1（ 575 単位）																
			要支援2（ 727 単位）																
		d 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) ＜療養機能強化型＞ ＜多床室＞	要支援1（ 593 単位）																
			要支援2（ 745 単位）																
	(三) 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) 看護＜6:1＞ 介護＜6:1＞	a 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1（ 497 単位）																
			要支援2（ 621 単位）																
		b 病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞	要支援1（ 559 単位）																
			要支援2（ 705 単位）																
(2) 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) 看護＜6:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1（ 557 単位）																
			要支援2（ 695 単位）																
		b 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞	要支援1（ 616 単位）																
			要支援2（ 777 単位）																
	(二) 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) 看護＜8:1＞ 介護＜4:1＞	a 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(ⅰ) ＜従来型個室＞	要支援1（ 557 単位）																
			要支援2（ 695 単位）																
		b 病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費(ⅱ) ＜多床室＞	要支援1（ 616 単位）																
			要支援2（ 777 単位）																
(3) ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) ＜ユニット型個室＞		要支援1（ 632 単位）																
			要支援2（ 796 単位）																
	(二) ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室＞		要支援1（ 662 単位）																
			要支援2（ 825 単位）																
	(三) ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室＞		要支援1（ 652 単位）																
			要支援2（ 815 単位）																
	(四) 経過的ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) ＜ユニット型個室的多床室＞		要支援1（ 632 単位）																
			要支援2（ 796 単位）																
	(五) 経過的ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) ＜療養機能強化型A＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要支援1（ 662 単位）																
			要支援2（ 825 単位）																
	(六) 経過的ユニット型病院療養病床介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) ＜療養機能強化型B＞ ＜ユニット型個室的多床室＞		要支援1（ 652 単位）																
			要支援2（ 815 単位）																
(4) ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室＞		要支援1（ 632 単位）																
			要支援2（ 796 単位）																
	(二) 経過的ユニット型病院療養病床経過型介護予防短期入所療養介護費 ＜ユニット型個室的多床室＞		要支援1（ 632 単位）																
			要支援2（ 796 単位）																

(5) 口腔連携強化加算	（1回につき ＋50単位（1月に1回を限度））

（6） 療養食加算	（1回につき 8単位を加算（1日に3回を限度））

（7） 認知症専門ケア加算	（一）認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき 3単位を加算）
	（二）認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき 4単位を加算）

（8） 特定診療費

（9） 生産性向上推進体制加算	（一） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 100単位を加算）
	（二） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 10単位を加算）

（10） サービス提供体制強化加算	（一） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1日につき 22単位を加算）
	（二） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1日につき 18単位を加算）
	（三） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1日につき 6単位を加算）

（11） 介護職員等処遇改善加算	（一） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×62／1000）	注 所定単位は、（1）から（10）までにより算定した単位数の合計
	（二） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×66／1000）	
	（三） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×58／1000）	
	（四） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×62／1000）	
	（五） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×47／1000）	
	（六） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×40／1000）	

：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ 医師の人員配置減算を適用する場合には、医師経過措置減算を適用しない。
※ 夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。

ハ　診療所における介護予防短期入所療養介護費

基本部分				注 利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 廊下幅が設備基準を満たさない場合	注 食堂を有しない場合	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) 診療所 介護予防短期 入所療養 介護費 (1日につき)	(一) 診療所 介護予防短期 入所療養 介護費(Ⅰ) 看護<6:1> 介護<6:1>	a 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>	要支援1 (　530 単位)	×70/100		−1／100	−1／100	−1／100	診療所設備基準減算 1日につき −60単位	1日につき −25単位	1日につき +200単位 (7日間を限度)	1日につき +120単位	片道につき +184単位
			要支援2 (　666 単位)										
		b 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅱ) <療養機能強化型A> <従来型個室>	要支援1 (　559 単位)										
			要支援2 (　693 単位)										
		c 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅲ) <療養機能強化型B> <従来型個室>	要支援1 (　549 単位)										
			要支援2 (　684 単位)										
		d 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (　589 単位)										
			要支援2 (　747 単位)										
		e 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅴ) <療養機能強化型A> <多床室>	要支援1 (　623 単位)										
			要支援2 (　780 単位)										
		f 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅵ) <療養機能強化型B> <多床室>	要支援1 (　612 単位)										
			要支援2 (　769 単位)										
	(二) 診療所 介護予防短期 入所療養 介護費(Ⅱ) 看護・介護 <3:1>	a 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>	要支援1 (　471 単位)										
			要支援2 (　588 単位)										
		b 診療所介護予防短期 入所療養介護費(ⅱ) <多床室>	要支援1 (　537 単位)										
			要支援2 (　678 単位)										
(2) ユニット型 診療所介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅰ) <ユニット型個室>		要支援1 (　616 単位)		×97／100								
			要支援2 (　775 単位)										
	(二) ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅱ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室>		要支援1 (　643 単位)										
			要支援2 (　804 単位)										
	(三) ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅲ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室>		要支援1 (　634 単位)										
			要支援2 (　793 単位)										
	(四) 経過的ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅰ) <ユニット型個室的多床室>		要支援1 (　616 単位)										
			要支援2 (　775 単位)										
	(五) 経過的ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅱ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室的多床室>		要支援1 (　643 単位)										
			要支援2 (　804 単位)										
	(六) 経過的ユニット型診療所介護予防短期 入所療養介護費(Ⅲ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室的多床室>		要支援1 (　634 単位)										
			要支援2 (　793 単位)										

(3) 口腔連携強化加算	(1回につき　+50単位(1月に1回を限度))
(4) 療養食加算	(1回につき　8単位を加算(1日に3回を限度))
(5) 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき　3単位を加算)
	(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき　4単位を加算)
(6) 特定診療費	
(7) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき　100単位を加算)
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき　10単位を加算)
(8) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき　22単位を加算)
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき　18単位を加算)
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき　6単位を加算)
(9) 介護職員等 処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき　+所定単位×62／1000)
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき　+所定単位×66／1000)
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき　+所定単位×58／1000)
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき　+所定単位×62／1000)
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき　+所定単位×47／1000)
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき　+所定単位×40／1000)

注
所定単位は、(1)から(8)までにより算定した単位数の合計

：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

ホ　介護医療院における介護予防短期入所療養介護費

基本部分				注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数及び入所者の数の合計数が入所者の定員を超える場合 又は	注 医師、薬剤師、看護職員、介護職員の員数が基準に満たない場合 又は	注 看護師が基準に定められた看護職員の員数に20/100を乗じて得た数未満の場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 療養環境の基準(廊下)を満たさない場合	注 療養環境の基準(療養室)を満たさない場合	注 室料相当額控除	注 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 利用者に対して送迎を行う場合
(1) Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅰ）	a Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 603 単位）				×90／100		−1／100	−1／100	−1／100	1日につき−25単位	1日につき−25単位					
			要支援2（ 741 単位）															
		b Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 666 単位）															
			要支援2（ 827 単位）															
	(二) Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅱ）	a Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 591 単位）															
			要支援2（ 731 単位）															
		b Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 654 単位）															
			要支援2（ 815 単位）															
	(三) Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅲ）	a Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 575 単位）															
			要支援2（ 715 単位）															
		b Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 636 単位）															
			要支援2（ 798 単位）															
(2) Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅰ）	a Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 574 単位）											1日につき−26単位				
			要支援2（ 703 単位）															
		b Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 637 単位）															
			要支援2（ 787 単位）															
	(二) Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅱ）	a Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 558 単位）											1日につき−26単位				
			要支援2（ 685 単位）															
		b Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 621 単位）															
			要支援2（ 771 単位）															
	(三) Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅲ）	a Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 546 単位）											1日につき−26単位				
			要支援2（ 674 単位）															
		b Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 610 単位）															
			要支援2（ 760 単位）															
(3) 特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費	a Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 547 単位）				×90／100								1日につき 夜間勤務等看護(Ⅰ)＋23単位 夜間勤務等看護(Ⅱ)＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅲ)＋14単位 夜間勤務等看護(Ⅳ)＋7単位	1日につき＋200単位（7日間を限度）	1日につき＋120単位	片道につき＋134単位
			要支援2（ 679 単位）															
		b Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 606 単位）															
			要支援2（ 759 単位）															
	(二) Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費	a Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅰ)＜従来型個室＞	要支援1（ 521 単位）											1日につき−26単位				
			要支援2（ 642 単位）															
		b Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費(ⅱ)＜多床室＞	要支援1（ 581 単位）															
			要支援2（ 724 単位）															
(4) ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅰ）	a ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要支援1（ 687 単位）															
			要支援2（ 852 単位）															
		b 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要支援1（ 687 単位）															
			要支援2（ 852 単位）															
	(二) ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費（Ⅱ）	a ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要支援1（ 677 単位）				×90／100	×97／100										
			要支援2（ 841 単位）															
		b 経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要支援1（ 677 単位）															
			要支援2（ 841 単位）															
	(一) ユニット型Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞		要支援1（ 703 単位）															
			要支援2（ 856 単位）															
	(二) 経過的ユニット型Ⅱ型介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞		要支援1（ 703 単位）															
			要支援2（ 856 単位）															
(6) ユニット型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費（1日につき）	(一) ユニット型Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費	a ユニット型Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要支援1（ 643 単位）				×90／100											
			要支援2（ 799 単位）															
		b 経過的ユニット型Ⅰ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要支援1（ 643 単位）															
			要支援2（ 799 単位）															
	(二) ユニット型Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費	a ユニット型Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室＞	要支援1（ 670 単位）															
			要支援2（ 814 単位）															
		b 経過的ユニット型Ⅱ型特別介護医療院介護予防短期入所療養介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要支援1（ 670 単位）															
			要支援2（ 814 単位）															

(7) 口腔連携強化加算	（1回につき ＋50単位(1月に1回を限度)）
(8) 療養食加算	（1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度)）
(9) 緊急時施設診療費	イ 緊急時治療管理 （1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定）
	ロ 特定治療
(10) 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) （1日につき 3単位を加算）
	(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) （1日につき 4単位を加算）
(11) 特別診療費 (※2)	
(12) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) （1月につき 100単位を加算）
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) （1月につき 10単位を加算）
(13) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) （1日につき 22単位を加算）
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) （1日につき 18単位を加算）
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) （1日につき 6単位を加算）
(14) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ （1月につき ＋所定単位×62／1000）
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ （1月につき ＋所定単位×66／1000）
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ （1月につき ＋所定単位×58／1000）
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ （1月につき ＋所定単位×62／1000）
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) （1月につき ＋所定単位×47／1000）
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) （1月につき ＋所定単位×40／1000）

注
所定単位は、(1)から(13)までにより算定した単位数の合計

：「緊急時施設診療費」、「特別診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※　夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。
※　(3)及び(6)を適用する場合には、(※2)を適用しない。

8 介護予防特定施設入居者生活介護費

基本部分	注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 介護職員の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)	注 個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 若年性認知症入居者受入加算	注 協力医療機関連携加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算	注 科学的介護推進体制加算	注 障害者等支援加算	注 委託先である指定介護予防サービス事業者により介護予防サービスが行われる場合
イ 介護予防特定施設入居者生活介護費（1日につき） 要支援1（ 183 単位）	×70／100		−10／100	−1／100	−3／100	1月につき＋100単位（3月に1回を限度）	1月につき＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき＋100単位	1日につき＋12単位	1月につき＋20単位	1日につき＋120単位	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合 1月につき＋100単位	1回につき＋20単位（6月に1回を限度）	1月につき＋40単位		
要支援2（ 313 単位）											左記以外の協力医療機関と連携している場合 1月につき＋40単位				
ロ 外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費（1日につき 57単位）		×70／100	−1／100											1日につき＋20単位	・指定訪問介護 ・1週に1回程度の訪問介護が必要とされた者 1,032単位 ・1週に2回程度の訪問介護が必要とされた者 2,066単位 ・1週に2回を超える訪問介護が必要とされた者（要支援2である者に限る。） 3,277単位 ・指定通所介護 ・要支援1 1,511単位 ・要支援2 3,099単位 ・介護予防訪問系及び介護予防通所系サービス 通常の各サービスの基本部分の報酬単位の 90／100 ※介護予防通所リハビリテーションの栄養改善加算、口腔機能向上加算、一体的サービス提供加算の算定が可能 ※介護予防認知症対応型通所介護の個別機能訓練加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算の算定が可能 ・介護予防福祉用具貸与 介護予防の福祉用具貸与と同様 ※ただし、基本部分も含めて介護予防サービスの区分支給限度基準額を限度とする。 ※訪問介護系サービスについては、「指定訪問介護」によるもの、「総合事業（「指定第一号訪問事業」）によるもの」がある。 ※通所介護系サービスについては、「指定通所介護」によるもの、「総合事業（「指定第一号通所事業」）によるもの」がある。
ハ 退居時情報提供加算 イを算定する場合のみ算定（250単位）															

ニ 認知症専門ケア加算 （イを算定する場合のみ算定）	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)（1日につき 3単位を加算）
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)（1日につき 4単位を加算）
ホ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)（1月につき 10単位を加算）
	(2)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)（1月につき 5単位を加算）
ヘ 新興感染症等施設療養費	（1月に1回、連続する5日を限度として240単位を算定）
ト 生産性向上推進体制加算 （イを算定する場合のみ算定）	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)（1月につき 100単位を加算）
	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)（1月につき 10単位を加算）
チ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)（1日につき 22単位を加算）
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)（1日につき 18単位を加算）
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)（1日につき 6単位を加算）
リ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ（1月につき ＋所定単位×148／1000）
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ（1月につき ＋所定単位×159／1000）
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ（1月につき ＋所定単位×142／1000）
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ（1月につき ＋所定単位×153／1000）
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)（1月につき ＋所定単位×130／1000）
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)（1月につき ＋所定単位×108／1000）

注
所定単位は、イからチまでにより算定した単位数の合計

※ 限度額 要支援1 5,032単位
要支援2 10,531単位

9 介護予防福祉用具貸与費

基本部分	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 特別地域介護予防福祉用具貸与加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
介護予防福祉用具貸与費 （現に指定介護予防福祉用具貸与に要した費用の額を当該事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数）	−1／100	−1／100	交通費に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算 （個々の用具ごとに貸与費の100／100を限度）	交通費に相当する額の2／3に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算 （個々の用具ごとに貸与費の2／3を限度）	交通費に相当する額の1／3に相当する額を事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を加算 （個々の用具ごとに貸与費の1／3を限度）
車いす					
車いす付属品					
特殊寝台					
特殊寝台付属品					
床ずれ防止用具					
体位変換器					
手すり					
スロープ					
歩行器					
歩行補助つえ					
認知症老人徘徊感知機器					
移動用リフト					
自動排泄処理装置					

：「特別地域介護予防福祉用具貸与加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」は、支給限度額管理の対象外となる算定項目

※ 要支援1又は要支援2の者については、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置を算定しない。（ただし、別に厚生労働大臣が定める状態にある者を除く。）

※ 高齢者虐待防止措置未実施減算については、令和9年4月1日から適用する。

Ⅱ　指定介護予防支援介護給付費単位数の算定構造

介護予防支援費

基本部分		注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 特別地域介護予防支援加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ　介護予防支援費 （1月につき）	(1)介護予防支援費（Ⅰ） （地域包括支援センターが行う場合） （442単位）	－1／100	－1／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100
	(2)介護予防支援費（Ⅱ） （指定居宅介護支援事業者が行う場合） （472単位）					
ロ　初回加算　（1月につき　＋300単位）						
ハ　委託連携加算 （イ(1)を算定する場合のみ算定）　（＋300単位）						
二　介護職員等処遇改善加算　（1月につき　＋所定単位×21／1000）		注 所定単位は、イからハまでにより算定した単位数の合計				

介 護 報 酬 の 算 定 構 造

地 域 密 着 型 サ ー ビ ス

：令和8年6月改定箇所

Ⅰ　指定地域密着型サービス介護給付費単位数の算定構造

１　定期巡回・随時対応型訪問介護看護費

２　夜間対応型訪問介護費

２－２　地域密着型通所介護費

３　認知症対応型通所介護費

４　小規模多機能型居宅介護費

５　認知症対応型共同生活介護費

６　地域密着型特定施設入居者生活介護費

７　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

８　複合型サービス費

Ⅱ　指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数の算定構造

１　介護予防認知症対応型通所介護費

２　介護予防小規模多機能型居宅介護費

３　介護予防認知症対応型共同生活介護費

［脚注］

1. 単位数算定記号の説明

＋○○単位	⇒	所定単位数 ＋ ○○単位
－○○単位	⇒	所定単位数 － ○○単位
×○○／100	⇒	所定単位数 × ○○／100
＋○○／100	⇒	所定単位数 ＋ 所定単位数×○○／100
－○○／100	⇒	所定単位数 － 所定単位数×○○／100

Ⅰ　指定地域密着型サービス介護給付費単位数の算定構造

1　定期巡回･随時対応型訪問介護看護費

基本部分			注 准看護師によりサービス提供が行われる場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 通所サービス利用時の調整（1日につき）	注 事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合	注 特別地域定期巡回･随時対応型訪問介護看護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	注 緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	注 特別管理加算	注 ターミナルケア加算
イ　定期巡回･随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）（1月につき）	（1）　訪問看護サービスを行わない場合	要介護1　（　5,446 単位）	×98／100	－1／100	－1／100	－62単位	事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合 1月につき －600単位 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 1月につき －900単位	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1月につき ＋325単位	1月につき ＋315単位	1月につき（Ⅰ）の場合 ＋500単位 又は（Ⅱ）の場合 ＋250単位	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合 1月につき ＋2500単位
		要介護2　（　9,720 単位）				－111単位								
		要介護3　（　16,140 単位）				－184単位								
		要介護4　（　20,417 単位）				－233単位								
		要介護5　（　24,692 単位）				－281単位								
	（2）　訪問看護サービスを行う場合	要介護1　（　7,946 単位）				－91単位								
		要介護2　（　12,413 単位）				－141単位								
		要介護3　（　18,948 単位）				－216単位								
		要介護4　（　23,358 単位）				－266単位								
		要介護5　（　28,298 単位）				－322単位								
ロ　定期巡回･随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）（1月につき）		要介護1　（　5,446 単位）				－62単位								
		要介護2　（　9,720 単位）				－111単位								
		要介護3　（　16,140 単位）				－184単位								
		要介護4　（　20,417 単位）				－233単位								
		要介護5　（　24,692 単位）				－281単位								
ハ　定期巡回･随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）	基本夜間訪問サービス費 （1月につき　989単位）						事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100				
	定期巡回サービス費 （1回につき　372単位）													
	随時訪問サービス費（Ⅰ） （1回につき　567単位）													
	随時訪問サービス費（Ⅱ） （1回につき　764単位）													

ニ　初期加算 （イ又はロを算定する場合のみ算定）	（1日につき　＋30単位）
ホ　退院時共同指導加算 一体型定期巡回･随時対応型訪問介護看護事業所であって訪問看護サービスが必要な者のみ算定可能　（イ(2)を算定する場合のみ算定）	（1回につき　＋600単位）

ヘ　総合マネジメント体制強化加算 （イ又はロを算定する場合のみ算定）	（1）　総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	（1月につき　1,200単位を加算）
	（2）　総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき　800単位を加算）
ト　生活機能向上連携加算	（1）　生活機能向上連携加算（Ⅰ）	（1月につき　＋100単位）
	（2）　生活機能向上連携加算（Ⅱ）	（1月につき　＋200単位）
チ　認知症専門ケア加算	（1）　イ又はロを算定している場合	（一）　認知症専門ケア加算（Ⅰ）　（1月につき　＋90単位）
		（二）　認知症専門ケア加算（Ⅱ）　（1月につき　＋120単位）
	（2）　ハを算定する場合（基本夜間訪問サービス費を除く）	（一）　認知症専門ケア加算（Ⅰ）　（1日につき　＋3単位）
		（二）　認知症専門ケア加算（Ⅱ）　（1日につき　＋4単位）
リ　口腔連携強化加算 （イ又はロを算定する場合のみ算定）		（1回につき　＋50単位（1月に1回を限度））
ヌ　サービス提供体制強化加算	（1）　イ又はロを算定している場合	（一）　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　（1月につき　＋750単位）
		（二）　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　（1月につき　＋640単位）
		（三）　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　（1月につき　＋350単位）
	（2）　ハを算定する場合（基本夜間訪問サービス費を除く）	（一）　サービス提供体制強化加算（ⅰ）　（1回につき　＋22単位）
		（二）　サービス提供体制強化加算（ⅱ）　（1回につき　＋18単位）
		（三）　サービス提供体制強化加算（ⅲ）　（1回につき　＋6単位）
ル　介護職員等処遇改善加算	（1）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	（1月につき　＋所定単位×267／1000）
	（2）　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	（1月につき　＋所定単位×278／1000）
	（3）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	（1月につき　＋所定単位×246／1000）
	（4）　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	（1月につき　＋所定単位×257／1000）
	（5）　介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（1月につき　＋所定単位×204／1000）
	（6）　介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（1月につき　＋所定単位×167／1000）

注
所定単位は、イからヌまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域定期巡回･随時対応型訪問介護看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」については、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

2 夜間対応型訪問介護費

基本部分		注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 24時間通報対応加算	注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域夜間対応型訪問介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)	基本夜間対応型訪問介護費 (1月につき 989単位)	−1／100	−1／100	1月につき 610単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	+15/100	+10/100	+5/100
	定期巡回サービス費 (1回につき 372単位)							
	随時訪問サービス費(Ⅰ) (1回につき 567単位)							
	随時訪問サービス費(Ⅱ) (1回につき 764単位)							
ロ 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ)	(1月につき 2，702単位)							

ハ 認知症専門ケア加算	(1)イを算定する場合(基本夜間対応型訪問介護費を除く)	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき +3単位)
		(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき +4単位)
	(2)ロを算定する場合	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1月につき +90単位)
		(二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1月につき +120単位)
ニ サービス提供体制強化加算	(1)イを算定する場合(基本夜間対応型訪問介護費を除く)	(一)サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき +22単位)
		(二)サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき +18単位)
		(三)サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき +6単位)
	(2)ロを算定する場合	(一)サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき +154単位)
		(二)サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき +126単位)
		(三)サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき +42単位)
ホ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき +所定単位×267／1000)	
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき +所定単位×278／1000)	
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき +所定単位×246／1000)	
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき +所定単位×257／1000)	
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×204／1000)	
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位×167／1000)	

注
所定単位は、イからニまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域夜間対応型訪問介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

2－2 地域密着型通所介護費

基本部分			注 利用者の数が利用定員を超える場合	注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 入浴介助を行わない場合	注 通少サービスに対する減算	注 2時間以上3時間未満の地域密着型通所介護を行う場合	注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	注 8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合	注 共生型地域密着型通所介護を行う場合	注 生活相談員配置等加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 入浴介助加算(Ⅰ)	注 入浴介助加算(Ⅱ)	注 中重度者ケア体制加算	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	注 個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 ADL維持等加算(Ⅰ)	注 ADL維持等加算(Ⅱ)	注 認知症加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 栄養アセスメント加算	注 栄養改善加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	注 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	注 口腔機能向上加算(Ⅰ)	注 口腔機能向上加算(Ⅱ)	注 科学的介護推進体制加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に地域密着型通所介護を行う場合	注 事業所が送迎を行わない場合	注 重度者ケア体制加算
イ 地域密着型通所介護費	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1（ 416 単位）	×70/100	×70/100	−1/100	−1/100			×70/100	+3/100	9時間以上10時間未満の場合+50単位 10時間以上11時間未満の場合+100単位 11時間以上12時間未満の場合+150単位 12時間以上13時間未満の場合+200単位 13時間以上14時間未満の場合+250単位	指定生活介護事業所が行う場合 ×93/100 指定自立訓練事業所が行う場合 ×95/100 指定児童発達支援事業所が行う場合 ×90/100 指定放課後等デイサービス事業所が行う場合 ×90/100	1日につき +13単位	+5/100	1日につき +40単位	1日につき +55単位	1日につき +45単位	1月につき +100単位（3月に1回を限度）	1月につき +200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき +100単位	1日につき +56単位	1日につき +76単位	1月につき +20単位	1月につき +30単位	1月につき +60単位	1日につき +60単位	1日につき +60単位	1月につき +50単位	1回につき +200単位（月2回を限度）	1回につき +20単位（6月に1回を限度）	1回につき +5単位（6月に1回を限度）	1回につき +150単位（月2回を限度）	1回につき +160単位（月2回を限度）	1月につき +40単位	1日につき −94単位	片道につき −47単位	
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1（ 436 単位）																																
		要介護2（ 501 単位）																																
		要介護3（ 566 単位）																																
		要介護4（ 629 単位）																																
		要介護5（ 695 単位）																																
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1（ 657 単位）																																
		要介護2（ 776 単位）																																
		要介護3（ 896 単位）																																
		要介護4（ 1,013 単位）																																
		要介護5（ 1,134 単位）																																
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1（ 678 単位）																																
		要介護2（ 801 単位）																																
		要介護3（ 925 単位）																																
		要介護4（ 1,049 単位）																																
		要介護5（ 1,172 単位）																																
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1（ 753 単位）																																
		要介護2（ 890 単位）																																
		要介護3（ 1,032 単位）																																
		要介護4（ 1,172 単位）																																
		要介護5（ 1,312 単位）																																
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1（ 783 単位）																																
		要介護2（ 925 単位）																																
		要介護3（ 1,072 単位）																																
		要介護4（ 1,220 単位）																																
		要介護5（ 1,365 単位）																																
ロ 療養通所介護費(1月につき)		（ 12,785 単位）					×95/100	×70/100																										
ハ 短期利用療養通所介護費(1日につき)		（ 1,335 単位）																																

ニ サービス提供体制強化加算	(1)イを算定している場合	（一） サービス提供体制強化加算(Ⅰ) （1回につき 22単位を加算）	
		（二） サービス提供体制強化加算(Ⅱ) （1回につき 18単位を加算）	
		（三） サービス提供体制強化加算(Ⅲ) （1回につき 6単位を加算）	
	(2)ロを算定している場合	（一） サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ （1月につき 48単位を加算）	
		（二） サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ （1月につき 24単位を加算）	
	(3)ハを算定している場合	（一） サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ （1日につき 12単位を加算）	
		（二） サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ （1日につき 6単位を加算）	

ホ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ （1月につき ＋所定単位×117／1000）	注 所定単位は、イからニまでにより算定した単位数の合計
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ （1月につき ＋所定単位×127／1000）	
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ （1月につき ＋所定単位×115／1000）	
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ （1月につき ＋所定単位×125／1000）	
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) （1月につき ＋所定単位×105／1000）	
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) （1月につき ＋所定単位×69／1000）	

：「特別地域夜間対応型訪問介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

3 認知症対応型通所介護費

基本部分				注 利用者の数が利用定員を超える場合	又は 注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合	注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	注 8時間以上9時間未満の認知症対応型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 入浴介助加算(Ⅰ)	入浴介助加算(Ⅱ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 ADL維持等加算(Ⅰ)	ADL維持等加算(Ⅱ)	注 若年性認知症利用者受入加算	注 栄養アセスメント加算	注 栄養改善加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	注 口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	注 科学的介護推進体制加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に認知症対応型通所介護を行う場合	注 事業所が送迎を行わない場合
イ 認知症対応型通所介護費(Ⅰ)	(1) 認知症対応型通所介護費(ⅰ)	(一) 3時間以上4時間未満	要介護1	(543 単位)																										
			要介護2	(597 単位)																										
			要介護3	(653 単位)																										
			要介護4	(708 単位)																										
			要介護5	(762 単位)																										
		(二) 4時間以上5時間未満	要介護1	(569 単位)																										
			要介護2	(626 単位)																										
			要介護3	(684 単位)																										
			要介護4	(741 単位)																										
			要介護5	(799 単位)																										
		(三) 5時間以上6時間未満	要介護1	(858 単位)																										
			要介護2	(950 単位)																										
			要介護3	(1,040 単位)																										
			要介護4	(1,132 単位)																										
			要介護5	(1,225 単位)																										
		(四) 6時間以上7時間未満	要介護1	(880 単位)																										
			要介護2	(974 単位)																										
			要介護3	(1,066 単位)																										
			要介護4	(1,161 単位)																										
			要介護5	(1,256 単位)																										
		(五) 7時間以上8時間未満	要介護1	(994 単位)																										
			要介護2	(1,102 単位)																										
			要介護3	(1,210 単位)																										
			要介護4	(1,319 単位)																										
			要介護5	(1,427 単位)																										
		(六) 8時間以上9時間未満	要介護1	(1,026 単位)																										
			要介護2	(1,137 単位)																										
			要介護3	(1,248 単位)																										
			要介護4	(1,362 単位)																										
			要介護5	(1,472 単位)																										
	(2) 認知症対応型通所介護費(ⅱ)	(一) 3時間以上4時間未満	要介護1	(491 単位)																										
			要介護2	(541 単位)																										
			要介護3	(589 単位)																										
			要介護4	(639 単位)																										
			要介護5	(688 単位)																										
		(二) 4時間以上5時間未満	要介護1	(515 単位)																										
			要介護2	(566 単位)																										
			要介護3	(618 単位)																										
			要介護4	(669 単位)																										
			要介護5	(720 単位)																										
		(三) 5時間以上6時間未満	要介護1	(771 単位)																										
			要介護2	(854 単位)																										
			要介護3	(936 単位)																										
			要介護4	(1,016 単位)																										
			要介護5	(1,099 単位)																										
		(四) 6時間以上7時間未満	要介護1	(790 単位)																										
			要介護2	(876 単位)																										
			要介護3	(960 単位)																										
			要介護4	(1,042 単位)																										
			要介護5	(1,127 単位)																										
		(五) 7時間以上8時間未満	要介護1	(894 単位)																										
			要介護2	(989 単位)																										
			要介護3	(1,086 単位)																										
			要介護4	(1,183 単位)																										
			要介護5	(1,278 単位)																										
		(六) 8時間以上9時間未満	要介護1	(922 単位)																										
			要介護2	(1,020 単位)																										
			要介護3	(1,120 単位)																										
			要介護4	(1,221 単位)																										
			要介護5	(1,321 単位)																										
ロ 認知症対応型通所介護費(Ⅱ)	(1) 3時間以上4時間未満		要介護1	(267 単位)																										
			要介護2	(277 単位)																										
			要介護3	(286 単位)																										
			要介護4	(295 単位)																										
			要介護5	(305 単位)																										
	(2) 4時間以上5時間未満		要介護1	(279 単位)																										
			要介護2	(290 単位)																										
			要介護3	(299 単位)																										
			要介護4	(309 単位)																										
			要介護5	(319 単位)																										
	(3) 5時間以上6時間未満		要介護1	(445 単位)																										
			要介護2	(460 単位)																										
			要介護3	(477 単位)																										
			要介護4	(493 単位)																										
			要介護5	(510 単位)																										
	(4) 6時間以上7時間未満		要介護1	(457 単位)																										
			要介護2	(472 単位)																										
			要介護3	(489 単位)																										
			要介護4	(506 単位)																										
			要介護5	(522 単位)																										
	(5) 7時間以上8時間未満		要介護1	(523 単位)																										
			要介護2	(542 単位)																										
			要介護3	(560 単位)																										
			要介護4	(578 単位)																										
			要介護5	(598 単位)																										
	(6) 8時間以上9時間未満		要介護1	(540 単位)																										
			要介護2	(559 単位)																										
			要介護3	(578 単位)																										
			要介護4	(597 単位)																										
			要介護5	(618 単位)																										
					×70/100	×70/100	−1／100	−1／100	×63/100	+3／100	9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位	+5／100	1日につき +40単位	1日につき +55単位	1月につき +100単位 (3月に1回を限度)	1月につき +200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき+100単位	1日につき +27単位	1月につき +20単位	1月につき +30単位	1月につき +60単位	1日につき +60単位	1月につき +50単位	1回につき +200単位 (月2回を限度)	1回につき +20単位 (6月に1回を限度)	1回につき +5単位 (6月に1回を限度)	1回につき +150単位 (月2回を限度)	1回につき +160単位 (月2回を限度)	1月につき +40単位	1日につき −94単位	片道につき −47単位
								×63/100		9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位																			

ハ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき 22単位を加算)	
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき 18単位を加算)	
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき 6単位を加算)	
ニ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき ＋所定単位×216／1000)	注 所定単位は、イからハまでにより算定した単位数の合計
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき ＋所定単位×236／1000)	
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき ＋所定単位×209／1000)	
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき ＋所定単位×229／1000)	
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき ＋所定単位×185／1000)	
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき ＋所定単位×157／1000)	

：「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合」、「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に認知症対応型通所介護を行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

4 小規模多機能型居宅介護費

基本部分			注 登録者数が登録定員を超える場合 又は 従業者の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 過少サービスに対する減算	注 特別地域小規模多機能型居宅介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 小規模多機能型居宅介護費（1月につき）	(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合	要介護1 (10,458 単位)	×70／100	−1／100	−1／100	−1／100	×70／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100
		要介護2 (15,370 単位)								
		要介護3 (22,359 単位)								
		要介護4 (24,677 単位)								
		要介護5 (27,209 単位)								
	(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合	要介護1 (9,423 単位)								
		要介護2 (13,849 単位)								
		要介護3 (20,144 単位)								
		要介護4 (22,233 単位)								
		要介護5 (24,516 単位)								
ロ 短期利用居宅介護費(1日につき)		要介護1 (572 単位)								
		要介護2 (640 単位)								
		要介護3 (709 単位)								
		要介護4 (777 単位)								
		要介護5 (843 単位)								

ハ 初期加算（イを算定する場合のみ算定）	（1日につき 30単位を加算）
二 認知症加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 認知症加算(Ⅰ)（1月につき 920単位を加算）
	(2) 認知症加算(Ⅱ)（1月につき 890単位を加算）
	(3) 認知症加算(Ⅲ)（1月につき 760単位を加算）
	(4) 認知症加算(Ⅳ)（1月につき 460単位を加算）
ホ 認知症行動・心理症状緊急対応加算(ロを算定する場合のみ算定)	（1日につき 200単位を加算(7日間を限度)）
ヘ 若年性認知症利用者受入加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 800単位を加算）
ト 看護職員配置加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 看護職員配置加算(Ⅰ)（1月につき 900単位を加算）
	(2) 看護職員配置加算(Ⅱ)（1月につき 700単位を加算）
	(3) 看護職員配置加算(Ⅲ)（1月につき 480単位を加算）
チ 看取り連携体制加算（イを算定する場合のみ算定）	（1日につき 64単位を加算）
リ 訪問体制強化加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 1,000単位を加算）
ヌ 総合マネジメント体制強化加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)（1月につき 1,200単位を加算）
	(2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)（1月につき 800単位を加算）
ル 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)（1月につき ＋100単位）
	(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)（1月につき ＋200単位）
ヲ 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)	（1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度)）
ワ 科学的介護推進体制加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 40単位を加算）
カ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ)（1月につき 100単位を加算）
	(2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ)（1月につき 10単位を加算）
ヨ サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合 (一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)（1月につき 750単位を加算）
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)（1月につき 640単位を加算）
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)（1月につき 350単位を加算）
	(2) ロを算定している場合 (一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)（1日につき 25単位を加算）
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)（1日につき 21単位を加算）
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)（1日につき 12単位を加算）
タ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ（1月につき ＋所定単位×171／1000）
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ（1月につき ＋所定単位×186／1000）
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ（1月につき ＋所定単位×168／1000）
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ（1月につき ＋所定単位×183／1000）
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)（1月につき ＋所定単位×156／1000）
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)（1月につき ＋所定単位×128／1000）

注
所定単位は、イからヨまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「訪問体制強化加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ イ(2)を算定する場合は、支給限度基準額の算定の際、イ(1)の単位数を算入

5 認知症対応型共同生活介護費

基本部分			注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数が利用定員を超える場合 又は 介護従業者の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	注 夜間支援体制加算(Ⅰ)	注 夜間支援体制加算(Ⅱ)	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算
イ 認知症対応型共同生活介護費（1日につき）	(1) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要介護1 (765 単位)	×97／100	×70／100	−10／100	−1／100	−3／100	1日につき −50単位	1日につき +50単位	1日につき +25単位	1日につき +200単位（7日間を限度）	1日につき +120単位
		要介護2 (801 単位)										
		要介護3 (824 単位)										
		要介護4 (841 単位)										
		要介護5 (859 単位)										
	(2) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要介護1 (753 単位)										
		要介護2 (788 単位)										
		要介護3 (812 単位)										
		要介護4 (828 単位)										
		要介護5 (845 単位)										
ロ 短期利用認知症対応型共同生活介護費（1日につき）※	(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要介護1 (793 単位)			−1／100			1日につき −50単位	1日につき +50単位	1日につき +25単位		
		要介護2 (829 単位)										
		要介護3 (854 単位)										
		要介護4 (870 単位)										
		要介護5 (887 単位)										
	(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要介護1 (781 単位)										
		要介護2 (817 単位)										
		要介護3 (841 単位)										
		要介護4 (858 単位)										
		要介護5 (874 単位)										

注 入院時費用		利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定
注 看取り介護加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 死亡日以前31日以上45日以下	(1日につき 72単位を加算)
	(2) 死亡日以前4日以上30日以下	(1日につき 144単位を加算)
	(3) 死亡日以前2日又は3日	(1日につき 680単位を加算)
	(4) 死亡日	(1日につき 1，280単位を加算)
ハ 初期加算（イを算定する場合のみ算定）		(1日につき 30単位を加算)
ニ 協力医療機関連携加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合	(1月につき 100単位を加算)
	(2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合	(1月につき 40単位を加算)
ホ 医療連携体制加算	(1) 医療連携体制加算Ⅰ(イ)	(1日につき 57単位を加算)
	(2) 医療連携体制加算Ⅰ(ロ)	(1日につき 47単位を加算)
	(3) 医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	(1日につき 37単位を加算)
	(4) 医療連携体制加算(Ⅱ)	(1日につき 5単位を加算)
ヘ 退居時情報提供加算（イを算定する場合のみ算定）		(250単位を加算)
ト 退居時相談援助加算（イを算定する場合のみ算定）		(400単位を加算(利用者1人につき1回を限度))
チ 認知症専門ケア加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)
リ 認知症チームケア推進加算（イを算定する場合のみ算定）	(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	(1月につき 150単位を加算)
	(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	(1月につき 120単位を加算)
ヌ 生活機能向上連携加算	(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1月につき 200単位を加算)
ル 栄養管理体制加算（イを算定する場合のみ算定）		(1月につき ＋30単位を加算)
ヲ 口腔衛生管理体制加算（イを算定する場合のみ算定）		(1月につき 30単位を加算)
ワ 口腔・栄養スクリーニング加算（イを算定する場合のみ算定）		(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))
カ 科学的介護推進体制加算（イを算定する場合のみ算定）		(1月につき 40単位を加算)
ヨ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)
	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1月につき 5単位を加算)
タ 新興感染症等施設療養費		(1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定)
レ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)
ソ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)

注
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

ツ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき ＋所定単位×210／1000)
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき ＋所定単位×228／1000)
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき ＋所定単位×202／1000)
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき ＋所定単位×220／1000)
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき ＋所定単位×179／1000)
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき ＋所定単位×149／1000)

注
所定単位数は、イからソまでにより算定した単位数の合計

※ 短期利用認知症対応型共同生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。

6 地域密着型特定施設入居者生活介護費

基本部分		注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 入居継続支援加算(Ⅰ)	注 入居継続支援加算(Ⅱ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	注 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	注 個別機能訓練加算(Ⅰ)	注 個別機能訓練加算(Ⅱ)	注 ADL維持等加算(Ⅰ)	注 ADL維持等加算(Ⅱ)	注 夜間看護体制加算(Ⅰ)	注 夜間看護体制加算(Ⅱ)	注 若年性認知症入居者受入加算	注 協力医療機関連携加算		注 口腔衛生管理体制加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算
イ 地域密着型特定施設入居者生活介護費(1日につき)	要介護1 (546 単位)	×70／100	−10／100	−1／100	−3／100	1日につき ＋36単位	1日につき ＋22単位	1月につき ＋100単位 (3月に1回を限度)	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき＋100単位	1日につき ＋12単位	1月につき ＋20単位	1月につき ＋30単位	1月につき ＋60単位	1日につき ＋18単位	1日につき ＋9単位	1日につき ＋120単位	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合 1月につき ＋100単位	左記以外の協力医療機関と連携している場合 1月につき ＋40単位	1月につき ＋30単位	1回につき ＋20単位 (6月に1回を限度)
	要介護2 (614 単位)																			
	要介護3 (685 単位)																			
	要介護4 (750 単位)																			
	要介護5 (820 単位)																			
ロ 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費(1日につき)※	要介護1 (546 単位)		−1／100																	
	要介護2 (614 単位)																			
	要介護3 (685 単位)																			
	要介護4 (750 単位)																			
	要介護5 (820 単位)																			

ハ 退院・退所時連携加算(イを算定する場合のみ算定)		(1日につき 30単位を加算)
ニ 看取り介護加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1)看取り介護加算(Ⅰ)	(1) 死亡日以前31日以上45日以下 (1日につき 72単位を加算)
		(2) 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき 144単位を加算)
		(3) 死亡日以前2日又は3日 (1日につき 680単位を加算)
		(4) 死亡日 (1日につき 1,280単位を加算)
	(2)看取り介護加算(Ⅱ)	(1) 死亡日以前31日以上45日以下 (1日につき 572単位を加算)
		(2) 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき 644単位を加算)
		(3) 死亡日以前2日又は3日 (1日につき 1180単位を加算)
		(4) 死亡日 (1日につき 1780単位を加算)
ホ 退居時情報提供加算 (イを算定する場合のみ算定)		(250単位)
ヘ 認知症専門ケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)
ト 科学的介護推進体制加算(イを算定する場合のみ算定)		(1月につき 40単位を加算)
	(1)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)
	(2)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1月につき 5単位を加算)
リ 新興感染症等施設療養費		(1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定)
ヌ 生産性向上推進体制加算	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)
ル サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)
ヲ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき ＋所定単位×148／1000)
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき ＋所定単位×159／1000)
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき ＋所定単位×142／1000)
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき ＋所定単位×153／1000)
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき ＋所定単位×130／1000)
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき ＋所定単位×108／1000)

注
所定単位は、イからルまでにより算定した単位数の合計

※ 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。

7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

基本部分			注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 入所者の数が入所定員を超える場合 又は	注 介護・看護職員又は介護支援専門員の員数が基準に満たない場合	注 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 安全管理体制未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 栄養管理の基準を満たさない場合	注 日常生活継続支援加算	注 看護体制加算（Ⅰ）	注 看護体制加算（Ⅱ）	注 夜勤職員配置加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	注 夜勤職員配置加算（Ⅲ）・（Ⅳ）	注 準ユニットケア加算	注 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	注 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	注 個別機能訓練加算（Ⅰ）	注 個別機能訓練加算（Ⅱ）	注 個別機能訓練加算（Ⅲ）	注 ADL維持等加算（Ⅰ）	注 ADL維持等加算（Ⅱ）	注 若年性認知症入所者受入加算	注 専従の常勤医師を配置している場合	注 精神科医師による療養指導が月2回以上行われている場合	注 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	注 障害者生活支援体制加算（Ⅱ）
イ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（1日につき）	（1） 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅰ）＜従来型個室＞	要介護1 （ 600 単位）	×97／100	×70／100	×70／100	×97／100	−10／100	1日につき −5単位	−1／100	−3／100	1日につき −14単位	1日につき ＋36単位	1日につき ＋12単位	1日につき ＋23単位	1日につき ＋41単位	1日につき ＋56単位	1日につき ＋5単位	1月につき ＋100単位（3月に1回を限度）	1月につき ＋200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき＋100単位	＋12単位	1月につき ＋20単位	1月につき ＋20単位	1月につき ＋30単位	1月につき ＋60単位	1日につき ＋120単位	1日につき ＋25単位	1日につき ＋5単位	1日につき ＋26単位	1日につき ＋41単位
		要介護2 （ 671 単位）																									
		要介護3 （ 745 単位）																									
		要介護4 （ 817 単位）																									
		要介護5 （ 887 単位）																									
	（2） 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）＜多床室＞	要介護1 （ 600 単位）																									
		要介護2 （ 671 単位）																									
		要介護3 （ 745 単位）																									
		要介護4 （ 817 単位）																									
		要介護5 （ 887 単位）																									
ロ ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（1日につき）	（1） ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費＜ユニット型個室＞	要介護1 （ 682 単位）				×97／100						1日につき ＋46単位			1日につき ＋46単位	1日につき ＋61単位												
		要介護2 （ 753 単位）																									
		要介護3 （ 828 単位）																									
		要介護4 （ 901 単位）																									
		要介護5 （ 971 単位）																									
	（2） 経過的ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 （ 682 単位）																									
		要介護2 （ 753 単位）																									
		要介護3 （ 828 単位）																									
		要介護4 （ 901 単位）																									
		要介護5 （ 971 単位）																									
ハ 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（1日につき）	（1） 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅰ）＜従来型個室＞	要介護1 （ 697 単位）										1日につき ＋36単位	1日につき ＋4単位	1日につき ＋8単位	1日につき ＋13単位	1日につき ＋16単位	1日につき ＋5単位											
		要介護2 （ 765 単位）																									
		要介護3 （ 837 単位）																									
		要介護4 （ 905 単位）																									
		要介護5 （ 972 単位）																									
	（2） 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）＜多床室＞	要介護1 （ 697 単位）																									
		要介護2 （ 765 単位）																									
		要介護3 （ 837 単位）																									
		要介護4 （ 905 単位）																									
		要介護5 （ 972 単位）																									
ニ 経過的ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（1日につき）	（1） 経過的ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅰ）＜ユニット型個室＞	要介護1 （ 771 単位）				×97／100						1日につき ＋46単位			1日につき ＋18単位	1日につき ＋21単位												
		要介護2 （ 838 単位）																									
		要介護3 （ 913 単位）																									
		要介護4 （ 982 単位）																									
		要介護5 （ 1,048 単位）																									
	（2） 経過的ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（Ⅱ）＜ユニット型個室的多床室＞	要介護1 （ 771 単位）																									
		要介護2 （ 838 単位）																									
		要介護3 （ 913 単位）																									
		要介護4 （ 982 単位）																									
		要介護5 （ 1,048 単位）																									

注 外泊時費用		入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定
注 外泊時在宅サービス利用費用		入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定
ホ 初期加算	（1日につき 30単位を加算）	
ヘ 退所時栄養情報連携加算	（1月につき1回を限度として70単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ト 再入所時栄養連携加算	（入所者1人につき1回を限度として200単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
チ 退所時等相談援助加算	（1） 退所前訪問相談援助加算 （入所中1回（又は2回）を限度に、460単位を算定）	
	（2） 退所後訪問相談援助加算 （退所後1回を限度に、460単位を算定）	
	（3） 退所時相談援助加算 （400単位）	注 入所者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合
	（4） 退所前連携加算 （500単位）	注 居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
	（5） 退所時情報提供加算 （250単位）	注 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合
リ 協力医療機関連携加算	（1） 相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 （1月につき 50単位を加算）	
	（2） 上記以外の協力医療機関と連携している場合 （1月につき 5単位を加算）	
ヌ 栄養マネジメント強化加算	（1日につき 11単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ル 経口移行加算	（1日につき 28単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。
ヲ 経口維持加算	（1） 経口維持加算（Ⅰ） （1月につき 400単位を加算）	注 栄養管理の基準を満たさない場合又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。
	（2） 経口維持加算（Ⅱ） （1月につき 100単位を加算）	注 経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合には、算定しない。
ワ 口腔衛生管理加算	（1） 口腔衛生管理加算（Ⅰ） （1月につき 90単位を加算）	
	（2） 口腔衛生管理加算（Ⅱ） （1月につき 110単位を加算）	注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合
カ 療養食加算	（1回につき 6単位を加算（1日に3回を限度））	
ヨ 特別通院送迎加算	（1月につき 594単位を加算）	
タ 配置医師緊急時対応加算	（1） 配置医師の勤務時間外の場合 （1回につき 325単位を加算）	
	（2） 早朝・夜間の場合 （1回につき 650単位を加算）	
	（3） 深夜の場合 （1回につき 1300単位を加算）	
レ 看取り介護加算	（1） 看取り介護加算（Ⅰ） （1） 死亡日以前31日以上45日以下 （1日につき 72単位を加算）	
	（2） 死亡日以前4日以上30日以下 （1日につき 144単位を加算）	
	（3） 死亡日以前2日又は3日 （1日につき 680単位を加算）	
	（4） 死亡日 （1日につき 1280単位を加算）	
	（2） 看取り介護加算（Ⅱ） （1） 死亡日以前31日以上45日以下 （1日につき 72単位を加算）	
	（2） 死亡日以前4日以上30日以下 （1日につき 144単位を加算）	
	（3） 死亡日以前2日又は3日 （1日につき 780単位を加算）	
	（4） 死亡日 （1日につき 1580単位を加算）	
ソ 在宅復帰支援機能加算	（1日につき 10単位を加算）	
ツ 在宅・入所相互利用加算	（1日につき 40単位を加算）	
ネ 小規模拠点集合型施設加算	（1日につき 50単位を加算）	
ナ 認知症専門ケア加算	（1） 認知症専門ケア加算（Ⅰ） （1日につき 3単位を加算）	
	（2） 認知症専門ケア加算（Ⅱ） （1日につき 4単位を加算）	
ラ 認知症チームケア推進加算	（1） 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） （1月につき 150単位を加算）	
	（2） 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） （1月につき 120単位を加算）	
ム 認知症行動・心理症状緊急対応加算	（入所後7日に限り 1日につき200単位を加算）	
ウ 褥瘡マネジメント加算	（1） 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） （1月につき 3単位を加算）	
	（2） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） （1月につき 13単位を加算）	
キ 排せつ支援加算	（1） 排せつ支援加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）	
	（2） 排せつ支援加算（Ⅱ） （1月につき 15単位を加算）	
	（3） 排せつ支援加算（Ⅲ） （1月につき 20単位を加算）	
ノ 自立支援促進加算	（1月につき 280単位を加算）	
オ 科学的介護推進体制加算	（1） 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 40単位を加算）	
	（2） 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 50単位を加算）	
ク 安全対策体制加算	（入所者1人につき1回を限度として20単位を算定）	
ヤ 高齢者施設等感染対策向上加算	（1） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） （1月につき 10単位を加算）	
	（2） 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） （1月につき 5単位を加算）	
マ 新興感染症等施設療養費	（1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定）	
ケ 生産性向上推進体制加算	（1） 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） （1月につき 100単位を加算）	
	（2） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） （1月につき 10単位を加算）	
フ サービス提供体制強化加算	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1日につき 22単位を加算）	
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1日につき 18単位を加算）	
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1日につき 6単位を加算）	
コ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×163／1000）	注 所定単位は、イからフまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×176／1000）	
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×159／1000）	
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×172／1000）	
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×136／1000）	
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×113／1000）	

8 複合型サービス費

基本部分			注 登録者数が登録定員を超える場合 又は 従業者の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 過少サービスに対する減算	注 サテライト体制未整備減算	注 特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 訪問看護体制減算（1月につき）	注 末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行われる場合の減算（1月につき）	注 特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護が行われる場合の減算（1日につき）
イ 看護小規模多機能型居宅介護費（1月につき）	（1） 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合	要介護1（ 12,447 単位）	×70／100	−1／100	−1／100	−1／100	×70／100	×97／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	−925単位	−925単位	−30単位
		要介護2（ 17,415 単位）										−925単位	−925単位	−30単位
		要介護3（ 24,481 単位）										−925単位	−925単位	−30単位
		要介護4（ 27,766 単位）										−1,850単位	−1,850単位	−60単位
		要介護5（ 31,408 単位）										−2,914単位	−2,914単位	−95単位
	（2） 同一建物に居住する者に対して行う場合	要介護1（ 11,214 単位）										−925単位	−925単位	−30単位
		要介護2（ 15,691 単位）										−925単位	−925単位	−30単位
		要介護3（ 22,057 単位）										−925単位	−925単位	−30単位
		要介護4（ 25,017 単位）										−1,850単位	−1,850単位	−60単位
		要介護5（ 28,298 単位）										−2,914単位	−2,914単位	−95単位
ロ 短期利用居宅介護費（1日につき）		要介護1（ 571 単位）												
		要介護2（ 638 単位）												
		要介護3（ 706 単位）												
		要介護4（ 773 単位）												
		要介護5（ 839 単位）												

ハ 初期加算（イを算定する場合のみ算定）	（1日につき 30単位を加算）

ニ 認知症加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 認知症加算（Ⅰ）	（1月につき 920単位を加算）
	（2） 認知症加算（Ⅱ）	（1月につき 890単位を加算）
	（3） 認知症加算（Ⅲ）	（1月につき 760単位を加算）
	（4） 認知症加算（Ⅳ）	（1月につき 460単位を加算）

ホ 認知症行動・心理症状緊急対応加算（ロを算定する場合のみ算定）	（1日につき 200単位を加算（7日間を限度））
ヘ 若年性認知症利用者受入加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 800単位を加算）
ト 栄養アセスメント加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 50単位を加算）
チ 栄養改善加算（イを算定する場合のみ算定）	（1回につき 200単位を加算（1月に2回を限度））

リ 口腔・栄養スクリーニング加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	（1回につき 20単位を加算（6月に1回を限度））
	（2） 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（1回につき 5単位を加算（6月に1回を限度））

ヌ 口腔機能向上加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 口腔機能向上加算（Ⅰ）	（1回につき ＋150単位（月2回を限度））
	（2） 口腔機能向上加算（Ⅱ）	（1回につき ＋160単位（月2回を限度））

ル 退院時共同指導加算（イを算定する場合のみ算定）	（1回につき 600単位を加算）
ヲ 緊急時対応加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 774単位を加算）

ワ 特別管理加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 特別管理加算（Ⅰ）	（1月につき 500単位を加算）
	（2） 特別管理加算（Ⅱ）	（1月につき 250単位を加算）

カ 専門管理加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 250単位を加算）
ヨ ターミナルケア加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 2,500単位を加算）

注
死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合

タ 遠隔死亡診断補助加算（イを算定する場合のみ算定）	（150単位を加算）

注
主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合

レ 看護体制強化加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 看護体制強化加算（Ⅰ）	（1月につき 3，000単位を加算）
	（2） 看護体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき 2，500単位を加算）

ソ 訪問体制強化加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 1，000単位を加算）

ツ 総合マネジメント体制強化加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	（1月につき 1，200単位を加算）
	（2） 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき 800単位を加算）

ネ 褥瘡マネジメント加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	（1月につき 3単位を加算）
	（2） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	（1月につき 13単位を加算）

ナ 排せつ支援加算（イを算定する場合のみ算定）	（1） 排せつ支援加算（Ⅰ）	（1月につき 10単位を加算）
	（2） 排せつ支援加算（Ⅱ）	（1月につき 15単位を加算）
	（3） 排せつ支援加算（Ⅲ）	（1月につき 20単位を加算）

ラ 科学的介護推進体制加算（イを算定する場合のみ算定）	（1月につき 40単位を加算）

ム 生産性向上推進体制加算	（1）生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（1月につき 100単位を加算）
	（2）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき 10単位を加算）

ウ サービス提供体制強化加算	（1） イを算定している場合	（一） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1月につき 750単位を加算）
		（二） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1月につき 640単位を加算）
		（三） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	（1月につき 350単位を加算）
	（2） ロを算定している場合	（一） サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1日につき 25単位を加算）
		（二） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1日につき 21単位を加算）
		（三） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	（1日につき 12単位を加算）

ヰ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	（1月につき ＋所定単位×168／1000）
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	（1月につき ＋所定単位×177／1000）
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	（1月につき ＋所定単位×165／1000）
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	（1月につき ＋所定単位×174／1000）
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（1月につき ＋所定単位×153／1000）
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（1月につき ＋所定単位×125／1000）

注
所定単位は、イからウまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」、「看護体制強化加算」、「訪問体制強化加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ イ(2)を算定する場合は、支給限度基準額の算定の際、イ(1)の単位数を算入

Ⅱ　指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数の算定構造

1　介護予防認知症対応型通所介護費

基本部分				注 利用者の数が利用定員を超える場合	又は 注 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 2時間以上3時間未満の介護予防認知症対応型通所介護を行う場合	注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	注 9時間以上9時間未満の介護予防認知症対応型通所介護の前後に日常生活上の世話を行う場合	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助加算（Ⅱ）	注 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	注 個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別機能訓練加算（Ⅱ）	注 若年性認知症利用者受入加算	注 栄養アセスメント加算	注 栄養改善加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	注 口腔機能向上加算（Ⅰ）	口腔機能向上加算（Ⅱ）	注 科学的介護推進体制加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防認知症対応型通所介護を行う場合	注 事業所が送迎を行わない場合
イ 介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）	（1） 介護予防認知症対応型通所介護費（ⅰ）（旧単独型）	（一） 3時間以上4時間未満	要支援1（ 475 単位）	×70/100	×70/100	−1／100	−1／100	×63/100	+3／100	9時間以上10時間未満の場合 +50単位 10時間以上11時間未満の場合 +100単位 11時間以上12時間未満の場合 +150単位 12時間以上13時間未満の場合 +200単位 13時間以上14時間未満の場合 +250単位	+5／100	1日につき +40単位	1日につき +55単位	1月につき +100単位 （3月に1回を限度）	1月につき +200単位 ※ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき +100単位	1日につき +27単位	1月につき +20単位	1日につき +60単位	1月につき +50単位	1月につき +200単位	1回につき +20単位 （6月に1回を限度）	1回につき +5単位 （6月に1回を限度）	1月につき +150単位	1月につき +160単位	1月につき +40単位	1日につき −94単位	片道につき −47単位
			要支援2（ 526 単位）																									
		（二） 4時間以上5時間未満	要支援1（ 497 単位）																									
			要支援2（ 551 単位）																									
		（三） 5時間以上6時間未満	要支援1（ 741 単位）																									
			要支援2（ 828 単位）																									
		（四） 6時間以上7時間未満	要支援1（ 760 単位）																									
			要支援2（ 851 単位）																									
		（五） 7時間以上8時間未満	要支援1（ 861 単位）																									
			要支援2（ 961 単位）																									
		（六） 8時間以上9時間未満	要支援1（ 888 単位）																									
			要支援2（ 991 単位）																									
	（2） 介護予防認知症対応型通所介護費（ⅱ）（旧併設型）	（一） 3時間以上4時間未満	要支援1（ 429 単位）																									
			要支援2（ 476 単位）																									
		（二） 4時間以上5時間未満	要支援1（ 449 単位）																									
			要支援2（ 498 単位）																									
		（三） 5時間以上6時間未満	要支援1（ 667 単位）																									
			要支援2（ 743 単位）																									
		（四） 6時間以上7時間未満	要支援1（ 684 単位）																									
			要支援2（ 762 単位）																									
		（五） 7時間以上8時間未満	要支援1（ 773 単位）																									
			要支援2（ 864 単位）																									
		（六） 8時間以上9時間未満	要支援1（ 798 単位）																									
			要支援2（ 891 単位）																									
ロ 介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）	（1） 3時間以上4時間未満		要支援1（ 248 単位）																									
			要支援2（ 262 単位）																									
	（2） 4時間以上5時間未満		要支援1（ 260 単位）																									
			要支援2（ 274 単位）																									
	（3） 5時間以上6時間未満		要支援1（ 413 単位）																									
			要支援2（ 436 単位）																									
	（4） 6時間以上7時間未満		要支援1（ 424 単位）																									
			要支援2（ 447 単位）																									
	（5） 7時間以上8時間未満		要支援1（ 484 単位）																									
			要支援2（ 513 単位）																									
	（6） 8時間以上9時間未満		要支援1（ 500 単位）																									
			要支援2（ 529 単位）																									

	（1） サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1回につき 22単位を加算）	
	（2） サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1回につき 18単位を加算）	
	（3） サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1回につき 6単位を加算）	
ニ 介護職員等処遇改善加算	（1） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ （1月につき ＋所定単位×216／1000）	注 所定単位は、イからハまでにより算定した単位数の合計
	（2） 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （1月につき ＋所定単位×236／1000）	
	（3） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ （1月につき ＋所定単位×209／1000）	
	（4） 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ （1月につき ＋所定単位×229／1000）	
	（5） 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） （1月につき ＋所定単位×185／1000）	
	（6） 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） （1月につき ＋所定単位×157／1000）	

：「感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合」、「事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防認知症対応型通所介護を行う場合」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

2 介護予防小規模多機能型居宅介護費

基本部分	注 登録者数が登録定員を超える場合 又は 従業者の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 過少サービスに対する減算	注 特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
	×70／100	－1／100	－1／100	－1／100	×70／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100

イ 介護予防小規模多機能型居宅介護費(1月につき)	(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合	要支援1 (3,450 単位)
		要支援2 (6,972 単位)
	(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合	要支援1 (3,109 単位)
		要支援2 (6,281 単位)
ロ 介護予防短期利用居宅介護費(1日につき)		要支援1 (424 単位)
		要支援2 (531 単位)
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)		1日につき 30単位を加算)
ニ 認知症行動・心理症状緊急対応加算(ロを算定する場合のみ算定)		(1日につき 200単位を加算(7日間を限度))
ホ 若年性認知症利用者受入加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1月につき 450単位を加算)
ヘ 総合マネジメント体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 1，200単位を加算)
		(2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 800単位を加算)
ト 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) (1月につき ＋100単位)	
	(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ) (1月につき ＋200単位)	
チ 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)		(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))
リ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1月につき 40単位を加算)
ヌ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算)	
	(2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)	
ル サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 750単位を加算)
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 640単位を加算)
		(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき 350単位を加算)
	(2) ロを算定している場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 25単位を加算)
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 21単位を加算)
		(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 12単位を加算)
ヲ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき ＋所定単位×171／1000)	
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき ＋所定単位×186／1000)	
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき ＋所定単位×168／1000)	
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき ＋所定単位×183／1000)	
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき ＋所定単位×156／1000)	
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき ＋所定単位×128／1000)	

注
所定単位は、イからルまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ イ(2)を算定する場合は、支給限度基準額の算定の際、イ(1)の単位数を算入

3 介護予防認知症対応型共同生活介護費

基本部分			注 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	注 利用者の数が利用定員を超える場合	注 又は 介護従業者の員数が基準に満たない場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	注 夜間支援体制加算(Ⅰ)	注 夜間支援体制加算(Ⅱ)	注 認知症行動・心理症状緊急対応加算	注 若年性認知症利用者受入加算
イ 介護予防認知症対応型共同生活介護費	(1) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要支援2 (761 単位)	×97／100	×70／100	×70／100	−10／100	−1／100	−3／100		1日につき ＋50単位			1日につき ＋120単位
	(2) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要支援2 (749 単位)							1日につき −50単位		1日につき ＋25単位		
ロ 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費※	(1) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要支援2 (789 単位)				−1／100				1日につき ＋50単位		1日につき ＋200単位 (7日間を限度)	
	(2) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要支援2 (777 単位)							1日につき −50単位		1日につき ＋25単位		

注 入院時費用	利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定

ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 30単位を加算)
ニ 退居時情報提供加算 (イを算定する場合のみ算定)	(250単位を加算)
ホ 退居時相談援助加算 (イを算定する場合のみ算定)	(400単位を加算(利用者1人につき1回を限度))

ヘ 認知症専門ケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)
ト 認知症チームケア推進加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	(1月につき 150単位を加算)
	(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	(1月につき 120単位を加算)
チ 生活機能向上連携加算	(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1月につき 200単位を加算)
リ 栄養管理体制加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1月につき ＋30単位を加算)
ヌ 口腔衛生管理体制加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1月につき 30単位を加算)
ル 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)		(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))
ヲ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)		(1月につき 40単位を加算)
ワ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)
	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1月につき 5単位を加算)
カ 新興感染症等施設療養費		(1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定)
ヨ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)
タ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)

注
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

レ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき ＋所定単位×210／1000)
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき ＋所定単位×228／1000)
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき ＋所定単位×202／1000)
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき ＋所定単位×220／1000)
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき ＋所定単位×179／1000)
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき ＋所定単位×149／1000)

注
所定単位は、イからタまでにより算定した単位数の合計

※ 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。