

職員向け調査票

別添 3

施設名

職員番号	記入日
	年 月 日

1. 職員概要

性別	1:男 2:女	年齢階級	10歳代 ・ 20歳代 ・ 30歳代 ・ 40歳代 ・ 50歳代 ・ 60歳代 ・ 70歳代～
役職	1:経営層 2:管理者・リーダー 3:一般職 4:その他()		
現状の職種での経験年数	年 ヶ月		

2. 心理的負担評価

※出典:心理的ストレス反応測定尺度(Stress Response Scale-18)

※ この設問では、普段の心理的な状態についてお伺いします。それぞれ、あてはまるもの1つに○をつけてください。

	全くちがう	いくらかそうだ	まあそうだ	その通りだ
1 怒りっぽくなる	0	1	2	3
2 悲しい気分だ	0	1	2	3
3 なんとなく心配だ	0	1	2	3
4 怒りを感じる	0	1	2	3
5 泣きたい気持ちだ	0	1	2	3
6 感情を抑えられない	0	1	2	3
7 くやしい思いがする	0	1	2	3
8 不愉快だ	0	1	2	3
9 気持ちが沈んでいる	0	1	2	3
10 いらいらする	0	1	2	3
11 いろいろなことに自信がない	0	1	2	3
12 何もかもいやだと思う	0	1	2	3
13 よくないことを考える	0	1	2	3
14 話や行動がまとまらない	0	1	2	3
15 なぐさめて欲しい	0	1	2	3
16 根気がない	0	1	2	3
17 ひとりでいたい気分だ	0	1	2	3
18 何かに集中できない	0	1	2	3

3. テクノロジーの導入等によるモチベーションの変化

※ この設問では、テクノロジーの導入等の前後のモチベーションの変化についてお伺いします。

	←減少したと感じる					増加したと感じる→	
1 テクノロジー導入等による、仕事のやりがいの変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 テクノロジー導入等による、職場の活気の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3

職員向け調査票は以上です。

※10分間のうち、実施した業務について、縦列の合計が10分となるよう記入して下さい。記載例を参考ください。

記載例：「1.移動・移乗・体位交換を6分間、7.食事支援を4分間」実施した場合

※勤務時間に応じて、「時台」の枠に、数字を記入して下さい。記載例として、8時から勤務を始めた場合には、「8時台」「9時台」・・・と勤務終了まで記載ください。

NO	分類	記載例		時台			時台			時台			時台			時台									
		Sub-NO	項目	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分				
	直接介護 (※1)			6																					
A		1	移動・移乗・体位交換																						
		2	排泄介助・支援																						
		3	入浴・整容・更衣																						
		4	利用者とのコミュニケーション																						
		5	日常生活自立支援(※2)																						
		6	行動上の問題への対応(※3)																						
		7	食事支援																						
		8	機能訓練・リハビリテーション・医療的処置																						
		9	その他の直接介護																						
		10	巡回・移動																						
B		11	記録・文書作成・連絡調整等(※4)																						
		12	利用者のアセスメント・情報収集・介護計画の作成・見直し																						
		13	見守り機器の使用・確認																						
		14	介護ロボット・ICT機器の準備・調整・片付け(※5)																						
		15	他の職員に対する指導・教育(※6)																						
		16	食事・おやつ配膳・下膳等																						
		17	入浴業務の準備等																						
		18	リネン交換・ベッドメイク																						
		19	居室清掃・片付け																						
		20	消毒などの感染症対応																						
C	休憩	21	その他の間接業務(※7)																						
		22	休憩・待機・仮眠																						
		23	その他																						
		24	余裕時間 (実発でのケアや対応ができずの状態)																						
D	その他																								
E	余裕時間																								
-																									

※1 見守りによる介助を含む。
 ※2 入浴・起床支援、更衣の把握、日常生活の支援
 ※3 徘徊、不潔行為、昼夜逆転等に対する対応等
 ※4 記録、文書作成、連絡調整、書類作成等
 ※5 ロボット・ICT機器の準備、調整、片付け
 ※6 他の職員に対する指導、教育
 ※7 その他の間接業務
 ※8 機器的充電、セブリング、設定の確認、見直し、片付け作業等
 ※9 レクエーションの準備等
 ※10 カアの内部や方法に関する指導、OT等

参考 **タイムスタディ調査の実施方法**
以下を参考（事例として夜間帯の調査を例示）にご回答をお願いします。
【タイムスタディ調査票の記入例に注意事項】

調査票（記入方法）

施設名	○○○○	担当しているユニット・フロア名	○○○○
施設ID	3	所属勤務時間	20:30 ~ 7:30
調査実施日	7月7日（金曜日）	実働時間（換算時間含む）	20:30 ~ 9:00

記入例

※10分間のうち、重複した業務につき、その時間数（秒数）を記入して下さい。記入例を参考にください。
記載例①：16.巡回・移動を4分間、1.移動・修業・体位変換を6分間実施した場合、記載例②：11.仮眠を10分間した場合

NO	分類	Sub-NO	項目	21時台					22時台					23時台					24時台					1時台															
				00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	50分 - 59分										
6	直接介護	1	移動・修業・体位変換																																				
		2	併進活動・交談																																				
		3	日当生自立支援（※1）																																				
		4	行動上の問題への対応（※2）																																				
		5	利用者のコミュニケーション																																				
		6	施設訓練・リハビリテーション・医療的処置																																				
		7	その他の施設介護																																				
		8	巡回・移動																																				
		9	記録・文書作成・連絡調整等（※3）																																				
		10	長守り機器の使用・確認																																				
		11	食事・おやつ配膳・下皿等																																				
		12	その他の間接業務																																				
		13	休憩・待機	10	10																																		
		14	仮眠																																				
		15	その他																																				
		-	備考・補注等																																				

※1 入籍元支援、新卒の対応、高齢者の対応等
※2 徘徊、不登行等、居住環境改善に対する対応等
※3 利用者に開ける記録等（作成、勤務表等の作成、申し送り、文書検査等）

注1

注2

注3

【注1】
時間の区切りをまたいで複数の業務を行った場合、10分間のそれぞれ区切りの中で、行った**複数の業務をそれぞれ何分間実施したかをご記入ください。**
例えば…
22:00～22:06の7分間を休憩・待機、
22:07～22:16の10分間で巡回・移動、その後
22:17～22:29で休憩・待機だった場合は、
注1の点線囲みのように記入してください。

【注2】
ひとつの列（10分間の区切り）に記入する数値の合計が、必ず10になるよう注意してください。
正確な効果の測定のためにも、未記入の時間帯や時間数の不足が無いよう、ご確認をお願いいたします。

【注3】
すべての時間帯の、各列（10分間の区切り）には**10以下の数値を必ず入力して下さい。**

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

(※)：任意項目

記入者名 _____

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
入浴	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0		
更衣	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※)	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり		
	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり		
	尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E 6：多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上

【褥瘡ケア計画】

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	() 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項 (※)		
評価を行う間隔 (※)		
圧迫、ズレカの排除 (※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア (※)		
栄養状態改善 (※)		
リハビリテーション (※)		
その他 (※)		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年 月 日

氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

(※)：任意項目

記入者名：

医師名：

看護師名：

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【排せつの状態】

	自立	一部介助	全介助
ADL			
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
(上記のいずれかで一部介助の場合) 見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【排せつ支援に係る取組】

おむつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
トイレへの誘導・促し	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
------------------	---

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因 (※)

計画作成日 年 月 日

支援計画 (※)

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名

介護報酬の算定構造のイメージ（案）令和6年4月

4 小規模多機能型居宅介護費

基本部分			介護サービス提供開始日以後に算定	介護サービス提供開始前日以後に算定	介護サービス提供開始日以後に算定	資格要件が満たされていない場合	資格要件が満たされている場合	認定サービスに対する減算	特別地域小規模多機能型居宅介護加算	中山間地域等における小規模多機能型居宅介護加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	
イ 小規模多機能型居宅介護費 (1月につき)	(1) 同一建物に居住する者以外の者に 対して行う場合	要介護1 (20,450 単位)	-1/100	-1/100	-1/100	×	×	×	+15/100	+	+5/100	+	
		要介護2 (15,330 単位)											
		要介護3 (12,255 単位)											
		要介護4 (11,175 単位)											
		要介護5 (10,095 単位)											
	(2) 同一建物に居住する者に対して 行う場合	要介護1 (24,540 単位)	-1/100	-1/100	-1/100	×	×	×	×	+	+10/100	+	+
		要介護2 (19,420 単位)											
		要介護3 (16,345 単位)											
		要介護4 (15,265 単位)											
		要介護5 (14,185 単位)											
ロ 短期利用居宅介護費(1日につき)		要介護1 (350 単位)											
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定) (1日につき 200単位を加算)													
一 認知症加算 (イを算定する場合のみ算定)		21) 認知症加算(Ⅰ) (1月につき 200単位を加算)											
二 認知症加算 (イを算定する場合のみ算定)		22) 認知症加算(Ⅱ) (1月につき 200単位を加算)											
三 認知症加算(Ⅲ)		23) 認知症加算(Ⅲ) (1月につき 200単位を加算)											
四 認知症加算(Ⅳ)		24) 認知症加算(Ⅳ) (1月につき 400単位を加算)											
ホ 認知症行動・心症状特加算(イを算定する場合のみ算定)													
ヘ 痴呆性認知症利用居宅介護加算 (イを算定する場合のみ算定)													
ト 看護職員加算(Ⅰ)		(1) 看護職員加算(Ⅰ) (1月につき 900単位を加算)											
チ 看護職員加算(Ⅱ)		(2) 看護職員加算(Ⅱ) (1月につき 700単位を加算)											
テ 看護職員加算(Ⅲ)		(3) 看護職員加算(Ⅲ) (1月につき 480単位を加算)											
リ 看護員加算(Ⅰ)		(1) 看護員加算(Ⅰ) (1日につき 64単位を加算)											
ニ 看護員加算(Ⅱ)		(2) 看護員加算(Ⅱ) (1日につき 1,000単位を加算)											
ハ 総合マネジメント体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)		25) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 1,000単位を加算)											
ニ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)		26) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 800単位を加算)											
A 生活機能向上支援加算		(1) 生活機能向上支援加算(Ⅰ) (1月につき +100単位)											
ロ 生活機能向上支援加算(Ⅱ)		(2) 生活機能向上支援加算(Ⅱ) (1月につき +200単位)											
サ 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)													
リ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)													
ニ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		(1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算)											
ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 200単位を加算)											
三 サービス提供体制強化加算		(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 700単位を加算) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 640単位を加算) (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 280単位を加算)											
ニ サービス提供体制強化加算		(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 280単位を加算) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 120単位を加算)											
三 介護職員処遇改善加算		(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位数×102/1000) (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位数×74/1000) (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位数×41/1000)											
四 介護職員等特定処遇改善加算		(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位数×15/1000) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位数×12/1000)											
五 介護職員等ベースアップ等 支給加算		(1月につき +所定単位数×17/1000)											

※ イ(2)を算定する場合は、支給された介護報酬(イ(1)の単位数を算入)

※ 特別地域小規模多機能型居宅介護加算、「中山間地域等における小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「訪問介護加算」、「訪問介護加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び介護職員等ベースアップ等支給加算は、支給限度管理の対象外の算定項目

※ 介護報酬(イ)を算定する場合は、支給された介護報酬(イ(1)の単位数を算入)

※ 介護報酬(イ)を算定する場合は、支給された介護報酬(イ(1)の単位数を算入)

※ 介護報酬(イ)を算定する場合は、支給された介護報酬(イ(1)の単位数を算入)

2 介護予防小規模多機能型居宅介護費

基本部分			注	注	注	注	注	注	注		
			登録者数が定員数を超える場合	登録者の人数が基準に満たない場合	居住者数停止率超過算	高齢者生活自立支援率超過算	高齢者生活自立支援率超過算	過少サービスに対する減算	特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算	中山間地域等に居住する小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 介護予防小規模多機能型居宅介護費(1日につき)	(1) 同一建物に居住する者以外に対して行う場合	表支援1 (2,920 単位)	×70/100	×70/100	=1/100	=1/100	=1/100	×70/100	+15/100	+10/100	+5/100
	表支援2 (6,872 単位)										
ロ 介護予防短期利用居宅介護費(1日につき)		表支援1 (424 単位)									
		表支援2 (221 単位)									
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)	1日につき 30単位を加算										
ニ 認知症行動・心身状態緊急対応加算(ロを算定する場合のみ算定)	(1日につき 200単位を加算(7日限を限度))										
ホ 若年性認知症利用者受入加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 450単位を加算)										
ヘ 総合マネジメント体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 1,200単位を加算) (2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 600単位を加算)										
ト 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) (2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)	(1月につき +100単位) (1月につき +200単位)									
チ ロット栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)	(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))										
リ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 40単位を加算)										
ヌ サービス向上推進特別加算	(1)サービス向上推進特別加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算) (2)サービス向上推進特別加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)										
ル サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合 (2) ロを算定している場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 750単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 640単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき 350単位を加算) (一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 25単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 21単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき 12単位を加算)									
レ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき +所定単位×102/1000) (1月につき +所定単位×74/1000) (1月につき +所定単位×41/1000)									所定単位は、イからロまでにより算定した単位数の合計
ロ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1月につき +所定単位×15/1000) (1月につき +所定単位×12/1000)									所定単位は、イからロまでにより算定した単位数の合計
リ 介護職員等ベースアップ等支援加算		(1月につき +所定単位×17/1000)									所定単位は、イからロまでにより算定した単位数の合計

：「特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

※ イ(2)を算定する場合は、支給限度額基準額の算定の際、イ(1)の単位数を算入

※ 居住者数停止率超過算については令和7年4月1日から適用する。

※ 高齢者生活自立支援率超過算については、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の策定及び変更に関する員外設計書の算定を行っている場合には、令和7年3月31日までの期間適用しない。

※ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算については、令和6年5月31日まで算定可能。

8 複合型サービス費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
		添付書類が添付されていない場合	従業者の員数が基準に満たない場合	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加	その他追加
イ 看護介護付多機能型 施設介護 (1月につき)	(1) 同一建物に居住する者 以外の若しに行方不明	要介護1 (12,443 単位) 要介護2 (17,481 単位) 要介護3 (24,481 単位) 要介護4 (31,481 単位) 要介護5 (38,481 単位) 要介護6 (45,481 単位) 要介護7 (52,481 単位) 要介護8 (59,481 単位) 要介護9 (66,481 単位) 要介護10 (73,481 単位)	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100
	(2) 同一建物に居住する者 に対して行方不明	要介護1 (12,443 単位) 要介護2 (17,481 単位) 要介護3 (24,481 単位) 要介護4 (31,481 単位) 要介護5 (38,481 単位) 要介護6 (45,481 単位) 要介護7 (52,481 単位) 要介護8 (59,481 単位) 要介護9 (66,481 単位) 要介護10 (73,481 単位)	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100
ロ 短期利用居宅介護費 (1日につき)		要介護1 (12,443 単位) 要介護2 (17,481 単位) 要介護3 (24,481 単位) 要介護4 (31,481 単位) 要介護5 (38,481 単位) 要介護6 (45,481 単位) 要介護7 (52,481 単位) 要介護8 (59,481 単位) 要介護9 (66,481 単位) 要介護10 (73,481 単位)	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100	×70/100
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 30単位を加算)												
ニ 認知症加算 (イを算定する場合のみ算定)													
ホ 認知症行動・心理状態評価加算(ロを算定する場合のみ算定)	(1日につき 200単位を加算(7日限を超過))												
ヘ 看守型認知症利用居宅介護 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 800単位を加算)												
ヘ 常設サービスの加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 50単位を加算)												
ホ 介護改善加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 200単位を加算(1月に2限を超過))												
リ 口腔・栄養スクリーニング加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(1) (1日につき 20単位を加算(6月に1限を超過)) (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(2) (1日につき 20単位を加算(6月に1限を超過))												
ス 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知機能向上加算(1) (1日につき 100単位(月2限を超過)) (2) 認知機能向上加算(2) (1日につき 100単位(月2限を超過))												
ル 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 600単位を加算)												
ヘ 特別管理加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 特別管理加算(1) (1日につき 600単位を加算) (2) 特別管理加算(2) (1日につき 250単位を加算)												
ヘ ターミナルケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 200単位を加算)												
ヘ 看護体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 看護体制強化加算(1) (1月につき 3,000単位を加算) (2) 看護体制強化加算(2) (1月につき 2,500単位を加算)												
ヘ 総合管理加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 1,000単位を加算)												
ヘ 総合マネジメント体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 総合マネジメント体制強化加算(1) (1日につき 1,200単位を加算) (2) 総合マネジメント体制強化加算(2) (1日につき 1,200単位を加算)												
ヘ 看護マネジメント加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 看護マネジメント加算(1) (1月につき 3単位を加算) (2) 看護マネジメント加算(2) (1月につき 13単位を加算)												
ヘ 併せつ支障加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 併せつ支障加算(1) (1月につき 10単位を加算) (2) 併せつ支障加算(2) (1月につき 15単位を加算) (3) 併せつ支障加算(3) (1月につき 20単位を加算)												
ヘ 看護介護付居宅介護加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 40単位を加算)												
ヘ 介護職員等特定処遇改善加算(1)	(1月につき 1,000単位を加算)												
ヘ 介護職員等特定処遇改善加算(2)	(1月につき 1,000単位を加算)												
ヘ サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合 (二) サービス提供体制強化加算(1) (三) サービス提供体制強化加算(2) (2) イを算定していない場合 (二) サービス提供体制強化加算(1) (三) サービス提供体制強化加算(2)												
ヘ 介護職員等特定処遇改善加算(1)	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(1) (1月につき 1,000単位を加算) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(2) (1月につき 1,000単位を加算) (3) 介護職員等特定処遇改善加算(3) (1月につき 1,000単位を加算)												
ヘ 介護職員等特定処遇改善加算(2)	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(1) (1月につき 1,000単位を加算) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(2) (1月につき 1,000単位を加算) (3) 介護職員等特定処遇改善加算(3) (1月につき 1,000単位を加算)												
ヘ 介護職員等特定処遇改善加算(3)	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(1) (1月につき 1,000単位を加算) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(2) (1月につき 1,000単位を加算) (3) 介護職員等特定処遇改善加算(3) (1月につき 1,000単位を加算)												

介護報酬の算定構造のイメージ（案）令和6年6月

4 小規模多機能型居宅介護費

基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注	注	
			身体障害者 身体状況 判定加算	高齢者 身体状況 判定加算	業務統計 算定加算	登録者数が 算定額を 超える場合	定率の員 数の算定 に満たない場合	総少サービス に対する減算	特別地域小 規模多機能型 居宅介護加算	中山間地域等 における心 身障害者 介護加算	中山間地域等 における心 身障害者 介護加算	中山間地域等 における心 身障害者 介護加算
イ 小規模多機能型居宅 介護費 (1月につき)	(1) 同一施設に居住する者以外の者 に対して行う場合	介護員1 (10,458 単位)	-1/100	-1/100	-1/100	×70/100	×70/100	×70/100	+15/100	+10/100	+5/100	
		介護員2 (15,370 単位)										
		介護員3 (22,359 単位)										
		介護員4 (24,577 単位)										
		介護員5 (27,209 単位)										
	(2) 同一施設に居住する者に対して 行う場合	介護員1 (9,423 単位)										
		介護員2 (13,849 単位)										
		介護員3 (20,144 単位)										
		介護員4 (22,233 単位)										
		介護員5 (24,516 単位)										
ロ 短期利用居宅介護費(1日につき)	介護員1 (572 単位)											
	介護員2 (840 単位)											
	介護員3 (709 単位)											
	介護員4 (777 単位)											
	介護員5 (843 単位)											
ハ 初級加算 (イを算定する場合のみ算定) (1日につき 30単位を算定)												
ニ 認知症加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症加算(Ⅰ) (1月につき 920単位を算定)											
	(2) 認知症加算(Ⅱ) (1月につき 890単位を算定)											
	(3) 認知症加算(Ⅲ) (1月につき 760単位を算定)											
	(4) 認知症加算(Ⅳ) (1月につき 460単位を算定)											
ホ 認知症行動・心身状況判定加算(イを算定する場合のみ算定) (1日につき 200単位を算定(7日を超えれば))												
ヘ 障害性認知症利用居宅介護費 (イを算定する場合のみ算定) (1月につき 600単位を算定)												
ト 看護員配置加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 看護員配置加算(Ⅰ) (1月につき 900単位を算定)											
	(2) 看護員配置加算(Ⅱ) (1月につき 700単位を算定)											
	(3) 看護員配置加算(Ⅲ) (1月につき 480単位を算定)											
チ 看護員配置加算 (イを算定する場合のみ算定) (1日につき 64単位を算定)												
リ 訪問看護加算 (イを算定する場合のみ算定) (1月につき 1,000単位を算定)												
ヌ 総合マニピュレーション特種加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 総合マニピュレーション特種加算(Ⅰ) (1日につき 1,200単位を算定)											
	(2) 総合マニピュレーション特種加算(Ⅱ) (1月につき 600単位を算定)											
ル 生活機能向上支援加算	(1)生活機能向上支援加算(Ⅰ) (1月につき +100単位)											
	(2)生活機能向上支援加算(Ⅱ) (1月につき +200単位)											
ロ 口腔ケアスクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定) (1回につき 20単位を算定(6日に1回を算定))												
リ 科学的介護推進活動加算 (イを算定する場合のみ算定) (1月につき 40単位を算定)												
ハ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を算定)											
	(2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を算定)											
ニ サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 7500単位を算定)										
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 640単位を算定)										
		(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき 2500単位を算定)										
	(2) ロを算定している場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 25単位を算定)										
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 21単位を算定)										
		(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 12単位を算定)										
注：特別地域小規模多機能型居宅介護加算、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「訪問体制強化加算」、「総合マニピュレーション特種加算」、「サービス提供体制強化加算」												

※ イ(2)を算定する場合は、支給加算基準額の算定の際、イ(1)の単位数を算入
 ※ 身体障害者未定額加算については、感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日までの期間適用しない。
 ※ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)については、令和7年3月31日までは算入しない。

2 介護予防小規模多機能型居宅介護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	
		登録率が登録率を超過する場合は	就業者の人数が基準に満たない場合は	身体拘束禁止未実施減算	高齢者虐待防止把握未実施減算	業務経費計画未策定減算	過少サービスに対する減算	特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 介護予防小規模多機能型居宅介護費(1月につき)	(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合 要支援1 (3,450 単位) 要支援2 (6,972 単位) (2) 同一建物に居住する者に対して行う場合 要支援1 (3,109 単位) 要支援2 (6,281 単位)	×70/100	×70/100	-1/100	-1/100	-1/100	×70/100	+15/100	+10/100	+5/100
ロ 介護予防短期利用居宅介護費(1日につき)	要支援1 (424 単位) 要支援2 (531 単位)									
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)	1日につき 30単位を加算)									
ニ 遠征運行費・心理状態改善対応加算(イを算定する場合のみ算定)	(1日につき 200単位を加算(7日間を限度))									
ホ 若年性認知症利用者受入加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 450単位を加算)									
ヘ 総合マネジメント体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 1,200単位を加算) (2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 800単位を加算)									
ト 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) (1月につき +100単位) (2)生活機能向上連携加算(Ⅱ) (1月につき +200単位)									
チ ロ社・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)	(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))									
リ 予防的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1月につき 40単位を加算)									
ヌ 生産性向上推進体制加算	(1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算) (2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)									
ル サービス提供体制強化加算	(1) イを算定している場合 (一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき 750単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき 640単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1月につき 350単位を加算) (2) ロを算定している場合 (一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 25単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 21単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 12単位を加算)									
サ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 1,450/1,000) (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 1,450/1,000) (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 1,350/1,000) (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 1,350/1,000) (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 1,020/1,000) (6) 介護職員処遇改善加算(Ⅵ) (1月につき 1,020/1,000) (7) 介護職員処遇改善加算(Ⅶ) (1月につき 1,020/1,000) (8) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (9) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (10) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (11) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (12) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (13) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (14) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (15) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (16) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (17) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (18) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (19) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000) (20) 介護職員処遇改善加算(Ⅷ) (1月につき 1,020/1,000)									

注：「特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「総合マネジメント体制強化加算」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員処遇改善加算」は、支給限度管理の対象外の算定項目

※ イ(2)を算定する場合は、支給限度管理の算定の際、イ(1)の単位数を算入

※ 身体拘束禁止未実施減算については、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日までの間適用しない。

※ 業務経費計画未策定減算については、令和7年3月31日まで適用可能。

8 複合型サービス費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
イ 看護介護多種形態型 施設介護 (1月につき)	(1) 同一建物に居住する者 以外の若しして行方不明	要介護1 (12447 単位) 要介護2 (17415 単位) 要介護3 (24481 単位) 要介護4 (37768 単位) 要介護5 (31408 単位) 要介護6 (11214 単位)	要介護1 (15691 単位) 要介護2 (22097 単位) 要介護3 (28297 単位) 要介護4 (3571 単位) 要介護5 (635 単位) 要介護6 (706 単位) 要介護7 (775 単位) 要介護8 (839 単位)	×70/100	×70/100	-1/100	-1/100	-1/100	×70/100	×97/100	+15/100	+10/100	+5/100	
	(2) 同一建物に居住する者 に別して行方不明													
ロ 短期利用居宅介護費 (1日につき)														
イ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症加算(1) (1月につき 920単位を加算)													
ニ 認知症加算 (イを算定する場合のみ算定)	(2) 認知症加算(2) (1月につき 890単位を加算)													
	(3) 認知症加算(3) (1月につき 780単位を加算)													
	(4) 認知症加算(4) (1月につき 480単位を加算)													
	ホ 認知症行動・心理状態緊急対応加算(イを算定する場合のみ算定) (1日につき 200単位を加算(7日間を限度))													
ヘ 専任看護士等利用費加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 800単位を加算													
ホ 常務ケアマネ加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 50単位を加算													
ホ 介護改善加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 200単位を加算(1月に2回を限度)													
リ 口腔・栄養スクリーニング加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算(1) (1日につき 20単位を加算(6月に1回を限度)) (2) 口腔・栄養スクリーニング加算(2) (1回につき 50単位を加算(6月に1回を限度))													
ロ 口腔機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 口腔機能向上加算(1) (1回につき +160単位(月2回を限度)) (2) 口腔機能向上加算(2) (1回につき +160単位(月2回を限度))													
ル 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知機能向上加算(1) (1回につき 600単位を加算)													
イ 介護職員処遇改善 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 774単位を加算													
イ 特別加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 特別加算(1) (1月につき 600単位を加算) (2) 特別加算(2)													
イ 介護職員処遇改善 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 250単位を加算													
イ 介護職員処遇改善 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 260単位を加算													
イ ターミナルケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 2,800単位を加算													
イ 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 2,800単位を加算													
イ 介護職員処遇改善 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 150単位を加算													
イ 看護体制強化加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 看護体制強化加算(1) (1月につき 3,000単位を加算) (2) 看護体制強化加算(2)													
イ 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 2,800単位を加算													
イ 認知機能向上加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 1,000単位を加算													
イ 総合認知加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 総合認知加算(1) (1月につき 1,200単位を加算) (2) 総合認知加算(2) (1月につき 200単位を加算)													
イ 看護マネジメント加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 看護マネジメント加算(1) (1月につき 3単位を加算) (2) 看護マネジメント加算(2) (1月につき 13単位を加算)													
イ 非付加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 非付加算(1) (1月につき 10単位を加算) (2) 非付加算(2) (1月につき 15単位を加算) (3) 非付加算(3) (1月につき 20単位を加算)													
イ 子育て支援加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 月につき 40単位を加算													
イ 介護職員処遇改善 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 介護職員処遇改善加算(1) (1月につき 100単位を加算) (2) 介護職員処遇改善加算(2) (1月につき 10単位を加算)													
イ サービス提供体制 強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(1) (1月につき 250単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(2) (1月につき 400単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(3) (1月につき 350単位を加算) (四) サービス提供体制強化加算(4) (1月につき 250単位を加算) (五) サービス提供体制強化加算(5) (1月につき 120単位を加算)													
イ サービス提供体制 強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(1) (1月につき 250単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(2) (1月につき 400単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(3) (1月につき 350単位を加算) (四) サービス提供体制強化加算(4) (1月につき 250単位を加算) (五) サービス提供体制強化加算(5) (1月につき 120単位を加算)													
イ サービス提供体制 強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(1) (1月につき 250単位を加算) (二) サービス提供体制強化加算(2) (1月につき 400単位を加算) (三) サービス提供体制強化加算(3) (1月につき 350単位を加算) (四) サービス提供体制強化加算(4) (1月につき 250単位を加算) (五) サービス提供体制強化加算(5) (1月につき 120単位を加算)													

※ 「特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算」「中山間地域等における小規模事業所加算」「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」「緊急時訪問看護加算」「特別加算」「ターミナルケア加算」「看護体制強化加算」「訪問体制強化加算」「総合マネジメント体制強化加算」
 ※ (イ)を算定する場合は、支給標準報酬の算定の際、(イ)の月給を基数とする。
 ※ 身体拘束止未実施加算については令和7年7月1日以後に適用する。
 ※ 業務継続計画未策定加算については、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、令和7年3月31日までの間適用しない。
 ※ 介護職員処遇改善加算(1)については、令和7年3月31日以後に適用する。

住所地特例適用被保険者のサービス利用等の見直しについて

地域密着型サービスの利用については、要介護（要支援）被保険者は、原則として保険者市町村が指定した事業所のみを利用することができることとなっていました。平成27年4月1日以降、住所地特例適用被保険者は、居住する施設の所在市町村が指定した地域密着型サービスを利用できることとなります。

また、住所地特例適用居宅要支援被保険者に対する介護予防支援については、居住する施設の所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が行うこととなります。

1 住所地特例適用被保険者が利用できる地域密着型サービス

住所地特例適用被保険者が、居住する施設の所在市町村が指定した以下の地域密着型サービスを利用できることとなります。

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②夜間対応型訪問介護
- ③（介護予防）認知症対応型通所介護
- ④（介護予防）小規模多機能型居宅介護（短期利用を含む）
- ⑤看護小規模多機能型居宅介護（短期利用を含む）
- ⑥地域密着型通所介護（平成28年4月1日～）

2 地域包括支援センターが介護予防支援を行う場合

- (1) A市を保険者とする住所地特例適用居宅要支援被保険者が岡山市の施設に居住する場合
岡山市の各地域包括支援センターが介護予防支援を行うこととなります。
- (2) 岡山市を保険者とする住所地特例適用居宅要支援被保険者がA市の施設に居住する場合
A市の地域包括支援センターが介護予防支援を行うこととなります。

改訂の目的

高齢者介護施設において、入居者を感染症から守りQOLの向上につながるケアの提供を促進することを目的とし、感染症対策に関する最新の動向や知見を踏まえて「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の改訂を行いました。

改訂の主なポイント

1. 構成の整理・再編

- マニュアルを施設の介護職員等が積極的に活用し、衛生知識が向上するよう、実用性に留意して全体構成を整理・再編しました。
- 感染対策に関する基本的な知識を踏まえた上で、施設の感染管理体制を整備し、平時から感染対策を着実に実践できるよう、「感染対策の基礎知識」や「高齢者介護施設における感染管理体制」の項目を整理しました。
- 「個別の感染対策」について、旧マニュアルでは感染経路別に感染症をまとめて記載していましたが、個別の感染症の記載箇所が検索しやすくなるよう、感染症名を列記しました。

2. 記載内容の充実、追加

- 高齢者介護施設は生活の場であり病院とは異なることに配慮し、近年の高齢者介護施設における感染対策に関する知見を踏まえて、感染症の症状や予防、感染拡大防止策等に関する記載の充実を図りました。
- レジオネラ症の発生予防のため、加湿器の管理に関する記載を「3. 高齢者介護施設における感染管理体制 5) 施設内の衛生管理 (2) 施設内の清掃」と、「5. 個別の感染対策 1) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応 (6) レジオネラ症(レジオネラ属菌)」に追加しました。
- 経管栄養や胃ろうからの注入時に使用するチューブや経管栄養剤の管理に関する記載を「3. 高齢者介護施設における感染管理体制 8) 介護・看護ケアと感染対策 (7) 医療処置」に追加しました。

3. 個別の感染対策の内容の修正

- 薬剤耐性菌について、より適切な対応ができるように全体を見直しました。特に、薬剤耐性菌の保菌者への対応についての記載を修正しました。

4. 本文や参照資料・付録等に掲載する法令・通知等の更新・追加

- 関係法令等の改正に伴い、マニュアルの本文や参照資料・付録等に記載する情報を現時点で最新のものに改めました。

○「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版(2019年3月)」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html

感染対策の基礎知識 | 1

感染対策の原則

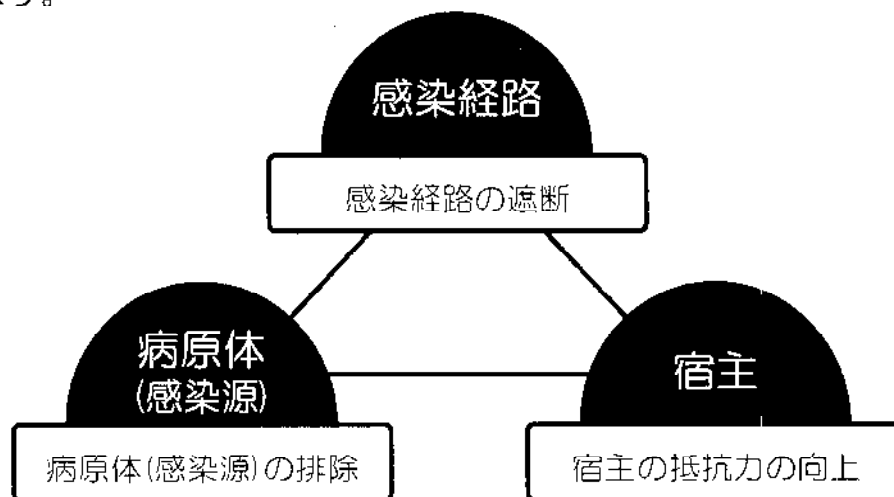
感染成立の3要因への対策と、病原体を
1 | 持ち込まない 2 | 持ち出さない 3 | 拡げないが基本です。

感染成立の3要因と感染対策

感染症は ①病原体（感染源） ②感染経路 ③宿主 の
3つの要因が揃うことで感染します。

感染対策においては、これらの要因のうちひとつでも取り除くことが
重要です。

特に、「感染経路の遮断」は感染拡大防止のためにも重要な対策と
なります。



高齢者施設における感染制御の基本

- 1 | 病原体を持ち込まない
- 2 | 病原体を持ち出さない
- 3 | 病原体を拡げない

感染経路の遮断においては、以下の点に留意しましょう。

- 施設内に入る時やケア前後の手指消毒、流水による手洗い
- 咳やくしゃみをしている場合等のマスク着用
- 血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物等を扱うときは
手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、
マスクやエプロン・ガウンを着用
- 居室・環境整備

感染対策の基礎知識 | 2

標準予防策 (standard precautions)

感染対策の基本として、すべての血液、体液、分泌物（喀痰等）、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜等は感染源となり、感染する危険性があるものとして取り扱うという考え方です。

● 感染源

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルス等）を含んでいるものを感染源といい、次のものは感染源となる可能性があります。

- 嘔吐物、排泄物（便・尿等）、創傷皮膚、粘膜等
- 血液、体液、分泌物（喀痰・膿等）
- 使用した器具・器材（注射針、ガーゼ等）
- 上記に触れた手指等

● 標準予防策 (standard precautions)

血液、体液、排泄物等に
触れるとき

▼
手袋の着用※

感染性廃棄物を
取り扱うとき

▼
手袋の着用※

血液、体液、排泄物等が
飛び散る可能性があるとき

▼
手袋・マスク・エプロン・
ゴーグルの着用※

針刺しの防止

▼
リキャップの禁止
針捨てボックスに
直接廃棄する

※手袋等を外した時は必ず手指消毒を行うこと

正しい手指消毒

手洗いの基本とタイミング

手洗いの方法

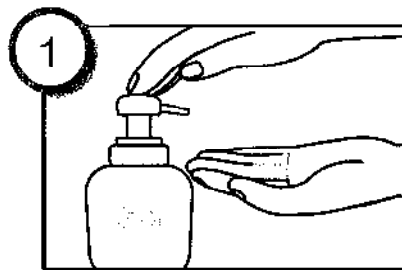
通常は、「エタノール含有消毒薬による手指消毒」を行います。

目に見える汚れがついている場合は、「液体石けんと流水による手洗い」を行います。

手洗いのタイミング：

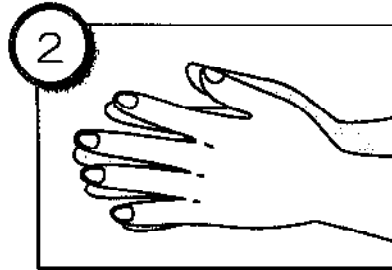
入所者に触れる前後、ケアの前後、入所者の周囲の環境や物品に触れた後 等

エタノール含有消毒薬による手指消毒



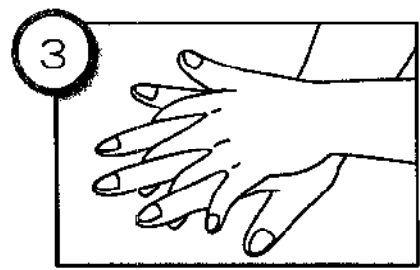
十分な量を
手の平に取ります

Get an appropriate amount
of product in a cupped
hand



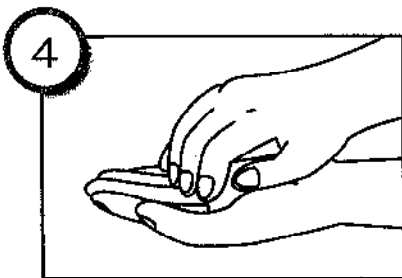
手のひらを
こすりあわせませ

Rub hands palm to palm



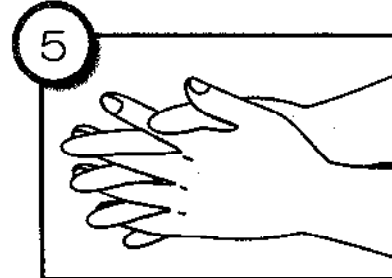
手の甲を合わせて
すりこみます

Palm to palm with
fingers interlaced



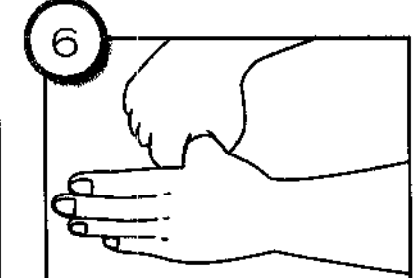
指先・爪の間に
すりこみます

Rub your palms and
fingertips and under nails



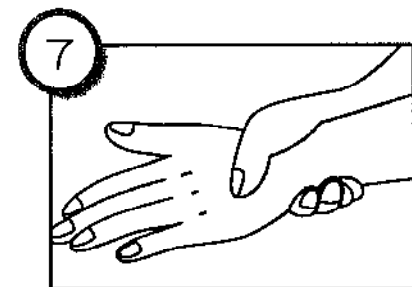
指の間にすりこみます

Rub in between
the fingers



親指をねじり合わせて
すりこみます

Rub each thumb clasped
in opposite hand using a
rotational movement



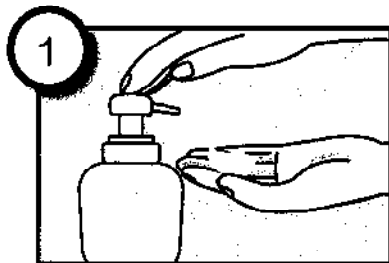
手首にすりこみます

Rub each wrist with opposite
hand

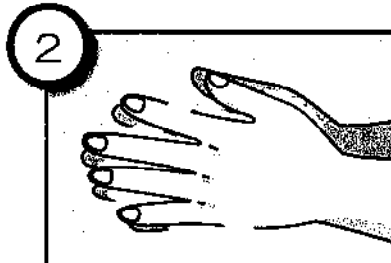
十分に乾燥した
ことを確認します

正しい手洗い

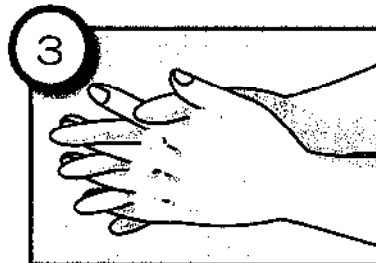
液体石けんと流水による手洗い



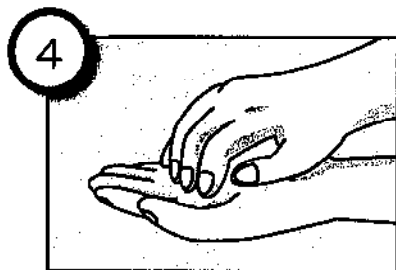
① 初めに、水で手を濡らし、石けんを手に取ります
First, wet your hands with water and apply enough soap



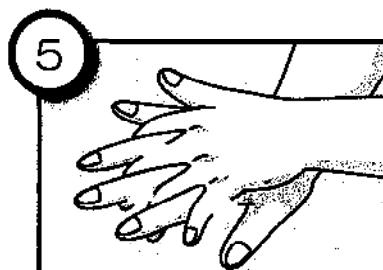
② 石けんをよく泡立てながら、手のひらを洗います
Wash your palms while whipping soap well



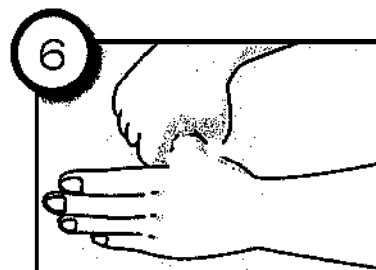
③ 手の甲を伸ばすように洗います
Wash it to extend the back of your hand



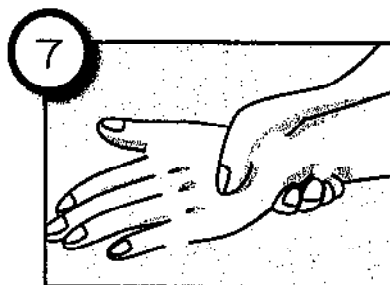
④ 指先・爪の間を念入りに洗います
Wash your fingertips and under nails carefully



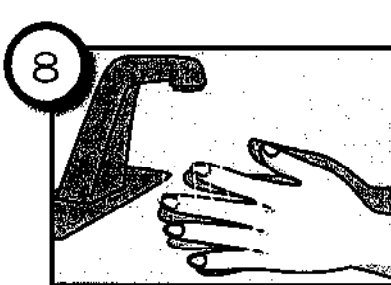
⑤ 指の間を洗います
Wash in between the fingers



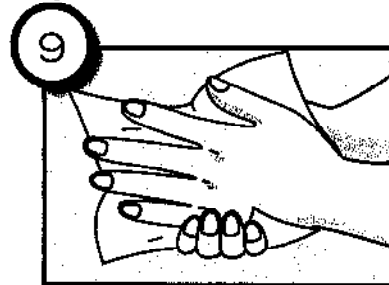
⑥ 親指をねじりながら洗います
Wash while twisting your thumb



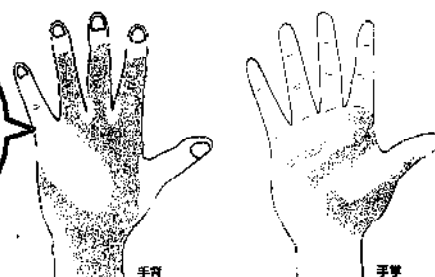
⑦ 手首を洗います
Wash your wrists



⑧ 流水で石けんと汚れを洗い流します
Rinse off soap and dirt under running water



⑨ ペーパータオルでしっかりと、水分を拭き取ります
Dry hands using a paper-towel



□ 頻度が高い □ 細度がやや高い

出典：辻 明良「微生物学・感染制御学」メヂカルフレンド社

咳エチケット

咳エチケットの基本

- マスクを着用する
- ティッシュ・ハンカチ等で口や鼻を覆う
- こまめなうがいや手洗いを行う

「咳エチケット」とは、インフルエンザ等の感染症を他人に感染させないように、咳やくしゃみをする際に、マスクやティッシュ・ハンカチを使って、口や鼻をおさえることです。

咳やくしゃみを手でおさえたり、何もせずに咳やくしゃみをするのはやめます。

マスクの着用



マスクは、鼻からあごまでを確実に覆い、隙間がないようにつけます。同じマスクを何度も使いまわしはせず、取り替えましょう。

マスクがない場合・・・

ティッシュ・ハンカチ等で口や鼻を覆う



くしゃみや咳をするときは、ティッシュ等で口と鼻を覆います。

他の人から顔をそらす

くしゃみや咳の飛沫は、1～2m飛ぶと言われていています。くしゃみや咳をするときは、他の人にかからないようにします。



ティッシュはすぐに捨てる



口と鼻を覆ったティッシュは、すぐにゴミ箱に捨てます。

こまめに手洗い



くしゃみや咳等を抑えた手から、ドアノブ等周囲の物にウイルスを付着させたりしないように、こまめな手洗いを心がけます。

インフルエンザ対策

○ 平常時

予防

- 入所者と職員に必要性や有効性、副反応について十分説明したうえでワクチン接種が受けられるよう配慮する
- 入所者や面会者で咳をしている人にはマスクを着用してもらい、咳エチケットを守ってもらう
- 休養・バランスの良い食事とこまめな水分補給

疑うべき症状と判断のポイント

- 急な発熱・悪寒
- 全身症状（頭痛、腰痛、筋肉痛、全身倦怠感等）
- 鼻汁、咽頭痛、咳等の呼吸器症状
- 腹痛、嘔吐、下痢等の消化器症状を伴う場合もある

○ 感染疑い～発症

対応の方針

- 感染の疑いのある者、ケアを行う職員はマスクを着用
- 早めに医師の診察を受ける
- 感染が認められた場合、職員・関係者に連絡
- 個室対応（または同じ症状の人を同室で対応する）



インフルエンザ対策 | チェックリスト

施設の管理者は、以下の施設の実施状況について定期的に確認しましょう

ウィルスの施設内への持ち込み防止のためのチェックポイント

以下の取り組みを行っていますか

入所者の健康状態の把握

入所者の定期的なバイタルチェックにより、常に健康状態を把握するとともに、顔色や表情、食欲の変化等の日常の違いに気付くようにしましょう

入所者へのワクチン接種

予防接種の意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供するとともに、接種を希望する者には円滑に接種がなされる様に配慮しましょう

施設に出入りする人の把握と対応

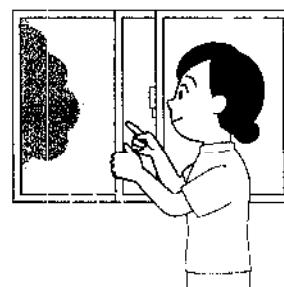
インフルエンザの流行期においては、施設の玄関に掲示を行ったり家族等にはあらかじめ説明を行ったりする等、面会者に対して理解を求めるための説明を行いましょ

施設職員へのワクチン接種と健康管理

施設職員に対して、予防接種の意義・有効性と副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供するとともに、接種を希望する者には円滑に接種がなされる様に配慮しましょう

施設の衛生の確保、換気の徹底

施設の衛生の確保に加え、こまめな換気はしっかり行いましょう



ノロウイルス対策

平常時

予防

- 職員は配膳前、食事介助前後での手洗いを行う
- 施設内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、テーブル等）の清拭をこころがける

疑うべき症状と判断のポイント

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」
- 吐き気、嘔吐、下痢、発熱

感染疑い～発症

対応の方針 | 嘔吐物、排泄物の処理

- 感染（疑い）による嘔吐の場合
 - ① | 職員はマスク、ガウン、手袋を着用する
 - ② | 嘔吐物を濡れたペーパータオル等で覆う
 - ③ | ペーパータオル等で、外側から内側に向けて面を覆うように静かに拭き取る
 - ④ | 最後に、次亜塩素酸ナトリウム液で確実に拭き取る
 - ⑤ | ②③④をビニール袋に入れて、感染性廃棄物として処理する
 - ⑥ | 職員はマスク、ガウン、手袋を外し、液体石けんと流水による手洗いを行う
 - ⑦ | 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をする
- 感染（疑い）による下痢便の場合
 - ① | 職員はマスク、ガウン、手袋を着用する
 - ② | 新聞紙、ビニール袋を準備する
 - ③ | 使用後のパット、おむつ類はビニール袋で密封し、感染性廃棄物として処理する
 - ④ | トイレ使用の場合も換気し、便座や周囲の環境を十分に消毒する
 - ⑤ | 職員はマスク、ガウン、手袋を外し、液体石けんと流水による手洗いを行う

解除

解除の判断

- 新しい患者が1週間でなければ終息とみなし、感染対策委員会で最終的な判断を行う
- ただし、嘔吐・下痢・腹痛・発熱等の症状がおさまってからも最大4週間程度は排便内にウイルスが見つかることがあるため留意する

処理用バケツ等に
必要な物品を入れて
各フロアに準備して
おくとよいでしょう



ノロウイルス対策 | チェックリスト

施設の管理者は、以下の施設の実施状況について定期的に確認しましょう

ノロウイルスによる食中毒予防のためのチェックポイント

以下の取り組みを行っていますか

予防のポイント

調理する人の健康管理

調理者に症状があるときは、
食品を直接取扱う作業をしないようにしましょう
毎日の作業開始前に調理従事者の健康状態を確認し、
責任者に報告する仕組みをつくりましょう

作業前等の手洗い

汚れの残りやすいところはていねいに洗いましょう

調理器具の消毒

洗剤等で十分に洗浄し、熱湯で加熱する方法
又はこれと同等の効果を有する方法で消毒しましょう



感染を拡げないためのポイント

食器・環境・リネン類等の消毒

感染者が使用した食器や、嘔吐物がついたものは、
他のものと分けて洗浄・消毒しましょう
カーテン、衣類、ドアノブ等も塩素消毒液等で消毒しましょう

嘔吐物等の処理

使い捨てのマスクやガウン、手袋等を必ず着用しましょう
拭き取った嘔吐物や手袋等は、ビニール袋にしっかり密閉して
廃棄しましょう

疥癬対策

平常時

予防 | 特に入所時

- 早期発見と早期治療が重要
- 手洗いの励行

疑うべき症状と判断のポイント

- 皮膚のかゆみ（特に夜間にかゆみが強くなる）
- 皮膚の紅斑、丘疹、鱗屑
- 手の平や手指間に「疥癬トンネル」と呼ばれる線状の皮疹がある

感染疑い～発症

対応の方針

- 皮膚科への早期受診・早期治療を行う
（疥癬の診断・治療経験がある皮膚科への受診が望ましい）
- 発症した入所者のケアの際には手袋、使い捨てのガウンを着用する
- 入浴ができる方はできるだけ毎日入浴し、皮膚の観察と清潔保持につとめる
- 接触した職員も皮膚の掻痒感、皮疹がでたら、至急皮膚科を受診する

留意事項

- ・ 疑わしい場合、早期に受診すること
- ・ 医療機関で疥癬と診断がつかず、治療しても治らない場合は、疥癬の可能性について医療機関に確認することも必要
- ・ 疥癬の中でも重症の痂皮型疥癬の場合は、特に感染力が強いため隔離対応が必要

解除

解除の判断

- 全身を観察して新しい皮疹がないことが確認できれば、対応を解除する

疥癬対策 | チェックリスト

施設職員は、入所者について以下のポイントでチェックしましょう

疥癬の感染者を早期発見・早期治療につなげるための チェックポイント

- 他の施設等から移ってこられる入所者の方は
注意して観察する

- 入浴時や普段のケアの際に皮膚の状態を観察する
(前腕、お腹等)
赤い湿疹や赤い盛り上がりが見られます

- 利用者本人に体のかゆみの様子を聞く
特に夜間の強いかゆみがないか、等
疑わしい症状がないか聞いてみましょう

- 疥癬トンネルのような特徴的な症状がないか
確認する

- 疑わしい症状が見られたら、
皮膚科へできるだけ早く受診する
初期の段階では正しい診断が得られない場合もあるため、
疑わしい場合は、医療機関に疥癬の可能性を確認しましょう

