

令和6年度

地域密着型介護老人福祉施設

## 集団指導資料



令和7年4月

赤磐市保健福祉部介護保険課

## <目次>

|     |          |       |
|-----|----------|-------|
| 第1  | 基本方針     | 1     |
| 第2  | 人員に関する基準 | 2～5   |
| 第3  | 設備に関する基準 | 5     |
| 第4  | 運営に関する基準 | 5～23  |
| 第5  | 介護報酬     | 23～57 |
| 資料編 |          | 58～85 |



## 第1 基本方針

### ● 基準の性格について

「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」（平成18年3月31日老計発第0331004号 老振発第0331004号 老老発第0331017号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長）

#### 〈抜粋〉

##### 第1 基準の性格

- 1 基準は、指定地域密着型サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定地域密着型サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。
- 2 指定地域密着型サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定地域密着型サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、①相当の期間を定めて基準を遵守する勧告を行い、②相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期間を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。ただし、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができる。ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができるものであること。
  - ① 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
    - イ 指定地域密着型サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
    - ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
    - ハ 居宅介護支援事業者又はその従業者から、事業所の退居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たとき
  - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
  - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

- 3 特に、指定地域密着型サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであること。

## I 事業実施にあたっての留意事項について

### 第2 人員に関する基準

#### (1) 入所者（利用者）数の算出方法

× 人員配置に係る入所者（利用者）数の考え方を誤っている。

- 人員配置における入所者（利用者）数は、当該施設の「前年度の平均値」による。  
※新設又は増床部分に係る前年度の実績が1年未満の場合は「推定数」による。

#### (2) 辞令等

× 複数の職種を兼務しているにもかかわらず、兼務の辞令が交付されていない。

× 介護支援専門員証が交付されていない。

× 介護支援専門員証の更新をしていない者を介護支援専門員として就労させている。

× 【ユニット型のみ】

ユニットリーダーへユニットリーダーとしての辞令が交付されていない。

- 兼務している職種を明記した辞令を交付すること。
- 介護支援専門員として業務を行う職員は、介護支援専門員証の交付を受けた者でなければならない。
- 介護支援専門員証を更新せず、有効期間が満了した者は、介護支援専門員として業務を行うことはできない。
- ユニットリーダーには、リーダーとしての辞令を交付すること。

#### (3) 勤務形態（常勤・非常勤、専従・兼務 等）

× 「非常勤」の従業者を「従業者の勤務形態一覧表」に「常勤」として記載している。

× 「管理者」や「介護支援専門員」による複数の業務の過重な「兼務」により、運営管理や入所者の処遇に支障をきたしている。

- 法人としての雇用形態が「常勤雇用」であっても他の事業所等での勤務がある場合は、一部例外を除き、介護保険の事業所の従業者としては、「常勤」ではなく「非常勤」となる。
- 施設の従業者は、原則として、基準上「兼務」できる旨の規定がない場合は、複数の業務の「兼務」はできない。「兼務」が認められるのは、あくまで「施設の管理上支障がない場合」（管理者）、「入所者の処遇に影響がない場合」（介護支援専門員）であることから、過重な業務の兼務は「兼務」要件を満たさない。  
なお、赤磐市では、過重な兼務を防ぐため、同一勤務日における職種の兼務は2職までとしていることに注意すること。（独自基準）

#### (4) 宿直員の配置

宿直員の配置は、夜勤職員基準を満たす夜勤職員を配置している場合には、夜勤職員と別に宿直者を配置しなくても差し支えない。

ただし、入居者等の安全のため、宿直職員の配置の有無にかかわらず、夜間を想定した消防訓練等を通じて、各施設において必要な火災予防体制を整える。

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

A 社会福祉施設等において面積にかかわらずスプリンクラー設備の設置が義務付けられるなど、消防用設備等の基準が強化されてきたことや、他の施設系サービスにおいて宿直員の配置が求められていないこと、人手不足により施設における職員確保が困難である状況等を踏まえ、夜勤職員基準を満たす夜勤職員を配置している場合には、夜勤職員と別に宿直者を配置しなくても差し支えない。

ただし、入居者等の安全のため、宿直員の配置の有無にかかわらず、夜間を想定した消防訓練等を通じて、各施設において必要な火災予防体制を整えるよう改めて願います。

(介護保険最新情報 Vol.1225 令和 6 年 3 月 15 日)

#### ポイント

地域密着型特別養護老人ホーム（サテライト型を除く）において、他の社会福祉施設等との連携を図ることにより当該地域密着型特別養護老人ホームの効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、栄養士を置かないことができる。

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

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、当該施設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数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、指定介護老人福祉施設に指定通所介護事業所が併設されている場合、指定介護老人福祉施設の管理者と指定通所介護事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

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（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休暇」という。）、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（以下「育児休業」という。）、同条第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、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（以下「育児休業に準ずる休業」という。）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。

#### 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員数に換算する方法をいうものである。

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（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第 1 項に規定する措置（以下「母子健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。）以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第 1 項、同上第 3 項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1 として取り扱うことを可能とする。

|        | 1 週間の勤務時間 | 常勤換算 | 合計  |
|--------|-----------|------|-----|
| A（常勤）  | 40 時間     | 1    | 6.6 |
| B（常勤）  | 37 時間     | 1    |     |
| C（常勤）  | 42 時間     | 1    |     |
| D（常勤）  | 44 時間     | 1    |     |
| E（常勤）  | 41 時間     | 1    |     |
| F（非常勤） | 30 時間     | 1.6  |     |
| G（非常勤） | 25 時間     |      |     |
| H（非常勤） | 9 時間      |      |     |

例：1 週間の勤務時間を 40 時間とする就業規則の場合

（常勤換算方法による職員数の算定方法について）

暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第 2 以下を切り捨てるものとする。

### 勤務延時間

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者 1 人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

### 休暇

非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」という。）の時間は、サービスの提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。  
なお、常勤の従業者の休暇等の期間については、その期間が暦月で 1 月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものと取り扱うものとする。

## 第3 設備に関する基準

### (1) 設備等の用途変更に伴う届出

× 平面図に明示された部屋の用途の変更があったにもかかわらず、変更届がなされていない。

- 指定等に係る所定の事項に変更が生じた場合は、変更のあった日から 10 日以内に、その旨を市長（赤磐市介護保険課）へ届け出ること。  
また、減床等の場合は、「建物の構造概要」の変更だけでなく、定員減に伴い「運営規程」の変更届も必要になる等、複数の事項に係る変更届が必要となる。  
※施設の移転・増改築・用途変更等については、必ず事前協議を行うこと。

### (2) 設備・備品等の適切な配置

× 食器棚、書棚、物置棚、ロッカー等に転倒防止対策を講じていない。

× 非常口付近や通路部分に机やストレッチャー等の備品や洗濯物干しを置いている。

- 家具類の転倒・落下・移動は、直接当たって怪我をするだけでなく、つまずいて転倒したり、割れた食器やガラスを踏んだり、避難経路がふさがれることもあるため、転倒防止対策（壁に固定、つっぱり棒等対策）を講ずること。
- 通行に供する箇所に備品等があると、災害時等の速やかな避難の支障になる。備品等は倉庫等適切な場所に保管すること。

## 第4 運営に関する基準

### (1) 入退所

× 入所検討委員会の議事録が作成されていない、もしくは内容が不足している。

× 入所順位名簿が年に 1 回しか作成されていない。

× 要介護 1・2 の高齢者からの入所申込みについて、特例入所の説明を行わず、申込みの拒否を行っている。

× 要介護 1・2 の特例入所対象者から入所申込みがあったにもかかわらず、保険者（市）に報告されていない。

× 特例入所対象者の入所について、入所検討委員会にて検討していない。

|   |                                                                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 要介護 3 以上の入所者が、要介護認定の更新等により、要介護 1・2 になったにもかかわらず、引き続き入所させている。                                                                             |
| × | 身元保証人等がないことのみを理由に入所を拒んでいる。                                                                                                              |
| ● | 入所検討委員会は、開催ごとに議事録を作成すること。議事録の内容は、結論だけでなく、なぜその結論に至ったかの検討内容がわかるものとする。こと。（公平性の確保）施設は、申込者から入所順位の決定等に関して説明を求められた場合には、その結果について説明すること。（透明性の確保） |
| ● | 入所申込書又は状況の変更に伴う届出を受け付けた場合は、速やかに調査票を作成し、入所検討委員会の開催日の前日までに入所順位を付けた入所順位名簿（案）を作成すること。<br>なお、入所検討委員会は「岡山県介護老人福祉施設等入所指針」に準じて、2 月に 1 回程度行うこと。  |
| ● | 原則、入所対象は要介護 3 以上だが、特例入所に該当する場合は、入所対象となる。要介護 1・2 の高齢者から申込みがあった際には、特例入所制度の説明をし、特例入所に該当する事例かどうか聞き取りを行うこと。                                  |
| ● | 特例入所対象者から、入所申込があった場合は、市（介護保険課）へ報告すること。                                                                                                  |
| ● | 特例入所に該当することをもって即入所できるわけではない。他の入所申込者と同様、入所指針に基づき、入所検討委員会にて入所順位を付け、入所決定をする必要がある。                                                          |
| ● | 平成 27 年 4 月 1 日以降に入所した入所者が要介護 1・2 に変更になった場合は原則退所となる。特例入所の要件に該当する場合は、市（介護保険課）に報告をすること。                                                   |
| ● | 介護保険施設に関する法令上は身元保証人等を求める規定はなく、各施設の基準省令においても、正当な理由なくサービスの提供を拒否することはできないこととされており、入院・入所希望者に身元保証人等がないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない。           |

## (2) サービス提供の記録

|   |                                                                    |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| × | 入所に際して、入所者の被保険者証に入所の年月日及び入所している介護保険施設の種類の記載がない。                    |
| × | 提供した具体的なサービスの内容が記載されていない。                                          |
| ● | 入所の際には、入所の年月日及び入所している介護保険施設の種類の記載を、退所の際には、退所の年月日を当該者の被保険者証に記載すること。 |
| ● | 入浴や口腔ケア等を提供した際には、記録を残すこと。提供できなかった場合は、その理由も記録すること。                  |

## (3) 高齢者虐待の防止

|   |                                        |      |
|---|----------------------------------------|------|
| × | 高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見したにもかかわらず、通報していない。 |      |
| × | 虐待の防止のための対策を検討する委員会を開催していない。           | 減算対象 |
| × | 虐待の防止のための指針が整備されていない。                  | 減算対象 |
| × | 入所者の権利擁護及び虐待防止に関する研修を行っていない。           | 減算対象 |
| × | 虐待の防止のための担当者を置いていない。                   | 減算対象 |
| × | 成年後見人等の氏名やどんな権限が付与されているかを確認していない。      |      |

- 高齢者の福祉に業務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めること。養介護施設従事者等は、養介護施設従事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、これを市町村に通報しなければならない。
- 委員会の構成メンバーは、管理者及び従業者、これらに加えて第三者や専門家を活用した構成とすること。  
 委員会は、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。（地域密着型介護老人福祉施設の場合は、運営推進会議と一体的に設置・運営することも可能）  
 委員会の結果は、介護職員その他の従業者への周知徹底が必要。
- 指針には、次のような項目を盛り込むこと。
  - ① 施設における虐待防止に関する基本的考え方
  - ② 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
  - ③ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
  - ④ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
  - ⑤ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
  - ⑥ 成年後見制度の利用支援に関する事項
  - ⑦ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
  - ⑧ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
  - ⑨ その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- 定期的（年2回以上）に開催するとともに、新規採用時にも研修を実施することが重要。※短期入所生活介護は年1回以上  
 施設・事業所の従業者については、不適切な言葉遣いや介護方法が「高齢者虐待」につながる恐れがあるため、研修を通じ、「高齢者虐待」に関する正しい知識を学ぶこと。
- 虐待を防止するための体制として、上記（委員会、研修、指針）に掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くこと。
- 法務局発行の登記事項証明書等で、成年後見人（保佐人・補助人）の氏名やどのような権限が付与されているかを確認して、契約を結ぶこと。

＜参考＞高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 第5条第1項、第21条

#### 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第21条

養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業（当該養介護施設の設置若しくは当該養介護事業を行う者が設置する養介護施設又はこれらの者が行う要介護事業を含む。）において業務に従事する養介護施設従事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、すみやかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事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。
- 3 前2項に定める場合のほか、養介護施設従事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者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

- 4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。
- 5 第18条の規定は、第1項から第3項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。
- 6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第1項から第3項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 7 養介護施設従事者等は、第1項から第3項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

#### (4) 身体的拘束の適正化

|   |                                                                             |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|
| × | 「緊急やむを得ない場合」に該当するかの検討を行わずに身体的拘束を行っている。                                      |
| × | 緊急やむを得ない場合の判断を職員個人がしていた。                                                    |
| × | 拘束の時間が限定されていない、開始及び解除の予定が最小限度とは言えない等、身体的拘束等に係る検討・記録が不十分。                    |
| × | 身体的拘束を行っているにもかかわらず、経過観察・再検討が行われていない。                                        |
| × | ベッドの高さが膝より大幅に高い、部屋に家具が全くない、又は部屋の家具を布で覆い、つかまり立ちができないようにしている等、入所者の行動制限を行っている。 |
| × | 身体的拘束に関する研修を行っていない。                                                         |
| × | 身体的拘束等の適正化のための指針が整備されていない。                                                  |
| × | 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない。                                    |
| × | 身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施していない。                                                |

- 身体的拘束は、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため「緊急やむを得ない場合」を除き行ってはならない。  
「緊急やむを得ない場合」とは以下の3つの要件をすべて満たす場合を指す。
  - ① 切迫性  
入所者本人又は他の入所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介護方法がないこと
  - 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

→この3要件の確認は極めて慎重に実施すること。
- 「緊急やむを得ない場合」の判断は、職員個人ではなく、施設の方針としてあらかじめ決められた手順を踏み、施設全体で判断すること。
- やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、必ず当該入所者に係る必要な事項（その態様、時間、その際の入所者等の状況及び緊急やむを得ない理由等）を記録すること。
- 経過観察・再検討について、「経過観察」は、身体的拘束等の解除に向けて日々行い、「再検討」は日々行った経過観察を踏まえて実施し、記録を残すこと。

- 環境面の工夫をする際、安全と同時に「入所者の生活の場としてふさわしい環境」という視点を持ち、入所者の権利侵害とならないよう配慮すること。
- 「緊急やむを得ない場合」とはどのような場合を指すのか、身体的拘束を行った際に生じる弊害等を、研修を通じ、学ぶこと。
- 委員会の構成メンバーは、管理者及び従業者、これらに加えて第三者や専門家を活用した構成とすること。
- 委員会は、事故防止委員会、感染対策委員会及び運営推進会議と一体的に設置・運営することも差し支えない。  
委員会の結果は、介護職員その他の従業者への周知徹底が必要。
- 指針には、次のような項目を盛り込むこと。
  - ① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
  - ② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
  - ③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
  - ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
  - ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
  - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
  - ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針
- 定期的（年 2 回以上）に開催するとともに、新規採用時にも研修を実施することが重要。

※上記事例は身体拘束廃止未実施減算の対象となることに注意すること。

#### (5) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針

|   |                                                                                        |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 適切に地域密着型施設サービス計画が作成されていない。                                                             |
| × | サービスの質について、自ら又は第三者による評価を行っていない。                                                        |
| ● | 入所者等への適切なサービス提供に資するため、入所者等の意向や心身の状況等に配慮した計画を作成すること。                                    |
| ● | サービスの質を職員自らが確認するためのチェックシート等を作成し、評価を行い、その結果を研修等に活用すること。また、第三者による評価を受け、サービスの質の向上に役立てること。 |

#### (6) 地域密着型施設サービス計画の作成

|   |                                                                                              |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 解決すべき課題の把握（アセスメント）を、計画担当介護支援専門員以外の者（生活相談員等）が行っている。                                           |
| × | サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会の前に地域密着型施設サービス計画の原案を作成していない。                                           |
| × | 地域密着型施設サービス計画原案に記載されている提供するサービス内容について、長期目標及びそれを達成するための短期目標が設定されているが、それらの目標期間がどちらも同じ期間になっている。 |
| × | 長期目標及びそれを達成するための短期目標の目標期間は異なっているが、目標の内容が同じになっている。                                            |
| × | アセスメント結果に基づき、地域密着型施設サービス計画原案を作成しているものの、サービス担当者会議を経ないまま、入所者に説明し、同意を得て交付を行っている。                |
| × | 短期目標期間の終期に計画の見直しを行っていない。                                                                     |

|   |                                                      |
|---|------------------------------------------------------|
| × | 地域密着型施設サービス計画原案の内容について、家族から同意を得ているものの、本人から同意を得ていない。  |
| × | 地域密着型施設サービス計画原案に係る入所者の同意がサービス提供後になっている。              |
| × | 入所者の解決すべき課題の変化（骨折により入院等）が認められるにもかかわらず、計画の変更が行われていない。 |

- アセスメントは、計画担当介護支援専門員が入所者及びその家族に面接して行うこと。
- 地域密着型施設サービス計画の原案は、計画担当介護支援専門員がサービス担当者会議、担当者に対する照会の前に作成すること。その後、作成された原案をもとに他の担当者（医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び栄養士等）から専門的な見地からの意見を求め、調整を図ること。
- 地域密着型施設サービス計画原案の作成にあたっては、提供するサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期を段階的に設定すること。  
例）短期目標：3月 長期目標：6月  
なお、短期目標は、長期目標を段階的に達成するために具体的なものとする。
- 初回の地域密着型施設サービス計画は、原案作成後、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等を行い、担当者から、専門的な見地からの意見を求めること。  
なお、担当者とは、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び栄養士等の入所者の介護及び生活状況等に関するものを指す。
- 施設サービス計画で設定される長期及び短期目標期間については、いずれも目標期間の終期において計画の見直しが必要。  
見直しに当たっては、モニタリング、アセスメント等通常の計画作成の流れに沿うこと。
- 地域密着型施設サービス計画原案の内容は、サービス提供前に入所者又はその家族に対して説明すること。  
サービス内容等への入所者等の意向の反映の機会を保障するため、文書により本人の同意を得ること。  
なお、令和3年度より利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、以下の見直しが行われた。  
ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を原則認めることとする。  
イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能であること及びその場合の代替手段を明示するとともに、様式例から押印欄を削除する。
- 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実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて地域密着型施設サービス計画の変更を行うこと。

## (7) 介護

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| × | 褥瘡の発生と予防のための研修が実施されていなかった。    |
| × | 入所者に対し、1週間に1回しか入浴又は清しきをしていない。 |

- 褥瘡予防対策を担当する職員（看護師が望ましい）を決め、褥瘡対策に関する研修を定期的に実施すること。

＜褥瘡の発生を予防するための体制＞

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

- 1 週間に 2 回以上、適切な方法により、入浴又は清しきをしなければならない。

#### (8) 栄養管理 栄養管理に関する減算あり

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

|   |                                             |
|---|---------------------------------------------|
| × | 入所者が入所した当初の栄養スクリーニングの記録が記載されていない。           |
| × | 栄養ケア計画を多職種共同で作成していない。                       |
| × | 栄養ケア計画に係る本人又は家族への説明及び同意を得る前に当該加算の算定を開始している。 |
| × | 低栄養状態の高リスク者について実施するモニタリングが適切な間隔で実施されていない。   |
| × | 栄養ケア計画作成後に、定期的な栄養スクリーニングを行っていない。            |
| × | 調理等委託先の管理栄養士により栄養マネジメントが行われている。             |

- 栄養ケア計画の作成に当たっては、栄養スクリーニングを行い、低栄養状態のリスク判定した上で入所者ごとの計画を作成すること。
- 栄養ケア計画は医師、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の上で作成すること。
- 当該加算は「栄養ケア計画」を入所者又はその家族に説明し、その同意が得られた日から算定を開始できる。よって、いつ同意を得たかわかるように記録を残すこと。
- 低栄養状態のリスクの高い者に対しては、概ね2週間ごとにモニタリングを行うこと。（低栄養状態のリスクの低い者については、概ね3月ごと。）
- また、リスク状態にかかわらず、少なくとも月1回は、体重を測定する等、入所者の栄養状態の把握を行うこと。
- 栄養ケア計画作成後、低栄養のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3月ごとに実施すること。
- 指定地域密着型介護老人福祉施設は、当該施設の従業者によってサービスを提供しなければならないとされている。よって、施設の従業者である管理栄養士に栄養マネジメントを行わせること。

#### (9) 口腔衛生の管理

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

|   |                                                                     |
|---|---------------------------------------------------------------------|
| × | 歯科医師等による介護職員に対する技術的助言等が行われていない。                                     |
| × | 口腔衛生の管理に係る計画を作成していない。                                               |
| × | 入所者毎の口腔の健康状態を評価していない。                                               |
| × | 技術的助言等又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等と、実施事項の取り決めを口頭で行っている。                     |
| ● | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、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。 |
| ● | 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に口腔の健康状態を評価すること。施設入所時及び月1回程度の実施が必要。             |
| ● | 歯科医師等による技術的助言等に基づき、口腔衛生の管理に係る計画を作成し、必要に応じて定期的に見直すこと。                |
| ● | 技術的助言等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、実施事項を文書で取り決めること。                    |

#### (10) 緊急時の対応

- ☞ 緊急時等における対応方法については、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることとし、1年に1回以上見直しを行わなければならない。

|   |                                                                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めていない。                                                                                                                  |
| ● | 緊急時の注意事項や症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を定めること。<br>また、医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならない。 |

#### (11) 計画担当介護支援専門員の責務

|   |                                                                                                 |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 計画担当介護支援専門員が、苦情の内容等、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行っていない。                                            |
| ● | 計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合等、必要に応じて計画の変更を行う必要がある。<br>よって、計画担当介護支援専門員は、苦情、事故に関する記録を行うこと。 |

#### (12) 運営規程・重要事項説明書

|   |                                                      |
|---|------------------------------------------------------|
| × | 運営規程や重要事項説明書の内容（従業者数や費用その他サービスの内容等に係る記載）が実態と異なっている。  |
| × | すでに高齢者虐待の防止についての取り組みを実施しているにもかかわらず、運営規程にその旨を記載していない。 |
| × | 現在の状況と「運営規程」及び「重要事項説明書」の内容が異なっている。                   |

- 運営規程や重要事項説明書の内容は契約内容の一部であることから、体制や運営内容等を変更した場合は、必ず運営規程等も見直しをすること。  
料金表が 1 割を前提にしたものになっている場合は、2～3 割負担となる場合もあることも併せて記載すること。  
なお、サービスの提供に関する記録の保存は、5 年間保存すること。（独自基準）

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会
- ②虐待の防止のための指針
- ③虐待の防止のための従業者に対する研修
- 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

- 「運営規程」と「重要事項説明書」の記載内容を確認すること。

### ✓ポイント

- 運営規程や重要事項に記載する従業者の員数について、「〇〇人以上」と記載することができる。
- 虐待の防止のための措置に関する事項について、運営規程に定めること。

### (13) 勤務体制の確保

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| × | ユニットリーダーが非常勤職員である。                    |
| × | ユニットケアリーダー研修を受講したユニットリーダーが2名配置されていない。 |
| × | 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させていない。              |
| × | 職場におけるハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じていない。   |

- ユニットリーダーには常勤の職員を配置すること。
- ユニットケアリーダー研修を受講済のユニットリーダーを2名配置すること。
- 医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。また、新卒採用、中途採用を問わず、施設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。

#### 医療・福祉の資格

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等

- ハラスメントについては、以下についての措置を講じること。  
雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 11 条第 1 項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等のに関する法律（昭和 41 年法律第 132 号）第 30 条の 2 第 1 項の規定に基づき、事業者には、職場におけるセクシャ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価値を講じることが義務付けられている。事業者が講

すべき措置の具体的内容及び事業者が講じることが望ましい取組については、次のとおり。なお、セクシャ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。

- ・事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

- ・相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。なお、パワーハラスメント防止のための事業者の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 24 号）附則第 3 条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の 2 第 1 項の規定により、中小企業（資本金が 3 億円以下又は常時使用する従業者の数が 300 人以下の企業）は、令和 4 年 4 月 1 日から義務化となっているため、適切な勤務態勢の確保等の観点から、必要な措置を講じること。

- ・事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にすること。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05120.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html))

#### （14） 非常災害対策

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| × 入所者の状態及び地域の自然的社会的条件を踏まえ、想定される非常災害の種類ごとに具体的な計画・避難体制が整備されていない。 |
| × 防火管理者を選任し、消防署に届け出していない。                                      |
| × 非常災害に関する消防計画を消防署に届け出していない。                                   |
| × 避難訓練及び消火訓練の実施にあたり、消防団や地域住民との連携を図っていない。                       |
| × 消防用設備等の機器点検が 6 月以内ごとに実施されていない。                               |



- 火災、水害・土砂災害、地震等の災害に対処するための計画を立て、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員に周知すること。施設の所在地が危険地域に該当するかは、赤磐市のハザードマップ等にて確認すること。
- 防火管理者を選任又は変更した場合、もしくは管理権限者が変更した場合は、消防本部に届け出ること。防火管理者の変更に際しては、消防計画も改めて提出が必要となることに注意すること（書類は各 2 部ずつ必要）。
- 防火管理者は消防計画を作成し、消防本部に提出すること（書類は 2 部必要）。なお、消防計画に基づく避難訓練を実施すること。
- 日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制づくりを図ること。
- 消防用設備等の機器点検を 6 月以内ごとに、総合点検を 1 年に 1 回行い、赤磐市消防本部に提出すること。

(15) 業務継続計画の策定等 **業務継続計画未策定減算あり**

☞ 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画（業務継続計画）等の策定、研修（年 2 回以上）の実施、訓練（シミュレーション、年 2 回以上）を実施すること。

|                           |
|---------------------------|
| × 業務継続計画に係る研修、訓練を実施していない。 |
|---------------------------|

|                |
|----------------|
| × 備蓄品を確保していない。 |
|----------------|

- 研修、訓練ともに年 2 回以上実施すること。
- 平時からの備えとして、食糧品、飲料水、衛生用品等の備蓄品を確保すること。

※参考

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン（令和 2 年 12 月厚生労働省老健局）

- 新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画（ひな型）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/douga\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html)
- 介護保険最新情報 vol.926「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成援助に関する研修について」（令和 3 年 2 月 26 日）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/douga\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html)

◆業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。

- 感染症に係る業務継続計画
  - ・ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症対策に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
  - ・ 初動対応
  - ・ 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）
- 災害に係る業務継続計画 ※赤磐市地域防災計画を参照すること
  - ・ 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）
  - ・ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
  - ・ 他施設及び地域との連携

#### （１６） 衛生管理等

☞ 感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修、訓練（シミュレーション）を実施しなければならない。

|   |                                                                        |
|---|------------------------------------------------------------------------|
| × | 「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会」を概ね 3 月に 1 回以上開催していない。               |
| × | 整備された指針に基づき「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」を年 2 回以上実施しない。                   |
| × | 新採用職員に対して、「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」を行っていない。                          |
| × | 嘔吐物処理セットが準備されていなかった、もしくは準備されていたが、保管場所を把握していない。                         |
| × | 汚物処理槽（スペース）について、特別な対策がなされていない。                                         |
| × | 汚物処理室に清拭用のタオルを置いている、リネン室にリネン等の清潔なものと不潔なものを混在して置いている等、清潔・非清潔の区別が不徹底である。 |
| × | 共用のタオル（洗面所、トイレ）を設置している。                                                |
| × | 医薬品の管理が不適切。                                                            |
| × | 循環式浴槽について、浴槽水の遊離残留塩素濃度の測定が 1 日に頻回に実施されていない。                            |
| × | レジオネラ属菌対策の水質検査が年 1 回以上実施されていない。                                        |

- 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備すること。  
感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね 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。
- 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒及びまん延の防止のための研修会を定期的（年 2 回以上）に実施すること。  
なお、研修の開催は、効果的な研修とするため、感染症及び食中毒がまん延する時期になる前に行うことが望ましい。
- 新規採用時には必ず感染対策研修を行うこと。



- ペーパータオル、手袋、マスク、エプロン、バケツ、次亜塩素酸ナトリウム等嘔吐物の処理に必要な物をまとめ、フロアごともしくはユニットごとに準備し、介護職員等に保管場所を周知すること。
- 飛沫感染を予防するため、汚物処理槽（スペース）についてカーテン又はパーティション等により仕切りを設ける等適切な対策をとることにより、清潔・不潔部分を区画すること。
- 入所者が使用する寝具等の清潔なものは、リネン室に収納し、衛生的な管理を行うこと。なお、リネン、介護材料品、繰り返し利用する備品、掃除用具等はそれぞれ確実に仕分けし、別々に管理すること。
- 使用した後のタオルは、湿りがあって菌が増殖しやすい。洗った手に病原体を付けてしまうことになりかねないので、タオルの共用は行わないこと。
- 医薬品を管理している部屋は、無人の時は施錠する、薬品管理棚にも鍵をかける等、不特定多数の職員が出入りできないようにすること、また、薬品の在庫管理を行い、紛失・盗難がないか常に確認し、万が一、盗難と思われる事例があれば、警察へ通報すること。  
また、「老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について」（平成 26 年 10 月 1 日）が発出されているため、医薬品の使用の介助に当たっては、当該通知を参考に適切な管理を行うこと。
- 「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」（平成 15 年厚生労働省告示第 264 号）に基づき、適切な水質検査を行うこと。

#### ☞ポイント

- 感染症又は食中毒の発生を防止するための適切な措置を日常的に行うよう従業者に徹底し、万一発生した場合は、関係機関に連絡の上、速やかな対処により、まん延を防止するとともに、その原因を究明し、再発防止のための改善を行うよう留意すること。
- 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用水の衛生管理をすること。
- 感染症が発生、まん延しないよう必要な措置を講じること。
  - ① メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、結核、疥癬、インフルエンザ様疾患等に対する対策
  - ② タオルの共用の禁止
  - ③ 手指消毒薬剤の配置、消毒器の設置
- レジオネラ症発生予防について、きちんとした衛生管理体制を整え実行すること。特に「貯湯タンク」、「循環ろ過装置」、「気泡発生装置、ジェット噴射装置、打たせ湯設備、シャワー設備」、「露天風呂設備」について、衛生的な管理を行うこと。
- ◆ 感染症の予防及びまん延防止のための措置  
事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように、
  - ① 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね 3 月に 1 回開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること

② 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備すること

③ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練（シミュレーション）を年 2 回以上実施すること。

- ◆ 感染症の予防及びまん延の防止ための対策を検討する委員会（感染対策委員会）  
感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。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、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね 3 月に 1 回以上、定期的を開催するとともに、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こと。

感染対策検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。

なお、感染対策委員会は、他の合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。また、事業所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。

- ◆ 感染症の予防及びまん延防止のための指針

当該事業所における「感染症の予防及びまん延防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要。なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照すること。

- ◆ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練

「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年 2 回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策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が必要である。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

#### (17) 協力医療機関等

##### 令和9年度から一部義務化

##### ☞ 協力医療機関との連携体制の構築

事業所内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めておかなければならない。（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。）（経過措置期間あり 令和9年3月31日まで）
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師また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 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 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師また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。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じ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について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならない。
- ウ 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。

##### ★ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

(ア) 新興感染症の発生時等に、事業所内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築するため、あらかじめ、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第

96号)第3条の規定による改正後の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関(以下「第二種協定指定医療機関」という。)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努めなければならない。また、協力医療機関が協定締結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うこと。

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

#### <参考>

第二種協定指定医療機関については、岡山県と協定を締結した医療機関等が岡山県のHPにて公表されている。

岡山県疾病感染症対策課HP「感染症法に基づく「医療措置協定」について」

※「協定締結済み医療機関の公表について」の直下に掲載されているPDFを参照。

<https://www.pref.okayama.jp/page/877163.html>

#### (18) 掲示

|   |                                                                                                                                                                                           |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × | 運営規程の概要(重要事項説明書等)が掲示されていない。                                                                                                                                                               |
| × | 施設の見やすい場所に掲示されていない。                                                                                                                                                                       |
| ● | 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護従業者の勤務の体制、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項(事故発生時の対応・苦情処理の概要等)を掲示しなければならない。施設の見やすい場所以外に、事業所内に書面(ファイル等)を備え付け、自由に閲覧できるようにしても可。<br>施設の見やすい場所とは、申込者、入所者等又は家族に対して見やすい場所であること。 |

#### 「書面掲示」規制の見直し

#### 令和7年度から義務化

☞ 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等については、原則として事業所内での「書面掲示」を求めている一方、備え付けの書面(紙ファイル等)又は電磁的記録の供覧により、書面による壁面等への掲示を代替できる規定になっているところ、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト(法人のホームページ等又は情報公表システム上)に掲載・公表しなければならないため注意すること。

#### (19) 秘密保持

|   |                                                    |
|---|----------------------------------------------------|
| × | 従業者が、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ための誓約書等を着任時に取得していない。 |
| × | ケースファイルに記載された入所者の名前が、廊下から見える状態になってい                |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| る、ケース記録用のパソコンが誰でも閲覧できるよう状態になっている。                                                                                                                                                                                                                            |
| × 居宅介護支援事業所等に提供する個人情報やサービス担当者会議等で使用する個人情報について、入所者から事前に同意を得ていない。                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 就業中及び退職後も入所者又はその家族の秘密を外部に漏らさないように、誓約書を取得すること。</li> <li>● 入所者の個人情報が含まれる書類やデータ等については、施錠できるロッカーへの保管やパソコンへのパスワード設定等適切な情報管理を行うこと。</li> <li>● 指定地域密着型介護老人福祉施設は、居宅介護支援事業所等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、予め入所者の同意を得ること。</li> </ul> |

## (20) 広告

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × ホームページやパンフレットに入所対象者を要介護 1～5 と記載している。                                                                                                                                      |
| × ホームページやパンフレットに記載した料金表（介護報酬・居住費等）に誤りがある。                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入所対象者は、原則要介護 3～5 であることに留意すること。</li> <li>● 現在の介護報酬や居住費に合わせて料金表を修正すること。料金表が 1 割負担を前提したものになっている場合は、2～3 割負担となることも併せて記載すること。</li> </ul> |

## (21) 苦情への対応等

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| × 「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」が掲示されていない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| × 受け付けた苦情に係る内容や対応等を記録していない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| × 苦情の内容の記録のみで、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組み」等「再発防止のための取組み」が行われていない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定（更新）申請時に提出した「入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を掲示すること。</li> <li>● 入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じること。（苦情処理マニュアル等により、窓口や処理のフロー等を明確にしておくことが望ましい。）<br/>苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等（受付日、苦情の内容や対応等）を記録すること。<br/>なお、現時点で苦情がない場合であっても、苦情受付簿や記録用紙を準備し、苦情があった際には、迅速かつ適切に対応すること。</li> <li>● 苦情については、「サービスの質の向上を図る上での重要な情報」とであるとの認識に立ち、業務改善に役立てること。</li> </ul> |

## (22) 事故発生の防止及び発生時の対応

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| × 事故発生防止のための指針が整備されていない。                                                               |
| × 整備された指針に基づき「事故防止のための従業者に対する研修」を年 2 回以上実施していない。                                       |
| × 新採用職員に対して「事故防止のための従業者に対する研修」を行っていない。                                                 |
| × 事故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が整っていない。                 |
| × 事故発生防止のための担当者を置いていない。                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された指針を定めること。</li> </ul> |

- 高齢者の事故は重大な結果につながるが多いため、事故防止のための適切な知識を身に着ける必要がある。そのためには、実効性のある研修を定期的（年２回以上）に開催し、関係者へ、事故の防止及び発生時の適切な対応にかかる知識の周知を図ること。
- 新規採用時には必ず事故発生防止の研修を行うこと。
- 発生した事故だけでなく、事故に至る危険性がある事態（ヒヤリ・ハット）が生じた場合も施設内で報告し、集計・分析を行い、改善策・再発防止策を検討すること。
- 事故防止検討委員会の安全対策を担当する者同一の従業員が務めることが望ましい。

※ 上記の不適切事例に該当する場合には安全管理体制未実施減算の対象になるので注意

|   |                                                          |
|---|----------------------------------------------------------|
| × | 事故発生時に市（介護保険課）に連絡・報告をしていない。                              |
| × | 第２報（事故後の対応、事故原因の追求、再発防止に関する今後の対応・方針）の送付がないか、その内容が不十分である。 |
| × | 事故の中に、虐待が疑われる内容があるにも関わらず分析を行っておらず、単なる事故として処理をしている。       |

#### ☞ 事故の範囲

- ① サービス提供中（送迎中も含む）に、利用者が死亡（病気死亡は除く）、負傷（通院入院を問わず医師の保険診療を要したもの。ただし、通院の場合においては、加療を要しないものを除く）又は失踪した場合
- ② 施設等における感染防止の観点から対策が必要な疾患であって、インフルエンザ、感染性胃腸炎などの五類定点報告疾患や疥癬の発生が認められた場合

#### ・ 報告期限

第１報：３日以内

第２報以降：第１報後、２週間以内に第２報を提出。第２報の時点で当該事故が完結していない場合には、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを今後の対応・方針欄に記載し、随時完結の届けを行うこと。

※ 第２報以降の書類も忘れずに提出すること

#### ・ 事故の分析

事故が発生した分析を行い、その防止策、改善策について従業員間で周知徹底する。また、ヒヤリ・ハットなど事故に至る危険性があつた場合についても、施設内で原因の分析を随時行うこと。

- 事故の内容を厳重に確認、検証し、事故の発生を防止するだけでなく、虐待が疑われるような場合は、速やかに市へ報告し、虐待防止を図ること。

(23) 利用者(入所者)の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会設置の義務付け

📌 **令和9年度から義務化** (経過措置期間 令和9年3月31日まで)

指定地域密着型介護老人福祉施設(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、当該指定介護老人福祉施設における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に行うことができないものとする。

(24) ユニットケア

× 食事の時間、おむつの交換、入浴の機会等について、個別の要望を踏まえることなく、一律の時間に行っている。(介護側の都合を優先している。)

× ユニットリーダーをはじめとする直接処遇職員が、複数のユニットを兼務している。

- ユニットケアにおいては、入居者、利用者各々の個別の事情を考慮する必要がある。例えば、食事は入居者等の起床時間に合わせる、おむつ交換は各々の排泄サイクルを踏まえたタイミングとする等、適切な個別ケアを行うこと。
- ユニットケアにおける従業者の勤務体制については、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならないことから、いわゆる「馴染みの関係」が求められる。よって、職員配置は「ユニットごとの固定配置」が基本となる。

📌 **ポイント(ユニットリーダー)**

- 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(配置されていなければ減算対象)。
- 管理者及び従業者のうち2人以上は、ユニットリーダー研修を修了した者を配置すること。
- ユニットリーダーには、ユニットリーダーとしての辞令等を交付し、従業員にもユニットリーダーを周知すること。

(25) 変更届

× 協力医療機関等(協力歯科機関を含む)が変更になったにもかかわらず、その旨の届出がなされていない。

× 食費、居住費を変更しているが、変更届を提出していない。

- 協力医療機関等(協力歯科機関を含む。)が変更(追加又は減少)となった場合は、10日以内に市長(介護保険課)へ届け出ること。
- 運営規程(料金表)の変更届を提出すること。料金表を重要事項説明書に記載している場合も、変更届を提出すること。

## 第5 介護報酬

★基準省令：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

### (1) 入所等の日数の考え方

× 病院への入院期間中について入退院日以外に係る地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費を算定している。

× 短期入所生活介護の利用者が、そのまま同一敷地内の地域密着型介護老人福祉施設へ入所した際に、当該入所日に短期入所生活介護費を算定している。

- 病院への入院期間中について、入院日と退院日は算定することができるが、それ以外の日は算定できない。(その間、1月に6日を限度として外泊時の費用を算定することは可能。)
- 原則として、入所した日及び退所した日の両方を含むものとするが、同一敷地内における短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の間で、利用者が一の施設等から退所等をしたその日に他の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。したがって、例えば、短期入所生活介護の利用者がそのまま地域密着型介護老人福祉施設に入所したような場合は、入所に切り替えた日については、短期入所生活介護費は算定しない。

Q 施設入所(入院)者が外泊した場合の居宅サービスの算定について

A 介護保険施設及び医療機関の入所(入院)者が外泊時に利用した居宅サービスについては、外泊時費用の算定の有無にかかわらず、介護保険において算定できない。(平成15年 Q&A 問13)

### (2) ユニットにおける職員に係る減算

ある月(暦月)において下記①、②のいずれかの基準に満たない状況が発生した場合、減算となる。



- |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。</p> <p>② ユニットごとに、常時のユニットリーダーを配置すること。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|

減算期間⇒該当の月の翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで。

減算内容⇒入所者全員について、所定単位数が97%に減算。

(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。)

### (3) 身体拘束廃止未実施減算

施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、以下の措置を講じていない場合に減算となる。



- |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <p>① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。</p> |
|-------------------------------------------------------------------|

- |                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。<br>③ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。<br>④ 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実施すること。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

減算期間⇒事実が発生した月の翌月から改善が認められた月まで。 **（最低3か月）**

減算内容⇒入所者全員について、所定単位数の10％を減算。

#### （4）定員超過利用の減算

1月間（暦月）の入所者の数（空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む）の平均が、入所定員を超える場合に減算となる。

※ 1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全入所者等の延数を当該月の日数で除して得た数とする。の数の平均は、当該月の全入所者等の延数を当該月の日数で除して得た数（小数点以下を切り上げ）とする。

**※入所者等の数の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日を含まない。**

減算期間⇒該当の月の翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで。

減算内容⇒すべての入所者（空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む）について、所定単位数が70％に減算。

#### ★ やむを得ない措置等による定員の超過

地域密着型介護老人福祉施設は下記の①～③のいずれか、短期入所生活介護（空床型）は下記の①、②のいずれか、短期入所生活介護（単独型・併設型）は下記の①により、やむを得ず定員を超過する場合は、減算とならない。

※ この取扱いは、あくまでも一時的かつ特例的なものであることから、速やかに定員超過利用を解消する必要がある。

|                                                                                        |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ① 市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合                                                     | 入所定員に100分の105を乗じて得た数（入所定員が40人を超える場合にあっては、利用定員に2を加えて得た数）までは減算は行われない |
| ② 入院中の入所者が、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときであって、その時点で当該施設が満床だった場合（ <b>当初の再入所予定日までの間に限る</b> ） |                                                                    |

|                                                                                                                                         |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ③ 近い将来、入所することが見込まれる者の家族の急な入院により在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、併設される短期入所生活介護事業所の空床を利用してサービスを受けることにより入所定員を超える場合 | 定員の数に100分の105を乗じて得た数までは減算は行われない |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

★ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過について

当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

（５） 人員基準欠如による減算

暦月において、人員基準上必要とされる看護・介護職員の員数を下回っている月に減算される。

【減算期間】

- ・ 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。  
➡当該月の翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで。
- ・ 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。  
➡当該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。

（ただし、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）

減算内容⇒入所者等の全員について、所定単位数が70%に減算。

※ 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等は、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）の平均を用いること。

※ 空床利用の短期入所生活介護の減算は、常に本体施設である特別養護老人ホームと一体的に行われるものであること。

（６） 夜勤体制による減算

ある月（暦月）において以下のいずれかの事態が発生した場合に、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時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする）において夜勤を行う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。

※ 連続する16時間とは、未満でも以下でも以上でもなく、きっちり16時間。

例：16時～8時、17時～9時 など

- 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。



減算期間⇒該当の月の翌月。

減算内容⇒すべての入所者について、所定単位数が97%に減算される。

#### 夜勤職員配置基準

|       |                 |
|-------|-----------------|
| ユニット型 | 2 ユニットごとに 1 人以上 |
|-------|-----------------|

#### ★利用者数の考え方

- ・ 短期生活（単独型）は、短期生活の利用者数とする。
- ・ （地域密着型）介護老人福祉施設及び短期生活（併設型・空床型）は、（地域密着型）介護老人福祉施設の入所者と短期生活の利用者の合計とする。
- ・ （地域密着型）介護老人福祉施設以外に併設する短期生活（併設型）は、短期生活の利用者数とし、本体施設として必要とされる夜勤職員（介護又は看護職員）に上記表の数を加えた数を配置すること。
- ・ 入所者等の数は「前年度平均」を用いること。（小数点以下切り上げ）

#### ★夜勤の配置基準の緩和について

全ての入所者について見守りセンサーを導入し、夜勤職員全員がインカム等のICTを使用するとともに、職員の負担軽減や職員ごとの効率化のばらつきに配慮し、委員会の設置や職員に対する十分な休憩時間の確保等を含めた安全体制等の確保を行っていることを要件として、従来型の利用定員26人以上の場合の夜間の配置基準を緩和する。（介護老人福祉施設（地域密着型含む）及び併設型短期入所生活介護のみ）

#### （7）安全管理体制未実施減算

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（以下、基準省令）第155条第1項の基準を満たさない事実が生じた場合に所定単位数が減算される。

##### 基準省令第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。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

- 二 事故が発生した場合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。
- 三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

※ 上記の措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策担当者と同一の従業者を定めることが望ましい。

担当者を配置していなかった場合は、「安全管理体制未実施減算」になる。



減算期間⇒該当の月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。

減算内容⇒すべての入所者について、所定単位数から5単位を減算する。

#### (8) 栄養管理に係る減算 該当する場合は体制届の提出が必要

基準省令第131条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは基準省令第143条の2に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、減算される。

##### 第百三十一条

指定地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者の員数は、次のとおりとする。ただし、他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより当該指定地域密着型介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、第四号の栄養士又は管理栄養士を置かないことができる。

一～三（略）

四 栄養士又は管理栄養士 一以上

##### 第百四十三条の二

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



減算期間⇒該当の月の翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで。

減算内容⇒すべての入所者について、所定単位数から14単位を減算する。

（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。）

(9) 業務継続計画未策定減算

基準省令第三条の三十の二第1項を満たさない場合に、減算される。

第二十四条の二（同基準157条、169条において準用）

指定地域密着型介護老人福祉施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護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。



★感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合は、減算の適用となる。

減算期間⇒該当の月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。

減算内容⇒入所者の全員について、所定単位数の3%を減算する。

(10) 高齢者虐待防止措置未実施減算

基準省令第三条の三十八の二を満たさない場合に、減算される。

第三条の三十八の二（同基準157条、169条において準用）

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

- 一 当該指定地域密着型介護老人福祉施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者に周知徹底を図ること。当該指定介護老人福祉施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
  - 二 当該指定地域密着型介護老人福祉施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
  - 三 当該指定地域密着型介護老人福祉施設において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
  - 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- ※ 研修については年1回以上の実施。

減算期間⇒事実が生じた月の翌月から改善が認められた月まで（最低3月間）

減算内容⇒入所者（利用者）の全員について、所定単位数の1%を減算

(11) 日常生活継続支援加算 体制届必要

×「要介護状態区分が要介護4もしくは要介護5の占める割合」等について、届出を行って以降の記録がされていない。

× 当該加算算定後に介護福祉士の員数が算定条件を満たさなくなったにもかかわらず

らず、加算取下げの届出がされていない。

- 「要介護状態区分要介護4、5の者の割合」等については、当該加算の届出後以降も毎月当該割合を記録すること。
- 「介護福祉士」の員数は、届出を行った月以降においても、毎月において前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。そのため、人事異動等により職員の配置が大幅に変更になる際は、異動後も加算に必要な員数を満たすか確認を行うこと。

※ テクノロジーを活用した複数の機器（見守りセンサー、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器）を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行っている場合については、介護福祉士数が常勤換算で入所者数が「6又はその端数を増すごとに1以上」とする要件を、「7又はその端数を増すごとに1以上」とする優遇有り。

#### ◆ 加算Ⅰ

- ① 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。
- ② 次のいずれかに該当すること。
  - a 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、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の70以上であること。
  - b 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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者）の占める割合が100分の65以上であること。
  - c 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上であること。
- ③ 介護福祉士の数が、常勤換算法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。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。
  - a 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。
  - b 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、アセスメント及び入所者の身体の状態等の見直しを行っていること。
  - c 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、介護機器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、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。

- i) 入所者の安全及びケアの質の確保
- ii) 職員の負担の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) 介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修

④ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◆ 加算Ⅱ

- ① ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は経過ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。
- ② 加算Ⅰの②から④までに該当するものであること。

(12) 看護体制加算 体制届必要

|   |                                                        |
|---|--------------------------------------------------------|
| × | 本体施設と併設型（専用床）短期事業所を兼務する看護職員について、いずれか一方のみにカウントして算出している。 |
| × | 看護職員が機能訓練指導員を兼務している場合にあって、機能訓練指導業務に係る勤務時間を含めて算出している。   |

- 本体施設と併設のショートステイ双方で当該加算を算定する場合は、それぞれについて別個に加算算定の可否を判断すること。  
本体施設と併設のショートステイを兼務している看護職員は、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分すること。
- 機能訓練指導員を兼務している看護職員は、たとえ常勤職員であっても加算算定上は、「看護職員」として勤務する時間数のみを常勤換算の看護職員の中に含めること。

◆ 加算（Ⅰ）イ （12単位／日）

- ① 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費又は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を算定していること。
- ② 常勤の看護師を1名以上配置していること。
- ③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◆ 加算（Ⅰ）ロ （4単位／日）

- ① 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費を算定していること。
- ② 加算（Ⅰ）イの②及び③に該当するものであること。

◆ （Ⅱ）イ （23単位／日）

- ① 加算（Ⅰ）イの①に該当するものであること。

- ② 看護職員を常勤換算で2名以上配置していること。
- ③ 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、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- ④ 加算（Ⅰ）イの③に該当するものであること。
- ※「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。

◆ 加算（Ⅱ）ロ （8単位／日）

- ① 加算（Ⅰ）ロの①の該当するものであること。
- ② 加算（Ⅱ）イの②から④までに該当するものであること。

（13）夜勤職員配置加算 体制届必要

× 夜勤時間の算定に係る「夜勤時間帯」が16時間を超える設定となっている。  
（夜勤職員が勤務している時間を「夜勤時間帯」としている。）

- 夜勤時間帯は、「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」とされているので、必ず16時間とすること。

| 夜勤時間帯 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ①     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ②     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ③     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ④     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ⑤     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ⑥     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

（例）夜勤時間帯 17：00～翌9：00（16時間）

勤務時間 ①8：00～17：30 ②9：00～17：00 ③10：00～19：00  
④6：00～10：00 ⑤13：00～17：00 ⑥17：00～翌10：00

- ◆ 延夜勤時間数に含めることができる時間は、夜勤時間帯に勤務した時間のみになるため、仮に⑥の夜勤職員が施設に17時間勤務していたとしても、延夜間時間数に含めることができる時間は、17：00～翌9：00までの16時間のみとなる。

【延夜勤時間数に含めることができる時間】

①→8：00～9：00 ②→なし ③→17：00～18：00  
④→6：00～9：00 ⑤→なし ⑥→17：00～翌9：00

夜勤職員配置加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件

| 算定要件（〇．９人配置要件） |                                                                   |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| ①              | 従来型の施設、ユニット型の施設において、人員基準に加えて１人以上の介護職員、看護職員を夜間に配置                  |
| ②              | 見守り機器を当該施設の入所者の１０％以上の数を設置し、見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会の設置と検討会を実施している。 |

| 算定要件等（〇．６人配置要件） |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①               | 従来型の施設、ユニット型の施設において、人員基準に加えて１人以上の介護職員、看護職員を夜間に配置                                                                                                                                                                                                                                      |
| ②               | 見守り機器を当該施設の入所者の数以上設置し、見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会の設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、必要な検討を行い、暦月ごとに算定要件を満たしていることを確認すること。                                                                                                                                                                          |
|                 | <p>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ていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする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</li> <li>●夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</li> <li>●見守り機器等の定期的な点検</li> <li>●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</li> </ul> |

夜勤職員配置加算（Ⅲ）（Ⅳ）の算定要件

| 算定要件                               |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 加算ⅠまたはⅡに該当していること。                  |                       |
| 看護職員または次のいずれかに該当する職員を１人以上配置していること。 |                       |
| ①                                  | 介護福祉士                 |
| ②                                  | 特定登録証の交付を受けた特定登録者     |
| ③                                  | 新特定登録証の交付を受けている新特定登録者 |
| ④                                  | 認定特定行為業務従業者           |
| ①、②、③の場合                           | は、喀痰吸引等業務の登録を受けていること。 |
| ④の場合                               | は、特定行為業務の登録を受けていること。  |
| ※喀痰吸引等業務、特定行為業務については、必ず県への登録を行うこと。 |                       |

(14) 生活機能向上連携加算 体制届必要

× 個別機能訓練計画に機能訓練の実施時間を記載していなかった。

- 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載すること。

◆ 加算Ⅰ (100単位/月)

- ① 理学療法士等の助言に基づき、機能訓練指導員等が共同して利用者の身体的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。
- 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。

◆ 加算Ⅱ (200単位/月)

- ① 理学療法士等が当該地域密着型介護老人福祉施設を訪問し、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うこと。
- 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。

(15) 個別機能訓練加算 体制届必要

◆ 加算Ⅰ (12単位/日)

◆ 加算Ⅱ (20単位/月)

◆ 加算Ⅲ (20単位/月)

× 配置された常勤の機能訓練指導員が他の業務を兼務し、機能訓練指導員の職務に専従していない。

× 入所者に定期的に個別機能訓練計画の内容を説明・記録していない。

× 個別機能訓練計画が、多職種共同で作成されていない。

× L I F Eへの情報提出が期限内にできていない。

- 機能訓練指導員は、他の業務を兼務しないこと。(機能訓練指導員が、他の業務を兼務する場合は「専ら(専従)」要件を満たさないことになる。)
- 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し、記録すること。

- 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こと。
- 利用者等ごとにア～ウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

- ◆ 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の1名以上配置している施設において、入所者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合は、加算Ⅰとして、1日につき12単位を所定単位数に加算する。

- ◆ 加算Ⅰを算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該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た場合は、加算Ⅱとして、1月につき20単位を所定単位数に加算する。

厚生労働省への提出については、LIFEを用いて行うこととする。

- ◆ 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し、記録すること。その記録は、利用者ごとに保管され、常に当該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。

- ◆ 加算Ⅱ、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場合であって、以下の2つの要件を満たす場合に加算Ⅲを算定できる。

- ・ 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個別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および入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。
- ・ 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、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。

#### (16) ADL維持等加算 体制届必要

評価対象期間内に当該施設を利用した者のADLの維持又は改善の度合いが一定の水準を超える等の要件を満たした場合に、当該評価対象期間（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、加算を行うものである。



##### ◆ 加算Ⅰ （30単位／月）

- 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）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ついては利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出（LIFEを用いて行うこと）していること。

③ 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」）の平均値が1以上であること。

◆ 加算Ⅱ （60単位／月）

①加算Ⅰの①及び②の基準に適合するものであること。

②評価対象者のADL利得の平均値が3以上であること。

（17） 若年性認知症入所者受入加算 （120単位／日） 体制届必要

☞ポイント

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うこと。

（18） 入所者が入院し、又は外泊したときの費用の算定について（外泊入院時費用）

☞ポイント

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

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

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

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

- 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、1 回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院又は外泊時の費用の算定が可能。
- 「外泊」には入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。
- 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。
- 「入院」の場合、必要に応じて入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供等の業務にあたること。

例) 入院期間 1月25日～3月8日

1月25日 入院…介護老人福祉入所者生活介護費を算定  
 1月26日～1月31日（6日間）…1日につき246単位を算定  
 2月1日～2月6日（6日間）…1日につき246単位を算定  
 2月7日～3月7日…算定不可  
 3月8日 退院…介護老人福祉入所者生活介護費を算定

#### （19） 外泊時在宅サービス利用の費用について

##### ☞ポイント

- 入所者に対して居宅における外泊を認め、指定地域密着型介護老人福祉施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき560単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定せず、外泊時費用を算定する場合は算定しない。
- 医師、看護師、介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討を行うこと。
- 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分に説明し、同意を得た上で実施すること。
- 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。
- 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましい。
  - ① 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
  - ② 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
  - ③ 家屋の改善の指導
  - ④ 当該入所者の介助方法の指導

- 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
- 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。
- 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできないこと。

(20) 初期加算 (30単位/日)

- 入所日から30日間に限り算定できる。
- 入所日から30日間中に外泊を行った場合、外泊中は算定不可(30日から当該外泊期間を除いて計算)
- 過去3月間(ただし、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする)の間に、当該地域密着型介護老人福祉施設に入所したことがないこと。
- 当該地域密着型介護老人福祉施設の短期入所を利用していた者が、日を空けることなく引き続き入所した場合は、入所直前の短期入所生活介護の利用日を30日から引いた日数を算定する。
- 30日を超える病院等に入院後は再算定可能。

(21) 高齢者施設等感染対策向上加算 体制届必要

- 加算(Ⅰ) (10単位/月)
- 加算(Ⅱ) (5単位/月)

📌ポイント

- 加算(Ⅰ)
  - ・ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、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。
  - ・ 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症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。
  - ・ 診療報酬における感染対策向上加算または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修または訓練に1年に1回以上参加していること。

■ 加算（Ⅱ）

- ・診療報酬における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感染制御等に係る実地指導を受けていること。

（２２） 新興感染症等施設療養費 （２４０単位）

- 入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症（※現時点において指定されている感染症はない）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等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

（２３） 認知症チームケア推進加算 体制届必要

■ 加算（Ⅰ） （１５０単位／月）

■ 加算（Ⅱ） （１２０単位／月）

- ※ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

📌ポイント

■ 加算（Ⅰ）

- ① 事業所または施設における利用者または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の占める割合が2分の1以上であること。
- ② 認知症の行動・心理症状の予防およ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または認知症介護に係る専門的な研修および認知症の行動・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を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- ③ 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- ④ 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無およ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。

■ 加算（Ⅱ）

- ・（Ⅰ）の①、③および④に掲げる基準に適合すること。

- ・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。

(24) 退所時情報提供加算 (250単位/回)

- 医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

(25) 退所時等相談援助加算

- ① 退所前訪問相談援助加算 (460単位)
- ② 退所後訪問相談援助加算 (460単位)
- ③ 退所時相談援助加算 (400単位)
- ④ 退所前連携加算 (500単位)

📌ポイント

- ① 退所前訪問相談援助加算
- ② 退所後訪問相談援助加算

- 退所前訪問相談援助加算については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に、入所中1回(入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあっては、2回)を限度として算定する。  
入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等(病院、診療所及び介護保険施設を除く。以下同じ。)に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

- 退所後訪問相談援助加算については、入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後1回を限度として算定する。  
◇退所前訪問相談援助加算 → 退所日に算定  
◇退所後訪問相談援助加算 → 訪問日に算定

次の場合は算定できない。

- ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・死亡退所の場合

### ③ 退所時相談援助加算

- 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所時に当該入所者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ当該入所者の同意を得て、退所の日から2週間以内に当該入所者の退所後の居宅地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。及び老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センターに対して、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。
- 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

#### 退所時相談援助の内容

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

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

次の場合は算定できない。

- ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・死亡退所の場合

#### ④ 退所前連携加算

- 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、指定居宅介護支援事業の介護支援専門員と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

◇ 退所日に加算

◇ 連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

◇ 在宅・入所相互利用加算の対象となる入所者について退所前連携加算を算定する場合には、最初に在宅期間に移るときにのみ算定できる。

次の場合は算定できない。

- ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・死亡退所の場合

#### (26) 栄養マネジメント強化加算 (11単位/日) 体制届必要

× 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ない。

× 食事の観察を行ったことが確認できない

##### ☞ポイント

- 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50で除して得た数以上配置していること。
- 栄養ケア計画を多職種（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）で作成すること。
- 栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、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。

- 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。
- 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、食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点が見られた場合は、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。
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し（L I F Eを用いること）、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。
- 原則として入所者全員を対象として入所者ごとに要件を満たした場合に、入所者全員に対して算定できる。

（２７） 経口移行加算 （２８単位／日）

🔊ポイント

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、経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に、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、算定できる。

（２８） 経口維持加算

- 加算Ⅰ （４００単位／月）
- 加算Ⅱ （１００単位／月）

🔊ポイント

- ① 定員利用超過・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。
- ⑤ 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、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するとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、計画の作成及び見直しを行った場合には、入所者又はその家族に説明し、同意を得ること。

- ⑥ 加算Ⅱについては、食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名を加えること。

(29) 口腔衛生管理加算

× 新規入所者に対する、歯科衛生士による口腔衛生の管理が月に1回しか実施できていなかった。

- 月途中からの入所であっても、月2回以上口腔衛生等の管理が実施されていない場合には算定できない。

◆ 加算Ⅰ (90単位/月)

- 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。

◆ 加算Ⅱ (110単位/月)

- ① 加算Ⅰの①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ② 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(30) 療養食加算 (6単位/日) 体制届必要

× 療養食の提供に当たり、医師による食事箋が発行されていない。

× 心臓疾患等の減塩食に総量6.0gを超える塩分が使われている。

× 請求回数が誤っていた。

- 入所者の病状等に応じて、主治の医師により利用者に対し、疾患治療の直接的手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供すること。
- 心臓疾患等の減塩食については、塩分を総量6.0g未満とすること。
- 療養食を提供した回数を記録すること。
- 当該施設が、利用者告示に示された療養食（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糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食）を提供したときに、1日につき3回を限度として算定できる。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要がある。
- 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。

- 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なわれていること。

(31) 配置医師緊急時対応加算 体制届必要

- 診療が行われた時間が早朝（午前6時から午前8時の間）又は夜間（午後6時から午後10時までの間）の場合→650単位/回
- 診療が行われた時間が深夜（午後10時から午前6時までの間）の場合→1,300単位/回
- 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・夜間及び深夜を除く）の場合→325単位/回

☞ポイント

- 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。
- 加算の算定については、事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診療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、内容について記録を行わなければならない。
- 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。
- 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。

(32) 看取り介護加算 体制届必要

× 入所者又はその家族等への看取りに関する指針の内容の説明、同意を得ていない。  
または、看取り介護開始後に同意を得ている。

- 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、説明を適切に受けた旨の同意を文書により得ておくこと。

■ 加算Ⅰ

- ◇ 死亡日以前31日～45日 . . . . . (72単位/日)
- ◇ 死亡日以前4日～30日 . . . . . (144単位/日)
- ◇ 死亡日前日及び前々日 . . . . . (680単位/日)
- ◇ 死亡日 . . . . . (1,280単位/日)

■ 加算Ⅱ

- ◇ 死亡日以前31日～45日 . . . . . (72単位/日)

- ◇ 死亡日以前 4 日～30 日 . . . . . (144 単位/日)
- ◇ 死亡日前日及び前々日 . . . . . (780 単位/日)

#### 📌ポイント

##### 【入居者への手続きの流れ】

##### <入所の際>

看取りに関する指針の説明、同意

##### <入所者の状態悪化>

利用者の介護に係る計画についての説明、同意

随時の介護についての説明、同意

##### <退所時> ※文書で得ること

加算に係る一部負担の請求についての同意

医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについての同意

- 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（入所者等）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、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、その人らしい最後が迎えられるよう支援することを主眼として設けられたもの。
- 施設は、利用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にも、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。
  - イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにする（Plan）。
  - ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該利用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（Do）。
  - ハ 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）。
  - ニ 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利用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。

- 看取り介護を実施するにあたり、終末期にたどる経過、施設等において看取りに関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利用者の理解が得られるよう継続的な説明に努めること。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。

- 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る。

「看取りに関する指針」に盛り込むべき項目の例示

- イ 当該施設の看取りに関する考え方
- ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセス毎）の考え方
- ハ 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
- ニ 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）
- ホ 入所者等への情報提供及び意思確認の方法
- ヘ 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ト 家族への心理的支援に関する考え方
- チ 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

- 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。

- イ 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
- ロ 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
- ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の移行と、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には、介護記録に説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記録すること。

- 入所者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合は、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ことが認められる場合は算定可能。

この場合の要件としての介護記録への記載内容



- ・ 職員間の相談日時、内容等
- ・ 入所者の状態
- ・ 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の記載（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）

#### ◆算定

- 死亡月にまとめて算定される。
- 退所の場合、退所月と死亡月が異なる場合も算定できるが、利用者に対して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、文書で同意を得ること（入所者側にとっては、施設に入所していない月に自己負担を請求されることになる）。
- 死亡前に退居した場合も、原則として退居日当日は算定対象にできる。
- 退居後も、家族、入院先の医療機関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が、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、施設退所等の際に、入所者等に対して説明をし、文書で同意を得ておくことが必要。
- 死亡日を含め 45 日を上限とする期間で算定するため、退所日の翌日から死亡日までの期間が 45 日以上あると算定ができない。
- 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。
- 施設において看取り介護を提供した期間が算定対象となるが、入院や外泊があれば基本報酬が算定できない日は、加算算定はできない。
- 看取りに関する職員研修を行うこと。
- 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。

(33) 退所時栄養情報連携加算 (70単位/回)

📌ポイント

対象者

厚生労働大臣が定める特別食(※)を必要とする入所者または低栄養状態にあると医師が判断した入所者

◆算定

- 管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
- 1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

※ 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およ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および特別な場合の検査食(単なる流動食および軟食を除く。)

(34) 在宅復帰支援機能加算 (10単位/日)

📌ポイント

- 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「退所者」)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になった者(当該施設における入所期間が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。
- 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- 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の利用に関する調整を行っていること。

(35) 在宅・入所相互利用加算 (40単位/日) 体制届必要

📌ポイント

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。

具体的には

- イ 在宅・入所相互利用を開始するに当たり、在宅機関と入所期間（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が必要である。
- ロ 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。
- ハ 当該支援チームは、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。
- ニ ハ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、目標及び方針をまとめ、記録すること。
- ホ 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。

（36） 認知症専門ケア加算 体制届必要

● 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、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（以下「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から介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとする。
- ② 認知症介護に係る専門的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、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が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。
- ③ 当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

● 加算Ⅱ （4単位／日）

- ① 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。
- 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こと。

(37) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (200単位/日)

📌ポイント

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定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は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。

● 褥瘡マネジメント加算 体制届必要

◆ 加算Ⅰ (3単位/月)

※以下の要件を満たすこと。

- 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。
- ② ①の確認および評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ③ ①の確認の結果、褥瘡が認められ、又は①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ④ 入所者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。
- 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こと。

◆ 加算Ⅱ (13単位/月)

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

(38) 排せつ支援加算 体制届必要

📌ポイント

● 加算Ⅰ (10単位/月)

- 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(常勤・非常勤は問わない)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厚生労働省に提出していること。

働省に提出（L I F Eを用いて行うこと）し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

② ①の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、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こと。

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こと。

● 加算Ⅱ （15単位／月）

① 加算Ⅰの①から③までのいずれにも適合すること。

② 次のいずれかに適合すること。

(1) 加算Ⅰの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こと。

(2) 加算Ⅰの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。

(3) 加算Ⅰの①の評価の結果、施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。

● 加算Ⅲ （20単位／月）

加算Ⅰの①から③まで並びに加算Ⅱの②（1）、（2）及び（3）に掲げる基準のいずれにも適合すること。

※ 「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査項目の排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者、又はおむつを使用している者をいう。

※ 「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」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態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、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。

(39) 自立支援促進加算 (280単位/月) **体制届必要**

**ポイント**

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厚生労働省に提出（LIFEを用いて行うこと）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。
- 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を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- 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。
- 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。

(40) 科学的介護推進体制加算 **体制届必要**

**ポイント**

原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに算定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可。

● 加算Ⅰ (40単位/月)

- ① 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出（LIFEを用いて行うこと）していること。
- ② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

● 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（LIFEを用いて行うこと）していること。
- ② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、加算Ⅰの①に規定する情報、①に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

※ R6 緑本 P876 LIFE 関連通知

科学的介護推進体制加算Ⅱの提出情報に誤記があります。（令和3年の提出内容から変更なし）

【訂正前】

「施設前サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。」

【訂正後】

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護老人福祉施設において科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、施設サービスにおける科学的介護推進体制加算（Ⅰ）における情報に加えて「総論」の診断名についても提出すること。介護老人保健施設及び介護医療院において科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、施設サービスにおける科学的介護推進体制加算（Ⅰ）における提出情報に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。

（４１） 安全対策体制加算 （２０単位） 体制届必要

× 事故発生防止のための指針の作成・委員会の開催、従業者の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を置くなどの体制を備えていない。

- 事故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。
- 外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。

（４２） サービス体制強化加算 体制届必要

× 届出を行って以降、職員の割合について記録がされていない。

- 届出を行った以降についても、職員の割合については毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちにその旨届出を提出すること。  
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月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む）については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものである。

◆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。

- ① 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。
- ② 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。
- (2) 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。
- (3) 定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。

◆加算Ⅱ (18単位/日)

次のいずれにも適合すること。

- (1) 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60以上であること。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◆加算Ⅲ (6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。
  - ① 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50以上であること。
  - ② 指定地域密着型介護老人福祉施設の看護・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以上であること。
  - ③ 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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以上であること。
- (2) 定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。

(43) 生産性向上推進体制加算 体制届必要

📌ポイント

◆加算Ⅰ (100単位/月)

- ・加算Ⅱの要件を満たし、加算Ⅱのデータにより業務改善の取組による効果(※1)が確認されていること。
- ・見守り機器等のテクノロジー(※2)を複数導入していること。
- ・職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

★注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、加算Ⅱのデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、加算Ⅱの加算を取得せず、加算Ⅰを取得することも可能である。

◆加算Ⅱ （１０単位／月）

- ・ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・ 見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること。
- ・ １年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。

（※１）業務改善の取組による効果を示すデータ等について

★加算Ⅰで提供を求めるデータは、以下の項目とする。

- ① 利用者のＱＯＬ等の変化（ＷＨＯ-５等）
- ② 総業務時間および当該時間に含まれる超過勤務時間の変化
- ③ 年次有給休暇の取得状況の変化
- ④ 心理的負担等の変化（ＳＲＳ-１８等）
- ⑤ 機器の導入による業務時間（直接介護、間接業務、休憩等）の変化（タイムスタディ調査）

★加算Ⅱで求めるデータは、加算Ⅰで求めるデータのうち、①から③の項目とする。

★加算Ⅰにおける業務改善の取組による効果が確認されていることとは、ケアの質が確保（①が維持または向上）された上で、職員の業務負担の軽減（②が短縮、③が維持または向上）が確認されることをいう。

（※２）見守り機器等のテクノロジーの要件

★ 見守り機器等のテクノロジーとは、以下の①から③に掲げる機器をいう。

- ① 見守り機器
- ② インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器
- ③ 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（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）

◆ 見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくとも①から③までに掲げる機器は全て使用することで、その際、①の機器は全ての居室に設置し、②の機器は全ての介護職員が使用すること。なお、①の機

器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。

(44) 特別通院送迎加算 (590単位/月)

㊦ポイント

定期的かつ継続的に透析を必要とする入所者であって、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由がある者について、施設職員が月12回以上の送迎を行った場合に加算。

◆介護報酬の返還請求の消滅時効等

- 1 介護給付費対象サービスの内容又は介護報酬の請求に関し介護保険法第22条第3項の規定に基づく不正利得の事実が認められた場合の返還請求に係る消滅時効は、介護保険法第200条第1項の規定により、2年である。
- 2 時効の起算日は、サービス事業者等が介護報酬を受給した日の翌日である。



## L I F Eの入力方法に関するQ & A

老健局老人保健課

|            |            |
|------------|------------|
| 令和3年12月13日 | Q1-1～Q1-21 |
| 令和4年2月7日   | Q2-1～Q2-29 |
| 令和4年5月17日  | Q2-14を改訂   |
| 令和4年11月15日 | Q3-1～Q3-6  |

### 全般に関する事項

Q1-1：データの提出期限については、各月に評価したデータを翌月10日までに提出することになっているが、評価月の1日から10日までの期間にデータ提出を行ってもよい。

A1-1：差し支えない。例えば、10月1日に施設の利用を開始した方について、11月10日までにデータ提出することになるが、10月1日～10日の間にデータ提出して差し支えない。

Q1-2：利用者の保険者番号又は被保険者番号に変更があった場合、当該利用者の様式情報を入力するためには、新たに利用者情報を登録する必要があるが、データの提出時期はどのように考えればよい。

A1-2：例えば、科学的介護推進体制加算については、4月評価分のデータを提出し、5月に保険者番号又は被保険者番号が変わった場合には、5月評価分のデータを提出する必要はなく、次は10月評価分のデータを提出して差し支えない。他のLIFE関連加算についても同様である。

Q1-3：科学的介護推進体制加算については、サービスの利用終了時におけるデータを提出する必要があるが、利用予定日に利用がなく、その後も利用がなく、あとから利用終了日が判明した場合には、どのようにデータを提出すればよい。

A1-3：利用終了日の判断がつかなかった場合には、利用終了日の翌月10日を過ぎていたときであっても、利用終了の判断がついた時点で、速やかに利用終了日のデータを可能な範囲で提出すれば差し支えない。例えば、10月20日に通所リハビリテーションを利用し、11月15日が利用予定日であったが、11月15日の利用がなく、以降の利用もない場合には、10月20日時点の情報を速やかに提出する。ただし、データの提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

なお、長期間利用実績がない利用者については、利用意向の確認をすることが望ましい。

Q 1-4 : データの提出に当たって、様式情報をまとめて入力しなくてもよい。例えば、科学的介護推進体制加算について、総論をいったん提出し、翌月 10 日までに残りの項目を提出してもよい。

A 1-4 : 差し支えないが、一時保存を利用し、全ての項目を入力してから登録することが望ましい。

Q 1-5 : 利用者が要介護度の区分変更申請を行っている場合に、「要介護度」の欄のデータはどのように入力すればよい。

A 1-5 : 当該利用者については、区分変更申請中のため、変更前の要介護度で提出しても、空欄として提出しても、要介護度が確定次第速やかにデータを提出しても、どれも差し支えない。ただし、データの提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

Q 1-6 : 科学的介護推進体制加算について、利用者が要介護認定の申請を行っている場合に要介護度が確定した後に、遡っての算定（月遅れでの請求）を行ってよい。

A 1-6 : 要介護認定の申請期間中については、算定要件を満たしていれば、遡って算定を行って差し支えない。その場合、申請中のため、データ提出については、要介護度を空欄で提出しても、要介護度が確定次第速やかにデータを提出してもどちらも差し支えない。ただし、データの提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

※他の加算の様式についても同様である。

Q 2-1 : LIFE の入力画面には、各種様式に示されていない項目が存在するが、そうした項目については、任意項目として判断してよい。

A 2-1 : 差し支えない。

Q 2-2 : LIFE において、入力が必要である項目は、どのように判断すればよい。

A 2-2 : 「科学的介護情報システム関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日付け老発 0316 第 4 号）の様式に記載のとおりである。

Q 2-3 : LIFE において、入力したい内容が、各項目の選択肢から見つけられない場合には、どのように入力すればよい。

A 2-3 : 未入力で差し支えない。ただし、評価・把握が必要となっている項目については、当該項目の情報を記録及び保管する必要がある。保管に当たっては、紙や電子データ等の形式は問わない。

Q 2-4 : 入力が必要である項目について、記載できない項目がある場合には、どのように入力すればよいか。

A 2-4 : 例えば、

- ・通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月の中旬に評価を行う予定であったが、評価前に緊急で入院することになった場合や、
- ・データを入力したにもかかわらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合

等のやむを得ない場合には、入力しなくて差し支えない。

また、提出する情報については、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、入力が必要である体重等が測定できなかった場合には、当該項目は入力しなくて差し支えない。ただし、入力が困難であった理由について、必要に応じて確認できるように、介護記録等に記録する必要がある。

Q 2-5 : 必要な情報を記入し提出期日までに提出した様式を、提出後に修正した場合、履歴には初回確定日と最終更新日付のみが残ることになるが、提出期日までに提出したと判断してよいか。

A 2-5 : 必要な情報を記入し提出期日までに提出していれば、差し支えない。ただし、提出期日までに提出したことについては、記録等により必要に応じて確認できるようにしておく必要がある。

Q 2-6 : 発症年月日が不明な場合、どのように入力すればよいか。

A 2-6 : 「年」については、70 歳頃あるいは 80 歳頃のように、大体の発症年について、対応する「年」を入力すれば差し支えない。「月」については、不明な場合は、「6 月」と入力すれば差し支えない。「日」については、不明な場合は、「15 日」と入力すれば差し支えない。

Q 2-7 : LIFE のアップデートに伴い入力項目に変更があった場合に、過去に登録した様式をアップデートに適合するように修正しなければならないのか。

A 2-7 : 入力項目の変更前に登録した様式については、修正する必要はない。

Q 3 - 1 : LIFE 関連加算の要件において、事業所又は施設における利用者又は入所者全員を対象として、入所者ごとにデータ提出を提出することとしている加算がある。こうした加算について、例えば、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所において、通所リハビリテーションのみで科学的介護推進体制加算を算定する場合には、介護予防通所リハビリテーションの利用者のデータも提出しなければならないのか。

A 3 - 1 : データ提出の対象となる利用者又は入所者については、サービス毎の利用者又は入所者全員を指す。そのため、Q 3 - 1 の例の場合、通所リハビリテーションのみで科学的介護推進体制加算を算定するときは、通所リハビリテーションの利用者全員のデータを提出すればよく、介護予防通所リハビリテーションの利用者のデータを提出する必要はない。

Q 3 - 2 : LIFE 関連加算の要件において、少なくとも 6 月又は 3 月に 1 回の頻度で評価の見直しやデータの提出が求められているが、6 月又は 3 月というのは日数換算（180 日又は 90 日）ではなく、月単位で考えればよいのか。

A 3 - 2 : 6 月又は 3 月は月単位を指す。

Q 3 - 3 : LIFE への提出情報及びフィードバック情報は、どのように活用すればよいのか。

A 3 - 3 : PDCA の推進及びケアの向上を図る観点から、LIFE へ提出した利用者の状態の評価結果等の情報等を活用することとしている。具体的な活用方法については、LIFE から今後提供される事業所単位・利用者単位のフィードバック票を活用する他、利用者の状態の評価結果を踏まえ、各施設において検討を行い、ケアの提供に役立てる等、様々な方法が考えられる。

Q 3 - 4 : LIFE へのデータ提出の経過措置に係る計画書や、やむを得ずデータを提出できない場合に作成した記録等の保管期間はどのように考えればよいのか。

A 3 - 4 : 通常の介護保険に関する文書と同様の取扱いとなる。

## 科学的介護推進体制加算

Q 1-7：科学的介護推進体制加算について、利用者が、介護予防通所リハビリテーションから通所リハビリテーションに切り替えてサービス利用する場合、当該利用の様式情報を入力するためには、新たに利用者情報を登録する必要があるが、データの提出時期はどのように考えればよいか。

A 1-7：介護予防通所リハビリテーションの利用が終了し、通所リハビリテーションの利用が開始されているため、介護予防通所リハビリテーションの終了時におけるデータを提出するとともに、新たに利用者情報を登録した上で、通所リハビリテーションの開始時におけるデータを提出することが望ましい。

Q 1-8：科学的介護推進体制加算の「服薬明細情報（服薬情報）」について、どのように入力すればよいか。

A 1-8：「調剤等年月日」は、処方開始日を入力する。「処方番号」は、必要に応じて任意の数字を入力する。「薬品名称」は、薬剤名を選択する。薬剤のメーカー名が不明な場合は、任意のメーカーのものを選択して差し支えない。「用量」は、1日当たりの用量を入力する。A錠5mgを1日3錠（15mg）内服している場合は、用量「3」・単位「錠」又は用量「15」・単位「mg」と入力する。「調剤数量」は処方日数を入力する。長期にわたる処方である場合には、「調剤数量」は空欄として差し支えない。また、継続的に処方して終了日が分からない場合にも、空欄として差し支えない。なお、処方薬がない場合には、「服薬情報」を入力しなくて差し支えない。

Q 1-9：科学的介護推進体制加算の「服薬明細情報」について、「剤形コード」で「注射」を選択すると、「調剤数量」が「1」となり編集ができないが、どのように入力すればよいか。

A 1-9：現時点では、システム上の仕様であるため、上記のような場合は、「調剤数量」は「1」のままで提出して差し支えない。

Q 1-10：科学的介護推進体制加算の「服薬明細情報」について、頓用薬はどのように入力すればよいか。

A 1-10：頓用している薬剤については、「調剤等年月日」、「調剤数量」は空欄でも差し支えない。

Q 1-11：科学的介護推進体制加算の「服薬明細情報」について、服薬情報が変わるたびにデータの提出が必要なのか。

A 1-11：評価時の服薬情報を入力すれば差し支えない。ただし、前回提出以降、処方内容に変更があった場合には、可能な範囲で入力することが望ましい。

Q 1-12：科学的介護推進体制加算の「栄養補給法」について、「嚥下調整食品の必要性」で「なし」を選択すると、「食事の形態」が「常食」となり、編集ができない。経管栄養のように経口摂取をしていない場合等は、「嚥下調整食品の必要性」は「なし」ではあるが、「常食」ではないが、どのように入力すればよいか。

A 1-12：現時点では、システム上の仕様であるため、上記のような場合は、「食事の形態」は「常食」のままで提出して差し支えない。

Q 1-13：科学的介護推進体制加算の「栄養補給法」の「食事摂取量」について、経管栄養のように経口摂取をしない場合の摂取量はどのように入力すればよいか。

A 1-13：100%と入力することが望ましいが、0 や空欄でも差し支えない。

#### **栄養マネジメント強化加算/栄養アセスメント加算**

Q 1-14：「栄養摂食嚥下」シートの「栄養補給の状態」の「食事摂取量」について、経管栄養のように経口摂取をしない場合の摂取量はどのように入力すればよいか。また、経口摂取をしていない場合、「食事の形態」「本人の意欲」「食欲・食事に対する満足感」「食事に対する意識」はどのように入力すればよいか？

A 1-14：「食事摂取量」については、100%と入力することが望ましいが、0 や空欄でも差し支えない。「食事の形態」「本人の意欲」「食欲・食事に対する満足感」「食事に対する意識」は空欄で差し支えない。

Q 2-8：栄養アセスメント加算については、利用者全員を対象としているが、昼食をとらずに帰宅する利用者がある場合に、どのように入力すればよいか。

A 2-8：栄養アセスメント加算については、食事提供の有無にかかわらず算定できる。LIFE へのデータ提出に当たっては、食事の提供を行っていない場合等に、「食生活の状況等」及び「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」の各項目のうち、事業所で把握できないものまで提出を求めるものではない。

Q 2-9 : 令和 4 年 1 月から「栄養ケア計画」のタブが追加されたが、加算の算定に当たって、データの提出項目が増えたのか。入力しなければならないのか。

A 2-9 : LIFE への提出情報は、「科学的介護情報システム関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日付け老老発 0316 第 4 号）に記載のとおり。「栄養ケア計画」のタブの項目については任意であり、入力しなくて差し支えない。なお、栄養ケア・マネジメントの実施に当たって、「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」別紙様式 4-1 及び別紙様式 4-2（施設）や別紙様式 5-1 及び別紙様式 5-2（通所・居宅）について、LIFE を用いて併せて入力や出力をするほうが、施設・事業所にとって運用上都合がよい場合に活用いただくことを想定している。

#### **口腔衛生管理加算（口腔衛生管理記録）／口腔機能向上加算**

Q 1-15 : 「口腔衛生管理記録」シートの「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」並びに「口腔機能アセス」シートの「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」及び「実施記録」について、複数回分入力する欄があるが、どのように入力すればよいか。

A 1-15 : 少なくとも直近で実施した分の入力が必要である。ただし、前回提出時以降の実施した分を全て入力することが望ましい。

#### **褥瘡マネジメント加算**

Q 1-16 : 褥瘡マネジメント加算について、既利用者等は、算定開始時に利用開始時又は施設入所時における情報を介護記録等に基づいて提出する必要があるが、施設入所時の情報について、「評価日」「計画作成日」は、どのように入力すればよいか。

A 1-16 : 「評価日」「計画作成日」には、入所日を入力するが、空欄でも差し支えない。

Q 2-10 : 「褥瘡マネジメント」シートの「褥瘡の状態の評価」について、複数の褥瘡がある場合は、どのように入力すればよいか。

A 2-10 : 一番状態が重い褥瘡について評価を行うことが望ましい。

Q 3-5：褥瘡マネジメント加算について、サービスの利用開始時における情報を提出することとしているが、当該サービスの利用を再開した場合や当該施設への再入所を前提とした 30 日未満のサービス中断後に利用を再開した場合等に、利用開始時の情報は、中断前のサービス利用における開始時と再開時のどちらの情報を提出すればよいか。

A 3-5：どちらでも差し支えない。サービス再開時の入所者の状態等が中断前のサービス利用開始時と異なる場合等において、施設・事業所が必要と判断したときは、再開時を利用開始時として考えて差し支えないが、この場合、利用開始時の状態が変わることになるため、利用再開月の翌月 10 日までに再開時のデータを提出することが望ましい。

なお、当該サービスの再開を前提とした 30 日未満のサービス中断の場合には、サービス再開時のデータ提出は必要ないため、要件を満たしていれば、中断前の加算を引き続き算定して差し支えない。

(例)

- ・ 10 月 1 日からサービスの利用を開始するとともに、褥瘡マネジメント加算の算定を開始
- ・ 11 月 1 日から 11 月 10 日までサービスの利用を一時的に中断
- ・ 11 月 11 日からサービスの利用を再開

上記の場合、当該加算のサービスの利用開始時の情報は、10 月 1 日、11 月 11 日のどちらの情報を提出してもよいが、11 月 11 日を開始時とする場合は、12 月 10 日までに再開時のデータを提出する。

## 排せつ支援加算

Q 1－17：排せつ支援加算について、既利用者等は、算定開始時に利用開始時又は施設入所時における情報を介護記録等に基づいて提出する必要があるが、入力欄には、入所時と評価時という二つの欄があるため、施設入所時の欄に可能な範囲でデータを入力することにより入所時のデータを別途作成しなくてもよい。また、入所時のデータについては、初回提出時に入力していれば以降は省略してよい。

A 1－17：いずれも差し支えない。

Q 2－11：排せつ支援加算について、厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）71 の 3 において、「入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価する」とあるが、「科学的介護情報システム関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日付け老老発 0316 第 4 号）6（1）ウにおいて、「褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも 3 月に 1 回行うものとする。）」とある。LIFE への情報の提出頻度はどのように考えればよい。

注：排せつ支援加算の LIFE への提出頻度は褥瘡マネジメント加算と同様である。

A 2－11：排せつ支援加算について、医師等による医学的評価を、少なくとも 6 月に 1 回実施することが要件となっている。医学的評価の結果、特別な排せつ支援の必要が無いと判断された利用者については、少なくとも 6 月に 1 回のデータ提出で差し支えない。一方、医学的評価の結果、特別な排せつ支援が必要とされた利用者については、支援計画の見直しを少なくとも 3 月に 1 回実施する必要がある、支援計画の見直しごとに、少なくとも 3 月に 1 回データを提出する。

Q 3－6：Q 3－5について、排せつ支援加算についても同様に考えてよい。

A 3－6：Q 3－5について、排せつ支援加算についても同様に考えて差し支えない。

## 自立支援促進加算

Q 1-18:「自立支援促進」シートの「ADL」と「支援実績」の「ADL 動作」について、経管栄養やバルーンカテーテル等の場合はどのように入力すればよいか。

A 1-18:「ADL」については、経管栄養の場合、「食事」は全介助になると考えられるが、自己管理ができていれば自立となる。バルーンカテーテルの場合、「トイレ動作」は、バルーンカテーテル等の使用にかかわらず、一連の動作に介助が不要であれば自立となる。また、「排尿コントロール」についても、一人で装着し、尿の破棄や清浄管理ができるのであれば自立となる。

「支援実績」の「ADL 動作」については、「ADL」と同じ考え方で入力することが望ましいが、場所等の判断がつかない場合については、空欄でも差し支えない。

Q 1-19: 自立支援促進加算について、既利用者等は、算定開始時に利用開始時又は施設入所時における情報を介護記録等に基づいて提出する必要があるが、施設入所時の情報について、「評価日」「計画作成日」は、どのように入力すればよいか。

A 1-19:「評価日」「計画作成日」には、入所日を入力するが、空欄でも差し支えない。

Q 2-12: 自立支援促進加算について、厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）71 の 4 において、「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、その後少なくとも六月に一回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。」とあるが、「科学的介護情報システム関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日付け老老発 0316 第 4 号）6（1）ウにおいて、「褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも 3 月に 1 回行うものとする。）」とある。LIFE への情報の提出頻度はどのように考えればよいか。  
注：自立支援加算の LIFE への提出頻度は褥瘡マネジメント加算と同様である。

A 2-12: 自立支援促進加算について、医師による医学的評価を、少なくとも 6 月に 1 回実施することが要件となっている。評価の結果、支援計画の見直しが不要であった利用者については、少なくとも 6 月に 1 回のデータ提出で差し支えない。一方、評価の結果、支援計画の見直しが必要であった利用者については、支援計画の見直しを少なくとも 3 月に 1 回実施する必要があるが、支援計画の見直しごとに、少なくとも 3 月に 1 回データを提出する。

## リハビリテーションマネジメント加算／リハビリテーションマネジメント計画情報加算

Q 1－20：「リハビリ計画書 1」シートの「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」について、選択肢に該当する項目がない場合はどのように入力すればよいか。

A 1－20：最も近いものを選択するが、合致するものがない場合は空欄で差し支えない。

Q 1－21：「リハビリ計画書 2」シートの「社会参加の状況」について、「過去実施していたものと現状について記載する」とあるが、どのように入力すればよいか。

A 1－21：過去実施していたものと現状を分けて入力する必要はない。過去実施していたものと現状を合わせて入力する。

Q 2－13：「リハビリ計画書 2」シートの「リハビリテーションサービス」の「利用時間」の項目について、入所者の場合にはどのように入力すればよいか。

A 2－13：入所者の場合については、空欄で差し支えない。

## かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

Q 2－14：LIFE で直接入力を行う場合に、本様式はどのように入力すればよいか。

A 2－14：施設に入所した日の属する月に初回の情報を入力し、登録を行う。2回目以降の入力に当たっては、画面右下の「新規登録」を押下し、既往歴情報や薬剤変更情報を必要に応じて追加入力・修正し、登録することが望ましいが、~~過去の入力内容を修正して登録しても差し支えない。~~なお、一度「登録」すると、同日内は「新規登録」が押下できなくなるため、誤って登録してしまった場合等に、同日内に入力内容を変更するときは、「修正」を押下し、変更後に「確定」を押下すればよい。

※ 「科学的介護情報システム（LIFE）における過去の記録の上書きについて」（令和 4 年 5 月 17 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を踏まえ、2回目以降の入力に当たっては、「修正」ではなく、「新規登録」を押下して入力をお願いします。なお、過去に登録したものにさかのぼって入力をやり直す必要がありません。

Q 2－15：薬剤名について、製造販売業者（メーカー）名まで選択することになっているが、入所時の診療情報提供書にメーカー名が記載されていない等の理由により、メーカー名が分からない場合は、どのように入力すればよいか。

A 2－15：メーカー名については、把握できる範囲で入力すれば差し支えない。メーカー名が把握できない場合には、メーカーにかかわらず、同じ名称の薬剤を選択して差し支えない。

Q 2-16：既往歴がない場合には、どのように入力すればよい。

A 2-16：既往歴情報の欄は空欄として入力し、登録を行う。

Q 2-17：入所時に処方薬がない場合には、どのように入力すればよい。

A 2-17：薬剤変更情報の欄は空欄として入力し、登録を行う。

Q 2-18：入所時に入力する際に、入所前から使用していた薬剤を変更せずに使用を続ける場合に、ステータスはどのように入力すればよい。

A 2-18：変更がない場合は、ステータスは選択せずに登録して差し支えない。

Q 2-19：前回入力時に、追加入力した薬剤について、変更がない場合には、ステータス等はどのように入力すればよい。

A 2-19：変更がない場合には、前回入力のままデータを提出すればよい。

Q 2-20：LIFE で直接入力を行う場合に、薬剤について、1回1錠から1回2錠のように、用量が増えた場合には、どのように入力すればよい。

A 2-20：該当の薬剤のステータスを「追加」として入力することが望ましい。

Q 2-21：過去に処方が始まりステータス「追加」として入力されている薬剤Aについて、有害事象の発現等により中止又は減量し、薬剤Bに変更したときにどのように入力すればよい。

A 2-21：以下のいずれかの方法で入力することが望ましい。

- ・ Aをステータス「減薬（処方中止）」又は「減量（用量変更）」として理由とともに追加入力し、Bをステータス「追加」として追加入力する。
- ・ Aをステータス「変更」として理由とともに追加入力し、Bをステータス「変更」として理由を入力せずに追加入力する。
- ・ ステータス「追加」で入力されているAのステータスを「減薬（処方中止）」又は「減量（用量変更）」に修正するとともに理由を入力し、Bをステータス「追加」又は「変更」として追加入力する。

Q 2-22：頓服薬（症状等がある場合に必要に応じて服用する薬剤）についても、入力する必要があるか。

A 2-22：入力しなくて差し支えない。

Q 2-23：内服薬以外の薬剤（貼付剤等）についても、入力する必要があるか。

A 2-23：入力しなくて差し支えない。

Q 2-24：入所時情報はどのように入力すればよいか。

A 2-24：入所時にすでに処方されていた薬剤について、入所時情報を「該当あり」とすることが望ましい。例えば、入所時に施設において中止した薬剤については、入所時情報を「該当あり」として追加入力した上で、さらにステータス「減量（処方中止）」として追加入力することが望ましい。また、入所時に施設において追加した薬剤については入所時情報を「該当なし」として追加入力することが望ましい。

Q 2-25：退所時情報はどのように入力すればよいか。

A 2-25：退所時に処方されていた薬剤について、退所時情報を「該当あり」とすることが望ましい。

## ADL維持等加算

Q 2-26: 評価対象者について、初月と初月から起算して6月目に評価を行うことになるが、連続で利用がある者のみを評価すればよいのか。それとも、途中で利用がない月がある者も評価する必要があるのか。

A 2-26: 評価対象期間 12 か月の間に、当該サービスの利用が6月を超える者について評価を行う。サービスを利用した月と情報を提出する月、ADL 利得計算の対象になるか否かの関係は下表のとおり。

|                   |         | 評価対象期間（4月から3月の場合）                   |                          |                                     |                                     |                          |                          |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          | ADL利得<br>計算の対象           | 対象とならない理由                                        |
|-------------------|---------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
|                   |         | 4月                                  | 5月                       | 6月                                  | 7月                                  | 8月                       | 9月                       | 10月                                 | 11月                      | 12月                                 | 1月                                  | 2月                       | 3月                       |                          |                                                  |
| 利用者A              | サービス利用  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
|                   | BI情報の提出 | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者B              | サービス利用  |                                     |                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
|                   | BI情報の提出 |                                     |                          |                                     | 提出                                  |                          |                          |                                     |                          |                                     | 提出                                  |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者C              | サービス利用  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
|                   | BI情報の提出 | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者D              | サービス利用  | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                                     |                          |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                  |
|                   | BI情報の提出 | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者E              | サービス利用  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ×                        | ・ 6月目にBI値の評価・提出がない                               |
|                   | BI情報の提出 | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者F              | サービス利用  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                                     |                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                                     |                          |                          | ×                        | ・ 評価対象期間中に6月を超えるサービスの利用がない                       |
|                   | BI情報の提出 | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者G              | サービス利用  |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                          |                          | ×                        | ・ 6月目にBI値の評価・提出がない<br>・ 評価対象期間中に6月を超えるサービスの利用がない |
|                   | BI情報の提出 |                                     |                          | 提出                                  |                                     |                          | 提出                       |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者H              | サービス利用  |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/>            |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                          | <input type="checkbox"/> | ×                        | ・ 6月目にBI値の評価・提出がない<br>・ 評価対象期間中に6月を超えるサービスの利用がない |
|                   | BI情報の提出 |                                     |                          | 提出                                  |                                     |                          |                          | 提出                                  |                          |                                     |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者I              | サービス利用  |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ×                        | ・ 6月目にBI値の評価・提出がない<br>・ 評価対象期間中に6月を超えるサービスの利用がない |
|                   | BI情報の提出 |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          |                                     |                          | 提出                                  |                                     |                          |                          |                          |                                                  |
| 利用者J<br>(3月で契約解除) | サービス利用  |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ×                        | ・ 6月目にBI値の評価・提出がない<br>・ 評価対象期間中に6月を超えるサービスの利用がない |
|                   | BI情報の提出 |                                     |                          |                                     |                                     |                          |                          |                                     |                          | 提出                                  |                                     |                          | 提出                       |                          |                                                  |

☒ 初月    ☒ 6月目

Q 2-27: 評価対象期間中に、6か月未満で利用が終了した利用者のADL値はどのように考えればよいのか。

A 2-27: 利用が6か月未満の利用者については、ADL 利得計算の対象外となる。そのため、「対象外」のチェックボックスにチェックをいれ、「対象外とする理由」の欄に「6か月未満で終了したため」等と入力する。

Q 2-28 : 2021 年 3 月から 2022 年 2 月までが評価対象期間だった場合、どのように操作すればよいか。また、2022 年 3 月から新たな評価対象期間が始まるが、あらためて評価対象者全員について、A D L を測定する必要があるか。

A 2-28 : 算定を開始する 2022 年 3 月の末日までに、LIFE の「令和 3 年度 A D L 維持等加算算定」の「計算」を行う必要がある。また、2023 年 3 月以降も算定を希望する場合には、2022 年 3 月から新たな評価対象期間が始まるため、あらためて評価対象者全員について、評価対象利用期間の初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ついては当該サービスの利用があった最終の月）において A D L を評価し、A D L 値を「様式情報管理」の「A D L 維持等」の様式に入力する必要がある。なお、A D L 維持等加算を算定している事業所又は施設において、新たに評価期間が開始になる場合には、あらためて介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「A D L 維持等加算[申出]の有無」について、届出を行う必要はない。

Q 2-29 : 2021 年 4 月から A D L 維持等加算の算定を開始し、2022 年 4 月以降の算定を希望したため 2021 年 4 月から 2022 年 3 月までが評価対象期間だった場合、どのように入力すればよいか。また、2022 年 4 月から新たな評価対象期間が始まるが、あらためて評価対象者全員について、A D L を測定する必要があるか。

A 2-29 : 算定を開始する 2022 年 4 月の末日までに、年度内に実装される LIFE の「令和 4 年度 A D L 維持等加算算定」の「計算」を行う必要がある。「令和 4 年度 A D L 維持等加算算定」は、「様式情報管理」の「A D L 維持等」の様式に入力された値が自動的に反映される仕組みを想定している。また、2023 年 4 月以降も算定を希望する場合には、2022 年 4 月から新たな評価対象期間が始まるため、あらためて評価対象者全員について、評価対象利用期間の初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ついては当該サービスの利用があった最終の月）において A D L を評価し、A D L 値を「様式情報管理」の「A D L 維持等」の様式に入力する必要がある。なお、A D L 維持等加算を算定している事業所又は施設において、新たに評価期間が開始になる場合には、あらためて介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「A D L 維持等加算[申出]の有無」について、届出を行う必要はない。

老老発 0315 第 4 号  
令和 6 年 3 月 15 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

厚生労働省老健局老人保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに  
事務処理手順及び様式例の提示について

科学的介護情報システムに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 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」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 号）において示しているところであるが、今般、事務処理手順及び様式例を以下のとおりお示しする。

また、本課長通知の発出に伴い、「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」（令和 3 年 3 月 16 日老老発 0316 第 4 号）を廃するので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

記

第 1 科学的介護情報システム（LIFE）について

令和 3 年度より、介護施設・事業所が、介護サービス利用者の状態や行っているケアの計画・内容等を提出し、入力内容が集計され、当該施設等にフィードバックされる仕組みとして「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）の運用を開始した。令和 6 年度改定においては、これまでの取組の中で指摘されてきた入力負担等の課題に対応し、さらに科学的介護の取

組を推進する観点から入力項目の見直し等を行うこととした。

LIFE の利用申請手続等については、「令和 6 年度介護報酬改定を踏まえた科学的介護情報システム（LIFE）の対応について」（令和 6 年 3 月 15 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を、データ提出に当たって、各項目の評価方法等については、「ケアの質の向上に向けた LIFE 利活用の手引き 令和 6 年度改定版（仮称）」（令和 6 年 3 月中に公開予定。）を参照されたい。

URL : [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

## 第 2 LIFE への情報提出頻度及び提出情報について

LIFE へ提出された情報については、利用者又は入所者（以下、「利用者等」という。）単位若しくは事業所・施設単位で分析され、フィードバックされる。そのため、LIFE へのデータ提出が要件となっている加算において提出する情報は、フィードバックに活用する観点から、様式の各項目うち、記入者名や自由記載の箇所等については提出を求めないこととした。また、生年月日等の原則更新がない利用者の基本情報についても利用者情報登録の内容からデータ連携される。その他、各加算において提出する情報については、以下を参照されたい。

また、令和 6 年度改定においては、入力負担軽減や利便性向上の観点から、LIFE システムを更改し、令和 6 年 7 月末頃に新システムを運用開始する予定である。令和 6 年度改定に対応した介護記録ソフトを導入するために時間を要する等の事情のある場合は、以下の規定にかかわらず、令和 6 年 4 月～8 月サービス提供分の情報の提出については、令和 6 年 10 月 10 日までに提出することを可能とする。なお、やむを得ない事情がなく、提出すべき情報を令和 6 年 10 月 10 日までに提出していない場合、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

### 1 科学的介護推進体制加算

#### （1）LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからエまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第 1 の 5 の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4 月の情報を 5 月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4 月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者等（以下「既利用者等」という。）については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等（以下「新規利用者等」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも 3 月ごと

エ サービスの利用を終了する日の属する月

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

## (2) LIFE への提出情報について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおいて科学的介護推進体制加算を算定する場合又は施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を算定する場合は、事業所又は施設の全ての利用者等について、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））又は別紙様式2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「基本情報」、「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式3も含む。）」の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。

施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。

上記以外の項目（「認知症」や「その他」の任意項目等）についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）アに係る提出情報は、当該算定開始時における情報
- ・（1）イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・（1）ウに係る提出情報は、前回提出時以降の評価時点の情報
- ・（1）エに係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報

## 2 ADL 維持等加算

### (1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月10日までに提出すること。

なお、情報を提出すべき月においての情報の提出を行っていない事実が生じた場合は、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならないこと。

### (2) LIFE への提出情報について

事業所又は施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第16号の2イ（2）のADL値をいう。）、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））にある「基本情報」、及び「初月対象又は6月対象への該当」を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

ただし、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月の情報を提出すること。

## 3 個別機能訓練加算（Ⅱ）・（Ⅲ）

### (1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも 3 月に 1 回

(2) LIFE への提出情報について

ア 個別機能訓練加算(Ⅱ)においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式 3-2 (生活機能チェックシート)にある「評価日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「基本動作」、並びに別紙様式 3-3 (個別機能訓練計画書)にある「作成日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過(病名及び合併症に限る。）」、「個別機能訓練項目(プログラム内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 個別機能訓練加算(Ⅲ)については、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び 10(2)に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

4 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・(ハ)

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(1)を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ロ)を算定する場合については、「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」別紙様式 2-2-1 及び 2-2-2 (リハビリテーション計画書)にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動(基本動作)」、「活動(ADL)」、「リハビリテーションの終了目安」、「活動(IADL)」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容(解決すべき課題、期間(月)、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ また、上記に加えて、訪問リハビリテーションにおいては、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

ウ 通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定する場合は、口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントが必要になることから、上記アに加え、以下の情報を提出すること。また、当該加算の算定にかかるリハビリテーションのアセスメント、口腔の健康状態の評価及び栄養アセス

メント情報の提出においては、当該加算を算定している旨の情報も併せて提出すること。

a 口腔に関しては、「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」別紙様式6-4「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の項目。

b 栄養に関しては、9(2)アに示す項目。

エ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

## 5 介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

リハビリテーションマネジメント加算(ロ)と同様であるため、4(2)アを参照されたい。ただし、介護予防訪問リハビリテーションにおいては、上記に加えて、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

## 6 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、理学療法及び作業療法注6並びに言語聴覚療法注4に掲げる加算、理学療法及び作業療法注7並びに言語聴覚療法注5に掲げる加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

ア リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）（Ⅱ）、理学療法注6、作業療法注6及び言語聴覚療法注4においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容（解決すべき課題、期間（月）、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）、理学療法注7、作業療法注7及び言語聴覚療法注5においては、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び10(2)に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

## 7 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

### （１）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、ア及びイまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ アの月のほか、施設に入所した日の属する月から起算して 3 月目の月まで、少なくとも 1 月に 1 回

### （２）LIFE への提出情報について

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）と同様であるため、6

（２）アを参照されたい。

## 8 栄養マネジメント強化加算

### （１）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（１）を参照されたい。

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の 5 の届出を提出しなければならない、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4 月の情報を 5 月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4 月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

### （２）LIFE への提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「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」別紙様式 4－1－1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））にある「要介護度」、「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している入所者については、アの情報に加え、同様式にある「摂食・嚥下の課題」、「食事の観察」及び「多職種会議」の各項目に係る情報も提出すること。

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（２）ウを参照されたい。

## 9 栄養アセスメント加算

### （１）LIFE への情報提出頻度について

利用者ごとに、ア及びイに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 栄養アセスメントを行った日の属する月

イ アの月のほか、少なくとも 3 月に 1 回

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

(2) LIFE への提出情報について

ア 利用者全員について、「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」別紙様式4-3-1（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例））にある「要介護度」、「実施日」「低栄養状態のリスクレベル」「低栄養状態のリスク（状況）」「食生活状況等」「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」及び「総合評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。ただし、食事の提供を行っていない場合など、「食生活の状況等」及び「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」の各項目に係る情報のうち、事業所で把握できないものまで提出を求めるものではないこと。

イ 提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、当該アセスメントの実施時点における情報
- ・(1) イにおける提出情報は、前回提出時以降における情報

10 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔衛生の管理内容（実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。）」及び「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

11 口腔機能向上加算（Ⅱ）及び（Ⅱ）ロ

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

（2）LIFE への提出情報について

ア 「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」別紙様式6－4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

12 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

（1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

（2）LIFE への提出情報について

ア 「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」別紙様式6－4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度・病名等」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

13 褥瘡マネジメント加算

（1）LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならないが、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

ア 既利用者等については、当該算定を開始しようとする月

イ 新規利用者等については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも3月に1回行うものとする。）

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利

用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

(2) LIFE への提出情報について

- ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。
- イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「褥瘡ケア計画」の自由記載を除く情報も提出すること。
- ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。
  - ・(1) アに係る提出情報は、介護記録等に基づき、既利用者等ごとの利用開始時又は施設入所時における評価の情報及び当該算定開始時における情報
  - ・(1) イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
  - ・(1) ウに係る提出情報は、当該評価時における情報

14 褥瘡対策指導管理（Ⅱ）

(1) LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

- ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3（褥瘡対策に関する診療計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。
- イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「看護計画」の自由記載を除く情報も提出すること。
- ウ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

15 排せつ支援加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

- ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6又は「指定地域密着型サービスに要

する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6（排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書）にある「基本情報」、「排せつの状態」、「排せつ支援に係る取組」、「排せつに関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

## 16 自立支援促進加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 7 又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 7（自立支援促進に関する評価・支援計画書）にある「基本情報」、「現状の評価」及び「支援実績」、「支援計画」の自由記載を除く各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

## 17 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）

### （1）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ 処方内容に変更が生じた日の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも 3 月に 1 回

エ 施設を退所する日の属する月

### （2）LIFE への提出情報について

ア 入所期間が 3 月以上であると見込まれる入所者について、（1）ア、ウ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名（1 日用量含む）」の情報をいずれも、（1）イの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

- イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。
- ・(1) アに係る提出情報は、当該入所時における情報
  - ・(1) イに係る提出情報は、当該変更時における情報
  - ・(1) ウに係る提出情報は、前回提出時以降における情報
  - ・(1) エに係る提出情報は、当該退所時における情報

18 薬剤管理指導の注2の加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 本加算の算定を開始しようとする月において施設に入所している入所者については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に施設に入所した入所者については、当該施設に入所した日の属する月

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

(2) LIFE への提出情報について

ア (1) ア、イ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名(1日用量含む)」の情報をいずれも、(1)ウの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式9(薬剤変更等に係る情報提供書)にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、当該算定を開始しようとする月時点における情報及び当該者の施設入所時における情報
- ・(1) イに係る提出情報は、当該入所時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・(1) エに係る提出情報は、前回提出時以降における情報

長 寿 第 2 2 0 8 号  
平成29年 2 月 6 日

各特別養護老人ホーム  
各養護老人ホーム  
各軽費老人ホーム  
各短期入所生活介護事業所 管理者 様

岡山県保健福祉部長寿社会課長  
(公 印 省 略)

特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム並びに軽費老人ホーム  
における生活相談員の資格要件の拡大について (通知)

特別養護老人ホーム(地域密着型を含む)及び養護老人ホーム並びに軽費老人ホーム(以下、「特別養護老人ホーム等」という。)における生活相談員の資格要件については、法令・通知等により、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者と規定されています。

このたび、本県では、介護支援専門員及び介護福祉士が有する専門的知識や技能等に鑑み、「介護支援専門員」及び「介護福祉士」を「これと同等以上の能力を有すると認められる者」として取り扱うこととし、特別養護老人ホーム等における生活相談員の資格要件を次のとおりとします。

については、資格要件のほか、入所者の生活の向上を図るため、適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる職員の配置について配慮願います。

なお、この取扱いは、岡山県内(政令市・中核市を除く)に設置する特別養護老人ホーム等にのみ適用されますので、ご留意願います。

#### 記

「特別養護老人ホーム等における、生活相談員の資格要件」

- 1 「社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者」(従前のとおり)
  - (1) 大学等で厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者(3科目主事)
  - (2) 厚生労働大臣指定の養成機関又は講習会の課程修了者
  - (3) 社会福祉士
  - (4) 厚生労働大臣指定の社会福祉事業従事者試験合格者
  - (5) 精神保健福祉士
  - (6) 大学において法第19条第1項第1号に規定する厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて、大学院への入学を認められた者
- 2 「これと同等以上の能力を有すると認められる者」
  - (1) 介護支援専門員
  - (2) 介護福祉士

#### 3 適用開始時期

平成29年4月1日

※なお、当該取扱いは、特別養護老人ホームの設備及び運営の基準(平成11年厚生省令第46号)第5条第2項に定める生活相談員に準ずるものとされる短期入所生活介護事業の生活相談員についても適用する。

(問合せ先)  
岡山県保健福祉部長寿社会課  
事業者指導班 Tel:086-226-7325