

# 短期入所生活介護の報酬・基準について （検討の方向性）

# これまでの分科会における主なご意見(短期入所生活介護)

- 質の高いサービスを提供するという観点から、他の介護サービス事業所や医療機関、家族等との連携について評価することを検討すべき。具体的には、診療報酬において、退院時の情報連携で社会福祉士の参画を得た取組が評価されていることも踏まえ、社会福祉士の役割に着目した評価を検討してはどうか。
- ショートステイで、30日を超えている例もあるが、本来の役割と理念に立ち返り、対応を検討すべき。自立支援に資する取組の実施や、医療との連携によるサポートを行うことで、中重度の方でもショートと在宅を行き来できるようにするべきではないか。
- 看取り期など利用者の状態が悪化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。
- 離島や中山間地域においても事業所の持続可能なサービス提供、新規参入、介護人材の確保が可能となるような仕組みの構築が必要ではないか。
- 生活機能向上連携加算について、訪問介護や小規模多機能等と同様に、ICTの活用を促進するべきではないか。
- 新型コロナ対応で、補正予算を活用し、在宅での生活が困難となった高齢者の緊急的な受入れを短期入所生活介護の事業者の協力を得て行っている例もあるが、感染症対応に伴う緊急時の受入れに関して、緊急短期入所受入加算を増額するなど、恒常的な対応を検討するべきではないか。

## ※ 第181回・182回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングでの意見（生活機能向上連携加算）

- 算定要件の中で、医療提供施設の専門職との連携と定められている部分を、PT・OT・STについては、医療提供施設に限定せずに、外部との連携において算定可能な要件に変更を強く要望する。【全国介護事業者連盟】
- 生活機能向上連携加算は、通所リハビリテーション事業所等からリハ職を派遣してもらい算定するが、一方で派遣した側に報酬設定がされていないために依頼しにくい。通所リハ等への報酬設定により、地域で専門職人材を活用しやすくなるのではないか。連携先として、許可病床数が200床以上の病院を加えてはどうか。【全国リハビリテーション医療関連団体協議会】
- 訪問看護事業所のリハビリテーション専門職との連携でも算定できるような運用を検討してほしい。【全国社会福祉協議会・全国ホームヘルパー協議会】
- 連携先は同一法人内が多く、より一層広げていくためには、コスト面での課題解決や連携をしやすくするために、介入する事業所（病院や通所リハビリ事業所）への加算の創設も必要ではないか。【日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会】

# 論点①看護職員に係る配置基準

## 論点①

- （介護予防）短期入所生活介護における看護職員の配置基準は、原則介護職員又は看護職員について常勤換算方法で3：1で配置することとされており、必ずしも看護職員を配置する必要はないとしているが、医療的ケアの必要な利用者を一定数受け入れていること、類型・定員によっては常勤での配置が求められていることを踏まえ、どのような対応が考えられるか。

# (介護予防)短期入所生活介護 人員配置基準の概要

- (介護予防)短期入所生活介護においては、医師、生活相談員、介護職員又は看護職員、栄養士、機能訓練指導員、調理員その他の従業者を配置することとしており、具体的には以下のとおり定められている。
- このうち、介護職員又は看護職員については常勤換算方法で3：1の配置を求めており、必ずしも看護職員を配置する必要はないが、併設型かつ定員20人以上の事業所に限り、常勤で1人以上の配置を求めている。

医師	1人以上 (※ 併設本体施設に配置されている場合であって、当該施設の事業所に支障を来さない場合は兼務させて差し支えない。)	
生活相談員	利用者の数が100又はその端数を増すごとに1人以上 (常勤換算方法)	生活相談員並びに介護職員及び看護職員のそれぞれのうち1人は常勤とする。
介護職員又は看護職員	利用者の数が3又はその端数を増すごとに1人以上 (常勤換算方法) ⇒ ただし、併設型かつ定員20人以上の事業所にあつては、看護職員を常勤で1人以上配置	
栄養士	1人以上 (※)	
機能訓練指導員	1人以上 (※) / 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師 (はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)	
調理員その他の従業者	当該指定 (介護予防)短期入所生活介護事業所の実情に応じた適当数	

## 現行規定上の看護職員の配置の考え方

併設型かつ定員20人以上の事業所のみ、看護職員を常勤で1人以上配置する。

常勤で1人以上	単独型	併設型
定員19人以下	—	×
定員20人以上	×	○

## 併設事業所に係る規定の詳細

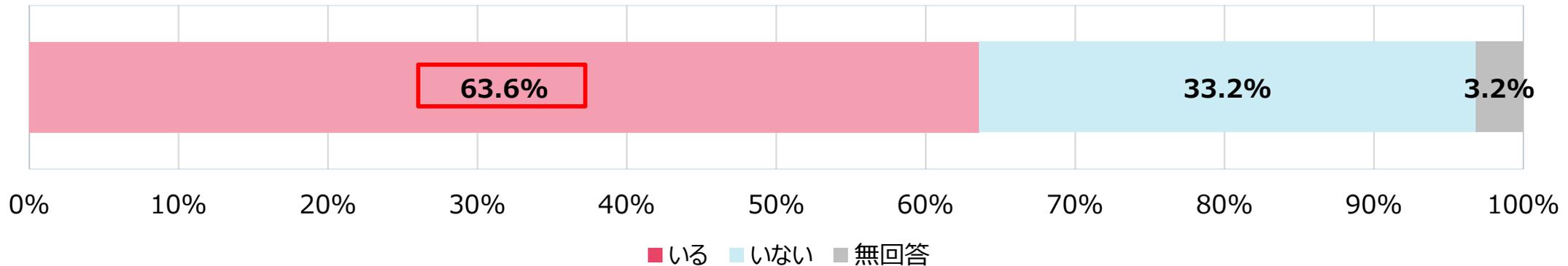
併設の定義	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護 (予防含む)、地域密着型特定施設入居者生活介護等と同一敷地内又は隣接する敷地内において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が特別養護老人ホーム等と一体的に行われているものをいう。</li> </ul>
看護職員配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本体施設として必要な看護職員数の算定根拠となる「入所者数」には、(介護予防)短期入所生活介護の利用者数は含めない。</li> <li>○ 併設の(介護予防)短期入所生活介護事業所の定員が20人以上の場合には、当該事業所において看護職員を1名以上常勤で配置しなければならない。</li> </ul>

# 短期入所生活介護 医療的ケアの必要な利用者

- 利用登録者のうち医療的ケアの必要な利用者の有無をみると、「いる」が63.6%であった。
- 利用登録者に占める医療的ケアの必要な利用者割合をみると、「0%」（33.6%）が最も多く、次いで「0%超10%未満」（18.1%）が多かった。

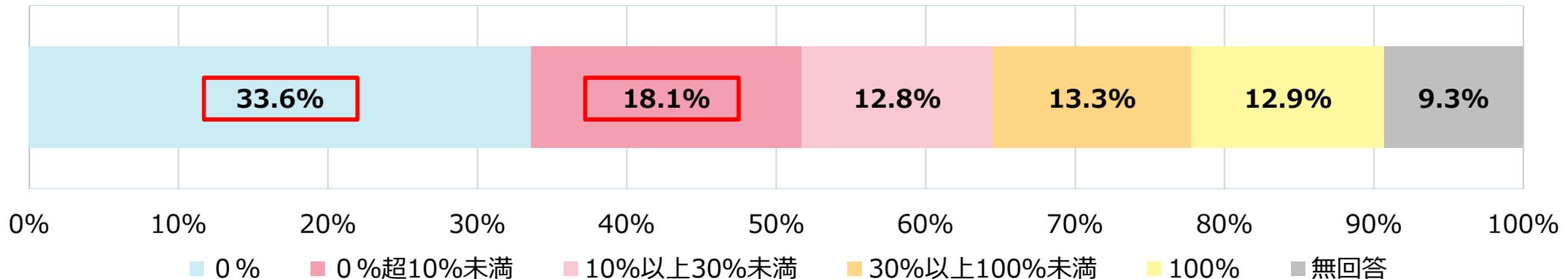
## 医療的ケアの必要な利用者の有無

n=873 (単数回答)



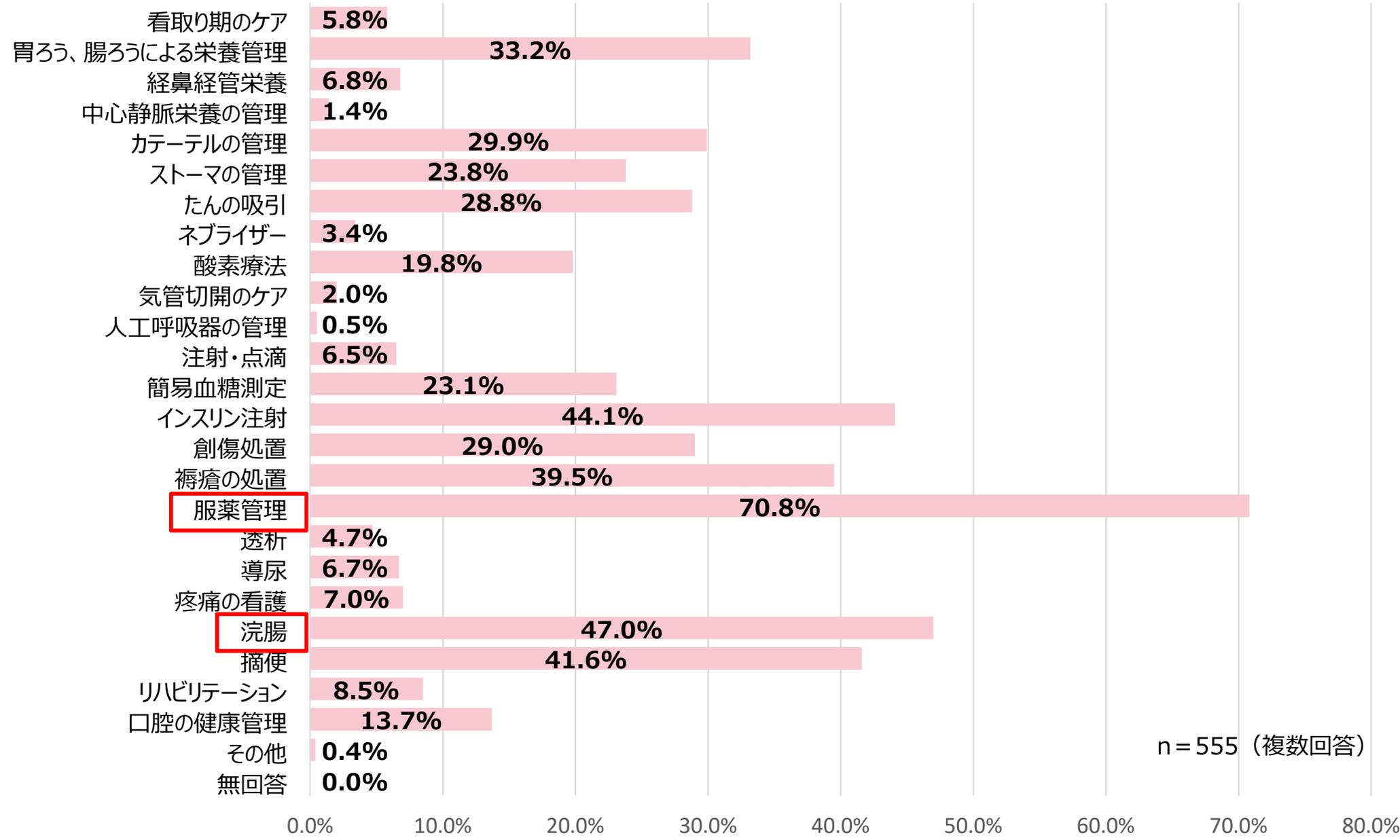
## 医療的ケアの必要な利用者の比率

n=836 (数値回答)



# 短期入所生活介護 看護職員が対応している医療的ケア

○ 医療的ケアの必要な利用者について、医師の指示のもと実施しているものも含め、看護職員が対応している医療的ケアをみると、「服薬管理」(70.8%)が最も多く、次いで「浣腸」(47.0%)が多かった。

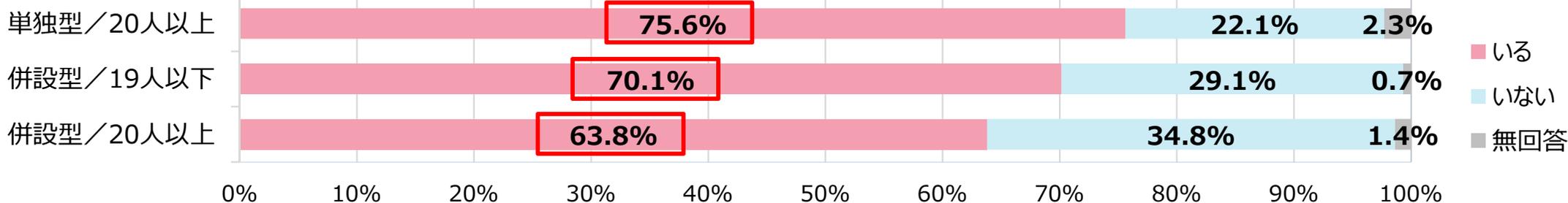


# 短期入所生活介護 類型別・定員別医療的ケアの状況①

- 類型別・定員別に医療的ケアの必要な利用者の有無をみると、単独型・併設型／定員19人以下・20人以上とも「いる」が最も多く、それぞれ75.6%・70.1%・63.8%であった。
- また、医療的ケアの必要な利用者について、医師の指示のもと実施しているものも含め、看護職員が対応している医療的ケアをみると、「単独型／20人以上」と「併設型／20人以上」の間に大きな差異はなかった。

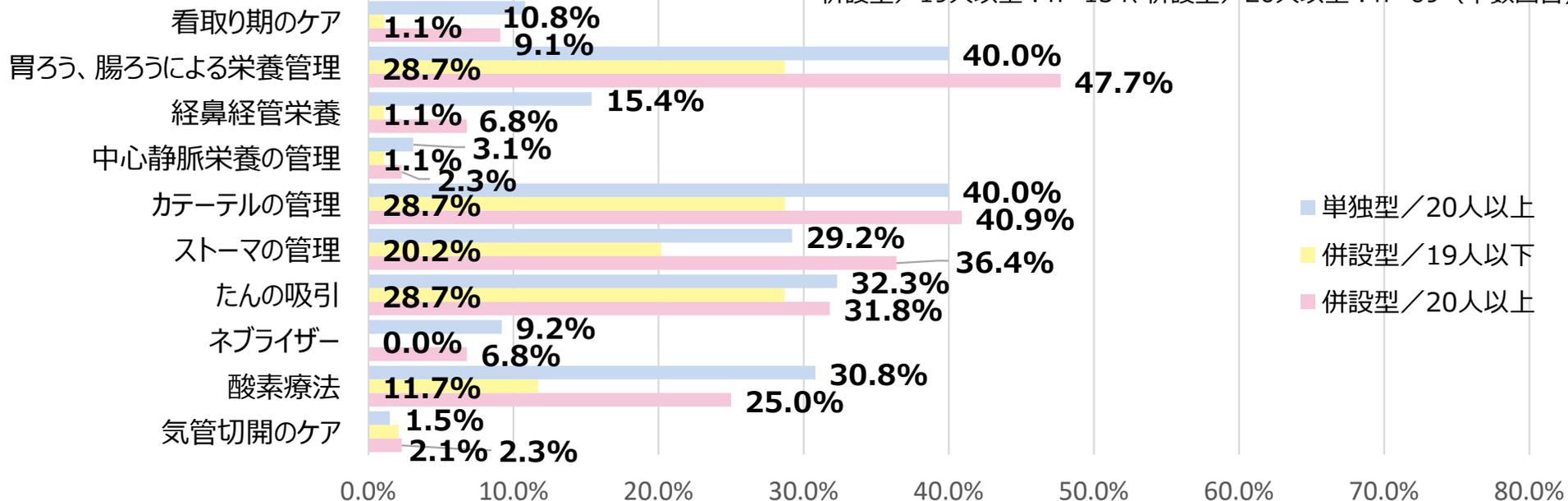
## 類型別・定員別 医療的ケアの必要な利用者の有無

単独型／20人以上：n=86、  
併設型／19人以上：n=134、併設型／20人以上：n=69（単数回答）



## 類型別・定員別 看護職員が対応している医療的ケア①

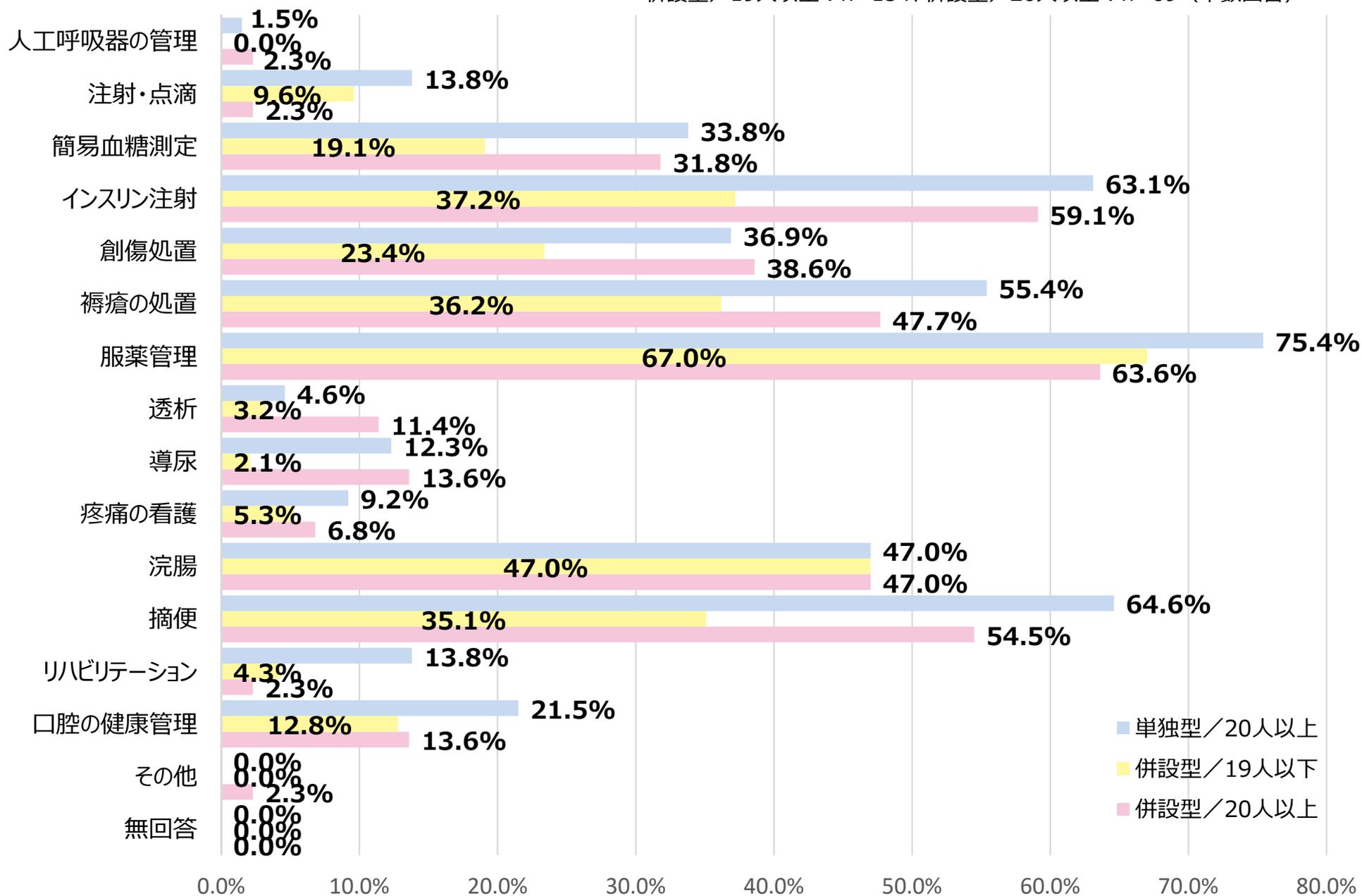
単独型／20人以上：n=86、  
併設型／19人以上：n=134、併設型／20人以上：n=69（単数回答）



# 短期入所生活介護 類型別・定員別医療的ケアの状況②

## 類型別・定員別 看護職員が対応している医療的ケア②

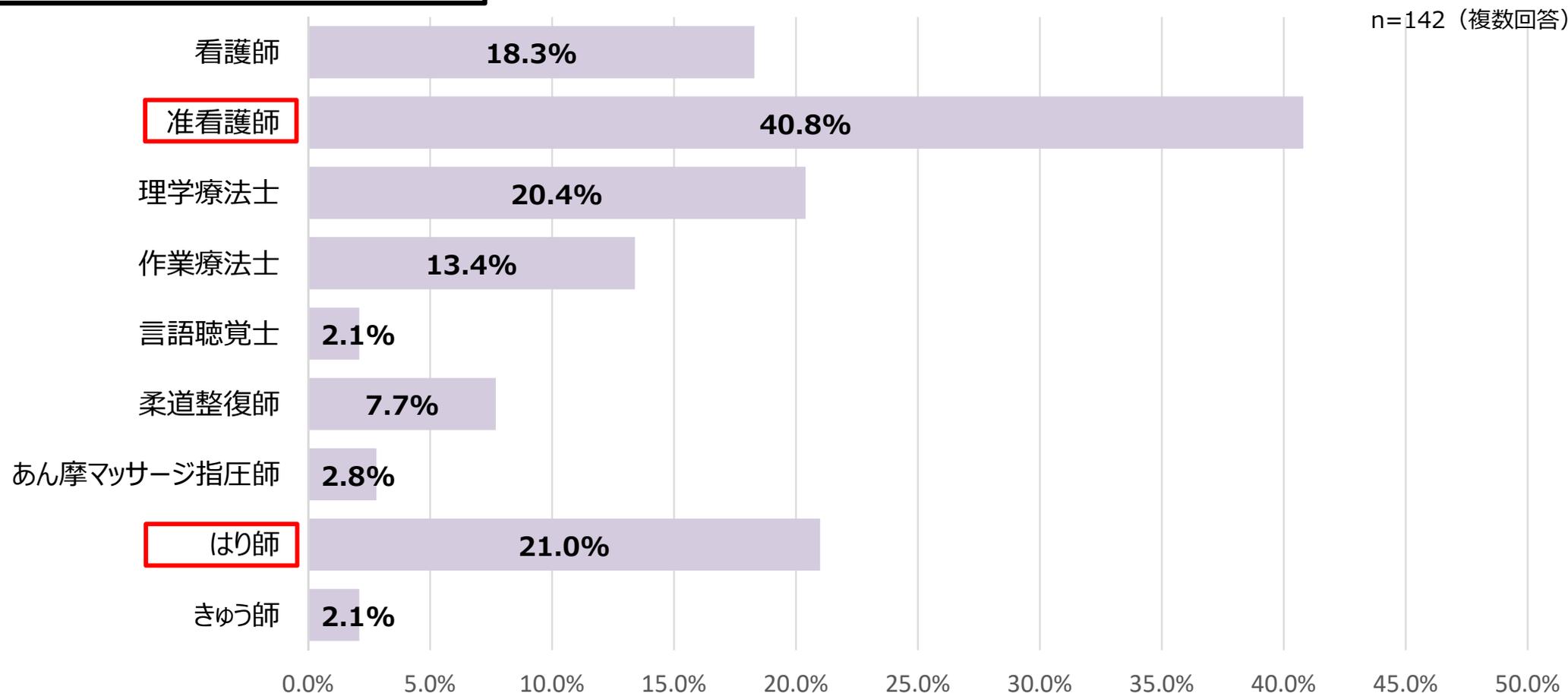
単独型／20人以上：n=86、  
併設型／19人以下：n=134、併設型／20人以上：n=69（単数回答）



# 短期入所生活介護 機能訓練指導員の職種別配置状況

○ 短期入所生活介護事業所における機能訓練指導員の職種別配置状況をみると「准看護師」(40.8%)が最も多く、次いで「はり師」(21.0%)が多かった。

## 機能訓練指導員の職種別配置状況



### 【機能訓練指導員としての配置が認められている職種】

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、**看護職員**、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師

(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)

# 論点①看護職員に係る配置基準

## 検討の方向（案）

- （介護予防）短期入所生活介護事業所においても、一定数医療的ケアの必要な利用者があることから、看護職員について、必要に応じ密接かつ適切な連携により確保することとしてはどうか。
- （介護予防）短期入所生活介護事業所の類型・定員により、必要とされる医療的ケアが異なる状況にはないことから、現行要件上、常勤で1人以上の看護職員の配置が求められている、「併設型であって定員20人以上の事業所」についても、他の類型と同様の配置要件とすることとしてはどうか。

# 論点②生活機能向上連携加算

## 論点②

- (介護予防) 短期入所生活介護の生活機能向上連携加算算定率 (※) は、
- ・ 短期入所生活介護 事業所ベース：1.6% / 0.6%、回数ベース：0.1%
  - ・ 介護予防短期入所生活介護 事業所ベース：0.6% / 0.4%、回数ベース：0.2%
- と非常に低くなっている。加算創設の目的（外部のリハビリテーション専門職と連携することにより、自立支援・重度化防止に資する介護を推進すること）を達成する観点から、どのような対応が考えられるか。

※ 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数 / 短期入所生活介護算定事業所数（介護保険総合データベースについて任意集計を実施 / 平成31年3月サービス提供分）  
前者は個別機能訓練加算算定なし（200単位）、後者は個別機能訓練加算算定あり（100単位）の場合を指す。

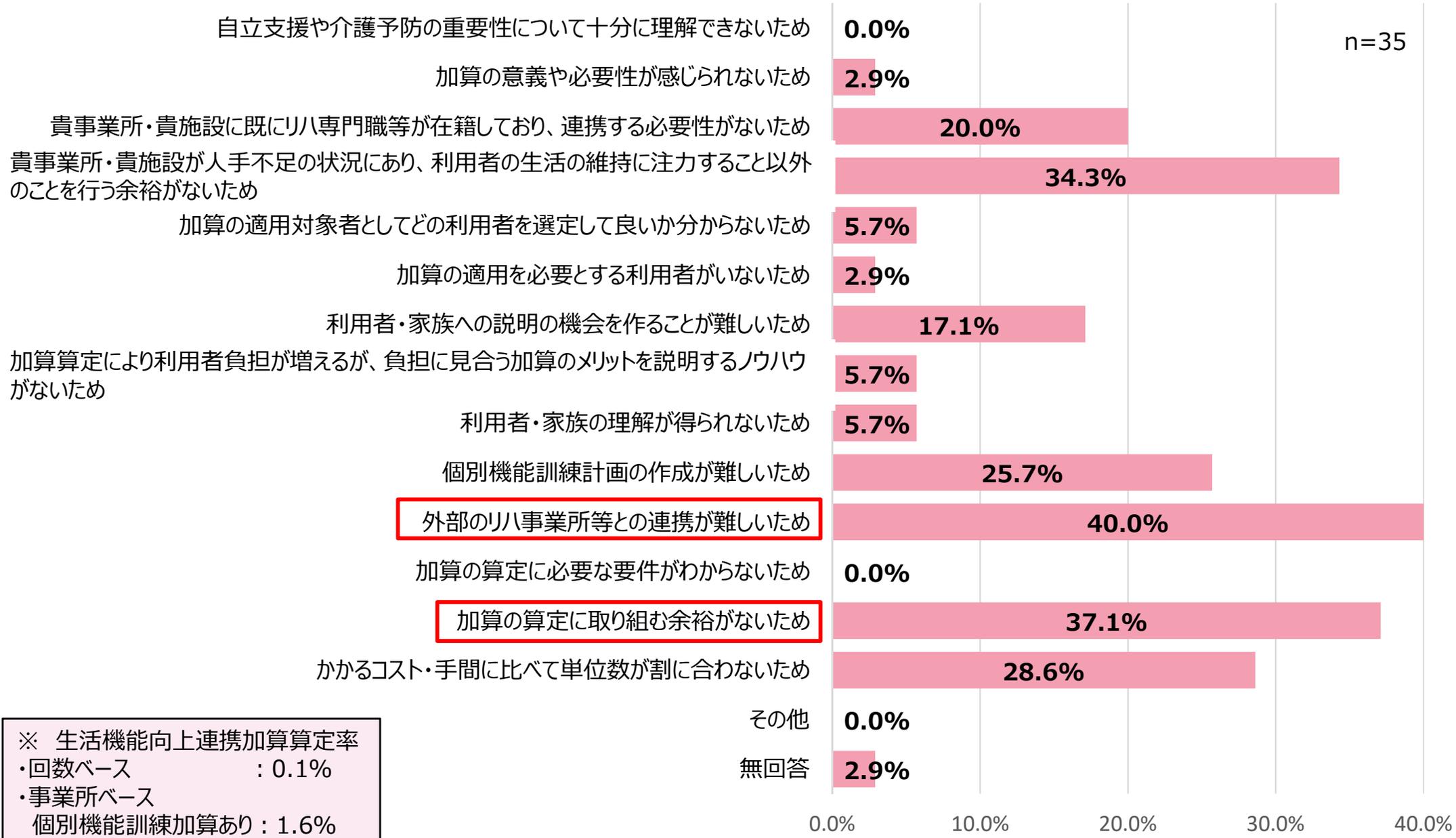
※ 算定率（回数・日数ベース）：加算算定回数・日数 / 短期入所生活介護算定総回数（介護給付費実態統計（月報・第10表 / 平成31年3月サービス提供分））

## 算定要件等

<b>単位</b>	生活機能向上連携加算 200単位 / 月 ※ 個別機能訓練加算を算定している場合は100単位 / 月
<b>要件</b>	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、（介護予防）短期入所生活介護事業所を訪問し、（介護予防）短期入所生活介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。 リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

# 短期入所生活介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由)

○ 短期入所生活介護における生活機能向上連携加算を算定していない理由をみると「外部のリハ事業所等との連携が難しいため」(40.0%)が最も多く、次いで「加算の算定に取り組む余裕がないため」(37.1%)が多かった。

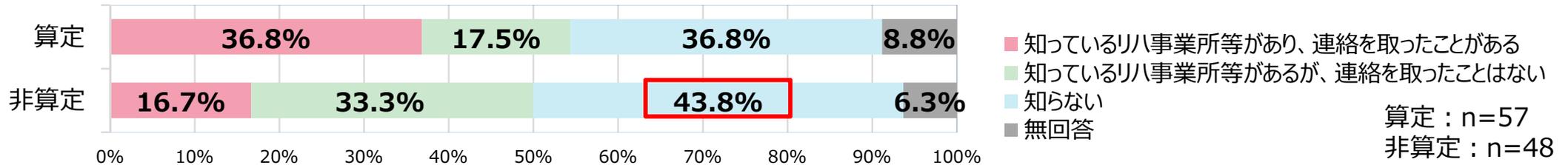


※ 生活機能向上連携加算算定率  
 ・回数ベース : 0.1%  
 ・事業所ベース  
 個別機能訓練加算あり : 1.6%  
 個別機能訓練加算なし : 0.6%

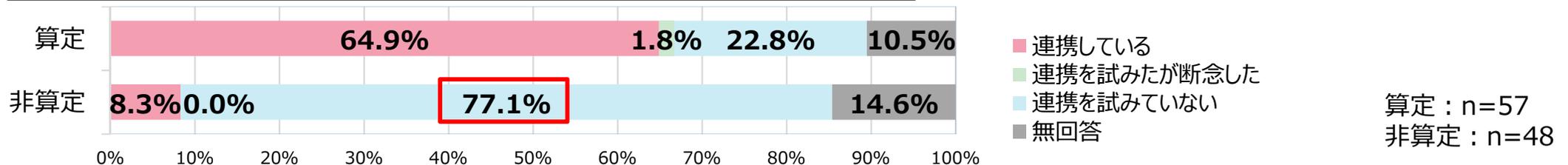
# 短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携①

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、近隣地域においてリハ専門職等を派遣しているリハ事業所等を知っているかをみると、非算定事業所のほうが「知らない」の割合が高かった（43.8%）。
- 個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況をみると、非算定事業所の方が「連携を試みていない」の割合が高かった（77.1%）。
- 外部のリハ事業所等と連携している理由をみると、算定・非算定とも「専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できるため」（83.8%/75.0%）が最も多かった。

## 近隣地域においてリハ専門職等を派遣しているリハ事業所等を知っているか



## 個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況



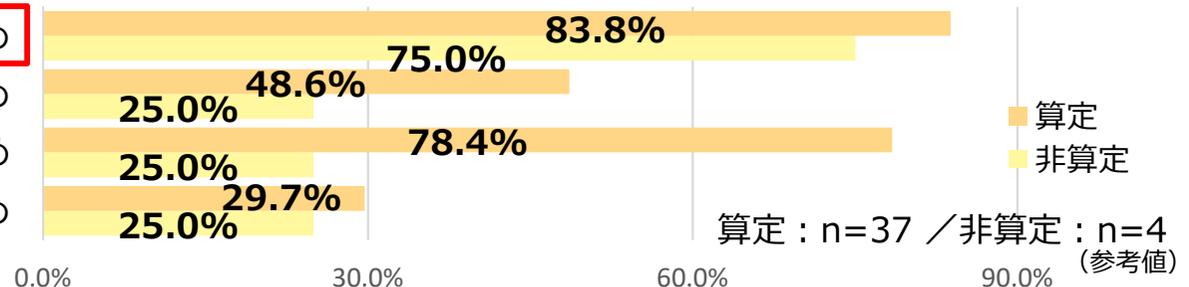
## 外部のリハ事業所等と連携している理由

専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できるため

介護職員等の教育につながるため

利用者のサービス向上につながるため

経営上のメリットがあるため



# 短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携②

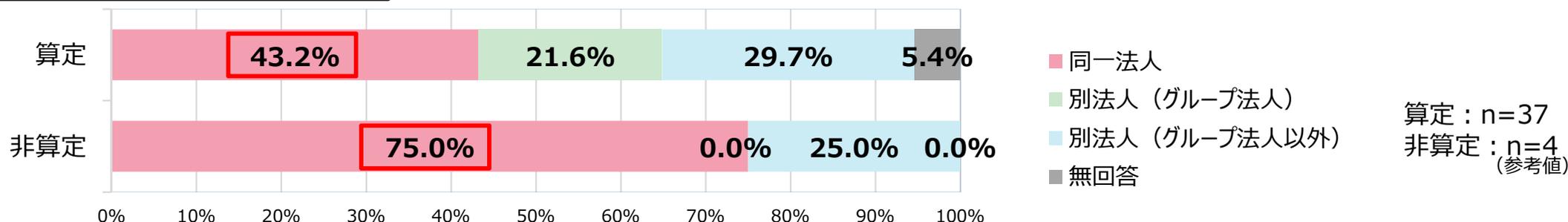
- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、連携している外部のリハ事業所等の件数をみると、算定事業所は平均3件、非算定事業所は平均1件と連携していた。
- 連携先が同一法人か否かをみると、算定・非算定とも「同一法人」(43.2%/75.0%)が最も多かった。
- 連携先となる事業所・施設種別をみると、算定事業所では「病院」(37.8%)が最も多かった。

## 連携している外部のリハ事業所等の件数

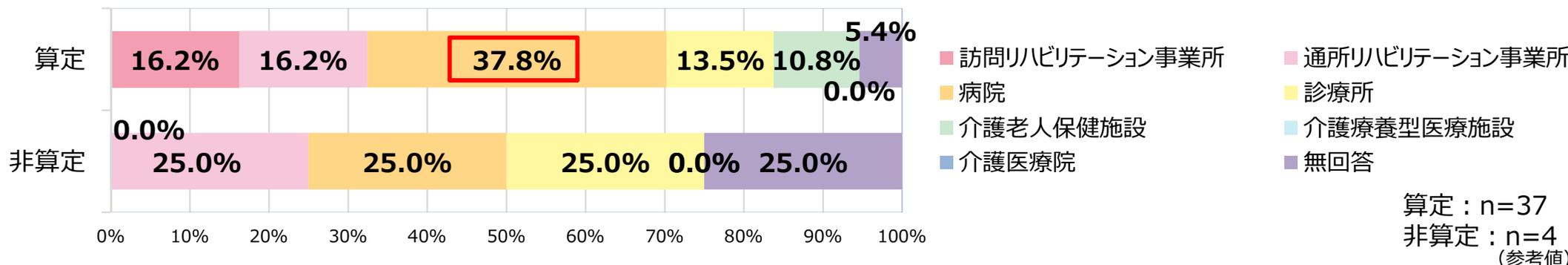
算定：n=26 / 非算定：n=4  
(参考値)

	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
算定	3件	10.2	1件	54件	1件
非算定	1件	0	1件	1件	1件

## 連携先が同一法人か否か



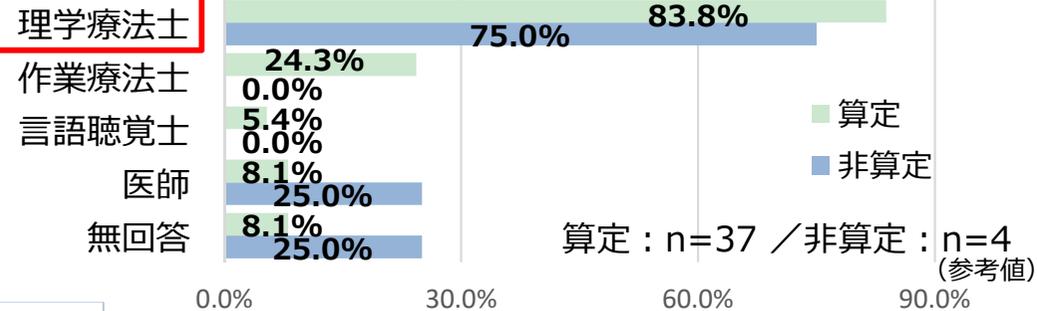
## 連携先となる事業所・施設種別



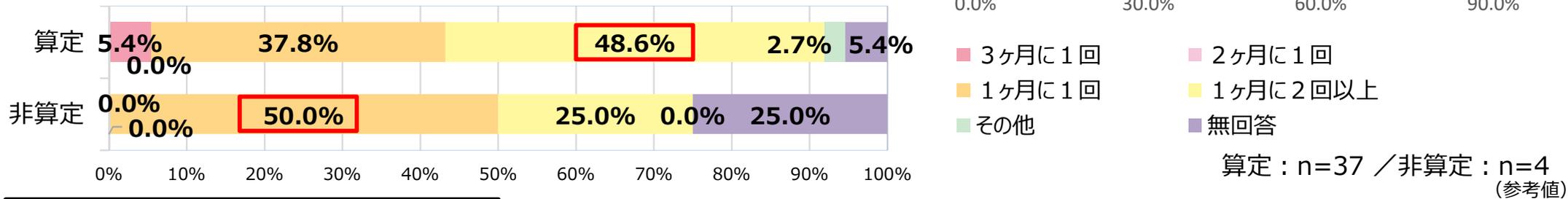
# 短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携③

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、外部のリハ事業所等との連携を行う場合に連携している職種をみると、算定・非算定とも「理学療法士」（83.8%/75.0%）が最も多かった。
- 連携先による訪問頻度をみると、算定事業所では「1ヶ月に2回以上」（48.6%）、非算定事業所では「1ヶ月に1回」（50.0%）が多かった。
- 連携先と連携を継続する上での課題をみると、算定・非算定とも「課題はない」（45.9%/50.0%）が最も多かった。

## 外部のリハ事業所等との連携を行う場合に連携している職種



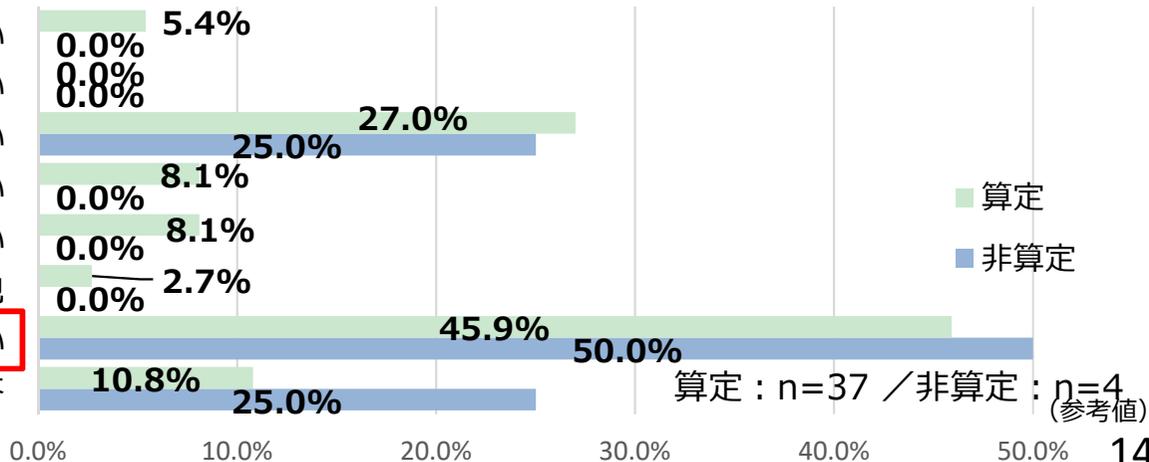
## 連携先による訪問頻度



## 連携先と連携を継続する上での課題

- 事業所・施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい
- 連携先が3ヶ月に1回以上訪問することが難しい
- 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない
- 事業所・施設として採算が取れない
- 連携先に十分な対価を支払うことができない
- その他

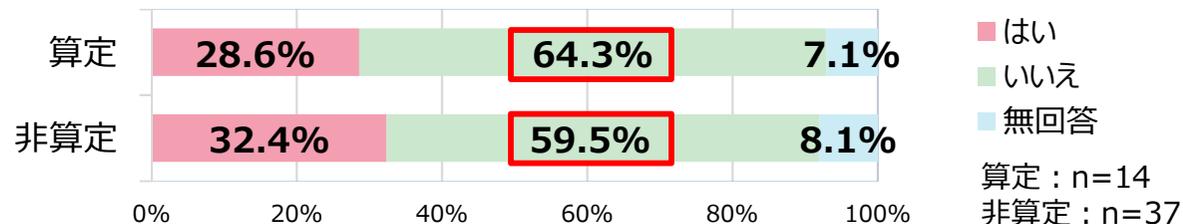
課題はない



# 短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携④

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況において「連携を試みたが断念した」又は「連携を試みていない」と回答した事業所について、外部のリハ事業所等との連携の必要性を感じているかをみると、算定・非算定とも「いいえ」（64.3%、59.5%）が最も多かった。
- 同事業所について、外部のリハ事業所等と連携していない理由をみると、非算定事業所では「利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい」「個別機能訓練計画の作成が難しいため」（35.1%）が最も多かった。また、連携先が存在するかが分からない事業所や、連携にあたっての依頼・条件設定方法が分からない、負担を感じる事業所も一定数あった。

## 外部のリハ事業所等との連携の必要性を感じているか



## 外部のリハ事業所等と連携していない理由

事業所・施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため

利用者が拒否するため

連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため

連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するかが分からないため

連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため

連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため

連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いか分からないため

連携先候補と契約を締結することや報酬単価を調整することに負担を感じるため

連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため

連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため

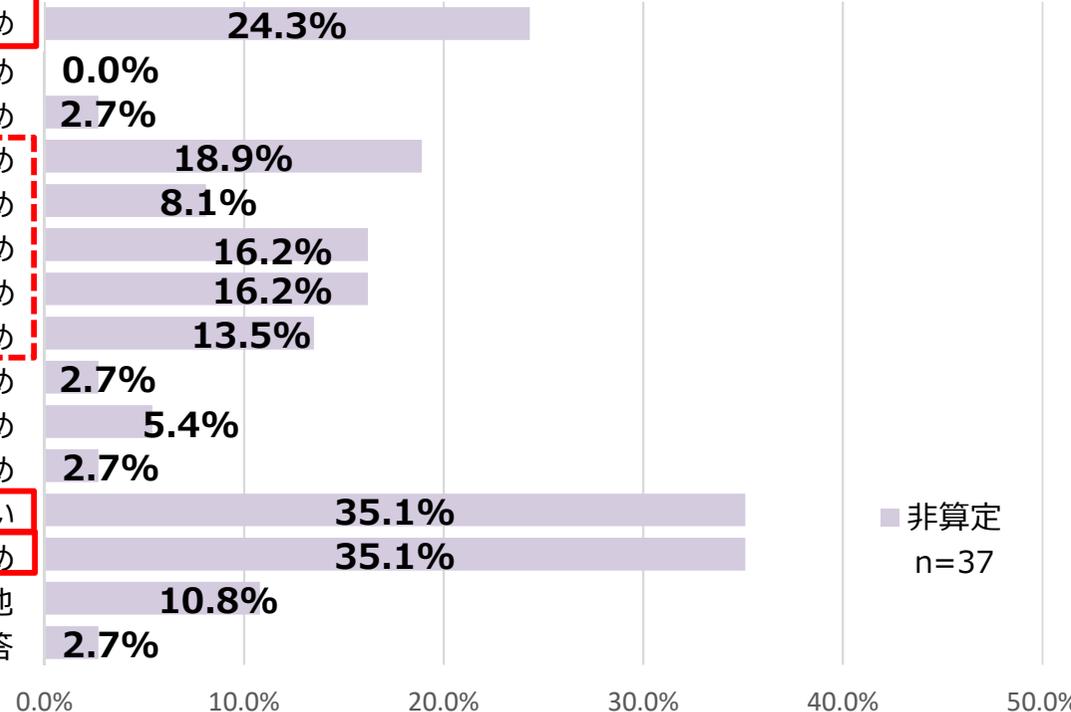
連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため

利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい

個別機能訓練計画の作成が難しいため

その他

無回答



# (介護予防)短期入所生活介護 生活機能向上連携加算の要件

○ 短期入所生活介護においては、訪問介護等と異なり、ICT等を活用した場合における算定要件が設けられていない。

	訪問介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(介護予防) 短期入所生活介護
<b>単位</b>	生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 (3月に1度) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月	生活機能向上連携加算 200単位/月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月
<b>要件</b> (※1)	<p>○ <b>生活機能向上連携加算(Ⅱ)</b> 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、その事業の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又は理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（サービス担当者会議として開催されるものを除く）を実施し、利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。</p> <hr/> <p>○ <b>生活機能向上連携加算(Ⅰ)</b> 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること。</p> <p><u>当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと。</u></p>	<p>訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、(介護予防)短期入所生活介護事業所を訪問し、(介護予防)短期入所生活介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。</p> <p>リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。</p>

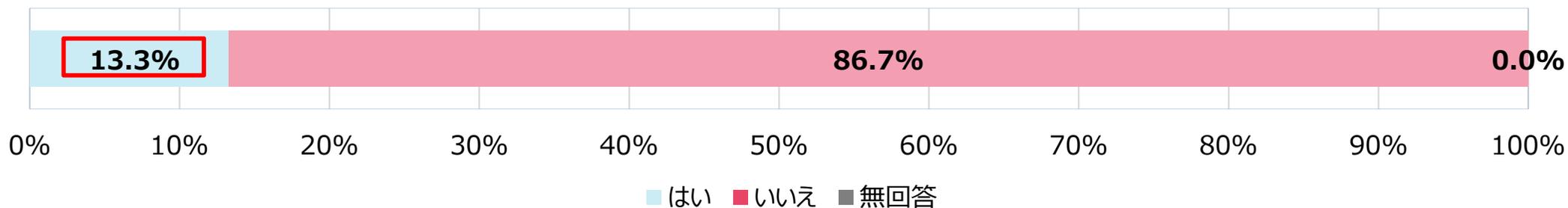
※1 左列は訪問介護の例であり、小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護においても同様。

# 生活機能向上連携加算(参考:ICTを活用した利用者の状態把握)

- 小規模多機能型居宅介護におけるICTの活用状況について、生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定にあたりICTを活用した割合は13.3%であった。
- ICTの活用の効果としては、「利用者の自宅を訪問する必要がないので、調査対象事業所・施設との連携がしやすくなった」「利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった」(75.0%)が最も多かった。

## ICTを活用した割合

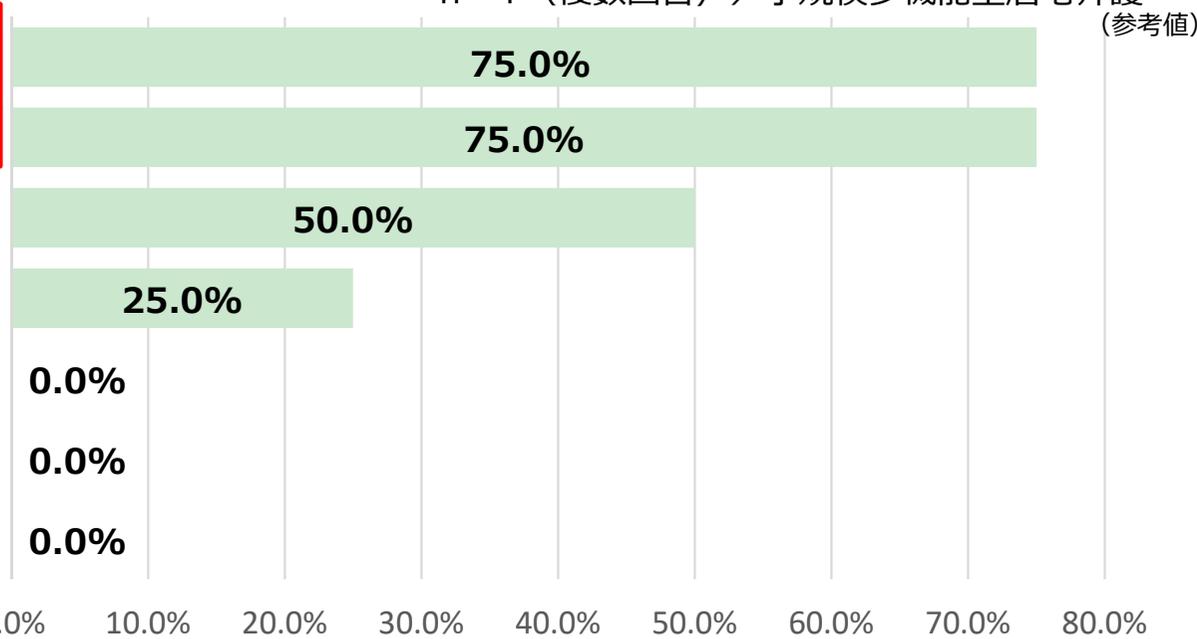
n=30 (単数回答) / 小規模多機能型居宅介護



## ICT活用の効果

n=4 (複数回答) / 小規模多機能型居宅介護 (参考値)

- 利用者の自宅を訪問する必要がないので、調査対象事業所・施設との連携がしやすくなった
- 利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった
- 訪問の回数が減って貴事業所・貴施設の職員の負担が軽減された
- 利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる
- 動画等では十分な確認ができなかった
- その他
- 無回答



## 論点②生活機能向上連携加算

### 検討の方向（案）

- 外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するため、訪問介護等における算定要件と同様、ICT活用を認めることを検討してはどうか。また、連携先を見つけやすくするための方策を検討してはどうか。  
※通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護においても同様の対応を検討

# 論点③介護予防短期入所生活介護の長期利用への対応

## 論点③

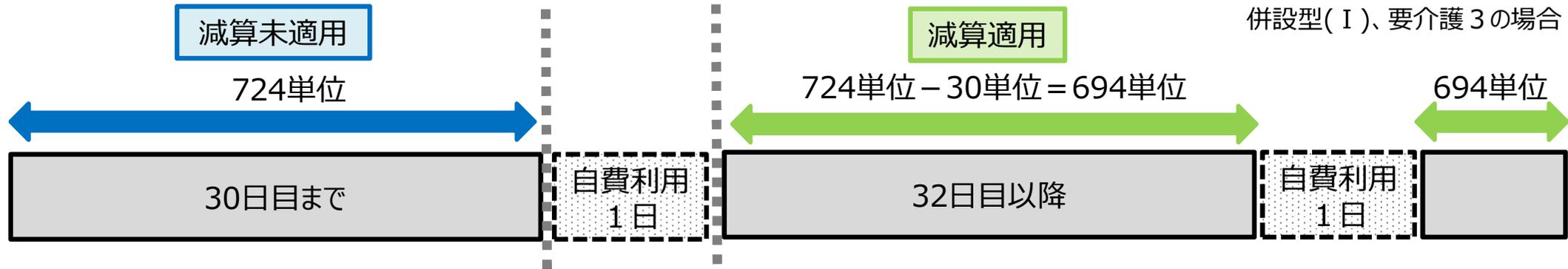
- 介護予防短期入所生活介護においては、短期入所生活介護と異なり、自費利用を挟み同一事業所で連続30日利用している者に対してサービス提供をする場合であっても、長期利用減算が適用されないが、どう考えるか。

# 短期入所生活介護 長期に利用する場合

- 短期入所生活介護においては、長期に利用する場合について以下の規定を設けている。
  - ・ 利用者が連続して30日を超えてサービスを受けている場合においては、30日を超える日以降に受けたサービスについては、短期入所生活介護費を算定することができない。
  - ・ 自費利用を挟み同一事業所を連続30日を利用している者に対してサービス提供をする場合には、連続30日を超えた日から減算を行う（1日につき30単位）。

## 長期利用減算の例

<b>減算の考え方</b>	短期入所生活介護の基本報酬においては、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、事業所での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価している。 ＝長期にわたって利用している場合は、初期加算相当分を評価する必要なし。 (※) 短期入所生活介護のみ適用されており、介護予防短期入所生活介護には適用されていない。
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



# 論点③介護予防短期入所生活介護の長期利用への対応

## 検討の方向（案）

- 短期入所生活介護における長期利用減算の趣旨及び介護予防短期入所生活介護の基本報酬においても初期加算相当分が評価されていることを踏まえ、介護予防短期入所生活介護においても、自費利用を挟み同一事業所を連続30日以上利用している者に対してサービス提供をする場合に、長期利用減算を適用することを検討してはどうか。

# 參考資料

# 短期入所生活介護の概要・基準

## 定義

短期入所生活介護とは、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、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

## 必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

### ○ 人員基準

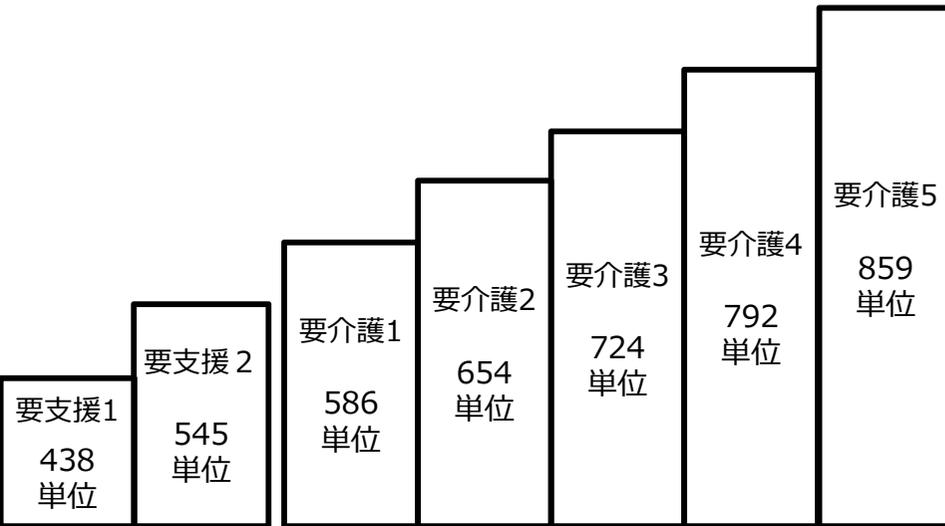
医師	1以上
生活相談員	利用者100人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは准看護師	利用者3人につき1人以上（常勤換算） ※うち1人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

### ○ 設備基準

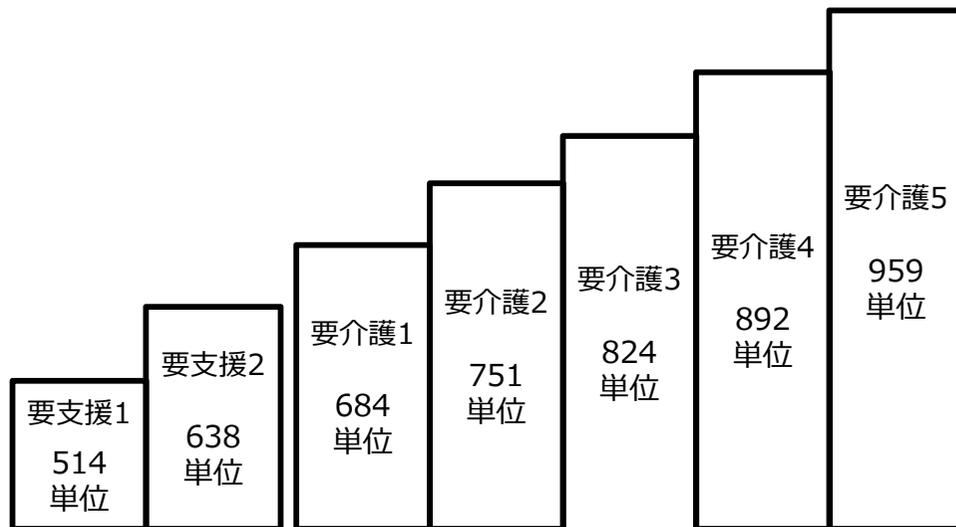
利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員4人以下、床面積（1人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積3㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

# 短期入所生活介護の報酬

利用者の要介護度等に応じた基本サービス費  
(特別養護老人ホーム等との併設で従来型個室・多床室の場合)



利用者の要介護度等に応じた基本サービス費  
(特別養護老人ホーム等との併設でユニット型個室の場合)



利用者の状態に応じたサービス提供や  
施設の体制に対する加算・減算

外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントを実施  
(200単位/月)

※個別機能訓練加算を算定している場合は  
100単位/月

専従の機能訓練指導員を  
配置している場合  
(12単位/日)

個別機能訓練の実施  
注：要介護者のみ  
(56単位/日)

看護体制の充実  
(4単位/日、8単位/日)  
※要介護3以上の利用者を70%以上  
受け入れる事業所の場合  
(定員要件により単位数は異なる)  
(12(6)単位/日、23(13)単位/日)

手厚い健康管理と医療との連携  
注：要介護者のみ  
(58単位/日)

夜勤職員の手厚い配置  
注：要介護者のみ  
看護職員又は喀痰吸引等実施ができる介護職員を配置している場合は括弧内の単位を算定  
(ユニット型以外：13(15)単位/日)  
(ユニット型：18(20)単位/日)

送迎を行う場合  
(片道につき184単位)

緊急の利用者を受け入れた場合  
注：要介護者のみ (90単位/日)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置(サービス提供体制強化加算)

・介護福祉士6割以上：18単位/日  
・介護福祉士5割以上：12単位/日  
・常勤職員等：6単位/日

介護職員処遇改善加算  
Ⅰ)8.3% Ⅱ)6.0% Ⅲ)3.3%  
Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 Ⅴ)加算Ⅲ×0.8  
介護職員等特定処遇改善加算  
Ⅰ)2.7% Ⅱ)2.3%

定員を超えた利用や  
人員配置基準に違反  
(▲30%)

長期間の利用者への  
サービス提供  
(▲30単位/日)

※加算・減算は主なものを記載。点線枠の加算は区分支給限度額の枠外