

令和 8 年度
介護サービス事業者集団指導

地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）編

菊陽町介護保険課

目次

(共通編)

1	令和8年度菊陽町指定地域密着型サービス事業者等指導監査計画	4
2	令和7年度菊陽町所管介護サービス事業者等の運営指導結果	7
3	災害への備え	14
4	感染症対策について	15
5	生産性向上委員会について	16
6	事故報告	18
7	各種届出等	22
8	電子申請届出システムについて	25
9	高齢者虐待防止	26
10	人員欠如減算の適用の猶予について	30
11	令和8年6月からの介護職員等処遇改善加算について	32
12	介護サービス情報の公表制度について	37

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

13	菊陽町地域密着型特別養護老人ホーム入所取扱指針について	39
14	地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）に関する基準の概要	40
15	介護報酬について	79
16	基準費用額（食費）の見直し（令和8年8月～）	149

(その他のお知らせ)	151
------------	-----

共通編

1 令和8年度菊陽町指定地域密着型サービス事業者等指導監査計画

(1) 指導監査の目的

介護サービスごとに定める人員、設備及び運営に関する基準、サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の法令等に定める介護給付等対象サービスの取扱い及び介護報酬の請求等に関する事項並びに高齢者虐待の防止に関する事項について、その内容の周知徹底を図り、サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的としています。

(2) 指導監査の方針

利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭に、利用者本位のサービスが提供され、介護サービスの質が確保されているか、適正な保険給付、指定基準が遵守されているか、高齢者の虐待防止及び身体拘束廃止、個人情報保護に関して適切な措置を講じているか等に重点を置いて実施します。

また、重大な法令違反、介護報酬の不正請求、不適切な介護サービス提供の疑いがある場合には、介護保険制度の信頼の維持及び利用者保護の観点から、速やかに監査の実施及び関係機関への通報等を行います。

(3) 指導監査の指導対象

菊陽町が指定した全ての地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、介護予防支援を行う者（以下「事業者」という。）を対象とします。

(4) 指導監査の実施形態及び方法

① 集団指導

町が指定した全ての事業者を対象に、年1回、オンライン等(オンライン会議システム、ホームページ等)を活用した動画の配信等により実施します。

② 運営指導

○ 原則として、町が指定した全ての事業者等を対象に、原則として3年度に一度の周期で実施します。

○ 次のア～ウの内容について、関係者から関係書類等を基に説明を求める面談方式で行います。

ア 介護サービスの実施状況

イ 最低基準等運営体制

ウ 介護報酬請求

※上記ア及びイについては、利用者保護等の観点から重要と考えられる標準的な確認すべき項目(以下「確認項目」という。)及び標準的な確認すべき文書(以下「確認文書」という。)に基づき実施します。確認項目及び確認文書は、自己点検シート(随時、菊陽町ホームページに掲載します。)に記載します。

○ 事前確認資料として、自己点検シートを事前に提出していただきます。

○ 運営指導の結果、改善を要すると認められる事項がある場合は、後日文書により通知し、改善報告書の提出を求めます。

③ 監査

著しい指定基準違反又は不正請求若しくは人格尊重義務違反が確認された場合又はその疑いがある場合に実施します。

(4) 令和8年度 運営指導対象事業所

令和8年度の運営指導対象事業所は次のとおりです。

運営指導の日程等は、原則として指導日の1か月前までに文書で通知します。

		事業所名称
居宅介護支援		きほう苑居宅介護支援事業所
		ケアプラン 花花
		居宅介護支援センター イナフサポートプラス+
		指定居宅介護支援事業所 ほほえみのもり
		居宅介護支援事業所 みうら
		ケアライフ菊陽ケアプランセンター
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーションひかり野Ⅱ
	地域密着型通所介護	デイサービスまごころ本舗 原水苑
	介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型特別養護老人ホーム ケアタウン光の森

2 令和7年度菊陽町所管介護サービス事業者等の運営指導結果

		居宅介護支援	地域密着型
運営指導実施事業所数		5	5
指摘内容		指摘件数	
運営基準	内容及び手続の説明及び同意	3	3
	各種サービスの具体的取扱方針	7	
	各種サービス計画の作成		2
	各種研修・訓練の記録	1	1
	衛生管理等		1
	秘密保持	1	1
	運営規程	1	3
	従業者の員数		1
	地域との連携		2
	掲示	1	4
介護報酬 (加算)			3
計		14	21

菊陽町の運営指導における指導の種類は、「指摘」と「助言」の2種類です。

【指摘事項】

指導後に改善報告書にて改善内容の確認が必要な事項です。

(例：人員、設備及び運営基準違反、介護給付費の過誤等)

【助言事項】

違反の程度が軽微である事項、法令又は通知等で努力義務とされている事項、又は文書指摘を行わずとも改善が見込まれる事項です。

主な指摘事項

内容及び手続の説明及び同意

● 重要事項説明書に必要事項が記載されていなかった。

利用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、利用申込者がサービスを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、サービスの提供の開始について利用申込者の同意を得なければなりません。

● 重要事項説明書の記載内容が実際と違っていた。

従業者の員数や食費等の金額等が更新されているか、算定していない加算を記載している場合はどの加算を算定しているかわかるようになっていないか、常に留意してください。

※従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、各種サービスごとに定められた人員基準を満たす範囲において、「○人以上」と記載することもできます。

※令和7年4月から、重要事項をウェブサイト（法人ホームページ等又は介護情報公表システム）に掲載することが義務付けられています。

各種計画の作成等

● 介護サービス計画への同意がサービス提供開始日よりも後になっていた。

計画を作成し、利用者の同意を得たうえでサービス提供を開始してください。

● モニタリングの日付及び場所が記録されていなかった。

支援経過記録等に、モニタリングで把握した内容のほか、日付や情報収集の手段（訪問先、電話等）を記録してください。（居宅介護支援、小規模多機能、看護小規模多機能）

指定居宅介護支援の具体的取扱い方針

● 居宅サービス計画に位置付けた個別サービスに係る計画が提出されていなかった。

サービス担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認してください。

● 福祉用具貸与を継続する必要性の検討がなされていなかった。

必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して貸与を受ける必要がある場合には、その理由を居宅サービス計画（第2表等）に記載してください。

● 暫定プランから本プランに移行したことが明確にされていなかった。

暫定プランを作成時にケアマネジメントの一連の業務を実施した場合で、利用者の状態に大きな変化がなくサービス変更の必要性がないため暫定プランを本プランにする場合は、必要事項を見え消しで訂正する等により、暫定プランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにしてください。

また、そのことについて利用者等に説明し、同意を得て、その旨を支援経過記録に記録するか、同意のサインを得てください。

● サービス担当者会議を欠席した担当者からの意見（回答）が確認できなかった。

欠席した担当者への照会（依頼）年月日、内容及び回答を記録してください。

なお、サービス担当者会議を開催しない場合（やむを得ない理由がある場合に限る）は、その理由、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）内容及び回答が書面で確認できるようにしてください。

● ケアプランの軽微な変更の場合の処理について。

軽微な変更は、変更前のケアプランを見え消し修正する等により、軽微な変更を行ったことが分かるようにしてください。

また、利用者等への説明と同意についても記録してください。

秘密保持

● 家族の個人情報に係る家族の同意がとられていなかった。

利用者の個人情報に係る同意書に家族の署名があるものの、それが家族自身の個人情報に係る同意を含むということが読み取れないものがありました。

利用者と利用者家族の個人情報に係る同意書を1枚で作成する場合、利用者だけでなく利用者家族の個人情報に係る同意であることも明確にし、利用者家族の個人情報については利用者家族の同意を得てください。

運営規程

● 運営規程の記載内容が実際と違っていた。（営業時間、従業員の員数等）

● 運営規程に虐待の防止の措置に関する事項が定められていなかった。

各種研修、訓練、委員会等

● 研修受講の記録が無かった又は不十分だった。

研修をeラーニングやオンラインで実施した場合も、受講者、受講日時、内容等を記録してください。

業務継続計画と感染症又は非常災害に係る研修又は訓練を一体的に実施した場合は、一体的に実施したことがわかるよう記録してください。

※ 研修又は訓練を一体的に実施する場合は、業務継続計画と非常災害又は感染症対策の両方を満たす内容になっていることが必要です。

● 設置必須の委員会が未設置だった。 …必須の委員会の種類等は10ページに掲載。

● 運営推進会議の議事録の公表方法が不適切だった。

運営推進会議の議事録は、個人情報に留意の上、事業所内の見やすい場所に掲示するか、ホームページに掲載する等の方法により公表してください。

介護報酬（加算）

● 加算の算定要件を満たすことがわかる記録が不明確だった。

加算の多くは、算定要件として、記録の整備が求められています。

記録が明文上必須とされているか否かに関わらず、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りません。

加算要件を満たしていることを、事業所自ら説明できるよう書類の整備を行ってください。

● 加算の要件を満たしていなかった。

【加算要件の確認】

- ・ ケアレスミスによる報酬返還を防ぐため、報酬告示、解釈通知、関連する告示(「厚生労働大臣が定める…」)及び厚生労働省発出のQ & A等を確認してください。
- ・ 要件は、単位数表、解釈通知その他の通知類及びQ & Aに分散している場合があるため、遺漏がないよう注意してください。

【主な告示・解釈通等】

- ・ 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
- ・ 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〔平成12年2月10日厚生省告示第20号〕
- ・ 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
- ・ 厚生労働省が発した各種Q & A

委員会・研修・訓練の実施回数

		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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	地域密着型介護老人福祉施設	看護小規模多機能型居宅介護	居宅介護支援
委員会	身体拘束等適正化	－	－	－	3月に1回以上	3月に1回以上	3月に1回以上	3月に1回以上	－
	虐待防止	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上
	感染症対策	6月に1回以上	6月に1回以上	6月に1回以上	6月に1回以上	6月に1回以上	3月に1回以上	6月に1回以上	6月に1回以上
	事故防止	－	－	－	－	－	年1回以上	－	－
	生産性向上	－	－	－	年1回以上（令和9年3月31日までは努力義務）				－
研修	身体拘束等適正化	－	－	－	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	－
	虐待防止	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時
	感染症対策 ※1	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	年1回以上	年1回以上
	業務継続計画 ※1	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	年1回以上	年1回以上
	事故防止	－	－	－	－	－	・年2回以上 ・新規採用時	－	－
★新規採用時の研修が義務付けられていない研修も、できるだけ実施してください。									
訓練	感染症対策 ※2	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年2回以上	年2回以上	年1回以上	年1回以上
	非常災害対策 ※3	－	年1回以上（非常災害に関する計画等に定めた回数）						－
	業務継続計画 ※2 ※3	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年2回以上	年2回以上	年1回以上	年1回以上

※1, ※2, ※3は、それぞれ、一体的に実施することとして差し支えないもの

**業務継続計画（感染症）＋感染症の予防及びまん延防止
訓練及び研修の比較**

	業務継続計画（感染症）	感染症の予防及びまん延防止対策
研修	①平常時の対応の必要性の理解 （体制構築・整備、感染防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） ②初動対応の理解 ③感染症拡大防止体制の確立の理解 （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）	①感染対策の基礎的内容等の適切な知識の普及・啓発 ②指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行
訓練	感染症が発生した場合において迅速に行動できるための、役割分担の確認、感染症が発生した場合に実践するケアの演習等	感染症が発生した場合において迅速に行動できるための、役割分担の確認、感染対策をした上でのケアの演習等
	業務継続計画（災害）	非常災害対策
研修	①平常時の対応の必要性の理解 （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） ②緊急時の対応の理解 （業務継続計画発動基準、対応体制等） ③他施設及び地域との連携	—
訓練	災害が発生した場合において迅速に行動できるための、役割分担の確認、災害が発生した場合に実践するケアの演習等	火災、風水害、地震等の災害への具体的対応（消防への通報、消火、救出、避難訓練等）

3 災害への備え

(1) 備えておくべき対策

	防災計画			業務継続計画(BCP) ※ 災害にかかる計画
	非常災害対策計画	消防計画	避難確保計画	
対象施設等	<ul style="list-style-type: none"> ・入所系施設、事業所 ・通所系事業所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所 	多数の者が出入勤務、又は居住する防火対象物	町防災計画に記載された要配慮者利用施設 ※該当なし	全ての介護施設、事業所
対象災害	地域・地形を考慮して起こりうる災害	火災、地震等	風水害、土砂災害	自然災害
主な目的	・身体、生命の安全確保 ・物的被害の軽減			・重要な業務を中断させない ・業務を中断しても可能な限り短期間で復旧させる
主な記載事項	<ul style="list-style-type: none"> ・施設・事業所の立地条件 ・災害に関する情報の入手方法 ・災害時の連絡先と通信手段の確認 ・避難を開始する時期と判断基準 ・避難場所、避難経路、避難方法 ・災害時の人員体制 ・指揮系統、関係機関との連携体制 ・食料、防災資機材等の備蓄 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・自衛消防組織 ・防火管理者 ・消防設備整備 ・避難経路確保 ・避難経路 ・避難訓練 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・有するリスク ・防災体制 ・情報収集と伝達 ・避難先、経路、方法 ・避難用設備備品 ・防災教育と訓練 等 	(総論) リスクの把握、優先業務の選定 等 (平常時の対応) 建物・設備の安全対策、衛生面の対策、電気・ガス・水道・通信・システム停止時の対策、必需品の備蓄、資金対策 等 (緊急時の対応) BCP発動基準、対応体制、安否確認、職員参集基準、重要業務の継続、復旧対応、 等 (他施設、地域との連携)
実施事項	<ul style="list-style-type: none"> ・避難、救出、その他の訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・消火、通報、避難の訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な訓練 (シミュレーション) ・研修

(2) 災害発生時における備蓄・被災状況報告

災害時における高齢者施設・事業所の被害状況を国・自治体が迅速に把握・共有し、被災した介護施設等への迅速かつ適切な支援につなげるため、介護サービス情報公表システムに「備蓄・被災状況報告機能」が追加されています。

入力訓練には必ず参加してください

※ マニュアルはこちら https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/houkoku/?action_houkoku_static_help=true

4 感染症対策について

高齢者は、感染症等に対する抵抗力が弱く、また、罹患することにより重篤化しやすいことから、特に注意が必要です。介護サービス事業所には、感染症対策として、次の措置が義務付けられています。

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のために、次の措置を講じること。
 - ア) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会による定期的検討と、その結果を従業者に周知すること。
 - イ) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - ウ) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。
- ② 感染症に係る業務継続計画に関する次の措置を講じること。
 - ア) 業務継続計画を作成すること。
 - イ) 業務継続計画を周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施すること。
 - ウ) 必要に応じ、業務継続計画の変更を行うこと。

厚生労働省ホームページに次の資料が掲載されています。

○ 介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修（ガイドライン資料と研修動画）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html

○ 「介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

次の感染対策マニュアル等が掲載されています。

- ・ 介護現場における感染対策の手引き 第3版（厚生労働省老健局 令和5年9月）
- ・ 概要版 介護職員のための感染対策マニュアル（令和5年12月作成）（施設系）（通所系）（訪問系） 15

5 生産性向上委員会について

※ 令和9年4月1日から義務化（居住系サービス、多機能系サービス、施設系サービス）

介護現場の生産性向上の取組の促進を図る観点から、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が義務付けられています。（令和9年3月31日までは経過措置）

- 事業所における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。）を定期的に行う必要がある。

（委員会構成メンバー）

- ・ 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。

（開催頻度）

- ・ 本委員会は、定期的に行う必要があるが、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に留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましい。

（ガイドライン等）

- ・ 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。

【参照】厚生労働省ホームページ「介護分野の生産性向上 ～お知らせ～」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei-information.html>

生産性向上推進体制加算を算定する場合の委員会の開催について

委員会の開催については、生産性向上推進体制加算（以下「加算」という。）を取得する場合は以下の違いがある。

	加算を算定しない場合	加算を算定する場合
構成員	各事業所の状況を踏まえ、必要な構成メンバーを検討 （※）幅広い職種により構成することが望ましい。	現場職員の意見が適切に反映されるよう、 <u>管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等の参画が必要</u>
開催頻度	各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を検討 （※）委員会の開催が形骸化することがないように留意する必要がある。	<u>三月に一回以上</u> の開催が必要
議題等	生産性向上ガイドラインを参考に取組を進める	生産性向上ガイドラインを参考にした上で、 <u>①から④の事項について必要な検討</u> を行う ① 利用者の安全及びケアの質の確保 ② 従業者の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③ 介護機器の定期的な点検 ④ 職員に対する研修

6 事故報告

■ 介護サービス提供時に発生した事故等については、以下の基準省令及び当該基準省令を基に菊陽町が定めた条例で、市町村（保険者）、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者（施設サービス事業者は除く。）等に速やかに連絡を行う等、必要な措置を講じるよう定められています。

- ・ 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 第3条の38、第35条、第155条
- ・ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 第37条
- ・ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第27条

■ 事故が発生した場合は次ページの「介護サービス提供時に発生した事故等についての連絡手順」に基づき報告を行ってください。

報告先の市町村は、事故にあった被保険者の保険者である市町村です。

※ 事故にあった被保険者の保険者が菊陽町以外の場合は、保険者市町村と菊陽町に連絡をお願いします。

■ 各施設・事業所は、日頃からの事故マネジメント（事故防止策、事故後の対応策、責任者、連絡体制整備等）に努めてください。

【参考】 介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/001569590.pdf>

■ 報告様式（菊陽町ホームページに掲載しています。）

<https://www.town.kikuyo.lg.jp/kiji0034599/index.html>

※ 報告書は菊陽町介護保険課に所定の様式をメールで提出してください。

提出先メールアドレス：kaigohoken@town.kikuyo.lg.jp

介護サービス提供時に発生した事故等についての連絡手順

■ 連絡方法

サービス提供時（送迎中を含む）に事故発生

救護等の対応

利用者の家族等へ連絡、利用者に係る居宅介護支援事業所へ連絡

事業者から菊陽町へ報告（感染症又は食中毒の場合は保健所にも報告）

事故発生後の当面の対応が済み次第、文書により事故の連絡を行う。

※ 特に重大又は異例な事故の場合、第一報は、電話等により速やかに行うよう努める。

※事故発生時の対応は、サービス提供開始に際し予め、利用申込者又はその家族に対し説明してください。

■ 連絡対象の事故の範囲

- サービス提供による利用者の事故等
事業者側の過失や責任の有無に関らず、**死亡又は医療機関（施設の配置医師を含む）での治療を要する程度の状態**に至ったもの。
- 食中毒、感染症の集団発生
⇒ 詳しくは菊池保健所ホームページ <https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/171/177366.html>
⇒ 詳しくは熊本県ホームページ <https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/30/51330.html>
- 火災・震災・風水害等により、施設設備の相当程度の破損を伴うなど、介護サービスの提供に重大な影響のあったもの。
- 施設（事業所）の体制の問題等により、利用者の処遇に影響があったもの
- 利用者・家族等の個人情報漏洩、誤嚥、誤薬、離脱、送迎中の事故等は、怪我等がなくても要報告

■ 事故に関する留意事項

- ・ 予め、利用者・家族に対し「緊急時等における対応方法」や「防ぐことが難しい事故があること」について説明していますか。（防ぐことが難しい事故についても、被害を軽減するために取り得る対策を講じることが必要です）
- ・ 利用者一人ひとりのリスクを把握し、個別のリスクに応じた対策を講じていますか。
（日頃から、利用者の状況を家族等に説明しておくことが重要です。）
- ・ 事故発生時には家族等へ事故発生の状況等を説明し、誠実に対応していますか。
- ・ 事故が発生した際にはその原因を解明し、再発防止策を講じていますか。
- ・ 報告すべき事故はすべて事故報告書を提出していますか。

令和7年度発生事故報告集計結果

1 年齢区分

年齢区分	60代	70代	80代	90代	100代	他	合計
人数	1	5	22	24	1		53
割合 (%)	1.9	9.4	41.5	45.3	1.9	0.0	100.0

2 介護区分

	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	総計
事故件数	1	3	13	16	15	5	53
割合 (%)	1.9	5.7	24.5	30.2	28.3	9.4	100.0

3 発生月

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
事故件数	6	3	1	7	3	5	3	6	3	6	5	5	53
割合 (%)	11.3	5.7	1.9	13.2	5.7	9.4	5.7	11.3	5.7	11.3	9.4	9.4	100.0

4 発生時時間帯

	0～2時	2～4時	4～6時	6～8時	8～9時	10～12時	12～14時	14～16時	16～18時	18～20時	20～22時	22～24時	不明	総計
事故件数	0	0	4	10	12	5	3	2	3	6	6	1	1	53
割合 (%)	0.0	0.0	7.5	18.9	22.6	9.4	5.7	3.8	5.7	11.3	11.3	1.9	1.9	100.0

※ 事故報告及びヒヤリット情報を事業所内で共有していますか？情報を共有・分析して対策することは、事故が発生する前に危険を察知し、対策を講じるためにも重要です。

介護度別・事故種別	転倒	転落	誤嚥・窒息	異食	誤薬・与薬もれ	医療処置関連	離設	その他	不明	合計	割合 (%)		
介護1	2							1		3	5.7		
介護2	6			1	4			2		13	24.5		
介護3	9				4		1	1	1	16	30.2		
介護4	6				7	1			1	15	28.3		
介護5					4			1		5	9.4		
要支援	1									1	1.9		
総計	24	0	0	1	19	1	1	5	2	53	100.0		
割合 (%)	45.3	0.0	0.0	1.9	35.8	1.9	1.9	9.4	3.8	100.0			
事故種別・発生場所別	居室	トイレ	廊下	食堂等共用部	浴室・脱衣室	機能訓練室	施設敷地内建物外	敷地外	その他	総計	割合 (%)		
転倒	11	1	2	7	1	1	1			24	45.3		
異食				1						1	1.9		
誤薬・与薬もれ	4			13					2	19	35.8		
医療処置関連	1									1	1.9		
離設				1						1	1.9		
その他	1			2	1				1	5	9.4		
不明	2									2	3.8		
総計	19	1	2	24	2	1	1	0	3	53	100.0		
割合 (%)	35.8	1.9	3.8	45.3	3.8	1.9	1.9	0.0	5.7	100.0			
事故種別・発生時間帯別	0～4時	4～6時	6～8時	8～9時	10～12時	12～14時	14～16時	16～18時	18～20時	20～22時	22～24時	不明	総計
転倒		3	3	4	3		1	2	3	4	1		24
異食						1							1
誤薬・与薬もれ			5	6	2	1			3	2			19
医療処置関連		1											1
離設								1					1
その他			1	2		1	1						5
不明			1									1	2
総計	0	4	10	12	5	3	2	3	6	6	1	1	53
割合 (%)	0.0	7.5	18.9	22.6	9.4	5.7	3.8	5.7	11.3	11.3	1.9	1.9	100.0

7 各種届出等

様式等は菊陽町ホームページに掲載 <https://www.town.kikuyo.lg.jp/kiji0033478/index.html>

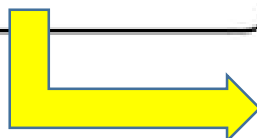


別紙様式第二号(四) + 付表第二号(一) ~ (十二)
添付書類は次ページの一覧表を参照してください。

別紙様式第二号(三)
※現にサービスを受けている人に対する措置を必ず記入してください。

別紙様式第二号(五)

別紙3-2 (介護給付費算定に係る体制等に関する届出書)
別紙1-3又は1-1 (介護給付費算定に係る体制等状況一覧表)
添付書類は、備考(別紙1-3)又は備考(別紙1)で確認してください。



サービスの種類	算定される単位数が増える場合の算定開始時期
認知症対応型共同生活介護 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	届出が受理された月の翌月から 受理日が月の初日の場合はその月から
認知症対応型通所介護 地域密着型通所介護 小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問介護 看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	15日までに提出 ⇒ 翌月から 16日以降に提出 ⇒ 翌々月から

※ 加算の取下げ、減算等は事実発生日から算定体制変更となります。

【指定申請・指定更新申請】必要書類一覧

	必要書類	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	(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	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	標準様式 等
1	指定申請書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2	指定等に係る記載事項(付表)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3	登記事項証明書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
4	特別養護老人ホームの認可証等の写								○				
5	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式1
6	管理者経歴書				○	○	○			○	○		標準様式2
7	従業者の資格証等の写し	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
8	平面図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式3
9	施設・設備の写真 ※菊陽町が現地確認をしない場合のみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10	設備等一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○			標準様式4
11	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間								○				
12	併設する施設の概要								○				
13	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
14	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式5
15	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容					○	○	○	○	○			
16	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要					○	○			○			
17	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容										○	○	
18	誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	標準様式6
19	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧					○	○	○	○	○	○	○	標準様式7
20	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
21	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

注) この一覧表に記載された必要書類のうち、既に菊陽町に提出していて変更がない場合には、添付を省略することができます。

変更のあった事項	添付書類	付表	登記事項 証明書又は 条例等	従業者の 勤務体制 及び勤務 形態一覧 表	管理者の 経歴書	資格証等 の写し	事業所の 平面図及 び写真	設備・備 品等一覧 表	運営規程	協力医療 機関等と の契約書 等の写し	介護老人福 祉施設・病 院等との連 携体制及び 支援の体制 の概要	誓約書	本体施設の 概要、本体 施設との間 の移動の経 路、方法並 及び移動時 間	併設する 施設の概 要	介護支援 専門員一 覧
				標準様式1	標準様式2	標準様式3	標準様式4	標準様式6		標準様式7					
1	事業所の名称	●							●						
2	事業所の所在地等 ※事前相談	●					●	●	●						
3	申請者の名称	●	●												
4	主たる事務所の所在地等	●	●												
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	●	●			● (※3)						●			
6	登記事項証明書又は条例等	●	●												
7	事業所の建物の構造、専用区画等	●					●	● (※9)							
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	●		●	● (※7)	● (※8)						●			
9	運営規程	定員の変更、営業日の変更、従業員の職種・員数及び職務内容	●	●					●						
		その他	●	●					●						
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 (※1)	●								●					
11	事業所の種別等 (※2)	●													
12	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制 (※3)	●									●				
13	本体施設、本体施設との移動経路等(本体施設がある場合) (※4)	●											●		
14	併設施設の状況等(併設施設がある場合) (※4)	●												●	
15	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地(※5)	●													
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (※6)	●		●		●									●

(注) 提出を要する事業
 ※1 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
 ※2 看護小規模多機能型居宅介護
 ※3 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護
 ※4 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 ※5 連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 ※6 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、居宅介護支援、介護予防支援
 ※7 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、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援
 ※8 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、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、指定居宅介護支援事業者である介護予防支援
 ※9 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、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

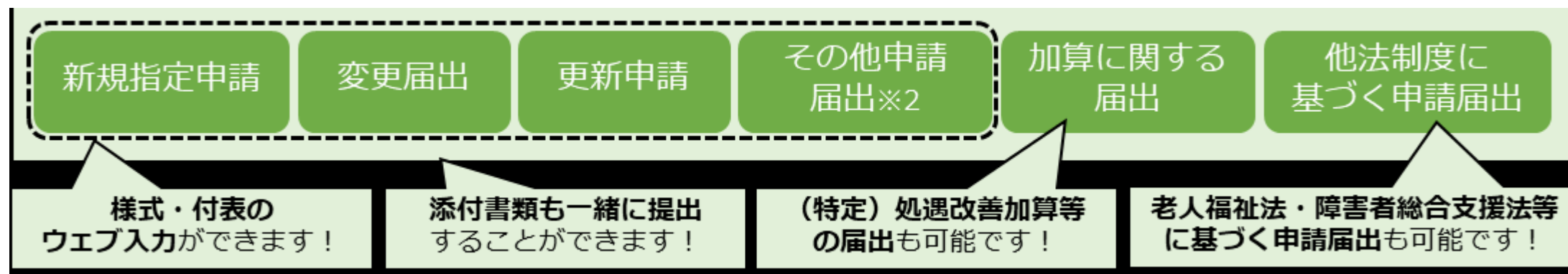
8 電子申請届出システムについて

介護サービス事業者等が行う指定の申請や変更の届出等の手続は、介護保険法施行規則の一部を改正する省令により、原則として「電子申請・届出システム」を使用することとなりました。

(令和7年度末までの経過措置は終了)

申請・届出は、原則として「電子申請届出システム」で提出してください。

- 提出書類の印刷、郵送・持参等の手間なく、ウェブ上で申請・届出を完結させることができます。
- 申請・届出の様式・付表についてウェブ画面で入力することができます。
- 添付書類は電子ファイルでの提出が可能です。
- 申請・届出の受付状況や結果について、システム上で確認が可能です。



○ 電子申請・届出システム（ログイン）はこちら <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>

※ 電子申請届出システムをご利用されるためには、Gビズ IDアカウントの取得が必須です。

未取得の場合は、Gビズ IDホームページ (<https://gbiz-id.go.jp>) のトップ画面からアカウントを作成してください。

※ 電子申請届出システムで利用できる Gビズ IDのアカウント種類は、「gBizIDプライム」と「gBizIDメンバー」です。（「Gビズ IDエントリー」はご利用頂けません。）

高齢者虐待とは、高齢者（65歳以上の人）に対する養護者及び養介護施設従事者等による虐待行為。

- (1) 養護者…高齢者を現に養護する者で養介護施設従事者に該当しない者。（家族、同居人、近隣住民など）
- (2) 養介護施設従事者…老人福祉法や介護保険法で規定されている高齢者向け福祉・介護サービスの業務に従事する職員。

■ 身体的虐待…高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること

(例) 叩く、つねる、殴る、入浴時に熱い湯やシャワーをかけてやけどをさせる、本人に向けて物を投げつける、職員の都合でベッドへ抑えつける（身体拘束）、職員の都合で本人が拒否していても口に入れて食べさせる等

■ 介護・世話の放棄・放任…高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置等、高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること

(例) 床ずれができるなど体位調整や栄養管理を怠る、おむつが汚れた状態を日常的に放置する、医療が必要な状況にも関わらず受診させない、処方どおりの服薬をさせない、ナースコールを使用させない等

■ 心理的虐待…高齢者に対する著しい暴言や拒絶的な対応等、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと

(例) 怒鳴る、ののしる、子ども扱いする呼称で呼ぶ、トイレを使えるのに職員の都合で本人の意思や状態を無視しておむつを使う、本人の家族に伝えてほしいという訴えを理由なく無視して伝えない等

■ 性的虐待…高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること

(例) 人前で排せつやおむつ交換をする、性器への接触・キス・性的行為を強要する等

■ 経済的虐待…高齢者の財産を不当に処分すること等、高齢者から不当に財産上の利益を得ること

(例) 事業所に金銭を寄付・贈与するよう強要する、金銭・財産等の着服・窃盗、立場を利用してお金を借りる、日常的に使用するお金を不当の制限する、生活に必要なお金を渡さない等

身体的拘束をしないことが基本！！ 身体的拘束は、原則としてすべて高齢者虐待に該当

身体拘束は、本人の行動を、本人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。緊急やむを得ない場合であっても、本人以外の者が、本人に対して、非常に強い権限を行使する重みを理解し、本人の尊厳を守るために、適正な手続きを極めて慎重に行う必要があります。

- ◎ 緊急やむを得ない場合に限って、例外的に高齢者虐待に該当しないと考えられる。
 - ・ 緊急やむを得ない場合に該当するかは、慎重に判断する。
 - ・ 担当職員個人ではなく、関係者や施設全体で判断し、判断根拠を記録に残す。
 - ・ 本人や家族には、身体拘束の内容、目的、理由、時間、時間帯、期間などを説明し、理解を求める。
 - ・ 身体拘束の態様や時間、心身の状況などを記録するとともに、常に観察、再検討し、要件に該当しなくなれば、直ちに解除する。

- ◎ 「緊急やむを得ない場合」に検討する3要件（全て満たすことが必要）
 1. 切迫性…利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
 2. 非代替性…身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと。
 3. 一時性…身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

**「緊急やむを得ない場合」の「適正な手続き」を経していない身体拘束は、
原則として高齢者虐待に該当します！**

※ 介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）

掲載場所（厚生労働省ホームページ） <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>

介護事業者は、次に掲げる措置を講じることが義務付けられています

		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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	地域密着型介護老人福祉施設	看護小規模多機能型居宅介護	居宅介護支援
身体拘束等適正化	委員会の開催	—	—	—	3月に1回以上	3月に1回以上	3月に1回以上	3月に1回以上	—
	指針の作成	—	—	—	○	○	○	○	—
	研修の実施	—	—	—	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	—
虐待防止	委員会の開催	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上	年1回以上
	指針の作成	○	○	○	○	○	○	○	○
	研修の実施	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年2回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時	・年1回以上 ・新規採用時
	担当者を置く	○	○	○	○	○	○	○	○

■ 高齢者虐待に係る通報

- ・ 養護者による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- ・ 自らが従事する養介護施設や養介護事業所で、養介護施設従業者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報しなければならない。
- ・ 養介護施設従事者等は、通報したことを理由として、解雇その他不利益な扱いを受けない。

～要介護施設従事者等による虐待件数～

出展：熊本県認知症施策・地域ケア推進課「令和6年度「高齢者虐待防止法」に基づく対応状況等に関する調査結果」

	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護医療院・介護療養型	認知症対応型共同生活介護	(住宅型)有料老人ホーム	(介護付き)有料老人ホーム	小規模多機能型居宅介護等	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	短期入所施設	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
熊本県	5	6	2	2	14	0	1	0	2	0	0	2	1	1	36
全国	352	108	10	181	207	139	35	6	15	45	49	48	6	19	1220

～虐待の発生要因～ ※背景要因は直接原因でないものも含め様々あり、相互に関係

出展：厚生労働省「令和6年度「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果」

課題区分	虐待の発生要因（上位2つ）	
1) 運営法人（経営層）の課題	経営層の現場の実態の理解不足	経営層の虐待や身体拘束に関する知識不足
2) 組織運営上の課題	職員の指導管理体制が不十分	虐待防止や身体拘束廃止に向けた取組が不十分
3) 虐待を行った職員の課題	職員の虐待や権利擁護、身体拘束に関する知識・意識の不足	職員の倫理観・理念の欠如
4) 被虐待高齢者の状況	介護に手が掛かる、排せつや呼び出しが頻回	認知症によるBPSD（行動・心理症状）がある

10 人員欠如減算の適用の猶予について (通所系、入所・居住系、多機能系サービス)

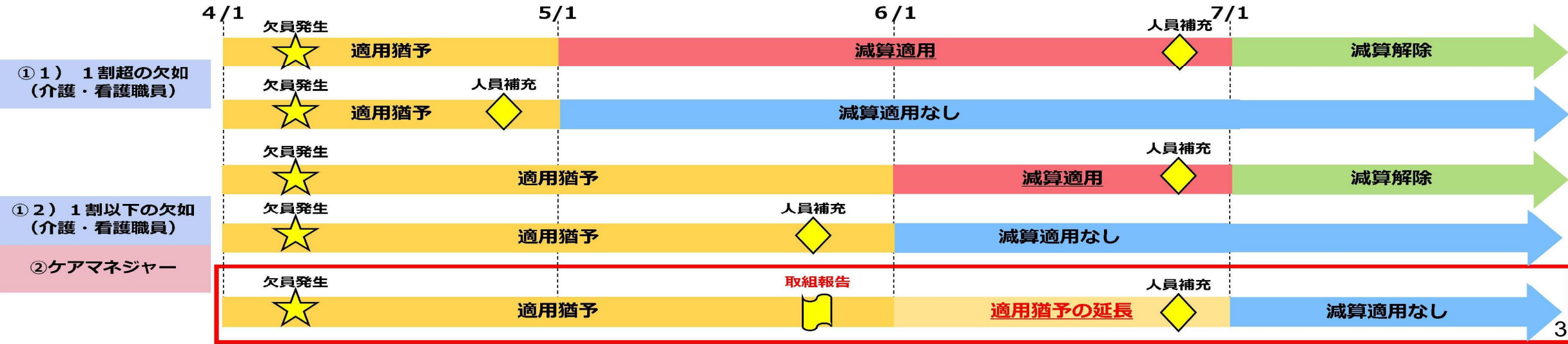
- 通所・多機能・入所・居住系サービスについて、適正なサービスの提供を確保するため、**介護職員・看護職員、ケアマネジャー等の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に、介護給付費の減額（原則3割減算）**を行う。
- ただし、診療報酬での見直しと足並みを揃え、**突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如が発生した場合**（※）は、**ハローワークの活用等により職員の確保に係る取組を行っている事業所・施設について、1年に1回に限り、3か月を超えない期間は、介護給付費の減額を猶予**する。 ※介護・看護職員が人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合を除く。

【介護老人福祉施設における適用の例】

（規定イメージ） ※実際の規定は診療報酬と同様の規定にすることを想定。

所定の様式により菊陽町へ報告することが必要

- 厚生労働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（平成12年厚生省告示第27号）の規定に基づき、以下に該当する場合に3割の減算となる。
 - ①介護職員、看護職員について、人員基準上必要とされる員数から、
 - 1) 1割を超えて減少した場合は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで減算され、
 - 2) 1割の範囲内で減少した場合は、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで減算（※）される。
 - ②ケアマネジャーについて、人員欠如した月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで減算（※）される。
- ただし、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情による人員欠如が生じた場合、公共職業安定所等の活用等により職員の確保に係る取組を行っている事業所又は施設にあっては、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図ることを前提とした上で、1年に1回に限り、3か月を超えない期間（人員欠如発生月の翌々月まで）は、介護給付費の減額を猶予する。（介護・看護職員が人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合を除く。）



人員欠如減算の適用猶予の要件

- イ 職業安定法第8条に定める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。

問 「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） ・ 例え、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 「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） ・ 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 「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） ・ 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。

1 1 令和8年6月からの介護職員等処遇改善加算について

介護職員等処遇改善加算の拡充②

加算率

サービス区分	介護職員等処遇改善加算					
	I		II		III	IV
	Iイ	Iロ	IIイ	IIロ		
訪問介護	27.0%	28.7%	24.9%	26.6%	20.7%	17.0%
夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26.7%	27.8%	24.6%	25.7%	20.4%	16.7%
訪問入浴介護★	12.2%	13.3%	11.6%	12.7%	10.1%	8.5%
通所介護	11.1%	12.0%	10.9%	11.8%	9.9%	8.3%
地域密着型通所介護	11.7%	12.7%	11.5%	12.5%	10.5%	8.9%
通所リハビリテーション★	10.3%	11.1%	10.0%	10.8%	8.3%	7.0%
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	14.8%	15.9%	14.2%	15.3%	13.0%	10.8%
認知症対応型通所介護★	21.6%	23.6%	20.9%	22.9%	18.5%	15.7%
小規模多機能型居宅介護★	17.1%	18.6%	16.8%	18.3%	15.6%	12.8%
看護小規模多機能型居宅介護	16.8%	17.7%	16.5%	17.4%	15.3%	12.5%
認知症対応型共同生活介護★	21.0%	22.8%	20.2%	22.0%	17.9%	14.9%
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護★	16.3%	17.6%	15.9%	17.2%	13.6%	11.3%
介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護老人保健施設）★	9.0%	9.7%	8.6%	9.3%	6.9%	5.9%
介護医療院・短期入所療養介護（介護医療院）★・短期入所療養介護（病院等）★	6.2%	6.6%	5.8%	6.2%	4.7%	4.0%

サービス区分	介護職員等処遇改善加算（新設）
訪問看護★	1.8%
訪問リハビリテーション★	1.5%
居宅介護支援・介護予防支援	2.1%

※介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。加算率はサービス毎の常勤換算の職員数に基づき設定。
 ※介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記

介護職員等処遇改善加算の算定要件（令和8年6月以降）

居宅介護 支援以外のサー ビス	月額賃金改 善要件	キャリアパス要件					職場環境等要件			令和8年 度特例要 件
		I	II	III	IV	V	区分ごとに 1以上の 取組 (生産性向 上は2以上)	区分ごとに 2以上の 取組 (生産性向 上は3以上)	ホームペー ジ掲載等 を通じた見え る化	
	処遇改善加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	任用要件・賃金体系等の整備	研修の実施等	昇給の仕組みの整備等	改善後の賃金要件(440万円一人以上)	介護福祉士等の配置要件				生産性向上や協働化による取組
Iイ	○	●	●	●	●	○	—	●	●	—
Iロ	○	●	●	●	●	○	—	●	●	○
IIイ	○	●	●	●	●	—	—	●	●	—
IIロ	○	●	●	●	●	—	—	●	●	○
III	○	●	●	●	—	—	●	—	—	—
IV	○	●	●	—	—	—	●	—	—	—

居宅介護 支援	令和8年度 特例要件	処遇改善加算Ⅳの取得に準ずる要件		
		キャリアパス 要件Ⅰ	キャリアパス 要件Ⅱ	職場環境 要件
	生産性向上や協働化による取組	任用要件・賃金体系等の整備	研修の実施等	区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)
介護職員等処遇改善加算	○ 又は ●	(3つの要件全てを満たす)		

※ ●の要件は、「令和8年度特例要件」を満たす事業所に限り、令和9年3月末までに要件整備を行うことを誓約した場合は、要件を満たしている者として取り扱うが、要件整備を行ったことを実績報告書において報告すること。

※ 令和8年度特例要件のうち、ケアプランデータ連携システムの利用の誓約又は生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡの算定の誓約をした場合は、実績報告書において報告すること。
★ケアプランデータ連携システムは、加入だけではなく、利用することが必要★

【賃金改善の実施に係る基本的考え方】

- ① 処遇改善加算の算定額に相当する介護職員その他の職員の賃金（基本給、手当、賞与等（退職手当を除く）を含む。）の改善（以下「賃金改善」といい、当該賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担の増加分を含むことができる。）を実施しなければならない。
- ② 賃金改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする項目を特定したうえで行う。
 - ※ 原則として、賃金水準を低下させてはならない。
 - ※ 基本給による賃金改善が望ましい。
- ③ 令和8年度に、令和7年度と比較して増加した加算額（処遇改善加算の新規算定や上位区分への移行、令和8年6月以降の加算率の引上げにより増加した加算額）に相当する介護職員その他の職員の賃金改善を新規に実施しなければならない。
- ④ 賃金改善は、ベースアップにより行うことを基本とするが、必要に応じて、その他の手当、一時金等を組み合わせて実施しても差し支えない。
- ⑤ 処遇改善加算を用いて行う賃金改善における職員間の賃金配分については、介護職員、特に経験・技能のある介護職員（介護福祉士の資格を有するとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員を基本としつつ、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業者の裁量で設定する。）の処遇改善が重要であることに留意しつつ、事業者等の判断により、事業所内で柔軟な配分を認める。
 - ※ 例えば、一部の職員に加算を原資とする賃金改善を集中させることや、同一法人内の一部の事業所のみ賃金改善を集中させることなど、職務の内容や勤務の実態に見合わない著しく偏った配分は行わないこと。

【処遇改善計画書の提出期限】 …当該事業年度において初めて処遇改善加算を算定する月の前々月の末日まで。

【実績報告の提出期限】 …各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日まで。

【変更届】

次の①～⑤のいずれかに該当する場合は、変更届を提出すること。

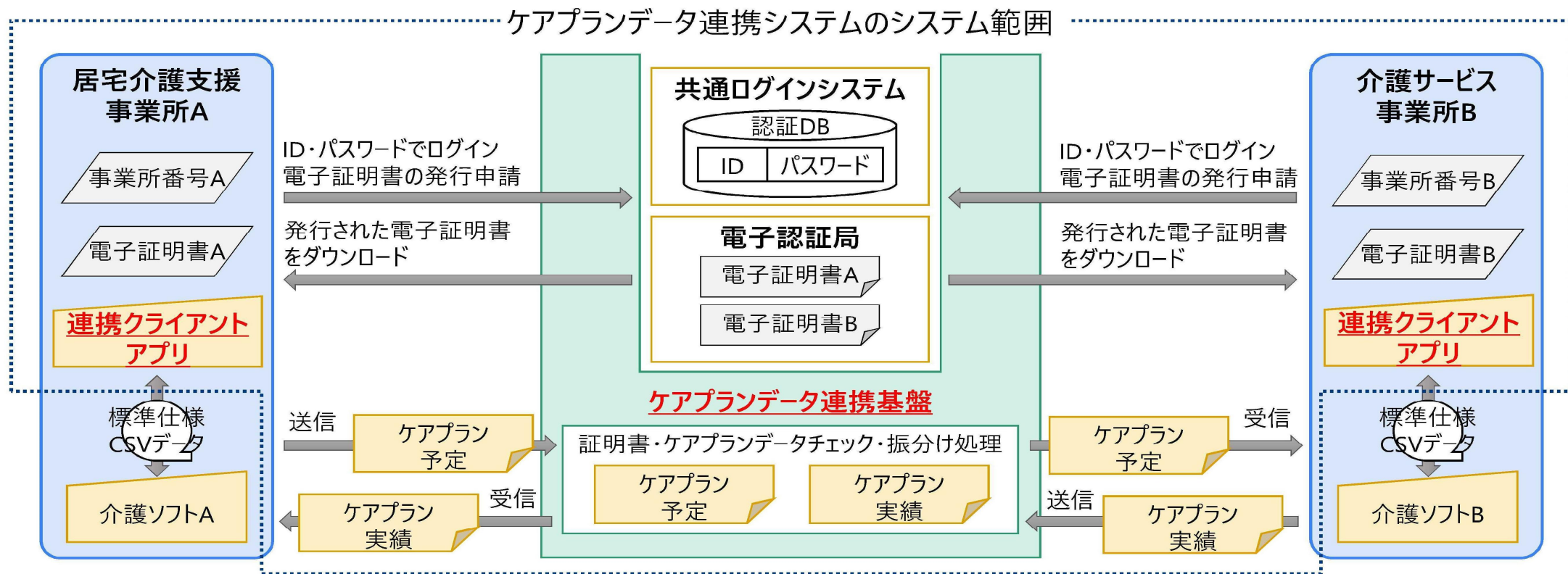
- ① 会社法の規定による吸収合併、新設合併等により、処遇改善計画書の作成単位が変更となる場合。
- ② 複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による。）があった場合。
- ③ キャリアパス要件ⅠからⅢまでに係る適合状況に変更（算定する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合に限る。）があった場合。
- ④ キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件）に関する適合状況に変更があり、算定する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合。
- ⑤ 算定する処遇改善加算の区分を変更する場合及び新規に算定する場合。
- ⑥ 就業規則を改訂（介護職員その他職員の処遇に関する内容に限る。）した場合は、実績報告書を提出する際に、変更届出書を併せて届けること。

【提出先】 …菊陽町（当該事業所の指定を行う市町村）
電子申請届出システムを使用して提出してください。

(参考) ケアプランデータ連携システムの概要

ケアプランデータ連携システムは、介護事業所のパソコンにインストールされる「**連携クライアントアプリ**」と、クラウドセンターに設置される「**ケアプランデータ連携基盤**」から構成されます。

介護事業所の利用者は、「**連携クライアントアプリ**」からインターネット回線を経由し、「**ケアプランデータ連携基盤**」を介して、事業所間のケアプランデータのやり取りを行います。



- インターネット請求で実績のある国が定めたセキュアな通信方式を採用し、安全安心なデータ連携を提供
- インターネット請求で使用するユーザID、パスワード等の活用により、本システム利用にかかる事務手続きを簡便化

1 2 介護サービス情報の公表制度について

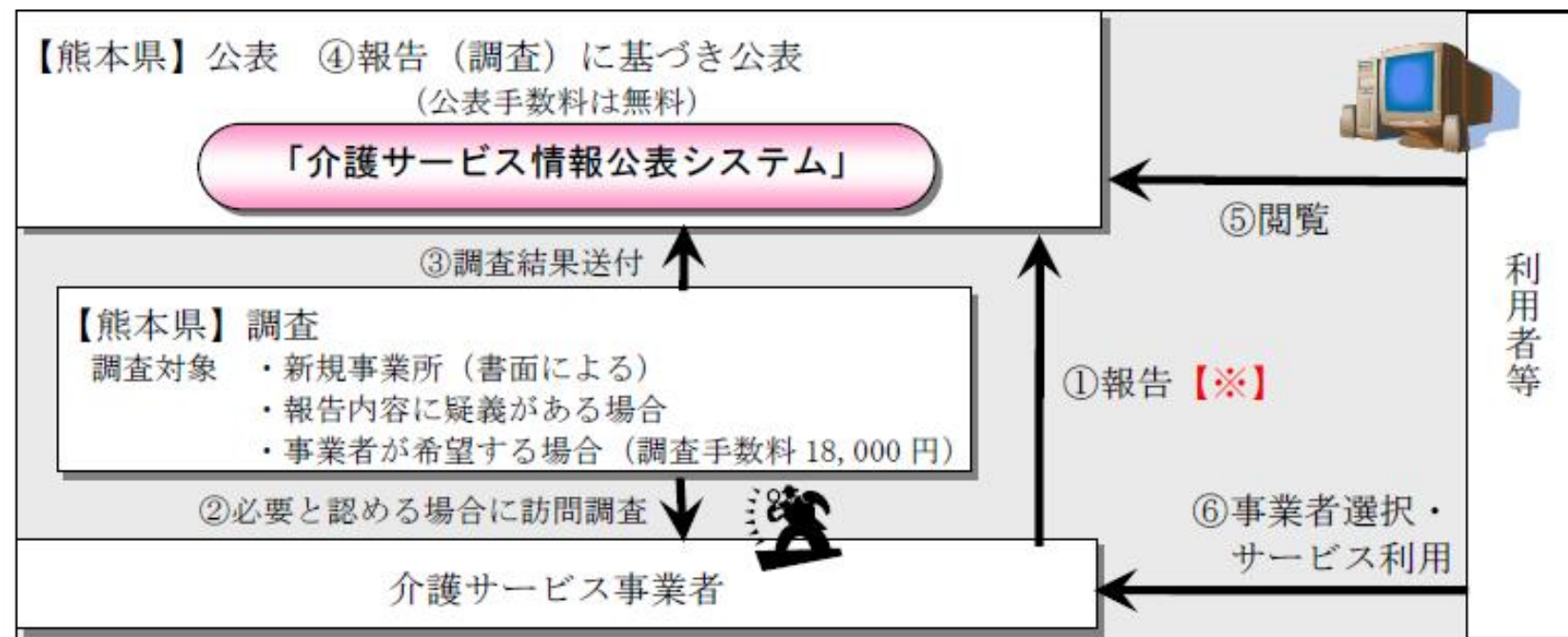
■ 「介護サービス情報の公表」は、介護サービス事業者のサービス内容や運営状況に関する情報を公表する制度です。

介護サービスの利用者等が公表されたサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者の選択を可能にすることを目的としています。

対象事業者は、介護サービス情報の報告が義務付けられています。
情報公表をすること等により事業者のサービスの質の向上への効果が期待されています。

■ 「運営情報」欄に、財務諸表等を掲載する項目が追加されました。

■ 「事業所の特色」欄に、運営規程の概要等の重要事項を掲載可能となりました。



詳しくは
熊本県「介護サービス情報の公表」

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/51070.html>

地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護

1 3 菊陽町地域密着型特別養護老人ホーム入所取扱指針について

平成27年4月以降、特別養護老人ホーム及び地域密着型特別養護老人ホームは、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化を図ることとされ、原則要介護3以上の方が入所対象となりました。また、要介護1又は2であっても、やむを得ない事情により居宅での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会における検討を経て、特例的に施設への入所が認められています。

こうした観点から、菊陽町における地域密着型特別養護老人ホームの入所に係る取扱いを明確化し、各施設において供用化することにより、入所決定過程の公平性及び透明性を確保し、入所の必要性が高い人の円滑な入所を促進するよう「菊陽町地域密着型特別養護老人ホーム入所取扱指針」を作成し運用しているところです。各施設はこの指針を踏まえ入所手続及び入所判定等を進める必要があります。

指針及び様式は菊陽町ホームページ「菊陽町地域密着型特別養護老人ホーム入所取扱指針について」に掲載しています。<https://www.town.kikuyo.lg.jp/kiji0031088/index.html>

【指針の概要】

- 入所対象者は、要介護3以上の者、やむを得ない事由がある要介護1又は2の者(特例入所)及び老人福祉法第11条第1項第2号の措置に係る者。
- 特例入所希望者からの入所申込を受理した場合は、菊陽町に報告すること。
- 入所希望者及び特例入所希望者について、入所の必要性に係る評価を行い、入所検討委員会において入所順位を決定し、入所判定対象者名簿の作成及び更新を行うこと。
- 名簿に登載されている者に係る入所判定に必要な情報は、概ね6カ月を基本に更新すること。
- 毎年7月1日時点の入所判定名簿等の状況を、菊陽町に報告すること。

1 4 地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）に関する基準の概要

■人員基準【第131条、第167条】

職種	資格要件	配置要件
<p>管理者</p>	<p>※ 特別養護老人ホーム施設長の資格要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉主事（任用資格可） ・ 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 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 <p>※ 管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めなければならない。</p>	<p>常勤専従であること。</p> <p>※ 次の場合は、支障のない範囲で兼務可。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 当該施設の従業者としての職務に従事する場合 ② 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（本体施設が病院又は診療所の場合は、管理者としての職務を除く。）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、当該指定地域密着型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 <p>※ 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地域密着型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。</p>

職種	資格要件	配置要件
医師		<p>入居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</p> <p>※ サテライト型居住施設（以下「サテライト型」）の医師については、本体施設の医師により当該サテライト型の入居者の健康管理が適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。</p>
生活相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉主事（任用資格可） ・ 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 上記と同等以上の能力を有すると認められる者 	<p>常勤の者が1以上。</p> <p>※ 1人を超えて配置されている生活相談員が、時間帯を明確に区分したうえで同法人内の他の職務に従事する場合にあっては、この限りではない。</p> <p>※ サテライト型（本体施設が（地域密着型）介護老人福祉施設又は介護老人保健施設の場合に限る。）の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤換算で1以上。 ・ 本体施設の生活相談員又は支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型の入居者に適切に行われると認められるときは、サテライト型の生活相談員を置かないことができる。
栄養士又は管理栄養士	<p>栄養士又は管理栄養士</p>	<p>1以上</p> <p>※ 隣接の他の社会福祉施設や病院等の栄養士、管理栄養士との兼務や地域の栄養指導員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は置かないことができる。</p> <p>※ サテライト型（本体施設が（地域密着型）介護老人福祉施設、介護老人保健施設、100床以上の病院、介護医療院の場合に限る。）の場合、本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型の入居者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。</p>

職種	資格要件	配置要件							
介護職員 又は 看護職員	<p>※ 医療・福祉関係の資格を有しない者については、認知症介護基礎研修を受講させること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で、入居者の数が3又はその端数を増すごとに1以上。 ※ 入居者数 = 当該年度の前年度（4/1~3/31）の平均、小数点第2位以下切り上げ ・ 看護職員の数は、1以上 ・ 介護職員のうち1人以上は常勤の者 ・ 看護職員のうち1人以上は常勤の者（※ サテライト型は常勤換算で1以上） <table border="1" data-bbox="535 499 2517 928"> <tr> <td data-bbox="535 499 624 928" rowspan="3">勤務体制</td> <td data-bbox="624 499 891 585">昼間</td> <td data-bbox="891 499 2517 585">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 585 891 778">夜間、深夜</td> <td data-bbox="891 585 2517 778">2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置 ※ ユニット型短期入所生活介護事業所を併設する場合は、ユニットの数の合計数で算出する</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 778 891 928">ユニットごと</td> <td data-bbox="891 778 2517 928">常勤のユニットリーダーを配置 ※ 当面は、各施設にユニットリーダー研修受講者を2名以上配置</td> </tr> </table>	勤務体制	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配置 ※ ユニット型短期入所生活介護事業所を併設する場合は、ユニットの数の合計数で算出する	ユニットごと	常勤のユニットリーダーを配置 ※ 当面は、各施設にユニットリーダー研修受講者を2名以上配置
勤務体制	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配置 ※ ユニット型短期入所生活介護事業所を併設する場合は、ユニットの数の合計数で算出する							
	ユニットごと	常勤のユニットリーダーを配置 ※ 当面は、各施設にユニットリーダー研修受講者を2名以上配置							
機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1以上 ・ 当該施設の他の職務に従事することができる。 ※ 入所者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導については当該施設の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えない。 ※ サテライト型の場合、本体施設（（地域密着型）介護老人福祉施設又は介護老人保健施設の場合に限る。）の機能訓練指導員又は理学療法士若しくは作業療法士によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。 							

職種	資格要件	配置要件
介護支援専門員	介護支援専門員	<p>常勤専従で1以上。</p> <p>※ 入居者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事することができる。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置より、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、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職務にかかる勤務時間として算入することができる。</p> <p>※ 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可。 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。</p> <p>※ サテライト型（本体施設が（地域密着型）介護老人福祉施設、介護老人保健施設の場合又は介護医療院に限る。）の場合は、本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設の入所者又は入院患者及びサテライト型の入居者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。</p>

<用語の定義>

「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において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。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法。

ただし、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第13条第1項に規定する措置又は育児休業、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。

「常勤」

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(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。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等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。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法第65条に規定する産前産後休業、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、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

■設備に関する基準【第160条】

1 ユニット

(1) 居室

- ・ 1居室の定員 … 1人（サービスの提供上必要と認められる場合は2人とすることができる。）
- ・ 居室は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こと。
 - ※ 1のユニットの入所定員は原則としておおむね10人以下とする。
 - ※ 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。
- ・ 1居室の床面積 … 10.65㎡以上（定員2人の場合は21.3㎡以上）
 - ※ 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。
- ・ ブザー又はこれに代わる設備を設置すること。

(2) 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とすること。
- ・ 床面積：「2㎡×入居定員」以上を標準とする。
- ・ 必要な設備、備品（テーブル・椅子など）を備えること。（簡易な流し、調理設備を設けることが望ましい）

(3) 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とすること。

(4) 便所

- ・ 居室ごとに設けるか、共同生活室ごとに適当数設けること。
- ・ 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とすること。

2 浴室

要介護者が入浴するのに適したものとすること。

3 医務室

・医療法第1条の5第2項に規定する診療所とすること。

・入所者の診療に必要な医療品・医薬機器を備え、必要に応じ臨床検査設備を設けること。

※ 本体施設が特養又は地密特養であるサテライト型居住施設の場合は、医務室は必要とせず、入居者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設置することで足りる。

4 廊下幅

・1.5m以上とすること。

・中廊下（両側に居室・静養室等入居者の日常生活に直接使用する設備のある廊下）の幅は1.8m以上とすること。

※ 廊下の一部の幅を拡張（アルコーブを設ける等）を行い、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は、これによらないことができる。

5 消火設備・非常用設備など

消防法その他の法律等に規定された設備を確実に設置しなければならない。

■運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意【第3条の7】

事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、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、サービスの開始について利用申込者の同意を得なければならない。

※ 同意については、利用者及び事業者双方の立場から書面によって確認することが望ましい。

【利用申込者がサービスの選択するために必要な重要事項】

運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（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

(2) 提供拒否の禁止【第3条の8】

事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

【正当な理由がある場合】

- ① 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③ その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

(3) サービス提供困難時の対応【第133条】

入所申込者が入院治療を必要とする場合その他適切な便宜を提供することが困難である場合は、適切な病院、診療所、介護老人保健施設若しくは介護医療院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

(4) 受給資格等の確認【第3条の10】

- ① 事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び有効期間を確かめること。
- ② 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮して介護を提供するよう努めること。

(5) 要介護認定の申請に係る援助【第3条の11】

- ① 入所の際に要介護認定を受けていない利用申込者については、認定申請が行われているかを確認し、行われていない場合は、利用申込者の意見を踏まえて速やかに認定申請が行われるよう必要な援助を行うこと。
- ② 要介護認定の更新申請が、遅くとも認定期間が終了する日の30日前までに行われるよう、必要な援助を行うこと。

(6) 入退所【第134条】

- ① 身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅で介護を受けることが困難な者に対し、サービスを提供すること。
- ② 入所申込者の数が空床の数を上回る場合、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、必要性が高い申込者から優先的に入所させるよう努めること。

※ 優先的な入所の取扱いについては、透明性及び公平性に留意すること。「菊陽町地域密着型特別養護老人ホーム入所取扱指針」を参照。

- ③ 入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、居宅サービス等の利用状況等の把握に努めること。

- ④ 入居者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅で日常生活を営むことができるかについて、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で定期的に検討すること。
- ⑤ 居宅で日常生活を営むことができると認められる入居者に対し、その者及びその家族の希望、そのもの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、家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者に対する情報提供等必要な援助を行うこと。なお、安易に施設側の理由により退所を促すことのないように留意すること。
- ⑥ 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への情報提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービス提供者との密接な連携に努めること。

(7) サービスの提供の記録【第135条】

- ① 入所時には、入所年月日、施設の種類及び名称を、退所時には退所年月日を、当該者の被保険者証に記載すること。
- ② 介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容を記録すること。

(8) 利用料等の受領【第161条】

- ① 法定代理受領サービスについては、その利用者から利用料の一部として、サービス費用基準額から施設に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けること。
- ② 法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に入居者から支払を受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにすること。
- ③ 食事の提供に要する費用、居住に要する費用、基準に基づき入居者が選定する特別な居室費用、基準に基づき入居者が選定する特別な食事費用、理美容代、その他の日常生活費の支払いを受けられる。
- ④ 利用料等については、サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入居者の同意を文書で得ること。

(9) 保険給付の請求のための証明書交付 (第3条の20)

法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、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利用者に交付すること。

(10) 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱い方針【第162条】

- ① 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び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するため、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われなければならない。
- ② 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われなければならない。
- ③ 入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければならない。
- ④ 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居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を常に把握しながら、適切に行われなければならない。
- ⑤ 従業者は、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- ⑥ 身体的拘束について
 - i) サービス提供に当たっては、当該入居者又は他の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を除き、身体的拘束を行ってはならない。
 - ii) 身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、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。

※ 当該入居者又は他の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を除き、身体的拘束を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束を行う場合にあっては、その態様及び時間、その際の入居者の心理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。

※ 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。

iii) 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。

① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下「身体的拘束等適正化検討委員会」。）（テレビ電話装置等を活用して行うこともできる。）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。

【身体的拘束等適正化検討委員会とは】

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。

※ 身体的拘束等適正化検討委員会は、運営推進会議又は事故防止委員会及び感染対策委員会と一体的に設置・運営することも差し支えない。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、身体拘束等適正化委員会には、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。

※ 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、決して従業員の

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。

具体的には、次のようなことを想定している。

- ・ 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。
- ・ 介護職員その他従業員は、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、様式に従い、身体的拘束等について報告すること
- ・ 身体的拘束等適正化検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
- ・ 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、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ・ 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。
- ・ 適正化策を講じた後に、その結果について評価すること。

㊦ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。

指針には、次のような項目を盛り込むこと。

- ・ 施設における身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方
- ・ 身体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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ・ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ・ その他身体的拘束等の適正化推進のために必要な基本方針

㊧ 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（年2回以上）に実施すること。

【研修の内容】

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、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。

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

⑦ 自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善をはからなければならない。

（1 1）地域密着型施設サービス計画の作成【第138条】

① 管理者は、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。

② 施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、（介護給付サービス以外の）地域住民による自発的な活動（入所者の話し相手や会食等）によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めること。

③ 施設サービスの計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、置かれている環境等の評価を通じて、入所者が現に抱える問題点を明らかにし、自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）すること。

④ アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に面接して行うこと。この場合において、面接の趣旨を入所者及びその家族に十分に説明し、理解を得ること。

⑤ 入所者の希望及びアセスメントの結果に基づき、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・53

看護・介護・食事等)の目標及び達成時期、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すること。

※ サービスについて、その長期的な目標及び短期的な目標並びにその達成時期を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすること。

- ⑥ サービス担当者会議の開催（テレビ電話装置等を活用して行うこともできる。）、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者（医師・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員等）から専門的な見地からの意見を求めること。
- ⑦ 施設サービス計画の原案（第1表及び第2表）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ること。

※ 必要に応じて、入所者の家族に対しても説明を行い同意を得ることが望ましい。

- ⑧ 施設サービス計画を作成した際には、入所者に交付すること。
- ⑨ 施設サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて計画の変更を行うこと。

※ 介護支援専門員は、他のサービス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には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

- ⑩ モニタリングに当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行い、特段の事情のない限り、定期的に入所者に面接し、定期的にモニタリングの結果を記録すること。
- ⑪ 要介護更新認定を受けた場合や要介護状態区分変更の認定を受けた場合は、サービス担当者会議の開催、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、専門的な見地から意見を求めること。

(12) 介護【第163条】

- ① 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よう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行われなければならない。
- ② 入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しなければならない。
- ③ 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければならない。ただし、やむを得ない場合には、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。
- ④ 入居者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支援を行わなければならない。
- ⑤ おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に（排せつ状況を踏まえて）取り替えなければならない。
- ⑥ 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。

【褥瘡の発生予防のための体制の例】

- i) 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。
- ii) 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。
- iii) 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。
- iv) 褥瘡対策のための指針を整備する。
- v) 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。

- ⑦ 入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければならない。

- ⑧ 常時一人以上の介護職員を介護に従事させなければならない。
- ⑨ 入居者に対し、その負担により、当該ユニット型指定地域密着型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。

(13) 食事【第164条】

- ① 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供すること。
- ② 入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行わなければならない。
- ③ 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、その心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保しなければならない。
- ④ 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援しなければならない。

- ・ 入所者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の入所者の栄養状態に応じた栄養管理を行うとともに、摂食・嚥下機能その他の入所者の身体の状態や、食形態、嗜好等にも配慮した適切な栄養量及び内容とすること。
- ・ 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておくこと。
- ・ 夕食時間は午後6時以降とすることが望ましいが、早くても午後5時以降とすること。
- ・ 入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、居室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていること。
- ・ 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があること。
- ・ 食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければならないこと。

【食事の提供に関する業務の委託について】

食事の提供に関する業務は施設自らが行うことが望ましいが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができる。

(14) 栄養管理【第143条の2】

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、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて計画的に行わなければならない

※ 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。

【栄養管理の手順】

① 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。

② 入所者ごとの栄養ケア計画に従い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。

③ 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。

※ 実務等については、「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」を参照のこと。

(15) 口腔衛生の管理【第143条の3】

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。

【口腔衛生管理の手順】

- 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」）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。
 - i) 助言を行った歯科医師
 - ii) 歯科医師からの助言の要点
 - iii) 具体的方策
 - iii) 当該施設における実施目標
 - v) 留意事項・特記事項

※ 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持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。
- 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。

※ 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。

※ 実務等については、「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」を参照のこと。

(16) 相談及び援助【第141条】

常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族の相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行うこと。

(17) 社会生活上の便宜の提供等【第165条】

- ① 施設は、入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自立的に行うこれらの活動を支援すること。
- ② 入居者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に関する手続き（郵便・証明書等の交付申請など）について、その者又はその家族において行うことが困難な場合は、その都度、その者の同意を得て、代わって行うこと。

※ 特に金銭にかかるものは書面をもって事前に同意を得るとともに、代行後はその都度本人に確認を得ること。

- ③ 常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めること。
- ④ 入居者の外出の機会を確保するように努めなければならない。

※ 家族や友人ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮すること。
※ 入居者の家族に対し、当該施設の会報の送付、当該施設が実施する行事への参加の呼びかけ等によって入居者とその家族が交流できる機会等を確保するよう努めること。
また、入居者と家族の面会の場所や時間等についても、入居者やその家族の利便に配慮したものとすよう努めなければならない。

(18) 機能訓練【第143条】

① 入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行うこと。

※ 機能訓練室における機能訓練に限らず、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を含む。

(19) 健康管理(第144条)

医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採ること。

(20) 入居者の入院期間中の取扱い【第145条】

入所者が病院又は診療所に入院する必要がある場合、入院後おおむね3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、退院後再び当該施設に円滑に入所することができるようにすること。

【やむを得ない事情とは】

単に当初予定の退院日に満床であることをもってやむを得ない事情として該当するものではなく、例えば、入居者の退院が予定より早まるなどの理由により、ベッドの確保が間に合わない場合等を指すものであり、施設側の都合は、基本的には該当しない。

※ この場合であっても、再入所が可能なベッドの確保ができるまでの間、短期入所生活介護の利用を検討するなどにより、入所者の生活に支障をきたさないよう努めること。

(2 1) 利用者に関する市町村への通知【第3条の26】

利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を菊陽町に通知すること。

- ① 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- ② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(2 2) 緊急時等の対応【第145条の2】

- ① 入所者へサービスを行っているときに入所者の病状が急変した場合や、その他必要な場合に備え、あらかじめ配置医師や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針（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）を定めておくこと。
- ② 配置医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1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。

【対応方針に定める内容】

- ・ 緊急時の注意事項
- ・ 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

(2 3) 管理者の責務【第28条】

- ① 従業者の管理、利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うこと。
- ② 従業者に「施設の運営に関する基準」の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うこと。

(24) 計画担当介護支援専門員の責務【第147条】

計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うこと。

- ① 入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 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、その者が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こと。
- ③ その心身の状況、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と認められる入居者に対し、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こと。
- ④ 入居者の退所に際し、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提供するほか、保健医療サービス、福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- ⑤ 身体拘束等の態様、時間、入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録すること。
- ⑥ 苦情の内容等を記録すること。
- ⑦ 事故の状況、事故に際して採った処置について記録すること。

(25) 運営規程【第166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定を定めておくこと。

- ① 施設の目的、運営の方針
- ② 従業者の職種、員数、職務内容

※ 従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、基準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。

- ③ 入居定員（居室のベッド数と同数）
- ④ ユニットの数及びユニットごとの入居定員
- ⑤ サービスの内容、利用料その他の費用の額

※ サービスの内容は、入居者が、自ら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を指す。

- ⑥ 施設利用に当たっての留意事項（入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等）
- ⑦ 緊急時等における対応方法
- ⑧ 非常災害対策（非常災害に関する具体的計画を指す）
- ⑨ 虐待の防止のための措置に関する事項

※ 虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

- ⑩ その他施設の運営に関する重要事項

※ 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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。

(26) 勤務体制の確保等【第167条】

- ① 適切なサービスを提供するため、従業者の勤務体制を定めておくこと。
- ② 従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。
 - i) 昼間については、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。
 - ii) 夜間及び深夜については、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すること。
 - iii) 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。

※ 従業者が、一人一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。

※ 常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名配置するほか、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（研修受講者でなくても構わない）従業者を決めることで足りるものとする。この場合、研修受講者は、研修で得た知識等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。

※ ユニット型施設とユニット型の短期入所生活介護事業所が併設されている場合には、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものとみなして、合計2名以上の研修受講者が配置されていればよい。

- ③ 施設の従業者によってサービスを提供すること。

※ 入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務（調理業務、洗濯等）については、この限りでない。

- ④ 従業者に対し、資質の向上のための研修の機会を確保すること。

全ての従業者（医療・福祉関係の資格を有さないもの）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を 64

受講させるために必要な措置を講じなければならない。

【当該義務付けの対象とならない者（医療・福祉関係の資格を有する者）】

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、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

※ 新卒採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させること。

⑤ 管理者は、ユニット型施設の管理者等に係る研修を受講するよう努めなければならない。

⑥ 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なければならない。

※ 事業主が構すべき措置の具体的内容は、特に以下の内容に留意すること。

i) 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

ii) 相談（苦情を含む。）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。

※ セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

※ 詳しくは、厚生労働省ホームページ「介護現場におけるハラスメント対策」を参照。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html

(27) 業務継続計画の策定等【第3条の30の2】

- ① 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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。

※ 業務継続計画には以下の項目等を記載すること。

- i) 感染症に係る業務継続計画
 - a. 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取り組みの実施、備蓄品の確保等）
 - b. 初動対応
 - c. 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）
- ii) 災害に係る業務継続計画
 - a. 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
 - b. 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
 - c. 他施設及び地域との連携

- ② 事業者は、従業員に対し、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（シミュレーション）を定期的実施しなければならない。

- i) 研修 … 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。
- ii) 訓練（シミュレーション） … 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。

- ③ 事業者は、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⁶⁶

(28) 定員の遵守【第168条】

ユニットごとの入居定員及び居室の定員を超えて入居させてはならない。
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、この限りではない。

(29) 非常災害対策【第32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絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、年に2回以上避難、救出その他必要な訓練を行うこと。
- ② ①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。

(30) 衛生管理等【第151条】

- ① 入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行うこと。
- ② 感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じること。
 - i) 感染症、食中毒の予防及びまん延の防止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もできる。）を3か月に1回以上開催し、その結果を従業者に周知徹底すること。

【感染対策委員会の構成メンバー】

- ・ 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、生活相談員等の幅広い職種により構成すること。
- ・ 構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくこと。

【開催頻度】

- ・ 入所者や施設の状況に応じて、おおむね3月に1回以上、定期的で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。

- ii) 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を整備すること。

※ 指針の規定内容（詳しくは「介護現場における感染対策の手引き」を参照。）

【平常時の対策】

施設内の衛生管理（環境の整備等、排泄物、血液・体積の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（血液・排泄物、傷等に触れる時の取り決め）、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】

発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等。

※ 発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくこと。

iii) 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（年2回以上）並びに感染症の予防およびまん延防止のための訓練（年2回以上）を定期的実施すること。

【研修内容】

- ・ 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、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。
- ・ 定期的な教育を年2回以上開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施すること。
- ・ 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、指針を周知すること。
- ・ 研修の実施内容について記録すること。

【訓練（シミュレーション）内容】

- ・ 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。
- ・ 感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染症対策をした上でのケアの演習などを実施すること。

iv) 「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順」に沿って対応すること。

(3 1) 協力医療機関等【第152条】

- ① 入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、以下の要件を満たす協力医療機関（iii）については病院に限る。）を定めておかなければならない。（令和9年3月31日までは努力義務）
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。
 - i) 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。
 - ii) 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。
 - iii) 入所者の病状が急変した場合等において、当該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を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等を、当該施設の指定を行った市町村（菊陽町）に提出しなければならない。
- ③ 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（入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の可否の判断、入院調整等を行うこと）を取り決めるよう努めなければならない。
- ④ 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、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について協議を行わなければならない。
- ⑤ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めること。
- ⑥ 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。

(3 2) 掲示【第3条の32】

- ① 施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制（職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人
数）、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）等の利用申込者のサービス
の選択に資すると認められる重要事項（以下「重要事項」という。）を掲示すること。
- ② 掲示に代えて、重要事項を記載したファイル等を事業所に備え付け、いつでも関係者が自由に閲覧
できるようにすることで掲示に代えることができる。
- ③ 重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。（令和7年4月1日から義務化。）

(3 3) 秘密保持等【第153条】

- ① 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らさないこと。
- ② 施設は、従業者であった者が、正当な理由なく、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、必要な措置を講じること。
- 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
者の同意を得ておくこと。

(3 4) 広告【第3条の34】

広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしなないこと。

(3 5) 指定居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止【第154条】

- ① 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設を紹介することの対償とし
て、金品その他財産上の利益を供与しないこと。
- ② 居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金
品その他の財産上の利益を収受しないこと。

(36) 苦情処理【第3条の36】

- ① 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、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ること。

【必要な措置とは】

具体的には、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、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、施設内に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載することである。

- ② 苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録すること。
- ③ 提供したサービスに関し、市町村が行う文書その他の物件の提示若しくは提示の求め又は市町村職員からの質問、照会に応じ、及び利用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においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。
- ④ 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すること。
- ⑤ 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」）が行う調査に協力するとともに、国保連から指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。
- ⑥ 国保連からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国保連に報告すること。

(37) 地域との連携等【第34条】

- ① サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等）、施設が所在する市町村の職員、所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、当該施設サービスについて知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営

推進会議」)を設置し、おおむね2月に1回以上、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。

※ 運営推進会議はテレビ電話装置等を活用して行うこともできる。

- ② 前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、記録を公表すること。
- ③ 事業の運営に当たって、地域住民又はその自発的な活動等と連携及び協力を行う等の地域との交流を図ること。
- ④ 提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めること。

※ 運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の条件を満たす場合は、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催しても差し支えない。

- ・利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- ・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。

※ 運営推進会議の合同開催については、合同開催の回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数半数を超えないこと。

(38) 事故発生の防止及び発生時の対応【第155条】

- ① 事故の発生又はその再発防止のため、次の措置を講じること。
 - i) 事故発生時の対応、報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備すること。

※ 事故発生の防止のための指針には、以下のような項目を盛り込むこと。

- ・ 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ・ 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ・ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ・ 施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本指針
- ・ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ・ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本指針
- ・ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本指針

ii) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。

※ 改善策の従業者に対する周知徹底とは、具体的には以下のようなことを想定している。

- ・ 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、前記の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- ・ 事故発生の防止のための委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
- ・ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- ・ 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。
- ・ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

iii) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

※ 当該委員会は、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等の幅広い職種により構成し、構成メンバーの責任及び役割分担を明確にすること。

※ 当該委員会は、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・運営しても差し支えない。

※ 当該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。

※ 当該委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。

※ 従業者に対する研修は、定期的（年2回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施すること。

※ 研修の実施内容について記録すること。

iv) 上記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 サービスの提供により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、必要な措置を講じること。

③ ②の事故の状況及び事故に際して採った措置について記録すること。

④ 賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償すること。

※ 損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。

（39）虐待の防止【第3条の38の2】

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

※ その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、「未然防止」「早期発見」「虐待等への迅速かつ適切な対応」の観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。⁷⁴

① 事業所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）を定期的（年1回以上）に開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図ること。

※ 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。

※ 定期的を開催すること。

※ 管理者を含む幅広い職種で構成するとともに、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にする。事業所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。

※ 当該委員会は、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。

※ 虐待の事案については、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。

○ 虐待防止検討委員会にて検討する具体的事項

・ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

・ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

・ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

・ 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

・ 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

・ 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

・ 虐待の再発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

※ そこで得た結果は従業者に周知徹底を図ること。

② 虐待の防止のための指針を整備すること。

○ 指針には、次のような項目を盛り込むこと。

- ・ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ・ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ・ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ・ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ・ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ・ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ・ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- ・ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- ・ 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を定期的に（年2回以上）実施すること。

※ 研修の内容は、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、当該事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

※ 職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修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。

※ 研修の実施内容について記録すること。

※ 研修の実施は、事業所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を配置すること。

※ 事業所における虐待を防止するための体制として、上記①～③まで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。

当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

(40) 会計の区分【第3条の39】

事業所ごとに経理を区分するとともに、その他の事業の会計を区分すること。

(41) 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【第86条の2】

事業者は、当該事業所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、当該事業所における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。）を定期的で開催しなければならない。（令和9年3月31日までの間は、努力義務）

- 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用することも差し支えない
- 定期的で開催することが必要。開催頻度は、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、適切な開催頻度を定めることが望ましい。
- ※ 厚生労働省「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」等を参考に取組をすすめることが望ましい。厚生労働省ホームページ「介護分野の生産性向上 ～お知らせ～」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei-information.html>
- ※ 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。

(4 2) 記録の整備【第156条】

- ① 従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
- ② サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存すること。
 - i) 地域密着型施設サービス計画
 - ii) 提供した具体的なサービスの内容等の記録
 - iii) 身体的拘束等の態様、時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由の記録
 - iv) 基準第3の26の規定による利用者に関する市町村への通知に係る記録
 - v) 基準第3条の36第2項の規定による苦情の内容等の記録
 - vi) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
 - vii) 運営推進会議に係る報告、評価、要望、助言等の記録

※「その完結の日」とは

- i ~ viの記録は、個々の利用者の契約の終了（契約の解約・解除、他施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む）により一連のサービス提供が終了した日。
- viiの記録は、運営推進会議を開催し、報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日。

1 5 介護報酬について

1 基本単位の取扱い	80	6 身体拘束廃止未実施減算	83
2 夜勤体制による減算	81	7 安全管理体制未実施減算	84
3 人員基準欠如に該当する場合の減算	81	8 高齢者虐待防止措置未実施減算	84
4 定員超過利用に該当する場合の減算	82	9 業務継続計画未策定減算	85
5 ユニットケア体制が整備されていない場合の減算	83	10 栄養管理に係る(栄養ケア・マネジメント未実施)減算	85

11 各種加算

(1) 日常生活継続支援加算	86	(14) 退所時栄養情報連携加算	105	(27) 在宅・入所相互利用加算	130
(2) 看護体制加算	88	(15) 再入所時栄養連携加算	106	(28) 認知症専門ケア加算	131
(3) 夜勤職員配置加算	89	(16) 退所時等相談援助加算	107	(29) 認知症チームケア推進加算	132
(4) 生活機能向上連携加算	92	(17) 協力医療機関連携加算	110	(30) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	133
(5) 個別機能訓練加算	96	(18) 栄養マネジメント強化加算	112	(31) 褥瘡マネジメント加算	134
(6) ADL維持等加算	98	(19) 経口移行加算	115	(32) 排せつ支援加算	137
(7) 若年性認知症入所者受入加算	99	(20) 経口維持加算	116	(33) 自立支援促進加算	140
(8) 専従常勤医師配置加算	99	(21) 口腔衛生管理加算	119	(34) 科学的介護推進体制加算	142
(9) 精神科医師定期的療養指導加算	100	(22) 療養食加算	121	(35) 安全対策体制加算	143
(10) 障害者生活支援体制加算	101	(23) 特別通院送迎加算	122	(36) 高齢者施設等感染対策向上加算	144
(11) 入院・外泊した時の費用	102	(24) 配置医師緊急時対応加算	123	(37) 新興感染症等施設療養費	144
(12) 外泊時在宅サービス利用費用	103	(25) 看取り介護加算	124	(38) 生産性向上推進体制加算	145
(13) 初期加算	104	(26) 在宅復帰支援加算	129	(39) サービス提供体制強化加算	147

1 基本単位の取扱い

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) (1日につき)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	682	753	828	901	971

※ 施設入所者が外泊を行っている間は算定できない。

【日数の数え方】

- 入所等した日及び退所等した日の両方を含む。
- ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」）の間で、又は隣接若しくは近接する敷地におけ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有等が行なわれているものの間で、利用者等が一の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については、入所等の日は含み、退所等の日は含まれない。
- 介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの又は当該介護保険施設等と隣接又は近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行なわれているものに入院する場合は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。
- 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、入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

2 夜勤体制による減算 所定単位数の100分の97に相当する単位数に減算する。

ある月（歴月）において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において入居者の全員について、所定単位数が減算される。

- ① 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。施設が設定）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が、2日以上連続して発生した場合
- ② 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が、4日以上発生した場合

3 人員基準欠如に該当する場合の減算 所定単位数の70/100に相当する単位数に減算する。

(1) 看護・介護職員の人員基準欠如

- i) 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、入居者の全員について減算する。
- ii) 人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、入居者の全員について減算する（翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）。

(2) 介護支援専門員の人員基準欠如

その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、入居者の全員について減算する（翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）。

【職員の員数を算定する際の利用者数】

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）の平均を用いる。この場合、利用者数の平均は、前年度の全利用者の延数を当該前年度の日数で除して得た数（少数点第2位以下切り上げ）。

(3) 突発的で想定困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如が発生した場合^新

※ 看護・介護職員が1割の範囲内で減少した場合及び看護・介護職員以外の人員欠如の場合に限る。次のi) から～iv) までの全てに該当するときは、1年に1回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する翌々月までの間、減算の適用を猶予する。

- i) 職業安定所又は無料職業紹介事業を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。
- ii) 民間職業紹介事業者を利用する場合は、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。
- iii) 事業所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。
- iv) 一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、事業所の適正な労働管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

注) 人員欠如が生じた日の属する月の翌月までに所定の様式(別記様式11)により町へ報告すること。

4 定員超過利用に該当する場合の減算 所定単位数の70/100に相当する単位数に減算する。

入居者の数が定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、入居者の全員について減算する。

【入居者の数】 1月間(歴月)の全利用者の延数を、当該月の日数で除した数(小数点以下切り上げ)

※ 次の場合は定員数に100分の105を乗じて得た数を超えた場合に減算適用となる。

- ① 老人福祉法第11条第1項の規定により市町村が行った措置による入所又は病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期となったことにより、定員を超えることがやむを得ない場合(後者の場合は、当初の再入所予定日までの間に限る。)
- ② 当該施設に併設される短期入所生活介護事業所の施設を利用して施設サービスを提供することにより、定員を超えることが、要介護被保険者の緊急その他の事情を勘案してやむを得ない場合

※ 災害時等の取扱い

災害その他の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関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ものとする。

5 ユニットケア体制が整備されていない場合の減算 所定単位数の97/100に相当する単位数に減算する。

ある月(暦月)において別に厚生労働大臣が定める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を満たさ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減算する。（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。）

【厚生労働大臣が定める基準】

- 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。

6 身体拘束廃止未実施減算 所定単位数の100分の10に相当する単位数を減算する。

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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に（下記①から④の事実が生じた場合）、速やかに改善計画を菊陽町長に提出した後、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菊陽町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、利用者全員について所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ① 身体拘束等を行う場合の記録を行っている
- ② 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催している
- ③ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備している
- ④ 身体的拘束等の適正化のための定期的な研修（年2回以上）を実施している

7 安全管理体制未実施減算 所定単位数から5単位／日を減算する。

別に厚生労働大臣が定め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する。

【厚生労働大臣が定める基準】

- 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、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。
- ③ 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。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- ④ 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。

8 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算する。

施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に、速やかに改善計画を菊陽町長に提出した後、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菊陽町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、入所者全員について、所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ① 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催している
- ② 高齢者虐待防止のための指針を整備している
- ③ 高齢者虐待防止のための定期的な研修（年2回以上）を実施している
- ④ 高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いている

9 業務継続計画未策定減算 所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算する。

別に厚生労働大臣が定める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、当該施設の入所者全員について、所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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。

※ 経過措置（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は減算を適用しない。）は令和7年3月31日で終了。

10 栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算 所定単位数から14単位／日を減算する

栄養管理について、別に厚生労働大臣が定め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に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。）。

【厚生労働大臣が定める基準】

次のいずれにも適合していること。

① 栄養士又は管理栄養士を1以上置いていること。

② 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っていること。

1 1 各種加算

(1) 日常生活継続支援加算(Ⅰ) (ユニット型) 46単位/日 ※体制届が必要

次の①～③を満たすこと。

① i～iiiのいずれかに該当すること。

i) 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

ii) 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（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が65/100以上

※ i及びiiについて、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。これらの割合は毎月記録し、所定の割合を下回った当該月から算定不可。

iii) 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（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）を必要とする者の占める割合が15/100以上

※ 届出日の属する月の前4月から前々月までの3月間のそれぞれ末日時点の割合の平均について算出すること。また、届出を行った月以降においても、毎月において前4月から前々月までの3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。これらの割合は毎月記録し、所定の割合を下回った当該月から算定不可。

② 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数（当該年度の前年度の平均）が6又はその端数を増すごとに1以上であること。

ただし、次に掲げる規定のいずれにも適合する場合は、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以上であること。

- i) 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」）を複数種類使用していること。
- ii) 介護機器の使用に当たり、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、アセスメント（入所者の心身の状況を勘案し、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ことをいう。）及び入所者の身体の状態等の評価を行い、職員の配置の状態等の見直しを行っていること。
- iii) 介護機器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、介護支援専門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すること。
 - a. 入所者の安全及びケアの質の確保
 - b. 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - c. 介護機器の定期的な点検
 - d. 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修

※ 介護福祉士の員数は、届出日前3月間における員数の平均を、常勤換算方法で算出。届出を行った月以降においても、毎月において直近3月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たしていることが必要。必要な人数を満たさなくなった月から算定不可。

※ 介護福祉士は、その月の前月末時点で資格を取得している者とする。

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。

(2) 看護体制加算 ※体制届が必要

※ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

※加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)は、同時算定が可能。

【看護体制加算(Ⅰ)イ】 12単位/日

① 常勤の看護師を1名以上配置している。

【看護体制加算(Ⅱ)イ】 23単位/日

① 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置している。

② 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。

【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。

※ 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。

(3) 夜勤職員配置加算（ユニット型） ※体制届が必要

※ 加算(Ⅱ)イと(Ⅳ)イは同時算定できない。

【夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ】 46単位／日

夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に算定。

※ 増員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、歴月ごとに夜勤時間帯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。（小数点第3位以下切り捨て）

※ ただし、次のa又bに掲げる場合は、当該a又はbに定める数以上である場合に算定する。

この場合の要件で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。試行期間中から委員会を設置し、見守り機器等の使用後の人員体制とその際の夜勤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うえで「テクノロジーの活用」に係る届を行うこと。

※ 届出にあたり、当該委員会の議事録概要を提出すること。

- a 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合 … 最低基準の数に10分の9を加えた数
- i) 見守り機器を、当該施設の入所者の数の10分の1以上の数設置していること。
 - ii) 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討が行われていること（3月に1回以上行うこと。）
- b 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合 … 最低基準の数に10分の6を加えた数
- i) 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該施設の入所者の数以上設置していること。
 - ii) 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。
 - iii) 見守り機器等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、見守り機器等を安全かつ有効に活用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人と共同して、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すること。（委員会は3月に1回以上行うこと。）
- ① 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要なとする入所者への訪問及び当該入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保

【入所者の安全及びケアの質の確保に関する事項】

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

- ・ 見守り機器等を使用する場合においても、一律に定時巡視等を取りやめることはせず、個々の入所者の状態に応じて、個別に定時巡回を行うこと。
- ・ 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入所者の状態把握に活用すること。
- ・ 見守り機器等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。

② 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

【夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮】

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。

- ・ ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えているかどうか
- ・ 夜勤時間帯において、職員の負担が過度に増えている時間帯がないかどうか
- ・ 休憩時間及び時間外勤務等の状況

③ 見守り機器等の定期的な点検

※ 日々の業務の中であらかじ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、見守り機器メーカーと連携し、定期点検を行うこと。

④ 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

※ 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棟を含む職員研修を定期的に行うこと。

【夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ】 61単位／日

① 加算(Ⅱ)イの要件に該当していること。

② 夜勤時間帯を通じ、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員（次のa~cの場合は登録喀痰吸引等事業者、dの場合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。

- a. 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士
- b. 特定登録証の交付を受けた特定登録者
- c. 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者
- d. 認定特定行為業務従事者

(4) 生活機能向上連携加算 ※体制届が必要

外部との連携により、入所者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に算定する。

※ 加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は同時算定できない。

【生活機能向上連携加算(Ⅰ)】 100単位/月 (3月に1回を限度)

※ 個別機能訓練加算を算定している場合は、算定しない。

次のいずれにも適合すること。

① 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4km以内に診療所がないものに限る）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等等」）の助言に基づき、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体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。

※ 個別機能訓練計画の作成にあたっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は、当該施設の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画等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。

※ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施期間、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（以下「利用者等」）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を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、可能な限り具的かつ分かりやすい目標とすること。

※ 個別機能訓練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、その内容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。

【リハビリテーションを実施している医療提供施設】

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（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。）若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院

- ② 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た機能訓練を適切に提供していること。
- ③ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3カ月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

※ 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、利用者等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等の意向を確認の上、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等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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）していること。

※ 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、常に当該施設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。

※ 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、 93

算定されるものである。

なお、①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)】 200単位／月

次のいずれにも適合すること。

- ① 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、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体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。

【リハビリテーションを実施している医療提供施設】

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（病院にあっては、認可病床数が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。）若しくは診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院

- ② 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た機能訓練を適切に提供していること。
- ③ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者等に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

※ 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、利用者等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等の意向を確認の上、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回以上当該施設を訪問し、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等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。
- ※ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の①の※2、①の※3、②及び③の※2によること。
- ※ 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。

(5) 個別機能訓練加算 ※体制届が必要

基準に適合する施設において、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に算定する。

【個別機能訓練加算(Ⅰ)】 12単位/日

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。）（以下「理学療法士等」）を1名以上配置していること。

【個別機能訓練加算(Ⅱ)】 20単位/月

次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LIFEを用いて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。

【個別機能訓練加算(Ⅲ)】 20単位/月

次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。

※ 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。

※ 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。

※ 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）し、記録する。

※ 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。

※ 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PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

※ 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、常に当該施設の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

(6) ADL維持等加算 ※体制届が必要

基準に適合している施設において、入所者に対してサービスを提供した場合は、評価対象期間（ADL維持等加算の算定を開始する月の前年の同月から起算して12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り算定する。

※ 加算を取得する月の前年の同月に、基準に適合するものとして菊陽町に届け出ている場合は、届け出の日から12月後までの期間を評価対象期間とする。

※ 加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

【ADL維持等加算(Ⅰ)】 30単位/月

次のいずれにも適合すること。

- ① 評価対象者（当該施設の利用期間（以下「評価対象利用期間」）が6月を超える者をいう）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、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は利用があった最終の月）においてBarthel indexを適切に評価できる者がADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」）を測定し、測定した日が属する月ごとにLIFEを用いて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に、右表の左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右欄に掲げる値を加えた値（以下「ADL利得」）の平均値が1以上であること。

ADL値が 0以上25以下	2
ADL値が 30以上50以下	2
ADL値が 55以上75以下	3
ADL値が 80以上100以下	4

【ADL維持等加算(Ⅱ)】 60単位／月

次のいずれにも該当すること。

- ① 「ADL維持加算(Ⅰ)の①及び②の基準に適合する。
- ② 評価対象者のADL利得の平均値が3以上である。

【ADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者】

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）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）を除く利用者とする。

（7）若年性認知症入所者受入加算 120単位／日 ※体制届が必要

施設において、受け入れた若年性認知症入所者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定する。

※ 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。

※ 本加算は、65歳の誕生日の前々日までは対象である。

※ 若年性認知症利用者を担当する者は、施設の介護職員の中から定めること。人数や資格等の要件は問わない。

（8）専従常勤医師配置加算 25単位／日 ※体制届が必要

専ら当該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こと。

(9) 精神科医師定期的療養指導加算 5単位/日 ※体制届が必要

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場合に加算する。

【認知症である者】

次のいずれかに該当する者であること。

- ① 医師が認知症と診断した者
- ② 旧措置入所者にあつては、前期①にかかわらず、従来の「老人福祉法による特別養護老人ホームにおける痴呆性老人等介護加算制度について」（平成6年9月30日老計第131号）における認知症老人介護加算の対象者に該当している場合は医師の診断は必要としない。

【精神科を担当する医師】

精神科を標ぼうしている医療機関において精神科を担当している医師を指すものであることが原則であるが、過去に相当期間、精神科を担当する医師であった場合や精神保健指定医の指定を受けているなど、その専門性が担保されていると判断できる場合は算定できる。

※ 精神科を担当する医師について、専従常勤医師配置加算が算定されている場合は、当該加算の規定にかかわらず、精神科を担当する医師に係る加算は算定されない。

※ 健康管理を担当する当該施設の配置医師（嘱託医）が1名であり、当該医師が精神科を担当する医師も兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月4回（1回あたりの勤務時間3～4時間程度）までは加算の算定の基礎としない。

※ 入所者に対し療養指導を行った記録等を残しておくこと。

※ 本加算を算定しようとする施設は、常に、認知症である入所者の数を的確に把握すること。

(10) 障害者生活支援体制加算 ※体制届が必要

※ 加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は同時算定はできない。

【障害者生活支援体制加算(Ⅰ)】 26単位/日

- ① 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者（以下「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。
- ② 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。

【障害者生活支援体制加算(Ⅱ)】 41単位/日

- ① 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。
- ② 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者を2名以上配置している。

【障害者生活支援員】

- ・ 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
- ・ 聴覚障害又は言語機能障害 手話通訳等を行うことができる者
- ・ 知的障害 知的障害者福祉司の資格を有する者のほか、知的障害者援護施設における指導員、看護師等で入所者の処遇実務経験5年以上の者
- ・ 精神障害 精神保健福祉士又は精神保健福祉法施行令第12条各号に掲げる者

※ それぞれの障害に対応できる専門性を有する者が配置されていることが望ましいが、例えば、視覚障害に対応できる常勤専従の障害者生活支援員に加えて、聴覚障害、言語機能障害、知的障害及び精神障害に対応できる非常勤職員の配置又は他の職員が兼務することにより、適切な生活の支援を行うことができれば、当該加算の要件を満たすものとする。

(11) 入院・外泊した時の費用 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できる。

※ 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できない。

※ 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。

※ 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。

(例) 月をまたがる入院の場合（入院期間 1月25日～3月8日）

1月25日 入院 … 所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間） … 1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間） … 1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日 … 費用算定不可

3月8日 退院 … 所定単位数を算定

※ 「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。¹⁰²

(12) 外泊時在宅サービス利用費用 560単位／日

入所者に対して居宅における外泊を認め、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。

※ 外泊時費用を算定する場合は算定しない。

- 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態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、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、当該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。
- 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。¹⁰³

(13) 初期加算 30単位／日

入所者については、当該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日以内の期間について加算する。

- ① 「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。
- ② 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(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)の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定できる。
当該施設の併設又は空床利用の短期入所生活介護（留意事項通知（平成12年老企第40号）第2の1の(2)の②に該当する場合を含む）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。
- ③ 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、②にかかわらず、初期加算が算定される。

(14) 退所時栄養情報連携加算 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「医療機関等」）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（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）を提供したときに、1月に1回を限度として加算する。

※ 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。

【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、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥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）

※ 退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、上記に加え、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をふくむ）のための流動食は、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。

※ 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。

(15) 再入所時栄養連携加算 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（退所時栄養情報連携加算に係る「厚生労働大臣が定める特別食」と同じ）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入所者1人につき1回を限度として加算する。

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 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。

※ 地域密着型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場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該施設に入所（以下「二次入所」）した場合を対象とすること。

※ 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、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。

※ 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）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。

※ 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。106

(16) 退所時等相談援助加算

【退所前訪問相談援助加算】 460単位／回（退所日に算定）

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】 460単位／回（訪問日に算定）

入所者の退所後30日以内に、当該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。

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。

「退所前訪問相談援助加算」及び「退所後訪問相談援助加算」について

① 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

② 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。

③ 入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

④ 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。

【退所時相談援助加算】 400単位／回

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及び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

※ 前記「「退所前訪問相談援助加算」及び「退所後訪問相談援助加算」について」の①～④は、退所時相談援助加算について準用する。

※ 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、老人介護支援センターに替え、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。

【退所前連携加算】 500単位／回（退所日に加算）

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、当該指定居宅介護支援事業者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。

※ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携助の内容の要点に関する記録を行うこと。

※ 前記「「退所前訪問相談援助加算」及び「退所後訪問相談援助加算」について」の①及び②は、退所前連携加算について準用する。

※ 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。

【退所時情報提供加算】 250単位／回

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10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。

※ 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には、本加算は算定できない。

(17) 協力医療機関連携加算

【令和8年6月算定分から一部改正 …次ページの下線部分】

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開催している場合に加算する。

【協力医療機関連携加算(1)】 50単位/月

協力医療機関が、指定地域密着型サービス基準第152条第1項各号に掲げる要件を満たしている場合

【協力医療機関連携加算(1)以外の場合】 5単位/月

※ 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。

※ (1)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指定地域密着型サービス基準第152条第1項第1号から第3号までに規定する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。(1)を算定する場合において、指定地域密着型サービス基準第152条第2項に規定する届出として当該要件を満たす医療機関の情報を市町村長に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

【指定地域密着型サービス基準第152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 当該指定地域密着型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、当該指定地域密着型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。

※「会議を定期的開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関への診療の求めを行う可能性が高い入居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を年1回以上開催することで差し支えない。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。

※ 会議はテレビ電話装置等を行うことができるものとする。

※ 本加算における会議は、指定地域密着型サービス基準第152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。

※ 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。

(18) 栄養マネジメント強化加算 11単位/日 ※体制届が必要

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、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に加算する。

※ 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。

【厚生労働大臣が定める基準（以下「大臣基準」）】

次のいずれにも適合すること。

- ① 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50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1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70で除して得た数以上配置していること。
- ② 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。
- ③ ②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。
- ④ 入所者ごとの栄養状態等の情報をLIFEを用いて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。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 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。

※ 大臣基準①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。

・ 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めない。

・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。

i) 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（小数点第2位以下を切り捨て）。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。

ii) 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。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（小数点第2位以下を切り上げ）。

※ 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、口腔の実施及び一体的取組について」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。

※ 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。

・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。

- 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。

- 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。
- 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。

※ 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、週3回の食事の観察の際に、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。

※ 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PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

(19) 経口移行加算 28単位／日

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、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り算定する。

※ 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、栄養管理士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、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ものに対しては、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週間ごとに受けること。

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 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。

【経口移行計画について】

- ・ 栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。
- ・ 入所者又はその家族に説明し、同意を得ること。
- ・ 経口移行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移行計画に代えることができる。

※ 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。

※ 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては誤嚥性肺炎の危険も生じうる為、次について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。

※ 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。

（20）経口維持加算

【経口維持加算(1)】 400単位／月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、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。

※ 経口移行加算を算定している場合は算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ① 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ② 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。
- ③ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。
- ④ 食形態に係る配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。
- ⑤ ②から④までについて医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制が整備されていること。

- ① 次に掲げるイからハまでの通り、実施すること。

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（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト」、「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（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）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。

※ 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。

ハ 「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。

※ 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。

【経口維持加算(Ⅱ)】 100単位／月

協力歯科医療機関を定めている施設が、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（施設の配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算する。

※ 食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（施設の配置医師を除く）、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。

※ 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。

※ 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。

(21) 口腔衛生管理加算

基準に適合する施設において、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に加算する。

※ 加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

【口腔衛生管理加算(Ⅰ)】 90単位/月

次の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2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 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【口腔衛生管理加算(Ⅱ)】 110単位/月

次の基準のいずれにも適合すること。

- ① 口腔衛生管理加算(Ⅰ)の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LIFEを用いて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。

※ 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。

- ※ 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。
- ※ 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」）を別紙様式1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。
- ※ 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。
- ※ 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PDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。
- ※ 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。

(22) 療養食加算 6単位/日 ※体制届が必要

次に掲げる基準に適合する施設が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときに、1日につき3回を限度として加算する。

- ① 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いること。
- ② 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こと。
- ③ 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療養食】

疾患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

※ 療養食の献立表が作成されていること。

※ 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。

※ 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 …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 …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 …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。
- ※ 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(肥満度が+70%以上又はBMI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。
- ※ 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150mg/dl以上である者である。

(23) 特別通院送迎加算 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に加算する。

- ※ 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算定のための回数に含めない。

(24) 配置医師緊急時対応加算 ※体制届が必要

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している施設において、当該施設の配置医師が当該施設の求めに応じ、配置医師の通常の勤務時間外（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））等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に加算する。

※ 看護体制加算(II)を算定していない場合は、算定しない。

- | | | |
|---|---|-----------|
| ① | 診療が行われた時間が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 |
| ② | 〃 早朝（午前6時から午前8時までの時間）の場合 | 650単位/回 |
| ③ | 〃 夜間（午後6時から午後10時までの時間）の場合 | 650単位/回 |
| ④ | 〃 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 |

【厚生労働大臣が定める基準】

- ・ 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該施設の間で、具体的な取決めがなされていること。
- ・ 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していること。

※ 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。

- ※ 本加算は、事前に氏名等を届出し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。
- ※ 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、内容について記録すること。
- ※ 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。
- ※ 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。

(25) 看取り介護加算 ※体制届が必要

基準に適合する施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合に加算する。

※ 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だが、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(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

※ 死亡月に加算する。	看取り介護加算(Ⅰ)	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	72単位/日
死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日	144単位/日
死亡日の前々日及び前日	680単位/日	780単位/日
死亡日	1,280単位/日	1,580単位/日

【厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者】

- ・ 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。
- ・ 医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）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。
- ・ 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。

【看取り介護加算(Ⅰ)】

- ① 常勤の看護師を1名以上配置し、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。
- 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。
- 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。
- 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。

【看取り介護加算(Ⅱ)】

- ① 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当する。
 - ② 看取り介護加算(Ⅰ)の基準のいずれにも該当する。
- ※ 看取り介護加算(Ⅱ)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。
- ※ 看取り介護加算(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

ついでの情報共有の方法、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。

※ 施設は、入所者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画、実行、評価、改善のPDCAサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。

(Plan) 看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針等を明らかにする。

(Do) 看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、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を行う。

(Check) 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う。

(Action) 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う
なお、施設は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに入所者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。

※ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。

- ・ 当該施設の看取りに関する考え方
- ・ 終末期の経過（時期、プロセスごと）の考え方
- ・ 施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
- ・ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
- ・ 入所者等への情報提供及び意思確認の方法
- ・ 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ・ 家族への心理的支援に関する考え方
- ・ その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法

- ※ 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、看護職員、介護職員、介護支援専門員、管理栄養士等による適切な情報共有に努めること。
- ・ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
 - ・ 療養や死別に関する入所者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
 - ・ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

- ※ 入所者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、入所者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、入所者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず施設への来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、施設は、連絡をしたにも関わらず来所がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

- ※ 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。

- ※ 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能だが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

※ 施設は、施設退所等の後も、継続して入所者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することができる。情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、施設退所等の際、入所者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

※ 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。

※ 入院若しくは外泊又は退所の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

※ 「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ものである。

具体的には、次の体制を整備することを想定している。

イ 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。

ロ 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。

ハ 施設内研修等を通じ、介護職員及び看護職員に対して、イ及びロの内容が周知されていること。

ニ 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。

(26) 在宅復帰支援加算 10単位/日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合に加算する。

① 入所者の家族との連絡調整を行っていること。

【家族との連絡調整】

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係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

② 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、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。

【厚生労働大臣が定める基準】

① 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、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者(入所期間が1月間を超えている者に限る)の占める割合が100分の20を超えていること。

② 退所後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。

(27) 在宅・入所相互利用加算 40単位/日 ※体制届が必要

別に厚生労働大臣が定める者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設サービスを行った場合に加算する。

【別に厚生労働大臣が定める者】

在宅生活を継続する観点から、複数人の者で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。

【別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設サービス】

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、同意を得ていること。

※ 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対象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。
- ・ 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。

(28) 認知症専門ケア加算 ※体制届が必要

基準に適合する施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合に加算する。

※ 加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

※ 認知症チームケア推進加算を算定している場合は、算定しない。

【厚生労働大臣が定める者】

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」）＝ 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者

【認知症専門ケア加算(Ⅰ)】 3単位/日

次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、対象者の占める割合が2分の1以上である。
- ② 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修又は認知症看護に係る適切な研修）を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。
- ③ 当該施設の従業者に対して、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で開催している。（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）

【認知症専門ケア加算(Ⅱ)】 4単位/日

次のいずれにも適合すること。

- ① 認知症ケア加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。
- ② 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者養成研修又は認知看護に係る適切な研修）を修了している者を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。
- ③ 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。

(29) 認知症チームケア推進加算 ※体制届が必要

基準に適合する施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケア（複数人の介護者チームを組み、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。）を行った場合に加算する。

※ 加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

※ 認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定しない。

【厚生労働大臣が定める者】

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（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）（以下「対象者」）

【認知症チームケア推進加算(Ⅰ)】 150 単位／月

次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、対象者の占める割合が2分の1以上である。
- 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」）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た者（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を修了した者）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行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。
- 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。
- 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。

【認知症チームケア推進加算(Ⅱ)】 120 単位／月

次のいずれにも適合すること。

- ① 加算(Ⅰ)の①、③及び④に掲げる基準に適合する。
- 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（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。

(30) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位／日（入所した日から起算して7日を限度）

医師が、認知症の行動・心理症状（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）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、施設サービスを行った場合に加算する。

※当該入所者が入所前1月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び過去1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。

※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でき、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。

※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。

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

※ 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こと。

※ 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。

※ 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。

※ 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。

(31) 褥瘡マネジメント加算 ※体制届が必要

※ 加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)の同時算定はできない。

【褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)】 3単位/月

次のいずれにも適合すること。

① 入所者ごとに、施設入所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、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。

※ 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。

※ 施設入所時の評価は、加算(Ⅰ)の基準に適合しているものとして市町村長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、当該者の施設入所開始時に評価を行うこと。

※ 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。

- ② ①の確認及び評価の結果等の情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出し、褥瘡管理に当たって、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。
- 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。

※ 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、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。

※ 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。

- ④ 入所者ごとの褥瘡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の状態について定期的に記録している。

※ 褥瘡ケア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。

- ⑤ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している。

※ 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、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。

(注) 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上記の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)を算定する者を除く）に対して算定できる。¹³⁵

【褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)】 13単位／月

次のいずれにも適合すること。

① 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の要件のいずれにも適合する。

② 次のいずれかに適合する。

- ・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の基準①の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒した。
- ・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の基準①の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生がない。

※ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時の評価の結果、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。

※ 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算定できるものとする。

※ 褥瘡管理に当たっては、事業所ごとに褥瘡管理マネジメントの実施に必要な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。

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、多職種の間により、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PDCAサイクルの構築を通じて、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。

(32) 排せつ支援加算 ※体制届が必要

※ 加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定している場合は、その他の排せつ支援加算は算定はできない。

【排せつ支援加算(Ⅰ)】 10単位/月

次のいずれにも適合すること。

- ① 入所者ごとに、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LIFEを用いて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。

※ 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

※ 施設入所時の評価は、排せつ支援加算(Ⅰ)の基準に適合しているものとして市町村長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。

※ 届出の日の属する月の前月以前からすでに入所している者については、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。

※ 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。

また、医師と連携した看護師が評価を行う際、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。

- ② ①の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、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。

- ③ ①の評価に基づき、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。

(注) 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上記の基準を満たした場合に、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。

【排泄に介護を要する入所者】

前記(ア 排尿の状態)若しくは(イ 排便の状態)が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又は(ウ おむつの使用)若しくは(エ 尿道カテーテルの留置)が「あり」の者をいう。

【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】

特別な支援を行わなかった場合には、前記(ア)～(エ)の評価が不変又は低下と見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、前記(ア)～(エ)の評価が改善することが見込まれることをいう。

- ※ 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、①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。
- ※ 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。
- ※ 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こと。
- ※ 支援計画の実施にあたり、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。
- ※ 計画の見直しは、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。

【排せつ支援加算(Ⅱ)】 15単位／月

次のいずれにも適合すること。

① 排せつ支援加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合する。

② 次のいずれかに適合する。

イ) 排せつ支援加算(Ⅰ)の基準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。

ロ) 排せつ支援加算(Ⅰ)の基準①の評価の結果、施設入所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。

ハ) 排せつ支援加算(Ⅰ)の基準①の評価の結果、施設入所時に導尿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。

【排せつ支援加算(Ⅲ)】 20単位／月

排せつ支援加算(Ⅰ)の全ての基準並びに排せつ支援加算(Ⅱ)の基準②イ及びロに掲げる基準のいずれにも適合すること。

排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種的共同により、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計画の見直し(Action)といったPDCAサイクルの構築を通じて、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。

(注) 本加算は、全ての利用者について、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、職員が適切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。

(33) 自立支援促進加算 280単位/月 ※体制届が必要

次のいずれにも適合すること。

- ① 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LIFEを用いて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。

※ 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。

- ② ①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（別紙様式7）を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。

※ 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。

※ 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。

※ 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。

※ 別紙様式7の作成にあたっては、①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。

※ 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。

※ 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、①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。

③ ①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。

※ 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。

④ 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。

※ 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PDCAサイクルの構築を通じて、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。

※ 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前記①～④の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。

（34）科学的介護推進体制加算 ※体制届が必要

※ 加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は同時算定できない。

【科学的介護推進体制加算（Ⅰ）】 40単位／月

次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、LIFEを用いて厚生労働省に提出している。
- 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。

【科学的介護推進体制加算（Ⅱ）】 50単位／月

- ① 加算（Ⅰ）の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。
- 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、加算（Ⅰ）の①に規定する情報、加算（Ⅱ）の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。

※ 原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに上記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。

※ 情報の提出はLIFEを用いて行う。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。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227990.pdf>

※ 計画(Plan) ,実行(Do) ,評価(Check) ,改善(Action) のサイクルにより、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算定対象とはならない。(Plan) 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。

(Do) 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。

(Check) 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。

(Action) 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。

(35) 安全対策体制加算 20単位／入所初日 ※体制届が必要

次の基準に適合していること。

- ① 指定地域密着型サービス基準第155条第1項に規定する基準（事故の発生又はその再発を防止するための措置）に適合していること。
- ② 指定地域密着型サービス基準第155条第1項第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。
- ③ 当該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。

(36) 高齢者施設等感染対策向上加算 ※体制届が必要

【高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)】 10単位／月

次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。
- ② 協力医療機関その他の医療機関との間で、感染症（新興感染症を除く。以下同じ）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。
- 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1年に1回以上参加している。

【高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)】 5単位／月

感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1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。

(37) 新興感染症等施設療養費 240単位／日（1月に1回連続する5日を限度）

施設が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症（パンデミック発生時に指定する）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、施設サービスの提供を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

※ 現時点において指定されている感染症はない。

(38) 生産性向上推進体制加算 ※体制届が必要

※ 加算(Ⅰ)と(Ⅱ)は同時算定できない。

※ 詳細は、「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」(令和6年3月15日老高発0315第4号)を参照。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001227729.pdf>

【生産性向上推進体制加算(Ⅰ)】 100単位/月

次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。
 - i) 介護機器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
 - ii) 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮
 - iii) 介護機器の定期的な点検
 - iv) 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

※ 委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画するものとする。

※ 委員会は3月に1回以上開催すること。テレビ電話装置を活用して行うことができる。

- 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。

※ 加算(Ⅰ)の算定を開始するにあたっては、加算(Ⅱ)で求める取組の成果の確認が要件となることから、本加算の要件に基づき生産性向上の取組を開始するにあたっては、テクノロジー導入前の状況(利用者の満足度等、超過勤務時間、年次有給休暇の取得状況)を調査する必要がある。

③ 介護機器を複数種類活用している。

※以下のaからcの介護機器を全て使用すること。

- a. 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機器）（全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態であること）（利用者又は家族等に説明し、同意を得ること）
- b. インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホン）等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること）
- 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

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。

【生産性向上推進体制加算(Ⅱ)】 10単位／月

次のいずれにも適合すること。

- ① 加算(Ⅰ)の①に適合している。
- ② 介護機器を活用している。

※ 前記 a～c の介護機器のうち1つ以上を使用すること。なお、bの機器は同一時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

③ 事業年度ごとに②及び加算(Ⅰ)の①の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

(39) サービス提供体制強化加算 ※体制届が必要

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 日常生活継続支援加算を算定している場合は、算定しない。

※ 加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定している場合は、その他のサービス提供体制強化加算は算定できない。

【サービス提供体制強化加算(Ⅰ)】 22単位/日

次のいずれにも適合すること。

① 次のいずれかに適合すること。

- ・施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上である。
- ・施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が、100分の35以上である。

② 提供する施設サービスの質の向上に資する取組を実施している。

【提供する施設サービスの質の向上に資する取組】

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。

(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

※ 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。

【サービス提供体制強化加算(Ⅱ)】 18単位／日

- ・施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上である。

【サービス提供体制強化加算(Ⅲ)】 6単位／日

次のいずれかに適合する。

- ・施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である。
- ・施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が、100分の75以上である。
- ・施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上である。

【施設サービスを入所者に直接提供する職員】

生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指す。

※ 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月を除いた11月間）の平均を用いる。

従業者の常勤換算にあっては、利用者への介護業務（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、請求事務等介護にかか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。

※ 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。

※ 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。

※ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、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。

16 基準費用額（食費）の見直し（令和8年8月～）

- 基準費用額は、介護保険法の規定に基づき、食事の提供及び居住等に要する平均的な費用の額を勘案して定めるところとされているが、介護保険法においては、介護保険施設等における食事の提供又は居住等に要する費用の状況その他の事情が著しく変動したときは、速やかにそれらの額を改定しなければならないこととされている。
- 近年の食材料費の上昇や、令和7年度介護事業経営概況調査において、食事の提供に要する平均的な費用の額と基準費用額との差が生じている状況等を踏まえ、令和9年度改定を待たずに、令和8年8月より、基準費用額（食費）を100円/日引き上げる。また、負担限度額（食費）について、在宅で生活する者との公平性等を総合的に勘案し、令和8年8月より、利用者負担第3段階①の利用者は30円/日、第3段階②の利用者は60円/日引き上げる。

※このほか、介護保険部会での議論を踏まえ、所得段階間の均衡を図る観点からの負担限度額の見直しもあわせて実施。
 （参考）診療報酬は、令和8年度改定において、入院時の食費基準額を40円/食引き上げ、この際には低所得者に配慮した対応として、所得区分等に応じ、患者負担を20円～40円/食引き上げる措置を実施（令和8年6月～）。



補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み（令和8年8月～）

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が82.65万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が82.65万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

負担軽減の対象となる低所得者

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,545円（4.7万円）	300円（0.9万円） 【300円】	390円（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	680円（2.1万円） 【1,030円（3.1万円）】	1,420円（4.3万円） 【1,360円（4.1万円）】
居住費	多床室	特養等	915円（2.8万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	530円（1.6万円）
		老健・医療院 （室料を徴収する場合）	697円（2.1万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	530円（1.6万円）
		老健・医療院等 （室料を徴収しない場合）	437円（1.3万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
	従来型 個室	特養等	1,231円（3.7万円）	380円（1.2万円）	480円（1.5万円）	880円（2.7万円）	980円（3.0万円）
		老健・医療院等	1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,470円（4.5万円）
	ユニット型個室の多床室		1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,470円（4.5万円）
	ユニット型個室		2,066円（6.3万円）	880円（2.6万円）	880円（2.6万円）	1,370円（4.2万円）	1,470円（4.5万円）

この資料のほか、熊本県国民健康保険団体連合会の「介護給付費の請求及び介護サービス苦情相談」の資料もホームページに掲載していますので確認してください。

すべての資料を確認した後、次ページの「令和8年度指定地域密着型サービス事業者等集団指導確認報告書」を菊陽町介護保険課へ、
メール (morishima@town.kikuyo.lg.jp) 又は FAX (096-232-6676)
で提出してください。

なお、介護サービスに関するご質問がある場合は、質問票を菊陽町ホームページ <https://www.town.kikuyo.lg.jp/kiji0031783/index.html> に掲載していますので、FAXで送信してください。

これで介護サービス事業者集団資料の説明を終わります。

令和 8 年度指定地域密着型サービス事業者等集団指導 確認報告書

法人名	
サービス種別	
事業所名	
担当者名	
電話番号	

質 問	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
「令和 8 年度介護サービス事業者集団指導」について、資料を全て閲覧しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
資料の内容は理解できましたか。	<input type="checkbox"/> 概ね理解できた <input type="checkbox"/> あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> 全く理解できなかった
今後の集団指導について、希望する開催方法を教えてください。	<input type="checkbox"/> 一か所に集合して実施する説明会方式 <input type="checkbox"/> ホームページ上に掲載された資料及び動画を確認する方式 <input type="checkbox"/> その他の方 ()

(ご意見・ご要望があれば記載してください)