

特別管理加算（Ⅱ） 250単位／月

看護小規模多機能型居宅介護費については、看護小規模多機能型居宅介護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、看護小規模多機能型居宅介護事業所が、看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の実施に関する計画的な管理を行った場合は、厚生労働大臣が定める区分に応じて、1月につき所定単位数を加算する。

ア 当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定できない。

イ 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。

ウ 「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。

エ 「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を看護小規模多機能型居宅介護事業所に行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。

オ 「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」にある者に対して特別管理加算を算定する場合には、点滴注射が終了した場合その他必要と認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、看護小規模多機能型居宅介護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。

カ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこと。

「厚生労働大臣が定める状態」

加算（Ⅰ）の場合

- a 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管 切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

加算（Ⅱ）の場合

- b 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- c 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- d 真皮を越える褥瘡の状態
- e 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

㊥ 専門管理加算

看護小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の緩和ケア、褥瘡ケ

ア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回に限り、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数のいずれかを所定単位数に加算する。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。））にあつては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に行った場合に限る。） 250単位

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）の区分番号C007の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。） 250単位

「厚生労働大臣が定める基準」

次のいずれかに該当するものであること。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

ロ 保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。

① 専門管理加算のイは、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。））にあつては真皮まで状態の利用者）、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書に基づき、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されている次のいずれかの研修を受けた看護師が、定期的（1月に1回以上）に指定看護小規模多機能型居宅介護を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

a 緩和ケアに係る専門の研修

(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

(b) 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

(c) 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(i) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ii) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(iii) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(iv) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(v) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

- (vi) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (vii) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (viii) コンサルテーション方法
- (ix) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- (x) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

b 褥瘡ケアに係る専門の研修

- (a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
- (b) 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

- (a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
- (b) 講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

② 専門管理加算の口は、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203号）第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為に係る同項第 2 号に規定する手順書（以下「手順書」という。）の交付対象となった利用者（医科診療報酬点数表の区分番号 C 0 0 7 に掲げる訪問看護指示料の注 3 を算定する利用者に限る。）に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書及び手順書に基づき、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されている、同項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる同項第 1 号に規定する特定行為のうち指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする次の行為に係る研修を修了した看護師が、定期的（1 月に 1 回以上）に指定看護小規模多機能型居宅介護を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。

- a 気管カニューレの交換
- b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
- c 膀胱ろうカテーテルの交換
- d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- e 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- f 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- g 脱水症状に対する輸液による補正

⑥ **ターミナルケア加算 2, 500 単位**（支給限度額管理の対象外）

看護小規模多機能型居宅介護費については、在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た看護小規模多機能型居宅介護事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上ターミナルケアを行った場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。

死亡日及び死亡日前14日以内に、末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に訪問看護を行っている場合にあっては、1日以上ターミナルケアを行った場合も同様とする。

ア ターミナルケア加算については、在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者の死亡月に算定することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定すること。

イ ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定できない。

ウ 一の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できない。

エ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録しなければならない。

a 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

b 療養や死別に関する利用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の経過についての記録

c 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、当該記録については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

オ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。

カ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

「厚生労働大臣が定める基準」

a ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること

b 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること

c ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

「厚生労働大臣が定める状態」

次のいずれかに該当する状態

a 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上

性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

- b 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

⑳ 遠隔死亡診断補助加算 150 単位

看護小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8（医科診療報酬点数表の区分番号C001—2の注6の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

「厚生労働大臣が定める地域」

小倉北区馬島、小倉北区藍島

* 遠隔死亡診断補助加算は、連携する保険医療機関において医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8（医科診療報酬点数表の区分番号C001—2の注6の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特別地域に居住する利用者に限る。）について、主治の医師の指示により、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、厚生労働省「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づき、主治の医師による情報通信機器を用いた死亡診断の補助を行った場合に算定する。

なお、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。

㉑ 看護体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

看護体制強化加算（Ⅰ） 3,000単位/月

看護体制強化加算（Ⅱ） 2,500単位/月

看護小規模多機能型居宅介護費については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合して

いるものとして市長に届け出た看護小規模多機能型居宅介護事業所が、医療ニーズの高い利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

看護体制強化加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

ア 算定日が属する月の前3月間において、看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること

イ 算定日が属する月の前3月間において、看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること

ウ 算定日が属する月の前3月間において、看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること

エ 算定日が属する月の前12月間において、看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるターミナルケア加算（複合型サービス費に係るターミナルケア加算をいう。）を算定した利用者が1名以上であること

オ 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること

看護体制強化加算（Ⅱ）

看護体制強化加算（Ⅰ）のアからウまでに掲げる基準の全てに適合すること。

- a 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること
- b 看護体制強化加算を算定するに当たっては、上記の「厚生労働大臣が定める基準」ア、イ、ウの割合及びエの人数（看護体制強化加算（Ⅰ）に限る。）について、継続的に所定の基準を維持しなければならないこと
- c bの割合又は人数（看護体制強化加算（Ⅰ）に限る。）については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに加算が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならないこと
- d 看護体制強化加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届け出がなされていること

⑳ **訪問体制強化加算 1,000単位/月**（支給限度額管理の対象外）

看護小規模多機能型居宅介護費については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た看護小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、訪問体制強化加算として、1月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

ア 看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービス（看護サービスを除く。）の提供に当たる常勤の従業者（保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。）を2名以上配置していること

イ 算定日が属する月における提供回数について、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。ただし、看護小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、登録者の総数のうち複合型サービス費の(a)(i)を算定する者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、(a)(i)を算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること

a 訪問体制強化加算は、訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置する看護小規模多機能型居宅介護事業所において、当該事業所における全ての登録者に対する訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあつては、当該訪問サービスの内容を記録しておくこと

b 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、訪問サービスも行っている常勤の従業者を2名以上配置した場合に算定が可能であること

c 「訪問サービスの提供回数」は、暦月ごとに、「サービス提供が過少である場合の減算」における訪問サービスと同様の方法に従って算定するものとする

d 看護小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、各月の前月の末日時点（新たに事業を開始し、又は再開した事業所については事業開始（再開）日）における登録者のうち同一建物居住者以外の者（「看護小規模多機能型居宅介護費の(a)(i)を算定する者」をいう。以下同じ。）の占める割合が100分の50以上であって、かつ、aからcの要件を満たす場合に算定するものとする。ただし、cについては、同一建物居住者以外の者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行うこと。

③⑩ 総合マネジメント体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

看護小規模多機能型居宅介護費については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) 1,200 単位

(2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) 800 単位

「厚生労働大臣が定める基準」

イ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画（指定地域密着型サービス基準第七十九条第一項に規定する看護小規模多機能型居宅介護計画をいう。）の見直しを行っていること。
- (2) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。
- (3) 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。
- (4) 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。
- (5) 必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。
- (6) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - (一) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。
 - (二) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。
 - (三) 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
 - (四) 市町村が実施する法第一百五條の四十五第一項第二号に掲げる事業や同条第二項第四号に掲げる事業等に参加していること。

□ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)

イ(1)から(3)までに掲げる基準に適合すること。

- * 総合マネジメント体制強化加算は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、登録者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、登録者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「通い・訪問・宿泊」を柔軟に組み合わせて提供するために、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が日常的に行う調整や情報共有等の取組、また、看護小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれたサービスとなるよう、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進するため、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価するものである。
- * 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)及び(3)から(6)までについては、小規模多機能型居宅介護と同様であるので、5(15)②を準用する。

5(15) 総合マネジメント体制強化加算について

② 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)は、次に掲げるいずれにも該当する場合に算定する。

ア 小規模多機能型居宅介護〔看護小規模多機能型居宅介護〕計画について、登録者

の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。

イ 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加すること。

(地域の行事や活動の例)

- ・ 登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組（行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等）
- ・ 登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組（登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等）

ウ 利用者及び利用者と関わりのある地域住民や商店等からの日頃からの相談体制を構築し、事業所内外の人（主に独居、認知症の人とその家族）にとって身近な拠点となるよう、事業所が主体となって、地域の相談窓口としての役割を担っていること。

エ 居宅サービス計画について、必要に応じて多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような計画を作成していること。なお、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは、介護給付費等対象サービス（介護保険法第 24 条第 2 項に規定する介護給付費等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等のことをいう。

オ 次に掲げるいずれかに該当すること

- ・ 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。なお、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組とは、例えば、利用者となじみの関係にある地域住民・商店等の多様な主体との関わり、利用者の地域における役割、生きがいなどを可視化したものを作成し、事業所の従業員で共有していることをいう。
- ・ 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、指定小規模多機能型居宅介護事業所において、世代間の交流の場を設けている（障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等の指定を併せて受け、一体的に運営が行われている場合を含む。）こと。
- ・ 指定小規模多機能型居宅介護事業所が、地域住民等、当該事業所以外の他の指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者等と共同で、認知症や介護に関する事例検討会、研修会等を定期的に行うこと。
- ・ 市町村が実施する通いの場、在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、指定小規模多機能型居宅介護事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携等を行っていること。

なお、「厚生労働大臣が定める基準」イに規定する「その他の関係者」とは、保健師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士をいう。

* 「厚生労働大臣が定める基準」イ(2)については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるので、2(16)②イを準用する。

2(16) 総合マネジメント体制強化加算について

②イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護〔看護小規模多機能型居宅介護〕が地域に開

かれたサービスとなるよう、地域との連携を図るとともに、地域の病院の退院支援部門、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、事業所において提供することができる具体的なサービスの内容等について日常的に情報提供を行っていること。

なお、「厚生労働大臣が定める基準」イ(2)に規定する「その他の関係施設」とは、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護事業所等の地域密着型サービス事業所又は居宅介護支援事業所をいう。また、「具体的な内容に関する情報提供」とは、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が受け入れ可能な利用者の状態及び提供可能な看護サービス（例えば人工呼吸器を装着した利用者の管理）等に関する情報提供をいう。

③ 褥瘡マネジメント加算

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月

褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位/月

看護小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合は、1月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

イ 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価すること。
- (2) (1)の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (3) (1)の確認の結果、褥瘡が認められ、又は(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- (4) 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
- (5) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 次のいずれかに適合すること。
 - a イ(1)の確認の結果、褥瘡が認められた入所者又は利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。
 - b イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。

- ① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の間により、利用者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)、当該計画

に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(26)において「P D C A」という。）の構築を通じて継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

- ② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに「厚生労働大臣が定める基準」イに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。
- ③ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)の評価は、別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ④ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)の利用開始時の評価は、「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)から⑤までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に利用している者（以下「既利用者」という。）については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑤ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑥ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(3)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、利用者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、利用者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて、作成すること。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑦ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(4)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑧ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(5)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、P D C Aの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす事業所において、④の評価の結果、利用開始時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、利用開始日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。

ただし、利用開始時に褥瘡があった利用者については、当該褥瘡の治癒後に算定できるものとする。
- ⑩ 褥瘡管理に当たっては、事業所ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係

るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

③ 排せつ支援加算

排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位/月

排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位/月

排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位/月

看護小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、継続的に利用者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

イ 排せつ支援加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
- (3) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。

ロ 排せつ支援加算(Ⅱ)

- (1) イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - (一) イ(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
 - (二) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。
 - (三) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。

ハ 排せつ支援加算(Ⅲ)

イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の間により、利用者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(27)において「PDCA」

という。)の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

- ② 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに「厚生労働大臣が定める基準」に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。
- ③ 本加算は、全ての利用者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、利用開始時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、利用開始時において、利用者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ④ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)の評価は、別紙様式6を用いて、以下の(ア)から(工)について実施する。
 - (ア) 排尿の状態
 - (イ) 排便の状態
 - (ウ) おむつの使用
 - (工) 尿道カテーテルの留置
- ⑤ 「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)の利用開始時の評価は、「厚生労働大臣が定める基準」イ(1)から(3)までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に利用している者(以下「既利用者」という。)については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- ⑦ イ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑧ イ(2)の「排せつに介護を要する利用者」とは、④の(ア)若しくは(イ)が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又は(ウ)若しくは(工)が「あり」の者をいう。
- ⑨ イ(2)の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、④の(ア)から(工)の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、④の(ア)から(工)の評価が改善することが見込まれることをいう。
- ⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態

等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

- ① 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の利用者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において利用者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ② 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ③ イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。
その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ④ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)若しくは(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は(ウ)若しくは(エ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。
- ⑤ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)又は(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、(ウ)が改善した場合に、算定できることとする。
- ⑥ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用している利用者に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできないこと。

③ 科学的介護推進体制加算 40単位/月

看護小規模多機能型居宅介護費については、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数に加算する。

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

イ 必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、アに規定する情報その他指定看護小規模多機能型居宅介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

* 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに当加算の要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できる。

* 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこと。

- * 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行 (Do) 、評価 (Check) 、改善 (Action) のサイクル (P D C Aサイクル) により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - a 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する (Plan) 。
 - b サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する (Do) 。
 - c L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う (Check) 。
 - d 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める (Action) 。

③④ 生産性向上推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、利用者に対して指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100 単位
- (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10 単位

「厚生労働大臣が定める基準」

イ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
 - (一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
 - (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - (三) 介護機器の定期的な点検
 - (四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
- (3) 介護機器を複数種類活用していること。
- (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
- (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。
- 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1) イ(1)に適合していること。

- (2) 介護機器を活用していること。
 (3) 事業年度ごとに(2)及びイ(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

* 生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

③⑤ サービス提供体制強化加算（いずれかのみ加算）（支給限度額管理の対象外）

看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 750単位／月（ア、イ、ウ、エの要件すべて）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 640単位／月（ア、イ、エ、オの要件すべて）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 350単位／月（ア、イ、エ、カの要件すべて）

短期利用居宅介護費を算定している場合

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 25単位／日（ア、イ、ウ、エの要件すべて）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 21単位／日（ア、イ、エ、オの要件すべて）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 12単位／日（ア、イ、エ、カの要件すべて）

<要件>

ア 当該看護小規模多機能型居宅介護事業所の全ての看護小規模多機能型居宅介護従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

* 従業者ごとの「研修計画」については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

イ 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的で開催していること。

* 「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の従業者の全てが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。

- a 利用者のADLや意欲
- b 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- c 家庭環境
- d 前回のサービス提供時の状況
- e その他サービス提供に当たって必要な事項

ウ 次のいずれかに適合すること。

- a 当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
- b 当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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 25 以上であること。

エ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

オ 当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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。

カ 次のいずれかに適合すること。

a 当該事業所の従業者（看護師又は准看護師を除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上であること。

b 当該事業所の従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が 100 分の 60 以上であること。

c 当該事業所の従業者の総数のうち、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。

※ウ、エ、オ、カの割合は、月毎に算出したものを記録しておくこと。

* 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。）についてのみ、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月日以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を提出しなければならない。

* 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、令和4年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和4年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

* 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

③⑥ 介護職員等処遇改善加算について
共通資料を参照のこと。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A

Vol. 1 = 令和6年3月15日

Vol. 2 = 令和6年3月19日

Vol. 3 = 令和6年3月29日

Vol. 4 = 令和6年4月18日

Vol. 5 = 令和6年4月30日

Vol. 6 = 令和6年5月17日

Vol. 7 = 令和6年6月7日

Vol. 8 = 令和6年7月9日

※Vol. 2以降に所収のQ&Aについては、問○の前にVol. 2などと表記

【訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 17 認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

(答)

- ・ 現時点では、以下のいずれかの研修である。
 - ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
 - ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 - ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
- ・ ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問 29 は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 18 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答)

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。
- ・ 医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。
- ・ これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

(注) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第二1(7)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費

用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成 18 年 3 月 17 日老計発 0317001 号、老振発 0317001 号、老老発 0317001 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）別紙 1 第二 1 (6) 「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 3 月 31 日老計発 0331005 号、老振発 0331005 号、老老発 0331018 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）第二 1 (12) 「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

- ※ 令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (令和 3 年 3 月 29 日) 問 30 は削除する。
- ※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (平成 27 年 4 月 1 日) 問 32 は削除

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算 (I)・(II)

問 19 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答)

- ・ 専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。
- ・ なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所 1 か所のみである。

- ※ 令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (令和 3 年 3 月 29 日) 問 31 は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 20 認知症専門ケア加算 (II) 及び (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症加算 (I) の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。

(答)

認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

- ※ 令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (令和 3 年 3 月 29 日) 問 32 は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 21 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認められた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症加算 (I)・(II) における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

(答)

- ・ 認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修 (認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修) の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成 20 年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。
- ・ 従って、認知症専門ケア加算 (II) 及び (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症