

令和5年度

介護保険事業者サービス別研修会

【介護療養型医療施設・

指定短期入所療養介護】

【介護医療院】

長野県健康福祉部介護支援課

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

松本市健康福祉部高齢福祉課



< 目 次 >

介護療養型医療施設	1
介護医療院の留意事項	48
介護医療院の変更許可、変更届について	75
短期入所療養介護の留意事項	80

介護療養型医療施設の留意事項

1 介護療養型医療施設について

●介護療養型医療施設とは

○介護保険法

健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の 2 第 1 項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法（旧介護保険法）第 8 条第 26 項

この法律において「介護療養型医療施設」とは、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設をいい、「介護療養施設サービス」とは、介護療養型医療施設の療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療をいう。

○指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 41 号）（基本方針）

第一条の二 指定介護療養型医療施設は、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、その者が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するものでなければならない。

●基準に関する県条例等

条例	要綱
旧介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 54 号）	長野県指定介護療養型医療施設の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱（25 健長介第 146 号）

●新規申請等について

・療養病床等をもつ病院・診療所のうち、介護保険法の介護療養型医療施設として指定を受けようとする場合は知事への指定申請が必要となるが、平成 24 年度以降、介護療養型医療施設の新規指定は行われていない。

・平成 24 年 4 月 1 日の時点で指定を受けているものについては、平成 29 年 6 月公布の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成 29 年法律第 52 号）により、廃止時期が令和 6 年 3 月 31 日まで延長された。

●指定の辞退について

・指定介護療養型医療施設は、1 月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することがで

きる（旧法第 113 条）。その場合は、指定を辞退する 1 月以上前までに「指定辞退届出書」（第 5 号様式）を提出すること。

- ・ 介護療養型医療施設の指定の辞退を行った後、介護保険の指定を受けない医療療養病床を有する病院又は診療所において「みなし指定」であった（介護予防）短期入所療養介護を引き続き行う場合は、新規指定が必要となる。

提出書類

- ・ 介護療養型医療施設 「指定辞退届出書」（第 5 号様式）
- ・ （介護予防）短期入所療養介護 「廃止・休止届出書」（第 4 号様式）
「指定（許可）申請書」（第 1 号様式）

☞ 介護療養型医療施設は令和 6 年 3 月 31 日で廃止となります。介護医療院へ移行する場合には介護医療院への移行手続きガイドラインを参照し、県へ事前相談をお願いします。

●事業者指定の特例

健康保険法の保険医療機関の指定や介護療養型医療施設の指定があったときは、特例として一定の居宅サービス事業者（介護予防を含む。）の指定があったとみなされる。

なお、元の指定・許可が取り消された場合には、みなし指定も効力を失う。

法律	事業者	指定の特例（介護予防を含む。）
健康保険法	保健医療機関 （病院・診療所）	居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション
介護保険法	介護療養型医療施設	短期入所療養介護

●法人や開設者の変更

指定を受けた法人や開設者が変更になる場合は、原則として当該事業所は指定辞退の扱いとなるので、辞退の届出を行うこと。ただし、個人経営の場合などやむを得ず開設者の変更を行う場合は、従前の施設運営に変更がない場合に限り変更の届出となる場合があるので、事前に県庁介護支援課あて相談されたい。

2 人員基準に関する基準

I 用語の定義

(1) 「常勤換算方法」

当該指定介護療養型医療施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 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、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法

をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の指定介護療養施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が指定介護療養施設サービスと指定通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には、指定介護療養施設サービスに係る勤務時間だけを算入することとなるものであること。

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「母性健康管理措置」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、同条第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(以下「育児及び介護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。

(2) 「勤務延時間数」

勤務表上、指定介護療養施設サービスの提供に従事する時間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、従業者一人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設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。

(3) 「常勤」

当該指定介護療養型医療施設における勤務時間が、当該施設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(1週間に勤務すべき時間数が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、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)第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮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施設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、当該施設に併設される事業所の職務であって、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数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、指定介護療養型医療施設と指定通所リハビリテーション事業所が併設されている場合、指定介護療養型医療施設の管理者と指定通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、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、従業者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業(以下「産前産後休業」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。

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて指定介護療養施設サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

(5) 「前年度の平均値」

- ① 基準省令第2条第4項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度(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)の入院患者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。
- ② 減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の入院患者延数を延日数で除して得た数とする。

Q & A (vol. 454) (平成27年4月1日)

○常勤要件について

(問1) 各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、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。)の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

(答) そのような取扱いで差し支えない。

Q & A (vol. 454) (平成27年4月1日)

○常勤要件について

(問2) 育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者がいる場合、常勤換算方法による人員要件についてはどのように計算すれば良いか。

(答) 常勤換算方法については、従前どおり「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従業者の員数に換算する方法」であり、その計算に当たっては、育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者の有無は問題にはならない。

Q & A (vol. 454) (平成27年4月1日)

○常勤要件について

(問3) 各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

(答) 労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第23条第1項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

II 人員基準

(1) 療養病床を有する病院 [病]

職 種	基準内容
医師及び薬剤師	療養病床を有する病院として、医療法上必要とされる数以上
看護職員 及び 介護職員	療養病床に係る病棟について 入院患者：看護職員＝常勤換算で6：1以上 入院患者：介護職員＝常勤換算で6：1以上
栄養士又は管理 栄養士	療養病床数が100以上又は老人性認知症疾患療養病棟に係る病床数が100以上の指定介護療養型医療施設にあっては1人以上
理学療法士及び 作業療法士	実情に応じた適当数
介護支援専門員	1人以上（原則常勤専従。2人目以降は非常勤でも可） 介護保険適用の入院患者：介護支援専門員＝100：1以上が標準 ※施設内の他の職務との兼務可
管理者	① 管理する医師は、原則として同時に他の病院・診療所を管理することはできない。 ② 同時に他の介護保険施設、養護老人ホーム等の社会福祉施設を管理することはできない（同一敷地内にある等、病院の管理上支障がない場合には、他の施設を管理することが可能）。

Q&A (vol. 59) (平成12年3月31日)

(問1) 施設サービスにおいて介護支援専門員が看護師である場合、介護支援専門員とし

ても、看護師としても1名配置しているとして算定することは可能か。

(答) 各施設の人員、設備及び運営に関する基準において、介護支援専門員については、「専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、入所者（入院患者）の処遇に支障がない場合には、当該施設の他の業務に従事することができるものとする。」とされており、介護支援専門員1名、看護師1名として算定することが可能である。

(2) 療養病床を有する診療所 [診]

職 種	基準内容
医師	常勤換算で1人以上
看護職員 及び 介護職員	療養病床に係る病棟について 入院患者：看護職員＝常勤換算で6：1以上 入院患者：介護職員＝常勤換算で6：1以上 <経過措置> 当分の間、看護職員及び介護職員については、常勤換算で3：1以上（ただし、うち看護職員1人）でも可
介護支援専門員	1人以上（非常勤、施設内の他の職務との兼務可）
管理者	療養病床を有する病院と同じ

(3) 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 [老]

職 種	基準内容
医師及び薬剤師	医療法上必要とされる数以上 ※医師…1人は老人性認知症疾患療養病棟で介護療養施設サービスの担当医師としなければならない。
看護職員	① 医療法施行規則第43条の2の適用を受ける病院(大学病院等) 入院患者：看護職員＝常勤換算で3：1以上 ② ①以外の病院 入院患者：看護職員＝常勤換算で4：1以上 <経過措置> 当分の間、4：1の基準を算定する際、老人性認知症疾患療養病棟の入院患者数を4で除した数から、同様の患者数を5で除した数を減じた数までを介護職員とすることができる。
介護職員	入院患者：介護職員＝常勤換算で6：1以上 <経過措置> 当分の間、常勤換算で8：1以上でも可
栄養士又は管理 栄養士	療養病床数が100以上又は老人性認知症疾患療養病棟に係る病床数が100以上の指定介護療養型医療施設にあっては1人以上
作業療法士	専らその職務に従事する常勤の者1人以上

	<p><経過措置></p> <p>専従で老人性認知症疾患療養病棟の作業療法に従事する作業療法の経験を有する常勤の看護師を置いていけば、当分の間、週に1日以上で可。（その場合、非常勤でも可）</p>
精神保健福祉士かこれに準ずる者	専らその職務に従事する常勤の者1人以上
介護支援専門員	<p>常勤で1人以上（原則常勤専従。2人目以降は非常勤でも可）</p> <p>介護保険適用の入院患者…介護支援専門員=100：1が標準</p> <p>※療養病床を有する病院であり、かつ、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院である介護療養型医療施設の場合は、療養病床の入院患者+老人性認知症疾患療養病床の入院患者</p> <p>（いずれも介護保険適用入院患者）…介護支援専門員=100：1以上で可</p> <p>※施設内の他の職務との兼務可</p>
管理者	療養病床を有する病院と同じ

※ 医師の配置基準について [病] [老] *診療所は除く。

医療法施行規則第19条に基づく基準を満たすために必要な数を配置するものとする。

医療法施行規則第19条

法第21条第1項第1号の規定による病院に置くべき医師及び歯科医師の員数の標準は、次のとおりとする。

一 医師 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数と外来患者の数を2.5をもつて除した数との和（以下この号において「特定数」という。）が52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数

（注）医療法上は施行規則第49条による医師の配置でも認められるが、介護報酬上は施行規則第19条の員数を満たさない場合一日あたり12単位の減算となるので注意すること。

3 運営に関する基準

●介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

指定介護療養施設サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保

険等関連情報等を活用し、施設単位でP D C Aサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。この場合において、「科学的介護情報システム（L I F E : Long-term careInformation system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

●内容及び手続きの説明及び同意

- ・サービス提供の開始に際し、あらかじめ、患者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他の患者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について患者の同意を得なければならない。
- ・重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行う。また、同意については、患者及び施設双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

重要事項説明書に記載すべき事項

- ① 運営規程の概要
- ② 従業員の勤務体制
- ③ 事故発生時の対応
- ④ 苦情処理の体制等サービスを選択するために必要な重要事項

●提供拒否の禁止

正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されている。

●受給資格等の確認

被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければならない。

●要介護認定の申請に係る援助

- ・要介護認定を受けていない患者については、患者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
- ・要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入院患者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

●入退院

- ・長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、指定介護療養施設サービスを受ける必要性が高いと認められる患者を優先的に入院させるよう努めなければならない（介護の必要の程度、家族等の状況）。
→ 透明性及び公平性が求められることに留意する。
- ・患者の入院に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、心身の

状況、病歴、生活歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならない。

- ・ 医師は、適時、療養の必要性を判断し、医学的に入院の必要性がないと判断した場合には、患者に対し、退院を指示しなければならない。
- ・ 入所者の退所に際しては、居宅サービス計画の作成等に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

●サービス提供の記録

- ・ 介護療養施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。
- ・ サービス提供の記録には、サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の心身の状況その他必要な事項を記録しなければならない。
- ・ サービス提供の記録には、診療録が含まれるものであること（ただし、診療録については、医師法第24条第2項の規定により、5年間保存しなければならないものであること）。

●指定介護療養施設サービスの取扱い方針

・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

・ 身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。

・ 身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

・ 指定介護療養型医療施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

●施設サービス計画の作成

- ・施設サービス計画原案の作成

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入院患者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、施設サービス計画原案は、入院患者の希望及び入院患者についてのアセスメントの結果による専門的見地並びに主治医の治療方針に基づき、入院患者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

- ・当該施設サービス計画原案には、入院患者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。
- ・提供される施設サービスについて、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等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。なお、ここでいう指定介護療養施設サービスの内容には、当該介護療養型医療施設の行事及び日課を含む。

※施設サービス計画の作成にあたっては、「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。

- ・サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入院患者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要がある。

- ・サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入院患者又はその家族（以下この(6)において「入院患者等」という。）が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該入院患者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。なお、同項で定める他の担当者とは、医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び管理栄養士等の当該入院患者の介護及び生活状況等に関係する者を指す。

●栄養管理

- ・指定介護療養型医療施設の入院患者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入院患者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。

ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

・栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

イ 入院患者の栄養状態を施設入所時に把握し、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して、入院患者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。

栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。

なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

ロ 入院患者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入院患者の栄養状態を定期的に記録すること。

ハ 入院患者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)第4を参照。

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令(令和3年厚生労働省令第9号。以下「令和3年改正省令」という。)附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●**口腔衛生の管理**

指定介護療養型医療施設の入院患者に対する口腔衛生の管理について、令和3年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入院患者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。

(1) 当該施設において、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。

(2) (1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入院患者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る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口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。

イ 助言を行った歯科医師

ロ 歯科医師からの助言の要点

ハ 具体的方策

ニ 当該施設における実施目標

ホ 留意事項・特記事項

(3) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(2)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●運営規程

重要事項に関する運営規程を定めておかなければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 入院患者の定員
- ④ 入院患者に対する指定介護療養施設サービス内容及び利用料その他の費用の額
- ⑤ 施設の利用にあたっての留意事項
(入院患者が留意すべき事項・・・入院生活上のルール、設備の利用上の留意事項等)
- ⑥ 非常災害対策（非常災害に際して、必要な具体的計画の策定、関係機関等の通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等）
- ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑧ その他施設の運営に関する重要事項（緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。）

●利用料等の受領

(サービス利用料その他費用の額)

- 1 指定介護療養施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。
- 2 前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。
ただし、食費、居住費については、入院患者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。
 - (1) 食費 ○○○円（日額）
※食費の設定については、1日単位でも、朝食・昼食・夕食に分けることも可能。
短期入所サービスについては、原則として1食毎に設定。
 - (2) 居住費 従来型個室 ○○○円（日額）
多床室 ○○○円（日額）
※従来型個室＝室料＋光熱水費（経過措置あり）、多床室＝光熱水費
※施設の建設費用（修繕・維持費用等を含み、また公的助成の有無を勘案）、近隣の類似施設との比較、光熱水費の平均的な水準等を勘案して設定すること。
 - (3) 特別な室料 ○○○円
※利用者の特別な希望に基づく居住環境。（占有面積、立地条件、景観、インターネット接続等の利便性等）
※入院患者の選択によって行われるものであり、施設側の都合による場合は当該利用料の徴収はできない。

(4) 特別メニューの食費 〇〇〇円

※(1)～(4)については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」【H17.9.7 厚生労働省告示第 419 号】及び「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に関する基準等」【H12.3.30 厚生労働省告示第 123 号】の定めるところによる。

(5) 理美容代 〇〇〇円

(6) **その他の日常生活費**（日常生活でも通常必要となる費用で、利用者負担が適当と認められるもの）

- ・ 日常生活の身の回り品（歯ブラシ・化粧品等（利用者等の希望を確認した上で提供されるもの））
- ・ 教養娯楽として日常生活に必要なもの（一律に提供される教養娯楽（テレビ・カラオケ等）は不可）
- ・ 健康管理費（インフルエンザ予防接種等）
- ・ 預かり金の出納管理に係る費用（曖昧な額は不可。積算根拠が明確でなければならない）
- ・ 私物の洗濯代（外部のクリーニング店が行うもの）

(7) **サービス提供とは関係のない費用**（個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用）（※）

- ・ 個人用の日用品で、個人の嗜好による「贅沢品」
- ・ 個人用の日用品で、個別の希望に応じて立て替え払いで購入した費用
- ・ 個人専用の家電製品の電気代
- ・ 全く個人の希望に応じ、施設が代わって購入する雑誌、新聞等の代金
- ・ 事業者が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの

3 前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入院患者又はその家族に対し、サービス内容及び費用を文書で説明した上で、入院患者の同意を得なければならない。

4 前第1項の法定代理受領サービスに該当しない指定介護療養施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した指定介護療養施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入院患者に交付する。

(注意点)

○ おむつ代、おむつカバー代、これらの洗濯代は一切徴収できない。（介護保険の算定に含まれる。）

○ 「その他の日常生活費」

- ・ 施設サービスの一環として提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者等に負担させることが適当と認められるもの。利用者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない（個人の自由な選択に基づく）。
- ・ 「その他の日常生活費」の受領については、次の基準を遵守しなければならない。

- ① 保険対象サービスと重複しない（例：医療・介護目的である、医療材料・薬剤・いわゆるサプリメント・ベッド、車いす、体位変換器等直接介護に要する備品の費用・入浴時の消耗品・タオル類・エアマットにかかる費用等）
 - ② 名目、内訳の明確化（お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目は一切認められない。）
 - ③ 利用者等又はその家族等に事前の説明と同意
 - ④ 実費相当額の範囲内
 - ⑤ 費用の運営規程での定めと施設での掲示（額が変動するものについては「実費」との表示で可。）
- 出納管理を適正に行うための要件
 - ・ 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること。
 - ・ 出納事務の内容が、常に複数の者により確認できる体制であること。
 - ・ 保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳など、必要書類が備えてあること。
 - ※「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（H12. 3. 30 付け老企第 54 号）参照
 - 領収書（介護保険法施行規則第 82 条）

領収書には、①利用者負担部分の額、②食費・居住費、③その他の費用の額（その他の日常生活費・特別なサービスの費用）を区分して記載し、③その他の費用の額はそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要がある。
 - 「サービス提供とは関係のない費用」

料金を掲示したもの以外に、利用者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収する」との表示でも可。これも、利用者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく）また、内容や費用の掲示・説明と同意書による確認などは「その他の日常生活費」と同様に取り扱うことが適当。

●看護及び医学的管理の下における介護

- ・ 1 週間に 2 回以上、入浴又は清しきを実施すること。
- ・ 排泄の自立について必要な援助を行うこと。
- ・ 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うこと。
- ・ 「寝たきり」を防ぐため、離床・着替え・整容その他日常生活上の世話をを行うこと。
- ・ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置すること。

●勤務体制の確保等

指定介護療養型医療施設ごとに、原則として月ごと病棟ごとの勤務表を作成し、従業員の勤務状況を明確にしておかなければならない。

- (1) 勤務表に記載すべき事項
 - ① 従業員の日々の勤務時間
 - ② 常勤・非常勤の別

③ 看護・介護職員等の配置

④ 管理者との兼務関係 等

※人員基準や加算の要件を確認するため、必ず作成すること。また、辞令等により兼務状況を明確にしておくこと。

(2) 研修等の取扱い

・指定介護療養型医療施設に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解し、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。

・当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とする^{こととし}、具体的には看護師、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、きゅう師等とする。

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。指定介護療養型医療施設は、令和6年3月31日までに医療・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。

- ・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^{こととする}（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。

(3) 勤務体制について

・当該指定介護療養型医療施設の従業者の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

・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、事業主には、職場におけるセクシュア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措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定すること。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。（なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入院患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。）

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容
事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 事業主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ならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 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主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（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努める。

ロ 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）

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、入院患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、イ（事業主が講ずべき措置の具体的な内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「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。この際、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されたい。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護施設におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、

事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、施設におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。

●業務継続計画の策定

・ 基準省令第 25 条の 2 は、指定介護療養型医療施設は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入院患者が継続して指定介護療養型医療施設サービスの提供を受けられるよう、指定介護療養型医療施設サービス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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、指定介護療養型医療施設に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。

・ 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第 26 条の 2 に基づき施設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。

・ 感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

※なお、業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、令和 3 年改正省令附則第 3 条において、3 年間の経過措置を設けており、令和 6 年 3 月 31 日までの間は、努力義務とされている。

・ 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」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

① 感染症に係る業務継続計画

イ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

ロ 初動対応

ハ 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）

② 災害に係る業務継続計画

イ 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）

ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ハ 他施設及び地域との連携

・ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解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、定期的（年 2 回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に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。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

・訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。

・なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

・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。

●衛生管理等（令和3年度変更部分）

・基準第28条に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から⑤までの取扱いとすること。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務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である。

② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針当該施設における「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

③ 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介護職員その他の従業者に対する「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」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、当該施設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。

④ 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練平時から、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。

⑤省略

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第11条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●揭示

指定介護療養型医療施設は、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資す

ると認められる重要事項を指定介護療養型医療施設の見やすい場所に掲示することを規定しなければならない。

●苦情処理

提供した指定介護療養施設サービスに関する入院患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、必要な措置を講じなければならない。

(必要な措置)

- ① 苦情を相談する相談窓口の設置
- ② 苦情処理体制手続の明確化
- ③ 苦情に対する速やかな対応
- ④ 入院患者又はその家族に対する説明、重要事項説明書への記載及び施設への掲示

●事故発生の防止及び発生時の対応

事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ① 事故が発生した場合の対応、次の②に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修（研修プログラムを作成し、年2回以上開催）を定期的に行うこと。
- ④ 入所者（利用者）に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者（利用者）の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ⑥ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- ⑦ ①～③の措置を適切に実施するため担当者を設置しなければならない。

●虐待防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ② 施設における虐待防止のための指針を整備すること。
- ③ 介護職員その他の従業者に対して、定期的に虐待の防止のための研修を実施すること。
- ④ 上記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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●研修・教育

職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を計画的に確保しなければならない。

- ・身体拘束等の適正化のための研修（年2回以上）
- ・褥瘡対策に関する施設内職員継続教育
- ・感染症及び食中毒の予防等の研修(年2回以上、新規採用時には必ず研修実施)
- ・事故発生の防止のための研修(年2回以上、新規採用時には必ず研修実施)
- ・高齢者の虐待防止に関する研修
- ・ユニットケアリーダー研修を受講していないユニットの責任者への伝達研修 等

●介護保険施設における身元保証人等の取扱について

- ・「介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）において、身元保証人等がないと入院・入所を認めない施設が一部に存在するとの指摘がある。この点において、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い。
- ・また、各施設の基準省令において、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。
- ・介護保険施設に対する指導・監督権限を持つ都道府県等におかれては、管内の介護保険施設が、身元保証人等がないことのみを理由に入所を拒むことや退所を求めるといった不適切な取扱を行うことのないよう、適切に指導・監督を行っていただきたい。」

(H28. 3. 7 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議高齢者支援課資料)

3 報酬に関する基準

I 人員配置区分

(1) 療養病床を有する病院 【病】

人員配置 区分	算 定 区 分
I 型	① 入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で4：1以上 ② 入院患者数：看護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ③ ②の看護職員の最少必要数の2割以上は、看護師であること。 ④ 医師及び介護支援専門員の員数が人員基準欠如による減算の適用を受けていないこと。 ⑤ 療養病棟の病室が、次の基準を満たすこと。 ア 一の病室の病床数が4床以下 イ 床面積が内法により入院患者1人につき6.4㎡以上 ウ 廊下幅が内法により1.8m以上(両側に居室がある廊下については、2.7m以上) ⑥ 機能訓練室の床面積が内法による測定で40㎡以上 ⑦ 食堂及び浴室を有していること。

	(食堂の面積は、内法により療養病床の入院患者一人につき1㎡以上)
Ⅱ型	① 入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で5：1以上 ②～⑦は、Ⅰ型と同様
Ⅲ型	① 入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ②～⑦は、Ⅰ型と同様

(2) 療養病床を有する診療所 【診】

人員配置 区分	算 定 区 分
Ⅰ型	① 療養病棟における入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ② 療養病棟における入院患者数：看護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ③ (1) ⑤と同様 ④ (1) ⑦と同様
Ⅱ型	① 療養病棟における入院患者数：看護職員数＋介護職員数＝常勤換算方法で3：1以上(うち1名については、看護職員とする。) ② (1) ⑤と同様 ③ (1) ⑦と同様

(3) 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 【老】

人員配置 区分	算 定 区 分
Ⅰ型	※ 医療法施行規則第43条の2の適用を受ける病院(大学病院等)のみ ① 療養病棟における入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ② 療養病棟における入院患者数：看護職員数＝常勤換算方法で3：1以上 ③ ②の看護職員の最少必要数の2割以上は、看護師であること。 ④ 医師及び介護支援専門員の員数が人員基準欠如による減算の適用を受けていないこと。 ⑤ 療養病棟の病室が、次の基準を満たすこと。 ア 一の病室の病床数が4床以下 イ 床面積が内法により入院患者1人につき6.4㎡以上 ウ 廊下幅が内法により1.8m以上(両側に居室がある廊下については、2.7m以上)
Ⅱ型	① 療養病棟における入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で4：1以上 ② 療養病棟における入院患者数：看護職員数＝常勤換算方法で4：1以上 ③～⑤は、Ⅰ型と同様。
Ⅲ型	① 療養病棟における入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で5：1以上 ②～⑤は、Ⅰ型と同様。

IV型	① 療養病棟における入院患者数：介護職員数＝常勤換算方法で6：1以上 ②～⑤は、I型と同様。
V型	① 療養病棟における入院患者数：看護職員数＝常勤換算方法で4：1以上 <経過措置型> ①の基準によって配置する看護職員について、老人性認知症疾患型療養病棟における入院患者の数を4で除した数(その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)から、当該病棟における入院患者の数を5で除した数(その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)を減じた範囲内で介護職員としている場合。③～⑤はI型と同様。

II 介護報酬に係る加算及び減算

(1) 介護医療院等への移行等に関する計画の届出

<p>令和6年4月1日までの介護医療院等への移行等に関する計画を、4月から9月まで及び10月から翌年3月までの半期ごとに県知事に届け出していない場合は、移行計画未提出減算として、当該半期経過後6月の期間、1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p> <p>※最初の提出期限は令和3年9月30日とし以後、半年後を提出期限とする。</p>
--

(2) 夜間勤務等看護加算 [病]

区分	病棟単位の夜勤職員配置等	平均夜勤時間	単位数
基準型	夜勤を行う看護職員＋介護職員が30：1以上 (最低2人以上、うち1人は看護職員)	64時間以下	なし
加算型Ⅰ	夜勤を行う看護職員が15：1以上 (最低2人以上)	72時間以下	+23単位
加算型Ⅱ	夜勤を行う看護職員が20：1以上 (最低2人以上)	72時間以下	+14単位
加算型Ⅲ	夜勤を行う看護職員＋介護職員が15：1以上 (最低2人以上、うち1人は看護職員)	72時間以下	+14単位
加算型Ⅳ	夜勤を行う看護職員＋介護職員が20：1以上 (最低2人以上、うち1人は看護職員)	72時間以下	+7単位
減算型	基準型の要件を満たさない場合 <下記参照>		-25単位

<夜勤職員数の基準未満による減算>

ある月(暦月)において、夜勤職員基準において次のいずれかに該当した場合は、その翌月のすべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について、所定単位数から25単位減算して算定する。

- ① 夜間時間帯（午後10時から翌日午前5時までを含めた連続する16時間）において、夜勤職員基準を満たさない日が、2日以上連続した場合。
- ② 夜勤時間帯において、夜勤職員基準を満たさない日が、4日以上発生した場合。

< 1日平均夜勤職員数又は月平均夜勤時間数による減算等 >

次のいずれかに該当した月には、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について、所定単位数から25単位減算して算定する。

- ① 前月において、1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。
- ② 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間（暦月）継続していたこと。
- ③ 前月において月平均夜勤時間数が、夜勤職員基準上の基準時間を1割以上上回っていたこと。
- ④ 月平均夜勤時間数の過去3月間（暦月）の平均が、夜勤職員基準上の基準時間を超えていたこと。

【留意事項】

- 1 夜勤を行う職員の勤務体制については、病棟単位で職員数を届け出ること。
 - 2 夜勤を行う職員の数、1日平均夜勤職員数とする。（小数点第3位以下は切り捨て）
- $$1日平均夜勤職員数 = \frac{\text{暦月の夜勤時間帯における延夜勤時間数}}{\text{当該月の日数} \times 16 \text{時間}}$$
- 3 月平均夜勤時間数は、病棟ごとに届出前1月又は4週間の夜勤時間帯における看護職員及び介護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員で除した数とする。
- 届出直後においては、当該病棟の直近3月間又は12週間の実績の平均値が条件を満たしていれば差し支えない。
- 4 専ら夜勤勤務時間帯に勤務する者（夜勤専従者）については、それぞれの月平均夜勤時間数は、基準の概ね2倍以内とすること。
 - 5 月平均夜勤時間数の算定における実人員及び延夜勤時間数には、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く。ただし、1日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤勤務者の夜勤時間数が含まれる。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{届出前1月又は4週間の看護及び介護職員延夜勤時間数}}{\frac{\text{夜勤専従者と月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く}}{\text{夜勤時間帯に勤務した実人員}}}$$

（夜勤専従者と月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く）

- 6 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定できない。

(3) 人員基準欠如減算 [病] [老]

職種	算定区分	単位数
医師	僻地医師確保計画届出を知事に届け出ておらず、医師の数が指定介護療養型医療施設基準に定める員数の60%	所定単位の100分の90

	未満	
	僻地医師確保計画届出を知事に届け出たものであって、医師の数が指定介護療養型医療施設基準に定める員数の60%未満	-12 単位
看護職員	看護職員及び介護職員の員数は満たしているが、そのうち基準上必要な正看護師の配置数が20%未満	所定単位の 100 分の 90
看護・介護職員	基準上必要とされる看護職員及び介護職員数を置いている	所定単位数の 100 分の 70
介護支援専門員	基準上必要とされる介護支援専門員を置いている	所定単位数の 100 分の 70

<減算要件>

- ① 各月における看護職員又は介護職員の欠如については、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は、人員基準欠如開始月の翌月から
 - 1割以下で減少した場合は、人員基準欠如開始月の翌々月から
- それぞれ職員の欠員が解消された月まで、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について、所定単位数（加算は除く。）が上記減算基準により減算される。
- ただし、1割以下の場合については、翌月の末日において人員基準を満たすようになっていけば減算は行われない。

【留意事項】

- ・ 「看護職員及び介護職員」の配置は、最も低い所定単位数（Ⅲ型）を下回ってはじめて減算となる（下表参照）。

人員配置区分	1割以内で減少した場合	1割を超えて減少した場合
I型 看護 6:1 介護 4:1	I型は満たさないが、II型は満たす状態の場合、翌々月からII型にて算定する。	I型は満たさないが、II型は満たす状態の場合、翌月からII型にて算定する。
II型 看護 6:1 介護 5:1	II型は満たさないが、III型は満たす状態の場合、翌々月からIII型にて算定する。	II型は満たさないが、III型は満たす状態の場合、翌月からIII型にて算定する。
III型 看護 6:1 介護 6:1	翌々月から所定単位（III型）の70%にて算定する。（減算規定適用）	翌月から、所定単位（III型）の70%にて算定する。（減算規定適用）

※ 減算とならないよう余裕をもった人員配置とすること。なお、著しい人員基準欠如が継続し、県の指導に従わない場合には、指定の取消しの対象となるので注意すること。

- ② 各月における医師、介護支援専門員の欠如については、人員基準欠如開始月の翌々月から

職員の欠員が解消された月まで、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について、所定単位数（加算は除く。）が上記減算基準により減算される。

ただし、翌月の末日において人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない。

○100床未満の病院の人員基準欠如などによる減算の特例

医療法（昭和23年法律第205号）上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院においては、やむをえない事情により配置されていた職員数が1割以下で減少した場合の人員基準欠如による所定単位数の減算については、当分の間、次のとおり扱う。

ア 看護職員・介護職員の人員基準欠如については、人員基準上必要とされる員数から

a 1割を超えて減少した場合は、人員基準欠如開始月の翌月から

b 1割の範囲内で減少した場合には、人員基準欠如開始月の3か月後から

それぞれ職員の欠員が解消された月まで、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について所定単位数が減算される。

ただし、bについては、翌々月の末日において人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない。

イ 医師、介護支援専門員の欠如については、その3か月後から職員の欠員が解消された月まで、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について所定単位数が減算される。

ただし、翌々月の末日において人員基準を満たすようになっていれば減算は行われない。

(4) 医療法施行規則第49条適用の医師配置減算 [病]

医師の配置について、医療法施行規則第49条の規定が適用されている病院は、1日につき12単位を所定単位数から減算する。

医療法施行規則第49条

療養病床を有する病院であって、療養病床の病床数の全病床数に占める割合が100分の50を超えるものについては、当分の間、第19条第1項第1号（第43条の2の規定に読み替えて適用する場合を含む。）、第52条第1項及び平成13年改正省令附則第16条第2項第1号中「52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数」とあるのは「36までは2とし、特定数が36を超える場合には当該特定数から36を減じた数を16で除した数に2を加えた数」とする。

(5) 療養環境減算 [病] [診]

施設区分	算定要件	単位数
病院	療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅が内法による測定で1.8m未満（両側に居室がある廊下にあつては、2.7m未満）	-25単位
診療所	療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅が内法による測定で	-60単位

	1.8m未満（両側に居室がある廊下にあつては、2.7m未満）	
--	--------------------------------	--

(6) 身体拘束廃止未実施減算 [病] [診] [老]

身体拘束等を行う場合に、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録を行っていない場合、身体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場合、身体拘束等の適正化のための指針を整備していない場合、身体拘束等の適正化のための定期的な研修（年2回以上）を実施していない場合に、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について所定単位数の10%を減算する。

<留意事項>

- ① 施設において身体拘束が行われていた場合に減算するものではない。
- ② 記録を行っていない、身体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、身体拘束等の適正化のための指針を整備していない、身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を県に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を県に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、すべての介護保険適用部分の入院患者及び短期入所利用者について所定単位数から減算する。

(7) 若年性認知症患者受入加算 [病] [診]

受け入れた若年性認知症患者利用者ごとに個別の担当者を定め、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った場合、1日につき120単位を所定単位数に加算する。

<算定要件等>

- ① 一度、本加算制度の対象者となった場合は、65歳の誕生日の前々日まで対象となる。
- ② 担当者とは、施設の介護職員の中から定めるが、人数や資格等の要件は問わない。
- ③ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定しない。

(8) 外泊時費用の算定 [病] [診] [老]

居室における外泊を認めた場合、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362単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。

<算定要件等>

- ① 外泊時の費用の算定について、外泊の初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の外泊を行う場合は、6日と計算されること。

(例) 外泊時間：3月1日～3月8日

3月1日（外泊の開始日）…所定の単位数を算定

3月2～7日（6日間）…1日につき362単位を算定

3月8日（外泊の終了日）…所定単位数を算定

- ② 入院患者の外泊期間中にそのまま退院した場合は、退院した日の外泊時の費用は算定できる。また、入院患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は外泊時の費用は算定できない。
- ③ 入院患者の外泊期間中で、かつ、外泊時の費用の算定の算定期間中にある場合は、当該入院患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が、当該入院患者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、外泊時の費用は算定できないこと。
- ④ 外泊時の取り扱い
- ア 外泊時の費用の算定にあたって、1回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで外泊時の費用の算定が可能であること。
- （例）外泊期間：1月25日～3月28日
- 1月25日（外泊の開始日）…所定単位数を算定
- 1月26日～1月31日（6日間）…1日につき362単位を算定
- 2月1日～2月6日（6日間）…1日につき362単位を算定
- 2月7日～3月7日…算定不可
- 3月8日（外泊の終了日）…所定単位数を算定
- ※ 上記例のとおり、月を連続してまたがる場合にのみ最大12日分算定ができ、毎月ごとに6日分の外泊時費用の算定ができるものではない。
- イ 外泊には、入院患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ものであること。
- ウ 外泊期間中は、当該入院患者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。

(9) 試行的退院サービスの算定 [病（経過型介護療養施設）]

- 退院が見込まれる者をその居宅において試行的に退院させ、指定介護療養型医療施設が居宅サービスを提供する場合に、1日につき800単位を算定する。
- <算定要件等>
- ① 1月に6日を限度とする。
- ② 試行的退院に係る初日及び最終日は、算定できないこと。
- ③ 外泊時費用の算定を行う場合は、算定しないこと。

(10) 他科受診時費用の算定 [病] [診] [老]

- 入院患者に対し専門的な診療が必要な場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し他の病院または診療所において当該診療が行われた場合は、1月に4日を限度として、所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する。
- <算定要件等>
- ① 他医療機関が特別の関係にないこと。

<p>ア 「特別な関係」とは、以下のいずれかに該当する場合に、当該医療機関と当該他の医療機関は特別の関係にあると認められる。</p> <p>(イ) 当該医療機関の開設者が、当該他の医療機関の開設者と同一の場合</p> <p>(ロ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者と同一の場合</p> <p>(ハ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者の親族等の場合</p> <p>(ニ) 当該医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の医療機関の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合</p> <p>(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該医療機関が、当該他の医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができる）と認められる場合に限る。）</p> <p>イ 「医療機関」とは、病院又は診療所をいう。</p> <p>ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。</p> <p>(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者</p> <p>(ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持している者</p> <p>(ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの</p> <p>② 指定介護療養型医療施設は、必要な医療を提供する施設であり、施設サービス費又は短期入所療養介護費に含まれる診療は、別途医療保険で請求できない。</p> <p>③ 施設サービス費又は短期入所療養介護費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。</p>
<p>関連Q&A（「介護保険最新情報」vol.79）</p> <p>平成21年Q&A vol.2（平成21年4月17日）</p> <p>（問38） 他科受診時の費用を算定した日については、どの加算が算定できるのか。</p> <p>（答） 他科受診時の費用を算定した日については、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算及び療養食加算は算定できる。</p>

(11) 初期加算 [病] [診] [老]

<p>入院した日から起算して30日以内の期間について、1日につき30単位を加算する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 当該入院患者が、過去3ヶ月以内に介護療養型医療施設に入院したことがない場合に限り算定できる。</p> <p>② 短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入院した場合は、入院直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数を算定する。</p> <p>③ 「入所日から30日間」中に外泊をおこなった場合、当該外泊を行っている間は初期加算を算定できない。</p>
--

(12) 退院時指導等加算 [病] [診] [老]

区分	算定要件等
a) 退院前訪問指導加算 (460 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間が1月以上（見込みを含む）の入院患者が退院後生活する居宅を訪問し、当該入院患者及び家族に対し療養上の指導を行った場合に、入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる入院患者にあつては2回）を限度として退院日に算定する。 ・ 退院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つて、当該入院患者の同意を得て、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 ・ 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。 ・ 指導日、指導内容の要点を診療録等に記載すること。
b) 退院後訪問指導加算 (460 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後30日以内にその居宅を訪問し、当該入院患者及び家族等に対し療養上の指導を行った場合に、退院後1回を限度として訪問日に算定する。 ・ 退院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つて、当該入院患者の同意を得て、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。 ・ 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。 ・ 指導日、指導内容の要点を診療録等に記載すること。
c) 退院時指導加算 (400 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間が1月以上の入院患者が退院時に、入院患者及び家族等に対し退院後の療養上の指導を行った場合に1回を限度として算定する。 ・ 指導日、指導内容の要点を診療録等に記載すること。
d) 退院時情報提供加算 (500 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間が1月以上の入院患者が退院後、その居宅において療養を継続する場合、本人の同意を得て、主治の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて当該入院患者の紹介を行った場合に、1回を限度として算定する。 ・ 退院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つて、当該入院患者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入院患者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した時も、同様に算定する。
e) 退院前連携加算 (500 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間が1月以上の入院患者の退院に先立って、居宅介護支援事業者に対し、入院患者の同意を得て介護状

	<p>況を示す文書による情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、1回を限度として退院日に算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携を行った日、連携内容の要点に関する記録を行うこと。
f) 訪問看護指示加算 (300 単位)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院患者の退院時に、医師が、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限る。）又は指定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。）の利用が必要であると認め、当該入院患者の選定する指定訪問看護ステーション等の事業所に対して、本人の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合、1回を限度として算定する。 ・ 交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなす。 ・ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
a)～e) 共通事項 退院の理由が病院・診療所への入院、他の介護保険施設への入所、死亡でないこと。	

(13) 低栄養リスク改善加算 [病] [診] [老]

<p>低栄養状態にある、又は低栄養リスクの高い入院患者に対して、多職種（医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等）が共同して栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成・栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から6か月以内に限り、1月につき所定単位数（300単位）を算定する。</p> <p>ただし、栄養管理減算、経口移行加算又は経口維持加算を算定している場合は算定しない。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る。</p> <p>② 月1回以上、多職種（医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等）が共同して、入院患者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること）。また、当該計画については、低栄養状態の改善等を行うための</p>
--

<p>栄養管理の対象となる入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>③ 当該計画に基づき、管理栄養士等は入院患者の食事の観察を週5回以上行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。低栄養リスク改善加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は同意を得られた月から起算して6月以内の期間に限るものとする。</p> <p>④ 低栄養状態の改善等のための栄養管理が、同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあつては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。</p> <p>⑤ 褥瘡を有する場合であつて、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、低栄養リスク改善加算は算定できない。</p>
--

(14) 経口移行加算 [病] [診] [老]

<p>経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による経口による食事の摂取を進めるための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、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき28単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 継続の必要性を判断した医師の指示により、180日を超えて実施する場合は、引き続き算定できる。ただし、この場合、医師の指示は、概ね2週間毎に受けること。</p> <p>② 現に経管による食事摂取の者であつて、経口による食事摂取を進めるための栄養管理が必要及び支援であると医師の指示を受けた者を対象とすること。</p> <p>③ 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口移行計画を作成すること。</p> <p>④ 計画を入院患者又は家族に説明し、同意を得ること。</p> <p>⑤ 誤嚥性肺炎防止のための所定の確認を行ったうえで実施すること。</p> <p>⑥ 経口移行加算算定後、経口移行できなかった場合に、期間を空けて再度実施する場合は、当該加算は算定できない。</p> <p>⑦ 栄養管理減算を算定している場合は算定しない。</p>
--

(15) 経口維持加算 [病] [診] [老]

区分	算定要件等
a) 経口維持加算 (I)	現に経口により食事を摂取する者であつて、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入院患者に対して、医師などが共同して食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であつて、

	当該計画に従い医師等の指示を受けた管理栄養士等が栄養管理を行った場合、1月につき400単位を加算する。
b)経口維持加算(Ⅱ)	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入院患者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に1月につき100単位を加算する。
<p><算定要件等></p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設であること。</p> <p>ア 定員超過入院・人員基準欠如(看護師比率に係る部分等を除く)に該当していないこと。</p> <p>イ 入院患者の摂食・嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。</p> <p>ウ 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。</p> <p>エ 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。</p> <p>オ 上記イからエを多職種協働により実施するための体制が整備されていること。</p> <p>② 医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他職種の者が共同して、入院患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、入院患者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成していること。</p> <p>③ 当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行なうこと。</p> <p>④ 「誤嚥等が発生した場合の管理体制」については、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。</p> <p>⑤ 栄養管理減算又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。</p>	

(16) 口腔衛生管理加算 [病] [診] [老]

<p>別に厚生労働大臣が定める基準(口腔機能維持管理体制加算と同じ)に適合する指定介護療養型医療施設において、次のすべてに適合する場合に、1月につき90単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 次のすべてに適合すること。</p> <p>ア 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し、口腔ケアを月2回以上行うこと。</p> <p>イ 歯科衛生士が入院患者に係る口腔ケアについて、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。</p> <p>ウ 歯科衛生士が、入院患者の口腔に関する介護職員からの相談に必要な応じ対応すること。</p> <p>② 本加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能管理体制加算を算定して</p>

いる施設の入院患者に対して口腔ケアを実施し、当該入院患者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該利用者ごとに算定すること。

- ③ 当該施設が本加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入院患者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。また、別紙様式3（「介護報酬の解釈1 単位数表編」P735）を参考として入院患者ごとに口腔に関する問題点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）を作成し保管するとともに、その写しを当該入院患者に対して提供すること。
- ④ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入院患者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行うにあたり配慮すべき事項とする。）、実施した口腔ケアの内容等を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。また、当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを入院患者に対して提供すること。
- ⑤ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には算定できない。

(17) 療養食加算 [病] [診] [老]

別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として6単位を算定する。

<算定要件等>

- ① 次のすべてに適合すること。

ア 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

イ 入院患者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。

ウ 定員超過入院・人員基準欠如（看護師比率に係る部分等を除く）に該当しないこと。

- ② 「別に厚生労働大臣が定める療養食」とは、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づ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、胃潰瘍食（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいう。

- ③ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合には、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能である。

関連Q&A（介護保険最新情報vol.79）

平成21年Q & A vol.2 (平成21年4月17日)

(問10) 療養食加算の対象となる脂質異常症の入所者等について、薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、療養食加算を算定できるか。

(答) 医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。

(18) 在宅復帰支援機能加算 [病] [診] [老]

次の場合において、1日につき10単位を算定する。

<算定要件等>

- ① 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設であること。
 - ア 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退院した者の総数のうち、当該期間内に退院し、在宅において介護を受けることとなった者（当該施設における入院期間が1月間を超えていた者に限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。
 - イ 退院患者の退院後30日以内に、当該施設の従業者が当該退院患者の居宅を訪問し、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、当該退院患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。
- ② 次のいずれにも適合すること。
 - ア 入院患者の家族との連絡調整を行っていること。
 - イ 入院患者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入院患者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

(19) 認知症専門ケア加算 [病] [診]

区分	算定要件等
認知症専門ケア加算 (I) (3単位/日)	次のいずれにも適合すること。 <ol style="list-style-type: none">ア 当該施設における入院患者の総数のうち、認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上）が2分の1以上であること。イ 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修）を修了している者が、対象者の数が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は、1に、対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。ウ 当該施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議（テレビ電話装置等を活用して実施可

	能)を定期的を開催していること。
認知症専門ケア 加算(Ⅱ) (4単位/日)	次のいずれにも適合すること。 ア 加算(Ⅰ)の基準のいずれにも該当すること。 イ 認知症介護の指導に係る専門的な研修(認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修)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。 ウ 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。 <u>*加算(Ⅰ)、加算(Ⅱ)のどちらか1つしか算定できない。</u>

(20) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 [病] [診]

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、緊急に入院することが適当であると判断した者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合には、入院した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を算定する。

<算定要件等>

- ① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- ② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護療養型医療施設に一時的に入院することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。
- ③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護療養型医療施設への入院が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入院した場合に算定できる。
本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入院ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。
- ④ 本加算は、当該入院患者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入院後速やかに退院に向けた施設サービス計画を策定し、当該入院患者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。
- ⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入院した場合には、当該加算は算定できない。
 - ア 病院又は診療所に入院中の者
 - イ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
 - ウ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- ⑦ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。
- ⑧ 当該加算は、当該入院患者が入院前1月の間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できることとする。

(21) 排せつ支援加算 [病] [診] [老]

排せつに介護を要する入院患者であって、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と医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、多職種（医師、看護師、介護支援専門員等）が共同して支援計画を作成し、その計画に基づく支援を継続して実施した場合に、支援を開始した日の属する月から6月以内の期間に限り、1月につき100単位を算定する。ただし、同一入院期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない。

<算定要件等>

- ① 入所者が尿意・便意を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。
- ② 「排せつに介護を要する入院患者」とは、「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成27年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。
- ③ 「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、排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に改善すると見込まれることをいう。
- ④ ③の判断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し、③の判断を行う際、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。
- ⑤ 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支援計画を別紙様式6（「介護報酬の解釈1 単位数表編」 P738）の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び当該入院患者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他の職種を適宜加える。
- ⑥ 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とれた計画を、個々の入院患者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入院患者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑦ 入院患者又はその家族が、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容を理解し、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中断又は中止できることを説明し、理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑧ 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

(22) サービス提供体制強化加算 [病] [診] [老]

区分	算定要件等
a) 加算 (Ⅰ) (22単位/日)	<p>次のいずれにも適合すること。</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 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。</p> <p>ウ 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。</p> <p>エ 定員利用・人員基準に適合していること。</p>
b) 加算 (Ⅱ) (18単位/日)	<p>次のいずれにも適合すること。</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 定員利用・人員基準に適合していること。</p>
c) 加算 (Ⅲ) (6単位/日)	<p>次のいずれにも適合すること。</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 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60以上であること。</p> <p>ウ 利用者に直接サービスを提供する職員のうち、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。</p> <p>エ 定員利用・人員基準に適合していること。</p>
<p><算定要件等></p> <p>① 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。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。</p> <p>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月日以降届出が可能となるものである。</p> <p>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。</p> <p>② ①のただし書きの場合にあつては、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「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出しなければならない。</p>	

- ③ 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、平成 21 年 4 月における勤続年数 3 年以上の者とは、平成 21 年 3 月 31 日時点で勤続年数が 3 年以上である者をいう。
- ④ 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。
- ⑤ 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

(23) 安全管理体制未実施減算

運営基準における事故の発生又は再発防止するため措置が講じられていない場合、5 単位/日が減算となる。（6 か月の経過措置期間を設ける）

(24) 安全対策体制加算

入所者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り 20 単位を算定する。

<算定要件>

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

Ⅲ 特定診療費

* 下表の他に、「特定診療費の算定に関する留意事項について」（平成 12 年 3 月 31 日老企第 58 号）を参照すること。

区分	算定要件等
感染対策指導管理 [病] [診] [老]	入院患者に対して、常時感染防止対策を行う場合に、1 日につき 6 単位を算定する。 <算定要件等> ① メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。 ② メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
褥瘡対策指導管理 [病] [診] [老]	入院患者（日常生活の自立度が低い者に限る。）に対して、常時褥瘡対策を行う場合に、1 日につき 6 単位を算定する。 <算定要件等> 褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。
初期入院診療管理	入院患者に対して、その入院に際して医師が必要な診察、検査

<p>[病] [診] [老]</p>	<p>等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入院中1回（診療方針に重要な変更があった場合にあっては2回）を限度として250単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。</p> <p>② 病名、症状、予定される検査の内容及びその日程並びに予定されるリハビリテーションの内容及びその日程その他入院に関し、必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。</p> <p>③ 当該診療計画が入院した日から起算して2週間以内に、患者に対し文書により交付され説明がなされるものであること。</p>
<p>重度療養管理</p> <p>[病] [診] [老]</p> <p>*短期入所療養介護のみ</p>	<p>要介護4又は要介護5に該当する者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、1日につき123単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 次のいずれかに該当する状態であること。</p> <p>ア 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>イ 呼吸障害等により人口呼吸器を使用している状態</p> <p>ウ 中心静脈注射を実施しており、かつ強心薬等の薬剤を投与している状態</p> <p>エ 人工腎臓を実施しており、かつ重篤な合併症を有する状態</p> <p>オ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</p> <p>カ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態</p>
<p>特定施設管理</p> <p>[病] [診]</p>	<p>個室又は2人部屋において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入院患者に対して、指定短期入所療養介護、指定介護療養施設サービス、指定介護予防短期入所療養介護を行う場合は、個室の場合にあっては1日につき300単位、2人部屋の場合にあっては1日につき150単位を加算する。</p>
<p>重症皮膚潰瘍指導管理</p> <p>[病] [診]</p>	<p>重症皮膚潰瘍を有している者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ療養上必要な指導を行った場合に、1日につき18単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 次の要件を満たしている施設であること。</p> <p>ア 褥瘡対策指導管理の基準を満たしていること。</p> <p>イ 皮膚科又は形成外科を標榜している病院又は診療所である</p>

	<p>こと。</p> <p>ウ 重症皮膚潰瘍を有する入院患者について皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っていること。</p> <p>エ 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。</p>
<p>薬剤管理指導 [病] [診]</p>	<p>投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、週1回に限り、月に4回を限度として350単位を算定する。</p> <p>また、疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投薬又は注射が行われている入院患者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定単位数に50単位を加算する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。</p> <p>② 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。</p> <p>③ 利用者又は入院患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。</p>
<p>医学情報提供 [病] [診]</p>	<p>医療機関が退院する患者の診療に基づき、他の医療機関での入院治療の必要性を認め、患者の同意を得て、当該機関に対して診療状況を示す文書を添付して患者の紹介を行った場合は、1退院につき1回に限り、それぞれの区分に応じて算定する。</p> <p>・医学的情報提供（Ⅰ） 「診療所」から「診療所」への紹介、又は「病院」から「病院」への紹介を行った場合に、220単位を算定する。</p> <p>・医学的情報提供（Ⅱ） 290単位 「診療所」から「病院」への紹介、「病院」から「診療所」への紹介を行った場合に、290単位を算定する。</p>

IV リハビリテーション提供体制

項目	算定区分
<p>理学療法 [病] [診]</p>	<p>・理学療法（Ⅰ） 次の要件を満たしている医療機関において、理学療法を個別に行った場合に、1回につき123単位を算定する。</p> <p>ア 理学療法士が適切に配置されていること。</p> <p>イ 利用者又は入院患者の数が理学療法士を含む従事者の数に</p>

	<p>対して適切なものであること。</p> <p>ウ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>エ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。</p> <p>・理学療法（Ⅱ）</p> <p>理学療法（Ⅰ）を算定する以外の医療機関において、理学療法を個別に行った場合に、1回につき73単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 理学療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回（作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回）に限り算定するものとし、その利用を開始又は入院した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。</p> <p>② 理学療法（Ⅰ）に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、作業療法の注3の規定（平成12年厚生省告示第30号）により加算する場合はこの限りでない。</p> <p>③ 基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし作業療法の注4の規定（平成12年厚生省告示第30号）により加算する場合はこの限りではない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。</p> <p>④ 専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。</p>
作業療法	下記の要件を満たしている医療機関において作業療法を個別に

<p>[病] [診]</p>	<p>行った場合に、1回につき123単位を算定する。</p> <p>ア 作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>イ 利用者又は入院患者の数が作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。</p> <p>ウ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>エ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。</p> <p><算定要件等></p> <p>理学療法の①～④と同様。</p>
<p>言語聴覚療法 [病] [診]</p>	<p>下記の要件を満たしている医療機関において言語聴覚療法を個別に行った場合に、1回につき203単位を算定する。</p> <p>ア 言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>イ 利用者又は入院患者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。</p> <p>ウ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>エ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。</p> <p><算定要件等></p> <p>理学療法の①～④と同様。</p>
<p>集団コミュニケーション療法 [病] [診]</p>	<p>下記の要件を満たしている医療機関において集団コミュニケーション療法を行った場合に、1回につき50単位（利用者又は入院患者1人につき1日3回を限度）を算定する。</p> <p>ア 言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>イ 利用者又は入院患者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。</p> <p>ウ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>エ 当該療法を行うにつき必要な器械、器具が具備されていること。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ複数の患者に対し、集団で言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。</p> <p>② 集団コミュニケーション療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士の監視下で行われるものについて算定する。</p> <p>③ 集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の</p>

	<p>症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者に対し、言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定する。同時に行う患者数については、その提供時間内を担当する言語聴覚士により、適切な集団コミュニケーション療法が提供できる人数以内に留める必要があり、過度に患者数を多くして、患者1人1人に対応できないということがないようにする。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。</p> <p>④ 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに、効果判定を行い、集団コミュニケーション療法実施計画を作成する必要がある。ただし、集団コミュニケーション療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は、開始時その後3月に1回以上患者に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。</p>
<p>摂食機能療法 [病] [診]</p>	<p>摂食機能障害を有する者に対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月に4回を限度として、1日につき208単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 「摂食機能障害を有する者」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者をいう。</p> <p>② 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、患者1人につき1日合計4回に限り算定し、集団コミュニケーション療法は1日につき3回、摂食機能療法は、1日につき1回のみ算定する。</p>
<p>短期集中リハビリテーション [病] [診]</p>	<p>入院患者の入院した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、1日につき240単位を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。</p>
<p>認知症短期集中リハビリテーション [病] [診]</p>	<p>入院患者の入院した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、1週に3日を限度として1日につき240単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p>

	<p>①下記の要件を満たしている医療機関であること。</p> <p>ア 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士等という）が適切に配置されていること。</p> <p>イ 入院患者が、理学療法士等の数に対して適切なものであること。</p> <p>② 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準とする。</p> <p>③ 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等」が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。</p> <p>④ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。</p> <p>⑤ 当該リハビリテーションにあっては、1人の医師又は理学療法士等が1人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。</p> <p>⑥ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護療養施設サービス費に含まれる。</p> <p>⑦ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね5点～25点に相当する者とする。</p> <p>⑧ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されること。</p>
--	---

	<p>⑨ 短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。</p> <p>⑩ 当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算を算定したことがない場合に限り算定できることとする。</p>
<p>精神科作業療法 [病] [診] [老]</p>	<p>入院患者に対して精神科作業療法を行った場合に、1日につき220単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>①下記の要件を満たしている医療機関であること。</p> <p>ア 作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>イ 利用者又は入院患者の数が作業療法士の数に対し適切なものであること。</p> <p>ウ 当該作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>② 専従の作業療法士が最低1人以上いること。</p> <p>③ 作業療法士1人に対して、患者数は1日75人を標準とすること。</p> <p>④ 作業療法のための専用の施設の広さが、作業療法士1人に対して75㎡を基準とすること。</p> <p>⑤ 作業療法を行うために必要な器械・器具を有していること。</p> <p>⑥ 精神科を標榜する医療機関で、精神科担当医師（非常勤で可）の指示の下に実施していること。</p>
<p>認知症老人入院精神療法 [病] [診] [老]</p>	<p>入院患者に対して認知症老人入院精神療法を行った場合に、1日につき330単位を算定する。</p> <p><算定要件等></p> <p>① 認知症老人入院精神療法とは、回想法又は、R・O・法（リアリティー・オリエンテーション法）を用いて認知症患者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に関わる要因を除去する治療法をいう。</p> <p>② 精神科医師の診療に基づき、対象となる患者ごとに治療計画を作成し行うこと。</p> <p>③ 精神科医師1人及び臨床心理技術者等1人より構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定すること（精神科医師は必ず1人以上従事）。</p> <p>④ 1回に概ね10人以内の患者を対象として、1時間を標準として実施すること。</p>

	⑤ 実施に要した内容、要点及び時刻について、診療録等に記載すること。
--	------------------------------------

* ここに記載されていない加算については、厚生労働省のホームページ等を参考にする
こと。

介護医療院の留意事項

1 介護医療院について

増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、①「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、②「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として、平成30年4月に介護医療院が創設された。これに伴い、平成30年3月31日で経過措置の期限を迎え廃止される予定だった介護療養型医療施設については、その廃止期限が6年間延長されている。→令和6年3月31日で廃止。

介護医療院は、主として長期にわたり療養が必要である者であって、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるためのⅠ型療養床と、それよりも比較的容体が安定した者に対するⅡ型療養床の2種類がある。

介護医療院の開設許可については、1つの介護医療院を単位として行われるが、介護医療院サービスを行う部分として認められる許可の単位等については、次のとおり。

- (1) 許可の単位は原則として「療養棟」とし、「療養棟」は、介護医療院における看護・介護体制の1単位として取り扱う。
- (2) 1療養棟の療養床数は、原則として60床以下とする。
- (3) 1療養棟ごとに、看護・介護サービスの責任者、サービス・ステーションを設置する。

なお、介護医療院の開設許可は、短期入所療養介護と通所リハビリテーションの指定があったものとみなす。

療養病床等の概要							
<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。 ○ 医療保険の「医療療養病床(医療保険財源)」と、介護保険の「介護療養病床(介護保険財源)」がある。 ○ 要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行) 							
	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		Ⅰ型	Ⅱ型		
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入居させるもの ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする患者に対し、医療的ケアの下における介護、必要な医療等 を提供するもの	要介護者の 長期療養・生活施設		要介護者に リハビリ 等を提供し、 在宅復帰を目的とする施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型: 約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師 48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	48対1 (3名以上、宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員 (35年度末まで、6対1で可) (7割)	4対1 (3対1)	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
介護職員 ※4	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (7割)		6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1	—	—
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準準拠(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあっては看護補助者、※5 大規模改修で6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修で6.4㎡以上で可。

2 人員基準について

【用語の定義】

(1) 「常勤換算方法」

当該介護医療院の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が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、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護医療院サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、**例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護医療院サービスと指定通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には、介護医療院サービスに係る勤務時間だけを算入することとなるものであること。**

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「母性健康管理措置」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、同条第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(以下「育児及び介護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。

(2) 「勤務延時間数」

勤務表上、介護医療院サービスの提供に従事する時間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、従業者一人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設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。

(3) 「常勤」

当該介護医療院における勤務時間が、当該施設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(1週間に勤務すべき時間数が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及び介護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、入所者の処遇に支障がない体制が施設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、当該施設に併設される事業所の職務であって、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数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、介護医療院と指定通所リハビリテーション事業所が併設されている場合、介護医療院の管理者と指定通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、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「産前産後休業」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。

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて介護医療院サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

(5) 「前年度の平均値」

① 基準省令第2条第4項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（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）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

② 減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の入所者延数を延日数で除して得た数とする。

介護医療院に求められる主な人員については、次のとおり。

（医師、看護・介護職員配置基準の該当部分を抜粋）

- (1) 医師 常勤換算でⅠ型療養床の入所者48人に対し1人以上
Ⅱ型療養床の入所者100人に対し1人以上
- (2) 看護職員 常勤換算で入所者6人に対し1人以上
※ 看護職員とは、看護師又は准看護師をいう。
- (3) 介護職員 常勤換算でⅠ型療養床の入所者5人に対し1人以上
Ⅱ型療養床の入所者6人に対し1人以上

※入所者の数は前年度の平均値。

人員配置 (指定基準)	介護医療院 (Ⅰ)	介護医療院 (Ⅱ)	医療機関併 設型介護医 療院(Ⅰ)	医療機関併 設型介護医 療院(Ⅱ)	併設型小規模介護医療院 (Ⅰ・Ⅱ)
医師	48対1 (施設で 3以上)	100対1 (施設で 1以上)	48対1	100対1	併設される医療機関の医師により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
リハビリ 専門職	適当数		適当数		併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては医師又はリハビリ専門職。診療所の場合にあっては医師)により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
薬剤師	150対1	300対1	150対1	300対1	併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては、医師又は薬剤師。診療所の場合にあっては医師)により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
看護職員	6対1		6対1		6対1
介護職員	5対1	6対1	5対1	6対1	6対1
栄養士又は 管理栄養士	定員100以上で1人		定員100以上で1人		併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士により、介護医療院の栄養士を置かないことができる
介護支援 専門員	100対1(施設で1以上)		100対1(施設で1以上)		適当数
診療放射線 技師	適当数		併設施設との職員の兼務を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない		併設施設との職員の兼務を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない
調理員、 事務員等	適当数		併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない		併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えない

厚生労働省は、より多くの方に「介護医療院」という新施設を認知・理解してもらえるよう、統一的なPRツールとしてロゴマークを選定しました。

介護医療院に関するポスター等でご活用いただくことを想定しています。



介護医療院

3 施設・設備基準について

介護医療院 ②施設・設備基準				
	介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設	
	指定基準	指定基準	指定基準	
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅:1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、線で示されているものは、病院としての基準

24

介護医療院に求められる主な施設については、次のとおり。

【施設の基準】

機能訓練室、談話室、食堂、レクリエーション・ルーム等を区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えないが、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さないよう全体の面積は各々の施設の基準面積を合算したもの以上とすること。

施設の兼用については、各々の施設の利用目的に沿い、かつ、入所者に対する介護医療院サービス提供に支障を来さない程度で認める。(介護医療院専用であることが原則)

- (1) 療養室
- 洗面所が療養室内に設置されている場合、基準面積に含めて差し支えない。
 - 内法による測定とすること。
 - 多床室の場合にあっては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。

- ・ナースコールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない。
- (2) 診察室
- ・ 医師が診察を行う施設
 - ・ 喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設（人体から排出され、又は採取された検体の微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査及び生化学的検査（検体検査）の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。）
 - ・ 調剤を行う施設
- (3) 処置室
- ・ 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設。
 - ・ 診察の用に供するエックス線装置
- (4) 機能訓練室
- ・ 介護医療院で行われる機能訓練は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の指導の下における運動機能やADL（日常生活動作能力）の改善を中心としたものであり、内法による測定で 40 m²以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。
- (5) 談話室
- ・ 入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。
- (6) 食堂
- ・ 内法による測定で、入所者1人当たり1 m²以上の面積を有すること。
- (7) 浴室
- ・ 身体の不自由な者が入浴するに適したものとすること。
 - ・ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。（有床診療所が転換による場合の経過措置あり）
- (8) レクリエーション・ルーム
- ・ レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
- (9) 洗面所
- ・ 身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- (10) 便所
- ・ 身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- (11) サービス・ステーション
- ・ 看護・介護職員が入所のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること。
- (12) 調理室
- ・ 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫、防鼠の設備を設けること。
- (13) 洗濯室又は洗濯場
- (14) 汚物処理室
- ・ 他の施設と区別された一定の広さを有すること。

【構造の基準】

療養室については、1室当たり定員4名以下、1人当たり床面積は8㎡以上と定められている。なお、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所、介護療養型老人保健施設から転換する場合には、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの時まで、床面積6.4㎡以上を可とする経過措置が適用される。ただし、療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である場合、療養環境減算（Ⅱ）の対象となる。

廊下の幅は1.8m以上、中廊下の幅は2.7m以上と定められている。なお、療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所、介護療養型老人保健施設から転換する場合には、療養室に隣接する廊下の幅は1.2m以上、中廊下の幅は1.6m以上を可とする経過措置が適用される。ただし、この場合、療養環境減算（Ⅰ）の対象となる。廊下の幅は内法によるものとし、壁から測定するもの。手すり、常夜灯を設けること。

医療の提供を適切に行うことを担保する観点から、処置室、臨床検査施設、X線装置、酸素等のガスを供給できる構造設備等、病院・診療所に準じた施設を、原則、有しなければならない。

階段には手すりを設けること。

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

4 運営に関する基準について

●介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

基準省令第2条第5項は、介護医療院サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、施設単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。

この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

●介護医療院サービスの取扱方針

・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

・身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置し

ている場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

・身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。

・身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

・介護医療院が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

●施設サービスの計画の作成

- ・施設サービス計画原案の作成

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地並びに介護医療院の医師の治療方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

・当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。

・提供される施設サービスについて、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等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。なお、ここでいう介護医療院サービスの内容には、当該介護医療院の行事及び日課を含むものである。

※施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、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。

- ・サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。

・計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

・サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下この(6)において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テ

テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。

・テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

●栄養管理

・介護医療院の入所者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

・栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、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して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

ロ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。

ハ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)第4を参照。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和3年厚生労働省令第9号。以下「令和3年改正省令」という。）附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●口腔衛生の管理

介護医療院の入所者に対する口腔衛生の管理について、令和3年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。

(1) 当該施設において、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。

(2) (1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る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

口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。

- イ 助言を行った歯科医師
- ロ 歯科医師からの助言の要点
- ハ 具体的方策
- ニ 当該施設における実施目標
- ホ 留意事項・特記事項

(3) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(2)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

●運営規程

介護医療院の適正な運営及び入所者に対する適切な介護医療院サービスの提供を確保するため、同条第1号から第8号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを義務づけたものであるが、特に次の点に留意すること。

(1) 従業者の職種、員数及び職務の内容（第2号）

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第4条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない（基準省令第7条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。）。

(2) （略）

(3) 非常災害対策（第6号） 27の非常災害に関する具体的計画を指すものであること。

(4) 虐待の防止のための措置に関する事項（第7号）

36の虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案（以下「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

(5) その他施設の運営に関する重要事項（第8号）

●勤務体制の確保等

・入所者に対する適切な介護医療院サービスの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、このほか次の点に留意すること。

(1) 当該介護医療院の従業者の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

(2) 介護医療院に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するもので

あること。

(3)当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、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、きゅう師等とする。

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。介護医療院は、令和6年3月31日までに医療・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。

・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とする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。

・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、事業主には、職場におけるセクシュア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措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。（なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所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。）

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 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ならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 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主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（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

ロ 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、入所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、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「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。

この際、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を参照。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、施設におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。

●業務継続計画の策定等

・基準省令第30条の2は、介護医療院は、感染症や災害が発生した場合であっても、入所者が継続して介護医療院サービスの提供を受けられるよう、介護医療院サービス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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護医療院に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。

・業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第30条の2に基づき施設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。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

※なお、業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第3条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

・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」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

① 感染症に係る業務継続計画

イ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

ロ 初動対応

ハ 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）

② 災害に係る業務継続計画

イ 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）

ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ハ 他施設及び地域との連携

・研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解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、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。

・研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

・訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

・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。

●衛生管理等

・ 基準第33条第2項に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から⑤までの取扱いとすること。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務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である。

② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針当該施設における「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

③ 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介護職員その他の従業者に対する「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」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、当該施設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。

④ 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練平時から、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。

⑤省略

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

● 掲示

・ 基準省令第35条第1項は、介護医療院は、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護医療院の見やすい場所に掲示することを規定しなければならない。

● 事故発生の防止及び発生時の対応

事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ① 事故が発生した場合の対応、次の②に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業員に周知徹底する体制を整備すること。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修（研修プログラムを作成し、年2回以上開催）を定期的に行うこと。
- ④ 入所者（利用者）に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者（利用者）の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ⑥ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- ⑦ ①～③の措置を適切に実施するため担当者を設置しなければならない。

● 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について介護職員その他の従業員に周知徹底を図ること。
- ② 施設における虐待防止のための指針を整備すること。
- ③ 介護職員その他の従業員に対して、定期的に虐待の防止のための研修を実施すること。
- ④ 上記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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措

置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

4 報酬に関する基準

加算等名		加算等点数	
初期加算		(1日につき + 30単位)	
再入所時栄養連携加算 ^(※)		(入所者1人につき1回を限度として200単位を加算)	
退所時指導等加算 ^(※2)	退所時等指導加算	退所前訪問指導加算	(入所中1回(又は2回)を限度に、460単位を算定)
		退所後訪問指導加算	(退所後1回を限度に、460単位を算定)
		退所時指導加算	(400単位)
		退所時情報提供加算	(500単位)
		退所前連携加算	(500単位)
	訪問看護指示加算		(入所者1人につき1回を限度として300単位算定)
栄養マネジメント強化加算		(1日につき 11単位を加算)	
経口移行加算 ^(※)		(1日につき 28単位を加算)	
経口維持加算 ^(※)	経口維持加算(Ⅰ)	(1月につき400単位を加算)	
	経口維持加算(Ⅱ)	(1月につき100単位を加算)	
口腔衛生管理加算 ^(※)	口腔衛生管理加算(Ⅰ)	(1月につき90単位を加算)	
	口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1月につき110単位を加算)	
療養食加算		(1回につき 6単位を加算 (1日に3回を限度))	
在宅復帰支援機能加算 ^(※)		(1日につき 10単位を加算)	
特別診療費 ^(※)			
緊急時施設診療費	緊急時治療管理	(1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)	
	特定治療		
認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)	
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)	
認知症行動・心理症状緊急対応加算		(入所後7日に限り 1日につき200単位を加算)	
重度認知症疾患療養体制加算	重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)	要介護1・2 (1日につき140単位を加算) 要介護3・4・5 (1日につき40単位を加算)	
	重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)	要介護1・2 (1日につき200単位を加算) 要介護3・4・5 (1日につき100単位を加算)	
排せつ支援加算 ^(※)	排せつ支援加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)	
	排せつ支援加算(Ⅱ)	(1月につき 15単位を加算)	
	排せつ支援加算(Ⅲ)	(1月につき 20単位を加算)	
	排せつ支援加算(Ⅳ)	(1月につき 100単位を加算)	
自立支援促進加算 ^(※)		(1月につき 300単位を加算)	
科学的介護推進体制加算 ^(※)	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 40単位を加算) ^人	
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 60単位を加算)	
長期療養生活移行加算 ^(※)		(入所後90日に限り 1日につき60単位を加算)	
安全対策体制加算		(入所者1人につき1回を限度として20単位を算定)	
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)	
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)	
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)	
介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1月につき +所定単位×26/1000)	
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1月につき +所定単位×19/1000)	
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき +所定単位×10/1000)	
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき + (三)の90/100)	
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	(1月につき + (三)の80/100)	
介護職員等特定処遇改善加算	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1月につき +所定単位×15/1000)	
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1月につき +所定単位×11/1000)	

注 加算名に^(※)の印を付したものについては、「特別介護医療院サービス費」を適用する場合には算定できません。

(1) 加算の単位数の改正、廃止等

〈現行〉	〈改定後〉
再入所時栄養連携加算 400 単位/回	⇒ 200 単位/回
栄養マネジメント加算 14 単位/日	⇒ 廃止
	栄養ケア・マネジメントの未実施 14 単位/日減算 (新設) (3年の経過措置期間を設ける)
低栄養リスク改善加算 300 単位/月	⇒ 廃止
口腔衛生管理体制加算 30 単位/月	⇒ 廃止
移行定着支援加算 93 単位/日	⇒ 廃止

(2) 栄養マネジメント強化加算 11 単位/日

入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養に管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を五十で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を一名以上配置し、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、入所者の数を七十で除して得た数以上配置していること。

ロ 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。

ハ ロに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。

ニ 入所者ごとの栄養状態の等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ホ 通所介護費等算定方法第十五号に規定する基準のいずれにも該当していないこと。(定員超過利用・人員欠如に該当していないこと。)

(3) 経口維持加算

〈現行〉	〈改定後〉
経口維持加算(Ⅰ)	400 単位/月 ⇒ 変更なし (原則 6 月とする算定期間の要件を廃止)
経口維持加算(Ⅱ)	100 単位/月 ⇒ 変更なし

・経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取する者であって、接触機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指示を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、栄養に管理に係る減算又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。

・経口維持加算(Ⅱ)については、協力歯科医療機関を定めている介護医療院が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であつて、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第4条第1項第1号に規定する医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定の単位数を加算する。

(4) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)の新設

<p>入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、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、次のその他の加算は算定しない。</p> <p>・イ 口腔衛生管理加算(Ⅰ) 90 単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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二回以上行うこと。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当していないこと。</p> <p>・ロ 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 110 単位 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
--

(5) 排せつ支援加算

継続的に入所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。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) 排せつ支援加算（Ⅰ） 10 単位／月
- (2) 排せつ支援加算（Ⅱ） 15 単位／月
- (3) 排せつ支援加算（Ⅲ） 20 単位／月

イ 排せつ支援加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(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また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、当該入所者又は利用者が排せつ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） 次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(1) イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(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。

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かにも適合すること。

(6) 自立支援促進加算 300 単位／月

継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

イ 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。

ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要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作成し、支援計画に従ったケアを実施していること。

ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ 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。

(7) 科学的介護推進体制加算

入所者に対し介護医療院サービスを行った場合は、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) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月

(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月

次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

イ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(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。

ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(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、イ(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。

(8) 長期療養生活移行加算 60単位/日

次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合にあっては、入所した日から起算して90日以内の期間に限り、長期療養生活移行加算として、1日につき所定単位数を加算する。

イ 療養病床に1年以上入院していた者であること。

ロ 介護医療院への入所に当たって、当該入所者及びその家族等が、日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設としての取組について説明を受けていること。

入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

(9) 安全対策体制加算 20単位

入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

イ 介護医療院基準第四十条第一項に規定する基準に適合していること。

ロ 介護医療院基準第四十条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。

ハ 当該介護医療院内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

(参考) 介護医療院基準第四十条

介護医療院は、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、次号の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を従業者に周知徹底す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。

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。

2 介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

3 介護医療院は前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

4 介護医療院は、入所者に対する介護医療サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行われなければならない。

(10) サービス提供体制強化加算

入所に対し介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日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) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位／月

(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位／月

(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位／月

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

(一) 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の八十以上であること。

(二) 介護医療院の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。

(2) 提供する介護保険施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。

(3) 通所介護費等算定方法第十五に規定する基準のいずれかにも該当しないこと。（定員超過利用・人員欠如に該当していないこと。）

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六十以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること。

ハ サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 次に掲げる基準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。
- (一)介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。
- (二)介護医療院の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の七十五以上であること。
- (三)指定短期入所療養介護又は介護保険施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。
- (2) イ(3)に該当するものであること。

(11) 療養環境減算

療養環境減算（Ⅰ）	療養室に隣接する廊下幅が、内法による測定で壁から測定して、1.8m未満である場合に算定する。 なお、両側に療養室がある廊下の場合、内法による測定で壁から測定して、2.7m未満である場合に算定する。
療養環境減算（Ⅱ）	療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である場合に算定する。 なお、療養室に係る床面積の合計は、内法による測定とする。

療養環境減算（Ⅰ）については、各療養棟を単位として評価を行うものであり、設備基準を満たす療養棟とそうでない療養棟がある場合には、同一施設であっても、基準を満たさない療養棟において、療養環境減算（Ⅰ）を受けることになる。

(12) 夜間勤務等看護加算

区分	病棟単位の夜勤職員配置等	単位数
基準型	<p><ユニット型以外>夜勤を行う看護職員＋介護職員が30：1以上 （最低2人以上、うち1人は看護職員）</p> <p>※次のいずれにも適合する介護医療院で、常時、緊急時における併設される医療機関との連絡体制を整備している場合は、夜勤を行う看護職員または介護職員の配置不要</p> <p>a. 併設型小規模介護医療院であること</p> <p>b. 併設医療機関で夜勤を行う介護職員または介護職員の数が1以上</p> <p>c. 入所者、短期入所利用者、入院患者の合計数が19人以下</p> <p><ユニット型></p> <p>2つのユニットごとに夜勤を行う看護職員または介護職員数が1以上</p>	なし
加算型Ⅰ	夜勤を行う看護職員が15：1以上 （最低2人以上）	+23単位
加算型Ⅱ	夜勤を行う看護職員が20：1以上 （最低2人以上）	+14単位
加算型Ⅲ	夜勤を行う看護職員＋介護職員が15：1以上 （最低2人以上、うち1人は看護職員）	+14単位
加算型Ⅳ	夜勤を行う看護職員＋介護職員が20：1以上 （最低2人以上）	+7単位

減算型	基準型の要件を満たさない場合 <下記参照>	-25 単位
-----	-----------------------	--------

< 1 日平均夜勤職員数による減算等 >

次のいずれかに該当した月には、入所者の全員について、所定単位数から25単位減算して算定する。

- ① 前月において、1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。
- ② 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間（暦月）継続していたこと。

【留意事項】

- 1 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位で職員数を届け出ること。
- 2 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。（小数点第3位以下は切り捨て）

$$\boxed{1 \text{ 日平均夜勤職員数} = \text{暦月の夜勤時間帯における延夜勤時間数} \div (\text{当該月の日数} \times 16 \text{時間})}$$

- 6 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定できない。

II 特定診療費

加算等名		加算等点数
感染対策指導管理		6 単位/日
褥瘡対策指導管理	褥瘡対策指導管理 (I)	6 単位/日
	褥瘡対策指導管理 (II)	10 単位/日
初期入所診療管理		250 単位/日
重度療養管理		125 単位/日
特定施設管理		250 単位/日
重症皮膚潰瘍管理指導		18 単位/日
薬剤管理指導		350 単位/週
医学情報提供	注 2 の加算 (疼痛緩和)	50 単位/回
	医学情報提供 (I)	220 単位/回
	医学情報提供 (II)	290 単位/回
理学療法	理学療法 (I)	123 単位/回
	注 3 の加算 (リハ計画策定)	480 単位/回
	注 4 の加算 (入所生活リハ管理指導)	300 単位/月
	注 5 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	理学療法 (II)	73 単位/回
	注 6 の加算	33 単位/月
作業療法		123 単位/回
	注 3 の加算 (リハ計画策定)	480 単位/回
	注 4 の加算 (入所生活リハ管理指導)	300 単位/月
	注 5 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	注 6 の加算	33 単位/回
言語聴覚療法		203 単位/回
	注 3 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	注 4 の加算	33 単位/月
集団コミュニケーション療法		50 単位/回
摂食機能療法		208 単位/日
短期集中リハビリテーション		240 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション		240 単位/日
精神科作業療法		220 単位/日
認知症入所精神療法		330 単位/週

(13) 褥瘡対策指導管理

イ 褥瘡対策指導管理 (I) 6 単位/日

ロ 褥瘡対策指導管理 (II) 10 単位/日

1 イについては、常時褥瘡対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者（日常生活の自立度が低いものに限る。）について、1 日につき所定単位数を算定する。

2 ロについては、褥瘡対策指導管理 (I) に係る別に、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のない場合に、1 月につき所定単位数を算定する。

(14) 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算

入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーション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場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、理学療法の注6、作業療法の注6又は言語聴覚療法の注4のいずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しない。

5 介護医療院にかかるQ&A

●療養病床等から転換した場合の加算の取扱いについて

問 介護療養型医療施設から介護医療院に転換する場合、初期加算、短期集中リハビリテーション実施加算等を算定する場合の起算日は、転換前の介護療養型医療施設に入院日が起算日とすることでよいか。また、退所前訪問指導加算において「入所期間が1月を超える（と見込まれる）入所者」に対して算定できるとされているが、当該入所期間とは、転換前の介護療養型医療施設の入院日を起算日として考えることでよいか。

(答)

- ・ 貴見のとおりである。また、初期入所診療管理や理学療法等の特別診療費についても、転換前の介護療養型医療施設において、当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に扱う。
- ・ 医療保険適用の療養病床及び介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても同様。
- ・ また、途中で介護療養型医療施設又は介護療養型老人保健施設から転換する場合、当該月の加算等の算定回数については入院中及び入所中に実施された回数の合計数を算定回数として扱うこととする。

●転換に係る経過措置について

問 療養病床等から転換した介護医療院において、個人から法人へと開設者を変更した場合、転換後の介護医療院に係る療養室の面積等の経過措置は引き続き適用されるのか。

(答)

貴見のとおりである。

問 療養病床等から転換した介護医療院において、例えばI型介護医療院サービス費（I）を算定するにあたり、算定要件の「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射を受けている者」については、転換前の実績を適用することとして差し支えないか。

(答)

差し支えない。

●夜勤体制について

問 夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出するのか。

また、人員配置の算定上介護職員として届け出している看護職員についても、夜勤を行う看護職員の員数の算定においては、看護職員として算定できるのか。

(答)

貴見のとおりである。

●居住費について

問 介護医療院の入所者が他の医療機関に治療等のため入院する際、療養床を引き続き確保しておくことについて施設と入所者との間に契約が成立していた場合、入所者に対し利用者負担を求めることは可能だが、当該期間中に補足給付の適用とはならないということによいか。

(答)

貴見のとおりである。

●基本施設サービス費の届け出について

問 介護医療院について、Ⅰ型療養床とⅡ型療養床の両方を有する場合、それぞれの療養床ごとに該当する基本施設サービス費を算定することによいか。また、例えば、Ⅰ型療養床に係る療養棟が複数ある場合、療養棟ごとに異なる基本施設サービス費を算定することはできないということによいか。

(答)

貴見のとおりである。

問 介護医療院の基本施設サービス費等にかかる「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前3月間のことをいうということによいか。また、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えないか。

(答)

- ・ 貴見のとおりである。
- ・ 算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。

問 新規に開設される介護医療院について、介護医療院サービス費の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。

(答)

- ・ 介護医療院における医療処置の実施割合などの実績を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。

- そのため、新規に開設される介護医療院については、開設日が属する月を含む6ヶ月間に限り、Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）又は（Ⅲ）若しくはⅡ型介護医療院サービス費のうち人員配置区分に適合した基本施設サービス費を算定可能とする。
- ただし、開設日が属する月を含む6ヶ月間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、例えば、Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、当該基本施設サービス費の届出を行うことができる。また、当該6ヶ月間を超えて、引き続きⅠ型介護医療院サービス費（Ⅱ）又は（Ⅲ）若しくはⅡ型介護医療院サービス費のうち人員配置区分に適合した基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。
- なお、ユニット型介護医療院サービス費についても同様の取扱いとする。
- また、療養病床等からの転換の場合については、転換前の実績を基に算定要件に適合するか否かを判断して差し支えない。

○介護医療院の変更許可、変更届について

1 手続き方法等

(1) 事前相談

変更事由等が発生した場合（施設の改修等を計画している場合は、計画した時点等）はあらかじめ、県庁介護支援課サービス係に変更の内容についてご相談ください。

(2) 変更申請期限等

変更事由ごとに別表に記載されている書類を整備し、下記のとおり提出してください。

申請様式は、県ホームページの介護支援課 サービス業務 介護保険事業者指定（許可）申請関係様式集 に掲載してあります。

(<https://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/kenko/koureisha/service/jigyosha/shinse.html>)

※長野市所在の施設については、長野市に申請・届出をしてください。

※松本市所在の施設については、松本市に申請・届出をしてください。

	提出期限	提出先	提出部数
変更許可事項	変更日の1月前まで	所在地の所管の 保健福祉事務所福祉課	正副 2部
変更届出事項	変更日後10日以内※		

※変更の内容によっては、変更届出事項であっても、事前にご相談願います。

(3) 変更許可手数料

建物の構造概要・平面図並びに施設及び構造設備の概要の変更で、現地確認が必要な場合は、変更許可手数料33,000円（県収入証紙）が必要となります。

2 変更区分

変更区分	介護保険法	留意事項
変更許可	法第107条第2項	介護医療院開設許可事項変更申請書（第6号様式）により手続きを行います。 変更日の1月前までに申請してください。
変更届	法第113条第1項	変更届出書（第3号様式）により手続きを行います。 変更後10日以内に届け出てください。 あらかじめ相談が必要な内容の場合は、変更日前に届け出てください。
管理者承認申請	法第109条第1項	介護医療院管理者承認申請書（第7号様式）により手続きを行います。 管理者の変更を検討されている段階で、あらかじめご相談ください。
広告事項の許可	法第112条第1項第4号	介護医療院広告事項許可申請書（第8号様式）により手続きを行います。 介護医療院の広告は介護保険法で制限されております。
廃止届・休止届	法第113条第2項	廃止・休止届出書（第4号様式）により手続きを行います。 廃止・休止の1月前までに届け出てください。
再開届	法第113条第1項	再開届出書（第3号の2様式）により手続きを行います。 再開後10日以内に届け出てください。

3 変更区分と必要書類等

(1) 敷地や建物に関する変更

変更内容	事前 相談	変更区分	必要書類
敷地の面積・ 平面図 (敷地の変更)	必要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書（第6号様式） <input type="checkbox"/> 建物構造・施設・設備・備品の概要（参考様式14-1） <input type="checkbox"/> 敷地の構図及び平面図 <input type="checkbox"/> 建物の配置図 <input type="checkbox"/> 敷地の求積図（求積表） <input type="checkbox"/> 敷地の不動産登記簿謄本（原本） <input type="checkbox"/> （借地の場合は借地契約書(写)） <input type="checkbox"/> （所有の場合は土地売買契約書(写)等） <input type="checkbox"/> 写真
建物の構造概 要・平面図並び に施設及び構造 設備の概要 (施設のレイア ウト変更) ※（注）	必要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書（第6号様式） <input type="checkbox"/> 新旧対照表（申請書に書ききれない場合） <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 建物構造・施設・設備・備品の概要（参考様式14-1） <input type="checkbox"/> 新平面図（変更許可後の平面図） <input type="checkbox"/> 新施設の部門別面積（参考様式14-2）※変更後の面 積表 <input type="checkbox"/> 写真（変更後）
施設の共用の 有無・共用の場 合の利用計画	必要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書（第6号様式） <input type="checkbox"/> 平面図(共用箇所のわかるもの) <input type="checkbox"/> 施設の共用に関する利用計画（参考様式16-2）
施設の名称	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書（第3号様式） <input type="checkbox"/> 運営規程（変更後の運営規程）
併設施設の概要	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書（第3号様式） <input type="checkbox"/> 併設施設の概要のわかるもの（パンフレット等）

※介護医療院を他の事業の用途として使用する場合、「財産処分」等の手続きが必要となる場合がありますので、変更事由が発生した場合には、事前に相談してください。

※介護医療院内で実施される「通所リハビリテーション」のスペースを変更する場合、上記の「建物の構造・平面図」の変更に係る『変更許可』のほかに、通所リハビリテーションとしてのレイアウトの変更届出が必要となる場合があります。

(2) 人員に関する変更

変更内容	事前 相談	変更区分	必要書類
従業者の員数 (運営規程の変更) ※ (注)	不要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書 (第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 新運営規程 (変更後の運営規程)
従業者の職種・ 職務内容 (運営規程の変更)	不要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書 (第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 新運営規程(変更後の運営規程)
介護支援専門員 (氏名変更を含む)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書 (第3号様式) <input type="checkbox"/> 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 (参考様式11) <input type="checkbox"/> 資格証 (写し)

※ (注) 従業員の一時的な増減の場合、変更手続きは不要です。

なお、変更許可を受けずに運営規程の人員欄を変更することはできません。

(3) 管理者の変更

管理者を変更する必要がある場合は、速やかに連絡してください。

変更内容	事前 相談	変更区分	必要書類
管理者の変更	必要	承認申請	<input type="checkbox"/> 介護医療院管理者承認申請書 (第7号様式) <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書 (参考様式3) <input type="checkbox"/> 介護医療院管理予定者の状況 (参考様式) <input type="checkbox"/> 資格証 (写) <input type="checkbox"/> 勤務表 (管理者の部分及び兼務する職種の部分)
管理者の氏名・ 住所	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書 (第3号様式) <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書 (参考様式2)

(4) 運営に関する変更

変更内容	事前 相談	変更区分	必要書類
入所定員の増 (運営規程の変更) ※(注)	必要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 建物構造・施設・設備・備品の概要(参考様式14-1) <input type="checkbox"/> 療養室の状況(参考様式14-3) <input type="checkbox"/> 新運営規程(変更後の運営規程) <input type="checkbox"/> 勤務表 <input type="checkbox"/> 職員名簿 <input type="checkbox"/> 資格証(写) <input type="checkbox"/> その他変更に伴い必要な書類(保険者の意見書等)
入所定員の減 (運営規程の変更) ※(注)	必要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 新運営規程(変更後の運営規程)
協力病院	不要	変更許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 協力医療(歯科医療)機関(参考様式12) <input type="checkbox"/> 協力病院との契約書(写) <input type="checkbox"/> 施設と病院の位置図
協力歯科医療機 関	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 協力医療(歯科医療)機関(参考様式12) <input type="checkbox"/> 協力病院との契約書(写) <input type="checkbox"/> 施設と病院の位置図
協力病院等の名 称・診療科目	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 付表15 介護医療院の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 協力医療(歯科医療)機関(参考様式12)
料金表 (運営規程の変 更)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 新運営規程及び新料金表(変更後の運営規程)
運営規程の記載 事項(運営規程 の変更)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 新運営規程(変更後の運営規程)

※(注) 入所定員の増減については、県庁介護支援課及び施設所在の市町村に、あらかじめご相談ください。

(5) 広告事項の許可

許可内容	事前 相談	区分	必要書類
広告事項	必要	広告事項 の許可	<input type="checkbox"/> 介護医療院広告事項許可申請書(第8号様式) <input type="checkbox"/> 広告の原案

(6) 法人関係の変更

変更内容	事前 相談	変更区分	必要書類
法人代表者 (氏名・住所変更を含む)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書(謄本)(原本) <input type="checkbox"/> 介護保険法第107条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式10-5)
寄付行為及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書(謄本)(原本)
法人の住所 (転居・住居表示変更)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書(謄本)(原本)
法人の名称 (合併による)	変更ではなく、旧法人としての「廃止」、新法人としての「新規開設許可」の手続きを行ってください。		
法人の名称 (合併を除く)	不要	変更届	<input type="checkbox"/> 変更届出書(第3号様式) <input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書(謄本)(原本)

(7) 廃止・休止・再開届

以下の事由が生じた場合は、速やかに連絡してください。

内容	事前 相談	区分	必要書類
廃止	必要	廃止届	<input type="checkbox"/> 廃止・休止届出書(第4号様式) <input type="checkbox"/> 廃止までの入所者の処遇等の計画書
休止	必要	休止届	<input type="checkbox"/> 廃止・休止届出書(第4号様式) <input type="checkbox"/> 休止までの入所者の処遇等の計画書
再開	必要	再開届	<input type="checkbox"/> 再開届出書(第3号の2様式) <input type="checkbox"/> 勤務表 <input type="checkbox"/> 資格証(写)

短期入所療養介護の留意事項

(介護保険法) 第8条第10項

この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者について、介護老人保健施設、介護医療院その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

1 人員・設備に関する基準

	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院	療養病床を有する 病院・診療所	療養病床を有するものを 除く診療所
従業者 の員数	短期入所の利用者を入 所者（入院患者）とみ なしたうえで、施設の 人員基準を満たすこと	医療法に規定する必要 数以上	(1) 看護職員又は介護職員の員 数が、利用者及び入院患者の 3人に1以上（常勤換算） かつ (2) 夜間における緊急連絡体制 を整備することとし、看護職員 又は介護職員を1人以上配置 していること
設 備	施設の設定備基準を満た すこと	医療法に規定するとお り	(1) 病室の床面積：利用者1人 につき6.4㎡以上 (2) 浴室を有すること (3) 機能訓練を行うための場所 を有すること
指 定	みなし指定	通常の指定	通常の指定

2 運営に関する基準

介護療養型医療施設の運営に関する基準と基本的に同じ。

3 その他留意点

- (1) 利用者が連続して30日を超えて指定短期入所療養介護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指定短期入所療養介護については、短期入所療養介護費は、算定しない。
- (2) 短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。
※ただし、在宅生活維持のために特に必要であると認められる場合には、この目安を超えた利用を居宅サービスに位置づけることは可能。

4 短期入所療養介護に関する加算及び減算

(1) 認知症専門ケア加算

- ・認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

以下のa～cのすべてに適合すること。

- a 当該施設の入院患者の総数のうち、認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上）が1／2以上。
- b 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修）の修了者が、対象者20人未満の場合は1以上、対象者20人以上の場合は19人を超えて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。
- c 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議（テレビ電話装置等を活用して実施可能）を定期的で開催していること。

- ・認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

以下のa～cのすべてに適合すること。

- a 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準にすべて適合すること。
- b 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修）の修了者を認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に加え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。
- c 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。

(2) 療養食加算 8単位／回 ※1日につき3回を限度とする。

次に掲げるすべての基準に適合し、別に厚生労働大臣が定めた療養食（※1）を提供したときに算定する。

- イ 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。
- ロ 入院患者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。
- ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準（※2）に適合する指定介護療養型医療施設において行われていること。

※1：別に厚生労働大臣が定める療養食（平成24年厚生労働省告示第95号72）

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、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食

※2：別に厚生労働大臣が定める基準（平成24年厚生労働省告示第96号35）

定員超過入院・人員基準欠如（看護師比率に係る部分等を除く。）に該当しないこと。

(3) サービス提供体制強化加算

・加算（Ⅰ） 22単位／日

以下の a～d のすべてに適合すること。

- a 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。
- b 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。
- c 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。
- d 定員利用・人員基準に適合していること。

・加算（Ⅱ） 18単位／日

以下の a～c のすべてに適合すること。

- a 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。
- b 定員利用・人員基準に適合していること。

・加算（Ⅲ） 6単位／日

以下の a～d のすべてに適合すること。

- a 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。
- b 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。
- c 利用者に直接サービスを提供する職員のうち、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。
- d 定員利用・人員基準に適合していること。

●短期入所療養介護のみに関する加算及び減算

(1) 食堂を有しない場合の減算

診療所における指定短期入所療養介護事業所については、食堂を有していない場合、1日につき25単位を所定単位数から減算する。

(2) 緊急短期入所受入加算 90 単位／日

緊急時の受入れを促進する観点から居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。

<算定要件>

- ・ やむを得ない理由により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めていること。
- ・ 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行っていること。
- ・ 利用を開始した日から起算して、7日を算定の限度とすること。

(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は 14 日)

- ・ 「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。

- ① 本加算は、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。
- ② やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定できる。
- ③ 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。
また、緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。
- ④ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。
- ⑤ 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。