

ウ イに規定する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、問題がある場合は、早期に対応していること。

エ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発 0316 第3号、老老発 0316 第2号）第4に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

オ 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。

a 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。

b 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。

c 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。

d 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。

カ 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、上記オbに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

キ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供

(Do)、当該支援内容の評価 (Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善 (Action) の一連のサイクル (P D C A サイクル) により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

ク 定員超過利用・人員基準欠如のいずれにも該当しないこと。

③ 経口移行加算について 28単位/日

ア 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は、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 1 日につき所定単位数を加算する。

イ 栄養管理の基準を満たさない場合の減算を算定している場合は算定しない。

ウ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

エ 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、管理栄養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 日を越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、医師の指示の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。

a 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。

b 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、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、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

c 経口移行計画に基づき、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を実施すること。

d 加算の算定期間は、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。

e 上記の栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180 日を越えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、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。

f 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ことから、次の (i) から (iv) までについて確認した上で実施すること。

(i) 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こと）。

- (ii) 刺激しなくても覚醒を保っていられること。
- (iii) 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。）。
- (iv) 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。
- g 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。
- h 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要进行を実施するなどの適切な措置を講ずること。
- i なお、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」）を参照されたい。

③④ 経口維持加算について

経口維持加算(Ⅰ) 400単位/月

経口維持加算(Ⅱ) 100単位/月

ア 経口維持加算(Ⅰ)について

- a 別に厚生労働大臣の基準が定める基準に適合する地域密着型介護老人福祉施設において、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が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

- (i) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- (ii) 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。
- (iii) 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。
- (iv) 食形態の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。
- (v) (ii) から (iv) 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。

「管理体制」

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。

- b 栄養管理の基準を満たさない場合の減算又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。
- * 次に掲げる(i)から(iii)までの通り実施すること。
- (i) 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。）を有し、水飲みテスト（「氷碎片飲み込み検査」、「

食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査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。）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。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。）

「特別な管理」

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。

(ii) 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

＊ 入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

＊ なお、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」）を参照されたい。

(iii) 当該計画に基づき、栄養管理を実施すること。

イ 経口維持加算(Ⅱ)について

協力歯科医療機関を定めている地域密着型介護老人福祉施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第一号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は1月につき所定単位数を加算する。

＊ 食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（指定地域密着型サービス基準第131条第1項第一号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

※出席者名等を必ず記録として残しておくこと。

③⑤ 口腔衛生管理加算について

口腔衛生管理加算(Ⅰ) 90単位/月(ア、イ、ウ、エ、オの要件のすべて)

口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110単位／月（ア、イ、ウ、エ、オ、カの要件のすべて）

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 歯科衛生士が、ア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。
- エ 歯科衛生士が、ア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。
- オ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- カ 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<要件>

次に掲げるいずれの基準にも該当する場合に、1月につき所定単位数を加算する。

- a 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。
- b 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。
- c 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当たり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下、「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）を「別紙様式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出すること。
- d 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。
- e 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決

定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

＊ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

- f 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上（令和6年6月以降、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第2 歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、7回以上）算定された場合には算定できない。

③⑥ 療養食加算について 6単位／回

次に掲げるいずれの基準にも適合すること。

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- a 利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、厚生労働大臣が定める療養食が提供された場合に、1日につき3回を限度として、加算する。
- b 療養食の献立表が作成されていること。
- c 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（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、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食）をいう。
- d 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である。
- e 療養食の摂取方法については、経口又は経管の別を問わない。
- f 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、1日あたり総量 6.0g未滿（これを超える日は算定不可）の減塩食をいう。
- g 肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。）等をいう。
- h 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渣食については、療養食として取り扱って差し支えない。

- i 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。
- j 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。
- k 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。
- l 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こと。

③⑦ 特別通院送迎加算について 594単位/月

透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

* 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。

③⑧ 配置医師緊急時対応加算について

通常の勤務時間外の場合	325単位/回
早朝又は夜間の場合	650単位/回
深夜の場合	1,300単位/回

地域密着型介護老人福祉施設において、入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために配置された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、早朝、夜間又は深夜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診療が行われた時間に応じた単位数を算定する。

ただし、看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、算定しない。

ア 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。

イ 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と指定地域密着型サービス基準第152条第1項本文（指定地域密着型サービス基準第169条において準用する場合を含む。）に規定（（4）運営に関する基準③協力医療機関等）する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。

a 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。

b 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。
- c 事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定できる。
 - d 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行わなければならない。
 - e 配置医師の通常の勤務時間外とは、配置医師と施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間（早朝・夜間及び深夜を除く）とし、早朝・夜間（深夜を除く）とは、午後6時から午後10時まで又は午前6時から午前8時までとし、深夜とは、午後10時から午前6時までとする。
 - f 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。
 - g 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。
 - h 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。

③⑨ 看取り介護加算について（いずれかのみ加算）

看取り介護加算（Ⅰ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位／日
死亡日の前日及び前々日	680 単位／日
死亡日	1,280 単位／日

看取り介護加算（Ⅱ）

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位／日
死亡日の前日及び前々日	780 単位／日
死亡日	1,580 単位／日

<看取り介護加算（Ⅰ）の加算要件>

ア 看取り介護加算（Ⅰ）に係る施設基準に適合しているものとして市へ届け出た地域密着型介護老人福祉施設において、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算定する。

イ 退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

「看取り介護加算（Ⅰ）に係る施設基準」

- a 常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- b 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対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- c 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。
- d 看取りに関する職員研修を行っていること。

- e 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）の加算要件>

ア 看取り介護加算（Ⅱ）に係る施設基準に適合しているものとして市へ届け出た地域密着型介護老人福祉施設において、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おいては、当該入所者が当該指定地域密着型介護老人福祉施設内で死亡した場合に限り算定する。

「看取り介護加算（Ⅱ）に係る施設基準」

- a 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、配置医師と当該指定地域密着型介護老人福祉施設の間で、具体的な取決めがなされていること。
- b 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。
- c 看取り介護加算（Ⅰ）に係る施設基準の a～e までのいずれにも該当するものであること。

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。

- a 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」という。）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- b 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ものを含む。）であること。

- A 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、その旨を入所者又はその家族等（以下「入所者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、入所者等とともに、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員、管理栄養士等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼とする。
- B 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（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（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。
 - （i） 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（Plan）。
 - （ii） 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、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う（Do）。

- (iii) 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（Check）。
- (iv) 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（Action）。

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。

- C 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、入所者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、施設は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、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などについて、入所者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。

加えて、説明の際には、入所者等の理解を助けるため、入所者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。

- D 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

- E 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

- F 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。

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。

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。

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、連絡をしたにもかか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。

- G 看取り介護加算は、看取り介護を受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含
めて 45 日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、在宅や入院先で死亡
した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行
っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。

（したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が 45 日以上あった場合に
は、看取り介護加算を算定することはできない。）

なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生
労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライ
ン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよ
う、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

- H 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であるが、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。

- I 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。

なお、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。

- J 入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死
亡日以前 45 日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、
看取り介護加算の算定が可能である。

- K 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。

- L 「24 時間連絡できる体制」については、⑩看護体制加算についてと同様。

- M 多床室を有する施設にあっては、看取りを行う際には個室又は静養室の利用によ
り、プライバシー及び家族への配慮の確保が可能となるようにすることが必要で
ある。

N 看取り介護加算（Ⅱ）については、入所者の死亡場所が当該施設内であった場合に限り算定できる。

O 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。

④⑩ 在宅復帰支援機能加算について 10単位／日

ア 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。以下この号において「退所者」という。）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月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の20を超えていること。

イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。

a 「入所者の家族との連絡調整」とは、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次に掲げる支援を行うこと。

退所後の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。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て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、居宅サービスに必要な情報を提供すること。

b 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。

（i）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

（ii）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

（iii）家屋の改善に関する相談援助

（iv）退所する者の介助方法に関する相談援助

ウ 入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

エ 退所した日から30日以内に当該施設の従業者が居宅を訪問すること、又は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。

* 加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

④⑪ 在宅・入所相互利用加算について 40単位／日

ア 対象者

在宅生活を継続する観点から、複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間については3月を限度とする。）を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者

イ 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之、双方が合意の上、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。

* 在宅・入所相互利用（ベッド・シェアリング）加算は、可能な限り対象者が在宅生活を継続できるようにすることを主眼して設けたものであり、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が必要である。

<具体例>

- a 在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅期間と入所期間（入所期間については3月を限度とする。）について、文書による同意を得ること。
- b 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくること。
- c 当該支援チームは、必要に応じ随時（入所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。
- d cの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。
- e 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。

④② 小規模拠点集合型施設加算について 50単位/日

同一敷地内に複数の居住単位を設けている施設において、5人以下の居住単位に入所している入所者について、所定単位数を加算する。

- * 例えば、民家の母屋、離れ、倉庫等を活用し、「19人+5人+5人」「10人+9人+5人+5人」といった居住単位（棟）に分けて地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行っている場合に、5人以下の居住単位（棟）に入所している入所者について、所定単位数を加算する。

④③ 認知症専門ケア加算について（いずれかのみ加算）

認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日（ア、イ、ウの全て）

認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日（ア、イ、ウ、エ、オの全て）

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算する。ただし、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。

ア 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以上であること。

- * 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。

※当該ランクに該当する者のみ加算を算定することができる。

イ 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、施設における対象者の数が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こと。

＊ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」を指す。

ウ 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に行っていること。

エ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を 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こと。

＊ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者研修」を指す。

オ 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（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

④ 認知症チームケア推進加算について（いずれかのみ加算）

認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150 単位／月（ア、イ、ウ、エの全て）

認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120 単位／月（ア、ウ、オの全て）

指定地域密着型介護老人福祉施設が、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（複数人の介護者がチームを組み、入所者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき、所定単位数を加算する。ただし、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【平成 27 年厚労省告示第 94 号 50 の 2】
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

ア 施設における入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が 2 分の 1 以上であること。

イ 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を 1 名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

ウ 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

エ 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

オ 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を 1 名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

＊ 認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）を参照すること。

④⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算について 200単位/日

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、入所した日から起算して7日を限度として加算する。

ア 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。

イ 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、地域密着型介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。

ウ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に地域密着型介護老人福祉施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。

エ この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように配慮する必要がある。

オ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた地域密着型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。

カ 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特定施設入居者生活介護を利用中の者

キ 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。

ク 本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。

ケ 本加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該地域密着型介護老人福祉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。

④⑥ 褥瘡マネジメント加算について

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位/月（ア、イ、ウ、エ、オの要件のすべて）

褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13単位/月（ア、イ、ウ、エ、オの要件のすべて、
かつ、カ、キの要件のいずれか）

継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

ア 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。

イ アの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ウ アの確認の結果、褥瘡が認められ、又はアの評価の結果、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こと。

エ 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。

オ アの評価に基づき、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こと。

カ アの確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。

キ アの評価の結果、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、褥瘡の発生のないこと。

<要件>

a 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（「PDCA」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

b 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）を算定するものを除く）に対して算定できるものであること。

c 評価は、「別紙様式5」を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

d 施設入所時の評価は、上記の要件に適合しているものとして県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者（以下、「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

e 評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

f 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ご

とに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、「別紙様式5」を用いて、作成すること。なお、地域密着型介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

g 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

h 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

i 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、dの評価の結果、施設入所時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。

ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に算定できるものとする。

j 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

④⑦ 排せつ支援加算について

排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位／月（ア、イ、ウの要件のすべて）

排せつ支援加算（Ⅱ） 15単位／月（ア、イ、ウ、及びエ、オ、カのいずれか）

排せつ支援加算（Ⅲ） 20単位／月（ア、イ、ウ、エ、オの要件のすべて）

ア 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、少なくとも3月に1回、評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

イ アの評価の結果、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者について、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

ウ アの評価に基づき、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こと。

エ 加算（Ⅰ）アの評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。

オ 加算（Ⅰ）アの評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれる者について、おむつを使用しなくなったこと。

カ 加算（Ⅰ）アの評価の結果、施設入所時又は利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。

<要件>

- a 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（「P D C A」）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。
- b 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に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。
- c 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- d アの評価は、「別紙様式6」を用いて、以下の（ⅰ）から（ⅳ）について実施する。
 - （ⅰ） 排尿の状態
 - （ⅱ） 排便の状態
 - （ⅲ） おむつの使用
 - （ⅳ） 尿道カテーテルの留置
- e アの施設入所時の評価は、アからウまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。
- f d又はeの評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師がdの評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- g アの評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

- h イの「排せつに介護を要する入所者」とは、dの（i）若しくは（ii）が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又は（iii）若しくは（iv）が「あり」の者をいう。
- i イの「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、dの（i）から（iv）の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、dの（i）から（iv）の評価が改善することが見込まれることをいう。
- j 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、dの評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- k 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- l 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- m ウにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。
その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- n 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、dに掲げる（i）若しくは（ii）の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は（iii）若しくは（iv）の評価が改善した場合に、算定できることとする。
- o 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、dに掲げる（i）又は（ii）の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、（iii）が改善した場合に、算定できることとする。

④⑧ 自立支援促進加算について 280単位／月

- ア 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも3月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を

厚生労働省に提出し、自立支援の促進にあたって、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。

イ アの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。

ウ ア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。

エ 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。

<要件>

a 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（PDCA）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。

b 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。

このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的であっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

c 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ア～エ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。

d アの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、「別紙様式7」を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。

e イの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて作成すること。作成にあたっては、d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。

f 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。

- (i) 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。
 - (ii) 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。
 - (iii) 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。
 - (iv) 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。
 - (v) 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。
 - (vi) 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、d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。
 - (vii) 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。
- g イにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- h ウにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。
- その際、PDCAの推進及びケアの向上を図る観点から、LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。
- i エの評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- * 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

④ 科学的介護推進体制加算について

- 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40単位／月
- 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 50単位／月

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

次の基準のいずれにも適合すること。

ア 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

イ 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、アに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア 加算（Ⅰ）アに加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。

イ 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）ア及びアに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

<要件>

a 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに科学的介護推進体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）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。

b 上記加算（Ⅰ）ア及び（Ⅱ）アの情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

c 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

（ⅰ）入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。

（ⅱ）サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。

（ⅲ）LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

（ⅳ）検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。

d 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑤ 安全対策体制加算について 20単位/日

安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。

ア 指定地域密着型サービス基準第155条第1項に規定する基準に適合していること。

- イ 指定地域密着型サービス基準第 155 条第 1 項第 4 号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
- ウ 当該指定地域密着型介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。
 - * 組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

「指定地域密着型サービス基準」

第 155 条第 1 項

指定地域密着型介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 1 事故が発生した場合の対応、次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ものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 4 1～3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。

51 高齢者施設等感染対策向上加算について

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10単位/月(ア、イ、ウの要件のすべて)

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位/月(エの要件)

- ア 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
- イ 指定地域密着型サービス基準第 152 条第 1 項本文(指定地域密着型サービス基準第 169 条において準用する場合を含む。)に規定する協力医療機関その他の医療機関(以下この号において「協力医療機関等」という。)との間で、感染症(新興感染症を除く。以下この号において同じ。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- ウ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。
- エ 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こと。

「指定地域密着型サービス基準」

第 152 条第 1 項

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

- 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。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について

- * 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- * 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算(以下、感染対策向上加算という。)又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンスや職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。
- * 指定地域密着型サービス基準第151条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。

「指定地域密着型サービス基準」

第151条第2項

指定地域密着型介護老人福祉施設は、当該指定地域密着型介護老人福祉施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該指定地域密着型介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね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。
- 2 当該指定地域密着型介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該指定地域密着型介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施すること。
- 4 前3号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

- * 指定地域密着型サービス基準第 152 条第 3 項において、指定地域密着型介護老人施設は、入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

「指定地域密着型サービス基準」

第 152 条第 3 項

指定地域密着型介護老人福祉施設は、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。

- * 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和 5 年 12 月 7 日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)について

- * 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも 3 年に 1 回以上、事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月 1 回算定するもの。
- * 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
- * 指定地域密着型サービス基準第 151 条第 2 項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。

52 新興感染症等施設療養費について 240 単位/日

入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。

- * 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。

- * 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。
- * 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第3版）」を参考とすること。

53 生産性向上推進体制加算について（いずれかのみ加算）

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100単位／月（ア、イ、ウ、エ、オの要件のすべて）

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位／月（ア、カ、キの要件のすべて）

- ア 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
- （一）業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
 - （二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - （三）介護機器の定期的な点検
 - （四）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- イ アの取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
- ウ 介護機器を複数種類活用していること。
- エ アの委員会において、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。
- オ 事業年度ごとにア、ウ及びエの取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。
- カ 介護機器を活用していること。
- キ 事業年度ごとにカ及びアの取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。
- * 生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

54 サービス提供体制強化加算について（いずれかのみ加算）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22単位／日（ア、エのいずれか、ク及びキ）

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位／日（イ及びク）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位／日（ウ、オ、カのいずれか、及びク）

- * 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。

<要件>

- ア 指定地域密着型介護老人福祉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以上であること。
- イ 事業所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以上であること。
- ウ 事業所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

あること。

エ 指定地域密着型介護老人福祉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 以上であること。

オ 事業所の看護・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 以上であること。

カ 認知症対応型共同生活介護を利用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 以上であること。

キ 提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の向上に資する取組を実施していること。

ク 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

- a 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3 月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が 6 月に満たない施設（新たに事業を開始し、又は再開した施設を含む。）については、届出日の属する月の前 3 月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4 月目以降届出が可能となるものであること。
- なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
- b a のただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近 3 月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。
- なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合には、直ちに加算等が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。
- c a の場合の職員に係る常勤換算にあっては、入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。
- d 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
- e 勤続年数の算定に当たっては、当該施設における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。
- f サービスを入所者に直接提供する職員とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。
- g 提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

（例）

- ・ L I F E を活用した P D C A サイクルの構築
- ・ I C T ・テクノロジーの活用
- ・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化
- ・ ケアに当たり、居室の定員が 2 以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること実施に当たっては、当該取組

の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。

- * 次年度のサービス提供体制強化加算の算定にあたっては、当年度4月から2月までの11月間について、算定要件の割合を月ごとに確認、記録しておくこと。

55 介護職員等処遇改善加算等について

詳細は北九州市ホームページを参照のこと。

○令和8年度 介護職員等処遇改善加算等計画書の届出について

https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/16800558_00002.html

生活相談員の資格要件について

福岡県保健医療介護部介護保険課

生活相談員の資格要件については、下記のとおりとする。

1 通所介護・短期入所生活介護・特別養護老人ホーム

(1) 社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者

- ①社会福祉士
- ②精神保健福祉士
- ③社会福祉主事任用資格

(2) これと同等以上の能力を有すると認められる者

次のいずれかに該当する者

- ①介護福祉士
- ②介護支援専門員
- ③社会福祉施設等（注）で3年以上勤務し又は勤務したことのある者

（注） ○社会福祉法第2条に定める社会福祉事業

- ・生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）に規定する救護施設、更生施設その他生計困難者を無料又は低額な料金で入所させて生活の扶助を行うことを目的とする施設を経営する事業及び生計困難者に対して助葬を行う事業
- ・児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に規定する乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童心理治療施設又は児童自立支援施設を経営する事業
- ・老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホームを経営する事業
- ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に規定する障害者支援施設を経営する事業
- ・困難な問題を抱える女性への支援に関する法律（令和四年法律第五十二号）に規定する女性自立支援施設を経営する事業
- ・授産施設を経営する事業及び生計困難者に対して無利子又は低利で資金を融通する事業
- ・生計困難者に対して、その住居で衣食その他日常の生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業
- ・児童福祉法に規定する障害児通所支援事業、障害児相談支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住居型児童養育事業、小規模保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、親子再統合支援事業、社会的養護自立支援拠点事業、意見表明等支援事業、妊産婦等生活援助事業、子育て世帯訪問支援事業、児童育成支援拠点事業、親子関係形成支援事業又は乳児等通園支援事業、同法に規定する助産施設、保育所、児童厚生施設、児童家庭支援センター又は里親支援センターを経営する事業及び児童の福祉の増進について相談に応ずる事業
- ・就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成十八年法律第七十七号）に規定する幼保連携型認定こども園を経営する事業
- ・民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律（平成二十八年法律第百十号）に規定する養子縁組あっせん事業
- ・母子及び父子並びに寡婦福祉法（昭和三十九年法律第百二十九号）に規定する母子家

庭日常生活支援事業、父子家庭日常生活支援事業又は寡婦日常生活支援事業及び同法に規定する母子・父子福祉施設を経営する事業

- ・老人福祉法に規定する老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業又は複合型サービス福祉事業及び同法に規定する老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人福祉センター又は老人介護支援センターを経営する事業
- ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談支援事業又は移動支援事業及び同法に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームを経営する事業
- ・身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業又は介助犬訓練事業若しくは聴導犬訓練事業、同法に規定する身体障害者福祉センター、補装具製作施設、盲導犬訓練施設又は視聴覚障害者情報提供施設を経営する事業及び身体障害者の更生相談に応ずる事業
- ・知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）に規定する知的障害者の更生相談に応ずる事業
- ・生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業
- ・生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業
- ・生計困難者に対して、無料又は低額な費用で介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）に規定する介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業
- ・隣保事業（隣保館等の施設を設け、無料又は低額な料金でこれを利用させることその他の近隣地域における住民の生活の改善及び向上を図るための各種の事業を行うものをいう。）
- ・福祉サービス利用援助事業（精神上の理由により日常生活を営むのに支障がある者に対して、無料又は低額な料金で、福祉サービス（前項各号及び前各号の事業において提供されるものに限る。以下この号において同じ。）の利用に関し相談に応じ、及び助言を行い、並びに福祉サービスの提供を受けるために必要な手続又は福祉サービスの利用に要する費用の支払に関する便宜を供与することその他の福祉サービスの適切な利用のための一連の援助を一体的に行う事業をいう。）
- ・上記の事業に関する連絡又は助成を行う事業

○病院、診療所、指定特定施設、介護老人保健施設、指定居宅介護支援事業及び指定介護予防支援事業

2 特定施設入居者生活介護

適任者を配置すること。