

令和5年度

介護保険事業者サービス別研修会

【介護老人保健施設・

指定短期入所療養介護】

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>

I 介護老人保健施設の概要

- 1 介護老人保健施設とは 1
- 2 入所対象者 2
- 3 サービス提供内容 2
- 4 介護保険施設サービス費（介護報酬） 2
- 5 利用料等（入所者の自己負担） 2

II 介護老人保健施設の人員基準について

- 1 職員の専従 3
- 2 医師 3
- 3 薬剤師 4
- 4 看護師、准看護師及び介護職員 4
- 5 支援相談員 5
- 6 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 5
- 7 栄養士又は管理栄養士 6
- 8 介護支援専門員 6
- 9 調理員、事務員等その他の従業者 7
- 10 用語の定義 7

III 介護老人保健施設の施設及び設備の基準について

- 1 介護老人保健施設の施設基準 9
- 2 施設の共用について 14

IV 介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について

- 1 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 . . . 14
- 2 内容及び手続の説明及び同意 15
- 3 サービス提供拒否の禁止 15
- 4 サービス提供困難時の対応 16
- 5 受給資格等の確認 16
- 6 要介護認定の申請に係る援助 16
- 7 入退所 16
- 8 サービス提供の記録 17
- 9 利用料等の受領 17
- 10 介護保険施設サービスの取扱方針 19
- 11 施設サービス計画の作成 22

12	診療の方針	23
13	必要な医療の提供が困難な場合等の措置等	23
14	機能訓練	24
15	栄養管理	25
16	口腔衛生の管理	25
17	看護及び医学的管理の下における介護	26
18	食事	28
19	相談及び援助	30
20	その他のサービスの提供	30
21	入所者に関する市町村への通知	30
22	管理者の責務	31
23	計画担当介護支援専門員の責務	31
24	運営規程	31
25	勤務体制の確保等	33
26	業務継続計画の策定等	36
27	定員の遵守	38
28	非常災害対策	38
29	衛生管理等	39
30	協力病院等	40
31	掲示	41
32	秘密保持等	41
33	居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	41
34	苦情解決等	42
35	地域との連携等	42
36	事故発生の防止及び発生時の対応	43
37	虐待の防止	44
38	会計の区分	46
39	記録の整備	46
40	電磁的記録等	47

V 介護保健施設サービスに要する費用等

1	介護保険施設サービス費	49
2	介護保険施設サービス費の算定要件	51
3	介護保険施設サービス費所定単位数の算定区分	54
4	従来型個室の算定	55
5	入所等の日数の数え方	55
6	定員超過利用の減算	56
7	夜勤職員基準未満の減算	56

8	人員基準欠如による減算	58
9	ユニットにおける職員に係る減算	59
10	身体拘束廃止未実施減算	59
11	安全管理体制未実施減算	60
12	栄養管理に係る減算	60
13	夜勤職員配置加算	60
14	短期集中リハビリテーション実施加算	61
15	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	62
16	若年性認知症入所者受入加算	63
17	認知症ケア加算	63
18	外泊したときの費用の算定	64
19	外泊時に在宅サービスを利用した時の費用	65
20	ターミナルケア加算	65
21	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	67
22	初期加算	72
23	再入所時栄養連携加算	72
24	入所前後訪問指導加算	73
25	退所時等支援等加算	74
26	栄養マネジメント強化加算	77
27	経口移行加算	79
28	経口維持加算	80
29	口腔衛生管理加算	82
30	療養食加算	83
31	かかりつけ医連携薬剤調整加算	84
32	緊急時施設療養費	85
33	所定疾患施設療養費	86
34	認知症専門ケア加算	87
35	認知症行動・心理症状緊急対応加算	88
36	認知症情報提供加算	89
37	地域連携診療計画情報提供加算	90
38	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	91
39	褥瘡マネジメント加算	91
40	排せつ支援加算	92
41	自立支援促進加算	94
42	科学的介護推進体制加算	95
43	安全対策体制加算	96
44	サービス提供体制強化加算	96
45	介護職員処遇改善加算	98

46	介護職員等特定処遇改善加算	98
47	介護職員等ベースアップ等支援加算	98
48	在宅復帰支援機能加算	98
49	特別療養費	99
50	療養体制維持特別加算	99
51	個別リハビリテーション実施加算（短期入所）	100
52	送迎体制加算（短期入所）	100
53	若年性認知症利用者受入加算（短期入所）	100
54	認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期入所）	101
55	緊急短期入所受入加算（短期入所）	102
56	重度療養管理加算（短期入所）	102
57	総合医学管理加算（短期入所）	104

VI 短期入所療養介護事業所（老健）にかかる留意事項

1	人員に関する基準	105
2	短期入所サービスの連続利用	105
3	施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について	105

介護老人保健施設の変更許可、変更届について 106

施設系従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（記入例）

※法令等の表記

老健条例	介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 55 号）
老健規則	介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例施行規則（平成 25 年長野県規則第 25 号）
老健要綱	長野県介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する要綱（25 健長介第 147 号）

Point・・・老健要綱等の内容を示したもの

attention・・・注意事項を示したもの

I 介護老人保健施設の概要

1 介護老人保健施設とは

「介護老人保健施設」とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、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目的とする施設として、介護保険法第94条第1項の都道府県知事の許可を受けたものをいいます。

平成30年4月1日に施行された法改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされました。

※介護老人保健施設の種類

●介護老人保健施設

ユニット型に該当しない施設はここに分類されます。

●ユニット型介護老人保健施設

施設の全部において少数の療養室及び当該療養室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所（ユニット）ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる施設です。この施設の特徴は、居宅に近い居住環境（生活環境）の下でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位とを一致させたケアであるユニットケアを行うことにあります。

●介護療養型老人保健施設

平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設で、介護保健施設サービス費の算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、医療機関から入所した者の割合と自宅等から入所した者の割合の差が35%以上であることを標準（この標準を満たすことができない特段の事情があるときはこの限りではない）とし、算定日が属する月の前3月間において、入所者及び当該介護老人保健施設が行う短期入所療養介護の利用者のうち、「経管栄養」もしくは「喀痰吸引」を実施しているものの割合が15%以上又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合が20%以上の施設です。なお、介護療養型老人保健施設は、介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（Ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定することとなります。

●小規模介護老人保健施設等

<サテライト型小規模介護老人保健施設>

- ・ サテライト型小規模介護老人保健施設とは、当該施設の開設者により設置される当該施設以外の介護老人保健施設若しくは介護医療院又は病院若しくは診療所（以下「本体施設」という。）と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営され入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員29人以下の施設です。
- ・ 本体施設と密接な連携を確保する具体的な要件とは、本体施設と近距離であるこ

と(自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内)、本体施設の医師等又は協力病院が、入所者の病状急変等の事態に適切に対応できる体制をとることをいいます。

- ・ 原則として、本体施設に 1 か所の設置とします。本体施設の医師の配置等により、入所者の医学的管理等の処遇が適切に行われると認められるときは、本体施設に 2 か所以上の設置を認めることもあります。

＜医療機関併設型小規模介護老人保健施設＞

- ・ 介護医療院又は病院又は診療所に併設(同一敷地内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が一体的に行われているもの。)され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員 29 人以下の介護老人保健施設であって、サテライト型小規模介護老人保健施設以外のものをいいます。
- ・ 介護医療院又は病院若しくは診療所に 1 か所の設置とします。

2 入所対象者

要介護状態にある者が入所対象となります。

「要介護状態にある者」とは、身体上又は精神上の障がいがあるがために、入浴、排泄、食事等の日常生活において、常時介護を要すると見込まれる状態であって、厚生労働省令で定める「要介護状態区分」(要介護 1～5)のいずれかに該当するものをいいます。

3 サービスの提供内容

介護保健施設サービス

(例)・ 心身の諸機能の維持・回復や日常生活の自立を助けることを目的とした計画的なリハビリテーション

- ・ 入浴・排泄、体位変換等の介護サービス
- ・ 医学的管理の下における診察・投薬等の医療サービス
- ・ レクリエーションや行事等のサービス
- ・ 入所者の栄養状態や嗜好を考慮した食事サービス

4 介護保健施設サービス費(介護報酬)

提供した介護保健施設サービスのうち、保険給付されるものを介護保健施設サービス費とします。介護保健施設サービス費は、告示の単位数表に示された単位に地域加算を乗じた額の 9 割(8 割又は 7 割の場合あり)が支給されます。

→「Ⅴ 介護保険施設サービスに要する費用等」P49～

5 利用料等(入所者の自己負担)

介護老人保健施設は、入所者から、利用料の一部として、概ね介護老人保健施設サービス費の 1 割(一定以上所得者の場合は 2 割又は 3 割)相当額の支払いを受けます。また、食事の提供に要する費用、居住に要する費用、入所者が選定する特別な療養室の提供にかかる費用、入

所者が選定する特別な食事の提供にかかる費用、理美容代、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、入所者に負担させることが適当と認められるものについて、利用料として支払いを受けることができます。→「9 利用料等の受領（共通）」P17

Ⅱ 介護老人保健施設の人員基準について

Point

- (1) 人員基準とはあくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。入所者に対して適切なサービスを提供できるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。
- (2) 医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員（（予防）短期入所療養介護は除く）、夜勤職員の人員欠如の場合、減算になる場合があります。
- (3) 減算要件に該当しなくても、1日でも人員欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算にならなければ人員欠如があってもよい」と考えず、人員基準を遵守してください。

Attention

- (1) 資格が必要な職種については、資格証の原本を確認し、業務に支障がないことを確認してください。
- (2) 資格証の写しは、雇用契約書等と共に事業所ごとに保管してください。

1 職員の専従 【老健規則第2条第4項】

介護老人保健施設の従業者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事するものでなければなりません。

ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではありません。

* 「専ら従事する」→「10 用語の定義（4）」P8

2 医師 【条例第4条第1項第1号】 【老健規則第2条第1項第1号】 【老健要綱第4】

常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) 介護老人保健施設は、常勤の医師を1人以上配置します（入所者数100人未満の介護老人保健施設であっても、常勤の医師1人の配置が確保されなければならない）。ただし、介護老人保健施設において、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えありません。

- (2) 上記(1)にかかわらず、介護医療院又は病院若しくは診療所(医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。)と併設されている介護老人保健施設(医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。)にあつては、必ずしも常勤の医師の配置は必要ではありません。よつて、複数の医師が勤務する形態であつても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えありません。ただし、このうち1人は入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師としなければなりません。なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておく必要があります。
- (3) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている医師が、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であつて、入所者への処遇が適切に行われていると認められる場合は、置かないことができます。

3 薬剤師 [老健条例第4条第1項2号] [老健規則第2条第1項第2号] [老健要綱第5] 介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

Point

薬剤師の員数は、常勤換算方法で入所者の数を300で除した数以上が標準となります。

4 看護師、准看護師及び介護職員

[老健条例第4条第1項3号] [老健規則第2条第1項第3号] [老健要綱第6]

常勤換算方法で、入所者の数(入所者の合計数)が「3」又はその端数を増すごとに1以上の員数の配置が必要です。そのうち看護職員(看護師又は准看護師をいう。)は「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度をそれぞれ標準とします。

Point

- (1) 看護職員又は介護職員は、直接入所者の処遇にあたる職員であるので、当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければなりません。
- (2) 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により、業務の円滑化が図られる場合及び当該介護老人保健施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合は、次の2つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えありません。
- ① 常勤職員が条例によつて算定される員数の7割程度確保されていること。
 - ② 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員の勤務時間数以上であること。また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設に勤務する時間が勤務計画表によつて管理されていなければならず、併設事業所の職務に従事する時間は、常勤換算法における勤務延時間に含まれません。
- (3) 規則第2条第1項第3号の「看護・介護職員の総数」とは、規則で置くべきとされている看護・介護職員の総数です。

Attention

標準（看護職員は「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度）を満たす配置を行ってください。

5 支援相談員

【老健条例第4条第1項4号】 【老健規則第2条第1項第4号】 【老健要綱第7】

1以上（入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1人に加え、常勤換算方法で100を超える部分を100で除して得た数以上）の員数の配置が必要です。

Point

- (1) 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てます。
 - ① 入所者及び家族の処遇上の相談
 - ② レクリエーション等の計画、指導
 - ③ 市町村との連携
 - ④ ボランティアの指導
- (2) サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）に配置されている支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に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ます。
- (3) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあっては、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。

6 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

【老健条例第4条第1項5号】 【老健規則第2条第1項第5号】 【老健要綱第8】

常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上必要です。

Point

- (1) 介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において、指定訪問リハビリテーションのサービス提供にあたることは差し支えありません。

ただし、介護老人保健施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の常勤換算方法における勤務延時間数に指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間を含むことはできません。
- (2) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）又は、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている理学療法士、作業療法

士又は言語聴覚士によるサービス提供が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に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ます。

7 栄養士又は管理栄養士

〔老健条例第4条第1項6号〕 〔老健規則第2条第1項第6号〕 〔老健要綱第9〕
入所定員が100以上の介護老人保健施設にあっては、1以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) 入所定員が100以上の介護老人保健施設においては、常勤職員を1人以上配置します。ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理の業務に支障がない場合には兼務職員をもって充てても差し支えありません。
- (2) 入所定員が100人未満の介護老人保健施設においても常勤職員の配置に努めることとします。
- (3) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設又は療養病床数が100以上の介護医療院及び病床数が100床以上の病院に限る）又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に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ます。

8 介護支援専門員

〔老健条例第4条第1項7号〕 〔老健規則第2条第1項第7号〕 〔老健要綱第10〕
1以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) その業務に専ら従事する常勤のものを1人以上配置する必要があります。なお、入所者の数が100人未満の施設にあっても1人は配置されていなければなりません。
- (2) 入所者の数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであるので、入所者の数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい配置となります。なお、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げません。
- (3) 入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の業務に従事することができます。
- (4) 兼務を行う場合、当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務の勤務時間として算入することができます。
- (5) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められません。ただし増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りではありません。

- (6) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合は、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。
- (7) サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設、介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）又は病院（指定介護療養型医療施設に限る。）に限る。）の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に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ます。

9 調理員、事務員等その他の従業者

〔老健条例第4条第1項8号〕 〔老健規則第2条第1項第8号〕 〔老健要綱第11〕

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

なお、併設施設等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っては配置しない場合があっても差し支えありません。

10 用語の定義

(1) 常勤換算方法 〔老健要綱第12(1)〕

従業者の勤務時間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が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除すことにより、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います。

この場合の「勤務延時間数」は、当該施設の介護保健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ている場合であって、施設サービスと通所リハビリテーションを兼務する従業者の場合、当該従業者の勤務延時間数には介護保健施設サービスに係る勤務時間数だけを算入します。

ただし、雇用の分野における男女の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すものとし、1として取り扱うことが可能です。

(2) 勤務延時間数 〔老健要綱第12(2)〕

勤務表上、介護保健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をいいます。

なお、従業者1人につき、勤務延時間に参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します。

(3) 常勤 〔老健要綱第12(3)〕

当該介護老人保健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います。

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、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取扱うことが可能です。

当該施設に併設されてい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とします。

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す。

(4) 専ら従事する **【老健要綱第12(4)】**

原則として、サービス提供時間帯を通じて介護保健施設サービス以外の職務に従事しないことをいいます。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帯をいうものであり、常勤・非常勤の別を問いません。

(5) 入所者の数 **【老健規則第2条第2項】 【老健要綱第12(5)】**

前年度の平均値とします。ただし、新規に許可を受ける場合は推定数によります。

- ・ 前年度の平均値とは、当該年度の前年度（毎年4月1日から翌年3月31日まで）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とし、この算定にあたっては小数点第2位以下を切り上げます。
- ・ 介護老人保健施設を新設若しくは再開又は増床する場合は、前年度において1年未満の実績しかない場合の入所者数は、新設若しくは再開又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の「90%」を入所者数とし、6月以上1年未満の間は、「直近の6月における入所者延数を6月間の日数で除して得た数」とし、1年以上経過している場合は、「直近1年間における入所者延数を1年間の日数で除して得た数」とします。
- ・ 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で除して得た数とします。

Ⅲ 介護老人保健施設の施設及び設備の基準について

1 介護老人保健施設の施設基準

〔老健条例第5条、第6条〕〔老健規則第3条、第4条〕〔老健要綱第13～第15、第57〕

介護老人保健施設は、入所者等の心身機能の改善や日常生活の向上のため、十分ゆとりをもったものでなければなりません。主な設置基準は次のとおりです。

種類	施設	老健条例・規則による施設及び設備の基準	老健要綱
介護老人保健施設	療養室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定員は4人以下とすること。 ・ 8㎡以上/人の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること。 ・ 地階に設けてはならないこと。 ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること。 ・ 寝台等の設備を備えること。 ・ ナースコールを設けること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ナースコールについては、入所者の状況に応じ、サービスに支障を来たさない場合には、入所者の動向を検知できる見守り機器の設置で差し支えない。
	談話室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者同士やその家族が談話を楽しめる広さを有していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソファ、テレビその他の教養娯楽設備等を備えること。
	食堂	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2㎡×定員以上の面積を有していること。 ・ テーブル、椅子等利用者の身体状況に配慮したものであること。 	
	浴室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者の入浴に適したものとすること。 ・ 一般浴槽のほか、介助を必要とする者に適した特別浴槽を設けること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別浴室については、ストレッチャー等の出入りに支障が生じないように配慮すること。
	レクリエーションルーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	
	洗面所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室のある階ごとに設けること。 	
	便所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室のある階ごとに設けること。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとすること。 ・ ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること。 	

介護老人保健施設	汚物処理室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設けること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の施設と区別された一定のスペースを有すること。
ユニット型介護老人保健施設	ユニット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室及び共同生活室により一体的に構成される場所(ユニット)を単位として構成し、運営する。 ・ 居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中でケアを行うというユニットケアの特徴を踏まえたものであること。 ・ 1ユニットの定員は、原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないこと。 <p>※ 各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居者の定員が15人までのユニットも認める。</p>	
	療養室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定員は1人とすること。 ・ いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。 ・ 10.65㎡以上の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること。 ・ 地階に設けてはならないこと。 ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること。 ・ 寝台等の設備を備えること。 ・ ナースコールを設けること。 <p>※ 夫婦で療養室を利用する場合などサービス提供上必要と認められる場合は、2人部屋とすることができる。この場合、21.3㎡以上の面積を有すること。</p> <p>※ ユニット型個室的多床室について ユニットに属さない療養室を改修してユニットを造る場合は、「ユニット型個室的多床室」の基準を適用できる。 （詳細については、後述。）</p> <p>→R3報酬改定において、感染症やプライバシーに配慮し、個室化を進める観点から、新たに設置することが禁止された。</p>	

ユニット型介護老人保健施設	共同生活室	<ul style="list-style-type: none"> ・ いずれかのユニットに属し、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。 ・ 2㎡×当該ユニットの入居定員数以上の面積を有していること。 ・ 必要な設備及び備品を備えること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他のユニット入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動できること。 ・ 車椅子が支障なく通行できる形状であること。 等
	洗面所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室ごとに設けることが望ましいが、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとする 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活室に設ける場合は、2か所以上に分けて設けることが望ましい。
	便所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室ごとに設けることが望ましいが、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとする ・ ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活室に設ける場合は、2か所以上に分けて設けることが望ましい。
	浴室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者の入浴に適したものとする ・ 一般浴槽のほか、介助を必要とする者に適した特別浴槽を設けること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室のある階ごとに設けることが望ましい。
	汚物処理室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設けること。 	
介護老人保健施設・ユニット型共通	診察室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療を行うのに適切なものとする ・ 調剤を行う場合には調剤所が必要となる。 	
	機能訓練室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1㎡×定員数以上の面積を有していること。 <p>※ サテライト型小規模介護老人保健施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合は、40㎡以上の面積を有すること。</p>	

介護老人保健施設・ユニット型共通		・ 必要な器械、器具を備えていること。	
	サービスステーション	・ 設けること。	・ 療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること。
	調理室	・ 設けること。	・ 食器・調理器具などの消毒設備、保管設備、防虫及び防鼠の設備を設けること。
	洗濯室又は洗濯場	・ 設けること。	
	その他	・ 上記以外にも事務室、倉庫、リネン庫、理美容室、会議室、職員用施設（更衣室、食堂等）等も必要に応じて設けること。 ※ 設置奨励施設：相談室、ボランティアルーム、家族介護教室	
通所リハビリを行うのにふさわしい専用の部屋	・ 当該部屋等の面積と利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションの用に供されるものに限る。）の面積との合計が、3㎡×通所利用定員数以上の面積を有していること。		

※ 老健条例第5条第1項及び第44条第1項に定める施設の内装等の木材は、できるだけ県産材の利用に努めること。

○エレベーター

- ・ 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。

○階段

- ・ 階段の傾斜は緩やかにすること。
- ・ 手すりは、原則として両側に設けること。

○廊下

- ・ 廊下幅は、内法寸法（手すりから測定する。）で片廊下1.8m以上、中廊下（※1）2.7m以上とすること。
（ユニット型のみ）廊下の一部を拡張することにより、入居者、従業員の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、片廊下1.5m以上、中廊下1.8m以上とすることができる。
- ・ 手すりは、原則として両側に設けること。
- ・ 常夜灯を設けること。

※1 「中廊下」・・・廊下の両側に療養室等（※2）又はエレベーター室のある廊下

※2 「療養室等」・・・＜一般介護老人保健施設＞

療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーションルーム、便所等
＜ユニット型＞

共同生活室、浴室、便所等、入所者が日常継続的に使用する施設

【認知症専門棟】（認知症ケア加算を算定することができる施設の基準）

認知症専門棟の主な設置基準は、次のとおりです。

→ 赤本 P810「認知症専門棟に係る施設基準について」（平成 12 年 9 月 5 日老健第 115 号
参照

1 日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者（※）と他の入所者とを区別していること。

2 以下に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。

(1) 専ら上記認知症の入所者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の入所者・利用者に利用させるものでないこと。

(2) 入所定員は、40 人を標準とすること。

(3) 入所定員の 1 割以上の数の個室を有すること（特別な療養室の提供に係る費用は徴収できない）。

(4) 療養室以外の生活の場として入所定員 1 人当たりの面積が 2 m²以上のデイルームを設けていること。

(5) 当該認知症の入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30 m²以上の面積を有するものを設けること。

3 単位ごとの入所者の数について、10 人を標準とすること。

4 単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を置いていること。

※ 「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいいます。

【ユニット型個室的多床室の基準】

※R3 報酬改定において、感染症やプライバシーに配慮し、個室化を進める観点から、新たに設置することが禁止された。

令和 3 年 4 月 1 日に現に存するユニット型介護老人保健施設（基本的な設備が完成しているものを含み、令和 3 年 4 月 1 日以降に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。）において、ユニットに属さない療養室を改修してユニットが造られている場合、下記の要件を満たせば、「ユニット型個室的多床室」となります（ユニット型介護老人保健施設サービス費 I（iii もしくは iv）を算定できる）。

なお、前出の「ユニット型介護老人保健施設」の療養室の要件を満たしていれば、「ユニット型個室」となります（ユニット型介護老人保健施設サービス費 I（i もしくは ii）を算定できる）。

- 1 床面積は、10.65 m²（壁芯面積、洗面所や収納設備に要した面積を含む。）以上であるもの。
- 2 入居者の視線が遮断され、プライバシーが十分に確保されていれば、天井と壁の間に一定の隙間が空いていても差し支えない。壁については、可動でないもので、プライバシー確保に適切な素材であること。
 - ※ 多床室を仕切って窓のない療養室を設けた場合は準個室としては認められない。
 - ※ 療養室への入り口が、複数の療養室で共同であったり、カーテンなどで仕切られているにすぎず、十分なプライバシー確保がされていない場合は、個室的多床室としては認められない。
- 3 入居者へのサービス提供上必要と認められる場合に2人部屋とするときは、21.3 m²以上を標準とすること。

なお、前出の「ユニット型介護老人保健施設」の療養室の要件を満たしていれば、「ユニット型個室」となります。（ユニット型介護老人保健施設サービス費Ⅰ（iもしくはii）を算定できます。）

2 施設の共用について [老健条例第5条第3項] [老健要綱第14条第1号③]

介護老人保健施設の各施設設備は、当該施設専用に供されるものでなければなりません。病院や診療所（医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。）又は介護医療院、社会福祉施設等と併設されている施設（同一敷地内にある場合又は公道をはさんで隣接している場合の併設型施設をいう）については、介護老人保健施設と併設施設双方の施設基準を満たし、かつ、当該介護老人保健施設の余力及び使用計画からみて両施設の入所者等の処遇に支障がない場合に限り共用することが可能です。

【参考：併設施設との共用が認められない施設】 療養室

- * 介護療養型老人保健施設については、上記基準と取扱いが異なることがあります。詳細は介護支援課まで直接お問い合わせください。

IV 介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について

- ※（共通）・・・「介護老人保健施設」「ユニット型介護老人保健施設」共通の運営基準
- ※（老健）・・・「介護老人保健施設」の運営基準等
- ※（ユニット）・・・「ユニット型介護老人保健施設」の運営基準等

1 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（共通）

[老健条例第3条第5項] [老健要綱第17]

介護保健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りません。

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です。

2 内容及び手続の説明及び同意（共通）

〔老健条例第7条〕〔老健規則第5条〕〔老健要綱第18〕

介護保健施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要など、入所者のサービス提供の開始について入所申込者の同意を得なければなりません。

Point

- (1) 重要事項を記した文書に記載しなければならないことは次のとおりです。
 - ① 法人・事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービス等）
 - ② 運営規程の概要（施設概要、定員、サービス内容及び利用料その他の費用の額、利用上の留意事項等）
 - ③ 従業者の勤務の体制
 - ④ 事故発生時の対応
 - ⑤ 苦情処理の体制
 - ⑥ その他入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項
- (2) わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧に行います。
- (3) サービスの提供を受けることについての同意は、入所申込者及び施設双方の保護の立場から、別途契約書等の書面によって確認することが望ましいとされています。

Attention

介護老人保健施設については、広告することができる事項が制限されています。

また、虚偽の内容の広告は禁止されています。（介護保険法第98条、介護老人保健施設に関して広告できる事項について（H13.2.22 老振発第10号 老健局振興課長通知））

入所者募集、職員募集等で広告する際、施設案内のパンフレットを作成する際等には、これらの規定に基づいた適切な内容となるよう注意して下さい。

3 サービス提供拒否の禁止（共通）〔老健条例第8条〕〔老健要綱第19〕

正当な理由なく、介護保健施設サービスの提供を拒んではなりません。

Point

- (1) 原則として、入所申込に対して応じなければなりません。
- (2) 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じられています。

○提供を拒むことができる正当な理由

- ・ 入院治療の必要がある場合

- ・ その他の入所者に対し、自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合

4 サービス提供困難時の対応（共通）【老健条例第9条】【老健要綱第20】

入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合（病状が重篤なために、介護老人保健施設での対応が困難であり、病院又は診療所での入院治療が必要であると認められる場合）には、適切な病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

5 受給資格等の確認（共通）【老健条例第10条】【老健要綱第21】

介護保健施設サービスの提供を求められた場合（入所の申し込みがあった場合）は、その者の被保険者証（介護保険）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認しなければなりません。また、被保険者証に、認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して介護保健施設サービスを提供するよう努めなければなりません。

6 要介護認定の申請に係る援助（共通）【老健条例第11条】【老健要綱第22】

入所の際に、要介護認定を受けていない入所申込者について、要介護認定の申請が既に行われているか否かを確認するとともに、当該申請が行われていない場合には、入所申込者の意思を踏まえ、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りません。また継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間満了日の30日前までに当該要介護認定の更新の申請が行われるよう、入所者に必要な援助を行わなければなりません。

7 入退所（共通）【老健条例第12条】【老健要綱第23】

介護老人保健施設は、心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らして看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供しなければなりません。

○入所にあたって留意すべきこと

- ・ 心身の状況及び病状並びに置かれている環境に照らし、施設において看護・医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる要介護者が入所の対象になります。
- ・ 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければなりません。
- ・ 入所に際しては、当該入所申込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、生活歴、病歴及び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りません。
- ・ 入所者の心身の状況及び病状や置かれている環境等に照らし、当該入所者が居宅におい

て日常生活を営むことができるか否かについて、定期的(少なくとも3月ごと)に「検討」し、その内容を記録しなければなりません。

- ・ 上記の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従事者の間で協議しなければなりません。

○退所にあたって留意すべきこと

- ・ 入所者の退所の際には、本人又は家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退所後の主治の医師に情報の提供を行い、その他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りません。

Point

- (1) 「優先的に入所」の取り扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しなければなりません。なお、透明かつ公平な運用を図る観点から、入所に関する検討は、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議するよう努めることとします。また、当該協議の内容を記録することとします。
- (2) 入所の際には、入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での療養へ移行する必要があること、できるだけ面会に来ることが望ましい等の説明を行うことが望ましいとされています。
- (3) 居宅において日常生活を営むことができるかどうか(居宅における生活への復帰への可否)の検討は、入所後早期に行います。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、少なくとも3月ごとに行います。
- (4) これらの検討の経過及び結果は記録し、当該入所者の退所の日から2年間保存しなければなりません。 → P46「39 記録の整備(共通)」
- (5) 退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって退所後の主治医、居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ります。

8 サービス提供の記録(共通)[老健条例第13条][老健要綱第24]

入所の際には当該入所の年月日並びに入所する当該介護老人保健施設の名称を、退所の際には当該退所の年月日を、入所者の被保険者証(介護保険)に記載しなければなりません。

Point

サービスを提供した際の記録(サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況、その他必要な事項)は、当該入所者の退所の日から2年間保存しなければなりません。

→ P46「39 記録の整備(共通)」

9 利用料等の受領(共通)[老健条例第14条][老健規則第6条][老健要綱第25]

- (1) 入所者から介護保健施設サービスについての入所者負担として、法第48条第2項に規

定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額を除いた額の1割(一定以上所得者の場合は2割又は3割)の支払いを受けるものとします。

- (2) 法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供したときに入所者から支払いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければなりません。
- (3) 入所者から徴収する費用については、あらかじめ入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記載した文書(重要事項説明書等)を交付して説明を行い、文書により入所者の同意を得る必要があります。
- (4) 事業者が入所者等から徴収することができる費用は、次のとおりです。
 - ① 食事の提供に要する費用(食費)
 - ② 居住に要する費用(居住費)
 - ③ 入所者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用
 - ④ 入所者が選定する特別な食事の提供に伴う費用
 - ⑤ 理美容代
 - ⑥ 介護保健施設サービスとして提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの(「その他の日常生活費」という)。
- (5) 「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことをいいます。

※「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」(平成12年3月30日老企第54号) 赤本P1112
- (6) 施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、次の基準が遵守される必要があります。

○「その他の日常生活費」の受領に係る基準

- ・ 対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- ・ 保険給付対象サービスと明確に区分されないあいまいな名目「お世話料、管理協力費、共益費等」による費用の徴収は認められないこと。
- ・ 入所者等又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
- ・ 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内であること(実費額より多く徴収することは認められない)。
- ・ 運営規程において定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。
- ・ すべての入所者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではないこと。

○その他の日常生活費の具体的な範囲

- ・ 入所者等の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用(歯ブラシ、化粧品等の個人の日用品等)

- ・ 入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（クラブ活動の材料費等）
 - ・ 健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
 - ・ 預かり金の出納管理に係る費用
 - ・ 私物の洗濯代（ただし、おむつカバーに係る洗濯代は徴収不可）
- (7) 入所者から徴収することができない費用は、次のとおりです。
- ① 介護サービスの提供に必要な標準的な福祉用具に係る費用
 - ② 介護サービスの提供に必要な消耗品に係る費用
（排泄介助に使用する介護用手袋、おむつに係る費用、食事用のとろみ剤に係る費用）
 - ③ 他の医療機関への通院に係る付き添い費用
 - ④ 寝具、シーツ、枕カバーに係る費用
 - ⑤ 入所保証金
 - ⑥ その他、入所者等に負担させることが適当でない費用
（教養の新聞・雑誌代、室内エアコンの修理代等）

Point

- (1) 9の(4)①と9の(4)②の具体的な金額等は入所者と施設の契約により定められることとなりますが、当該契約の内容については文書により事前に説明を行い、文書により同意を得る必要があります。
- (2) 食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載するとともに施設の見やすい場所に掲示することとします。
- (3) 居住費のうち、「個室」は室料及び光熱水費、「多床室」は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案することとなります。
- (4) 食費は食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とします。
- (5) 9の(4)③と9の(4)④については、居住費・食費と明確に区別して受領する必要があります。
- (6) 9の(4)③～9の(4)⑥の額に係るサービス提供にあたっては、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、入所者の同意を得なければなりません。
この場合も、同意は文書により行い、個々の費用ごとにそのサービス提供の希望を確認できるようにしておくこととします。
※ これら介護保健施設サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付することとします。

10 介護保健施設サービスの取扱方針

【老 健】[老健条例第 15 条] [老健規則第 8 条] [老健要綱第 27]

【ユニット型】〔老健条例第 45 条〕〔老健規則第 16 条〕〔老健要綱第 58〕

【老健】

- (1) 施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、当該入所者の心身の状況等を踏まえ、当該入所者の療養を適切に行わなければなりません。
- (2) 介護保健施設サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。
- (3) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければなりません。
- (4) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行ってはなりません。
- (5) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。
- (6) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。
 - ・ 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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
委員会は、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができます。
 - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- (7) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

【ユニット型】

- (1) 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (2) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (3) 入居者のプライバシーの確保に配慮して、介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (4) 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、入居者の心身の状況等を常に把握しつつ、介護保健サービスを適切に行わなければなりません。
- (5) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提

供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければなりません。

- (6) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはなりません。
- (7) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。
- (8) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。
 - ・ 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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
委員会は、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができます。
 - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。
- (9) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

Point

【ユニット型】

- (1) 入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要であり、このため従業者は、1人1人の入居者について、個性、心身の状況、入居にいたるまでの生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助しなければなりません。
- (2) 入居者の意向にかかわらず集団で行うゲームや、日常生活動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われなことを行うのはサービスとして適当ではありません。
- (3) 従業者は、入居者相互の信頼関係が醸成されるよう配慮することが必要ですが、同時に入居者が他の入居者の生活に過度に干渉し、自律的な生活を損なうことのないようにすることにも配慮が必要です。

Attention

【老健】【ユニット型】

身体拘束等廃止の取組みについて

1 身体拘束等について[老健条例第15条第4項、第45条第6項]

- (1) 本人の行動制限を目的とした対応であれば、それは身体拘束に該当します。
- (2) 入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体の拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

2 身体拘束等を行う場合の留意点について[老健条例第15条第5項、第45条第7項]

- (1) 手続きや説明者を事前に運営規程等に明文化し、入所者や家族に対し、身体拘束等の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ることが必要です。
- (2) 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除しなければなりません。
- (3) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する必要があります。
- (4) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。
 - ・ 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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。
- (5) 上記(3)及び(4)が行われていない場合は、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となります。

3 高齢者虐待防止について

緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束等は高齢者虐待となります。

11 施設サービス計画の作成（共通）

〔老健条例第16条〕〔老健規則第9条〕〔老健要綱第28〕

介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させます。

○施設サービス計画の作成又は変更にあたっての留意点

- ・ 入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該入所者に対して提供される地域の住民の自発的な活動によるサービス等の提供について施設サービス計画上に位置付けるよう努めること。
- ・ 適切な方法により、入所者について、有する能力、置かれている環境等の評価を通じて当該入所者が現に抱える問題点を明らかにし、当該入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。
- ・ 計画作成にあたっては、サービス担当者会議等により、従業者の専門的な見地からの意見を聞かなければならない。

なお、サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して開催することができるが、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者又はその家族の同意を得なければならない。
- ・ 解決すべき課題の把握（アセスメント）にあたっては、入所者及びその家族に面接を行うこと。この場合、面接の趣旨を当該入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ること。

Point

- (1) 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」（以下「ガイドライン」という。）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が必要です。
- (2) 条例第 16 条第 5 項で定める「従業者」とは、医師、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所者の介護及び生活状況等に関係する者をいいます。

12 診療の方針（共通） [老健条例第 17 号] [老健規則第 10 条] [老健要綱第 29]

- (1) 介護老人保健施設では、入所者に必要な日常的な医療については、施設の医師が行います。医師の診療の方針は、次に掲げる基準によらなければなりません。
 - ① 診察は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断に基づき、療養上適切に行うこと。
 - ② 診察に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮し、心理的な効果を上げることができるよう適切な指導を行うこと。
 - ③ 常に入所者の病状、心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行うこと。
 - ④ 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして適切に行うこと。
 - ⑤ 特殊な療法、新しい療法等については、規則で定めるもののほか行ってはならない。
 - ⑥ 規則で定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはならない。

13 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等（共通） [老健条例第 18 条] [老健要綱第 30]

- (1) 介護老人保健施設の医師は、入所者の病状からみて、施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、協力病院その他適当な病院又は診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師による診療その他の適切な措置を講じなければなりません。
- (2) 不必要に入所者のために他の医師に往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはいけません。
- (3) 入所者のために他の医師に往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該往診又は通院に係る病院若しくは診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報提供を行わなければなりません。
- (4) 入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報提供を受け、当該情報に基づいて適切な診療を行わなければなりません。

Point

- 通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点

- ・ 施設の医師が判断した他の医療機関への通院は、介護保健施設サービスの一環として施設が対応する必要がある。
- ・ 入所中に入所者が保険医療機関に受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生じることはない。
- ・ 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなる。
- ・ 入所中に使用する「薬」の費用は、医療保険機関等の受診時に医療保険で対応できるもの等、一部を除き介護報酬に含まれるので、施設で提供する薬、受診時に医療保険で対応できない薬については施設で負担し、入所者又は家族等からその費用を徴収することはできない。
- ・ 薬の持参を入所条件にすることはできない。
- ・ 薬価の高さを理由に入所を拒否することはできない。

※赤本 P807「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」（平成 12 年 3 月 31 日老企第 59 号）参照

※緑本 P1019「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 18 年 4 月 28 日老老発第 0428001 号・保医発第 0428001 号）参照

14 機能訓練（共通） 【老健条例第 19 条】 【老健要綱第 31】

入所者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士の指導のもと、計画的に行わなければなりません。

Point

- (1) 入所者全員について、訓練の目的を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにします。
- (2) 機能訓練は、入所者 1 人について、少なくとも週 2 回程度実施します。
- (3) 機能訓練は以下の手順で行います。
 - ① 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。リハビリテーション実施計画の作成にあたっては、施設サービス計画との整合を図るものとします。なお、リハビリテーション実施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、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。
 - ② 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録します。
 - ③ 入所者ごとのリハビリテーション実施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します。

- ④ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

15 栄養管理（共通） [老健条例第 19 条の 2] [老健要綱第 32]

入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、その者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければなりません。

Point

- (1) 介護老人保健施設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す。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します。
- (2) 栄養管理は以下の手順で行います。
- ① 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します。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ります。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しします。
 - ② 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します。
 - ③ 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します。
 - ④ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年9月7日老老発0907002号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において示しています。
- ★ 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ます。

16 口腔衛生の管理（共通） [老健条例第 19 条の 3] [老健要綱第 33]

入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、その者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければなりません。

Point

- (1) 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す。

(2) 口腔衛生の管理は以下の手順で行います。

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回以上行います。

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します。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します。

ア 助言を行った歯科医師

イ 歯科医師からの助言の要点

ウ 具体的方策

エ 当該施設における実施目標

オ 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います。

★ 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ます。

17 看護及び医学的管理の下における介護

【老 健】 [老健条例第20条] [老健要綱第34]

【ユニット型】 [老健条例第46条] [老健要綱第59]

【老健】

(1) 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。

(2) 看護、介護に当たっては、次のことに留意します。

① 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければなりません。入所者及び家族の希望や入所者の心身の状況に応じて週2回以上の適正な回数が実施できるように努めなければなりません。

② 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。

③ おむつを使用せざる得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければなりません。

④ じょく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じょく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。

⑤ 入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければ

なりません。

- ⑥ 入所者に対し、その負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外のものによる看護又は介護を受けさせてはなりません。

Point

- (1) 入浴の実施にあたっては、入所者の自立支援に資するよう、心身の状況を踏まえて、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により行います。また、「1週間に2回以上」とあるのは、入浴回数の最低限度を定めたものであるため、入所者の希望や心身の状況に応じて週2回以上の適正な回数を実施されるよう努めなければなりません。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。
- (2) 排せつに係る介護にあたっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により実施します。
- (3) おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身の活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。

【ユニット型】

- (1) 看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。
- (2) ユニット型介護老人保健施設は、看護、介護にあたっては、次のことに留意します。
- ① 入居者の「日常生活における家事」を入居者の病状及び心身の状況等に応じ、それぞれの役割を持って行うことができるように適切に支援しなければなりません。
 - ② 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければなりません。ただし、やむを得ない場合は、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。
 - ③ 入浴が単に身体の清潔を維持するだけでなく、入居者が精神的に快適な生活を営む上でも重要なものであることから、適切な方法により行うとともに、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければなりません。
 - ④ 入居者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。
 - ⑤ おむつを使用せざる得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り換えなければなりません。
 - ⑥ じょく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じょく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。
 - ⑦ 入居者が行う、離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければなりません。

- ⑧ 入居者に対し、入居者の負担により、当該ユニット型介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

Point

- (1) 入居者の日常生活上の活動への援助が過剰なものとなることのないよう留意する必要があります。
- (2) 入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することにも留意する必要があります。
- (3) 「日常生活における家事」には、食事の簡単な下準備や配膳、後片付け、清掃やゴミ出しなど、多様なものが考えられます。
- (4) 入浴は一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など、入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければなりません。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。
- (5) 排せつに係る介護にあたっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入居者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により行います。
- (6) おむつを使用せざるを得ない場合には、入居者の心身の活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。

Attention

【老健】【ユニット型】

- (1) 「じょく瘡の発生を予防するための体制」の整備とは、じょく瘡の予防に関わる施設における整備やじょく瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、じょく瘡発生の予防効果を向上させることを想定しており、例えば、次のようなことが考えられます。
 - ① じょく瘡のハイリスク者に対する、じょく瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価
 - ② 専任のじょく瘡予防対策担当者の選定（看護師が望ましい）
 - ③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなるじょく瘡対策チームの設置
 - ④ じょく瘡対策のための指針の整備
 - ⑤ 施設の従業者に対する継続的な教育の実施

18 食事 【老 健】[老健条例第 21 条] [老健要綱第 35]
 【ユニット型】[老健条例第 47 条] [老健要綱第 60]

【老健】

- (1) 栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮した食事を提供しなければなりません。
- (2) 入所者の自立の支援に配慮し、できる限り離床して食堂で食事を行えるよう努めなければ

ばなりません。

- (3) 入所者の食事の内容は県産の農畜産物等を利用したものとするよう努めてください。

【ユニット型】

- (1) 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しなければなりません。
- (2) 適切な方法により、食事の自立のために必要な支援を行わなければなりません。
- (3) 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者が心身の状況に応じてできる限り自立して食事をとることができるよう必要な時間を確保しなければなりません。
- (4) 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、共同生活室で食事を行うことを支援しなければなりません。
- (5) 入居者の食事の内容は県産の農畜産物等を利用したものとするよう努めてください。

Point

【老健】【ユニット型】

- (1) 食事の提供については、個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状態並びに嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行います。入所者の自立の支援に配慮し、入所者ができる限り離床して食堂で食事を行えるよう努めなければなりません。
- (2) 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておきます。
- (3) 食事時間は適切な時間とし、夕食時間については、午後6時以降とすることが望ましく、早くても午後5時以降とします。
- (4) 食事の提供に関する業務は、介護老人保健施設自らが行うことが望ましいですが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができます。
- (5) 食事の提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事の的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要です。
- (6) 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があります。
- (7) 食事内容については、医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければなりません。

【ユニット型】

- (1) 食事は、入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供しなければなりません。

また、施設側の都合で急かせたりすることなく、入居者が自分のペースで食事をとることができるよう十分な時間を確保しなければなりません。

- (2) 入居者の意思を尊重し、また、その心身の状況に配慮した上で、できるだけ離床して共同生活室で食事を摂ることができるよう支援しなければなりません。

ただし、共同生活室での食事を強制してはなりません。

19 相談及び援助（共通） 【老健条例第 22 条】

常に入所者の心身の状況、病状、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければなりません。

20 その他のサービスの提供 【老 健】【老健条例第 23 条】

【ユニット型】【老健条例第 48 条】 【老健要綱第 61】

【老健】

適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めます。

また、常に、入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければなりません。

【ユニット型】

入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければなりません。

また、常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければなりません。

Point

【ユニット型】

- (1) 入居者 1 人ひとりの嗜好を把握した上で、それに応じた趣味、教養又は娯楽にかかる活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければなりません。
- (2) ユニット型介護老人保健施設の療養室は、家族や友人が来訪・宿泊して入居者と交流するのに適した個室であることから、これらの者ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮しなければなりません。

21 入所者に関する市町村への通知（共通） 【老健条例第 24 条】 【老健要綱第 36】

- (1) 入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく意見を付してその旨を市町村に通知しなければなりません。

① 正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態を悪

化させたと認められるとき。

- ② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

22 管理者の責務（共通）【老健条例第 25、26 条】 【老健規則第 11 条】 【老健要綱第 37、38】

(1) 介護老人保健施設の管理者は、常勤であり、原則として専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する者でなければなりません。ただし、次の場合であって、当該介護老人保健施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

- ① 当該施設の従業者として職務に従事する場合。
- ② 当該施設と同一敷地内にある他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該施設の管理業務に支障がないと認められる場合。
- ③ 当該施設が本体施設であって、当該本体施設のサテライト型小規模介護老人保健施設、サテライト型特定施設である指定地域密着型特定施設又はサテライト型居住施設である指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者又は従業者として勤務する場合。
- ④ 当該施設がサテライト型小規模介護老人保健施設であって、当該施設の本体施設の管理者又は従業者として勤務する場合。

(2) 管理者は、従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければなりません。また、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとします。

23 計画担当介護支援専門員の責務（共通） 【老健条例第 27 条】 【老健要綱第 39】

(1) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に関する業務のほか、次に掲げる業務を行います。

- ① 入所申込者の入所に際し、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- ② 入所者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。
- ③ 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- ④ 当該施設が提供した施設サービスに関する苦情の内容等を記録すること。
- ⑤ 当該施設が提供した施設サービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

24 運営規程 【老 健】【老健条例第 28 条】 【老健要綱第 40】

【ユニット型】【老健条例第 49 条】 【老健要綱第 62】

【老健】

(1) 介護老人保健施設は、施設の適正な運営及び入所者に対する適切なサービスの提供を確

保するため、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めなければなりません。

- ① 施設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 入所定員
 - ④ 入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
 - ⑤ 施設の利用に当たっての留意事項
(介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項等)
 - ⑥ 非常災害対策
(消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画 等)
 - ⑦ 虐待防止のための措置に関する事項
(虐待の防止に係る、組織内の体制や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法 等)
 - ⑧ その他施設の運営に関する重要事項
(入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合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。)
- (2) 運営規程の概要は施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。

【ユニット型】

(1) ユニット型介護老人保健施設は、施設の適正な運営及び入所者に対する適切なサービスの提供を確保するため、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めなければなりません。

- ① 施設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 入居定員
- ④ ユニットの数及びユニットごとの入居定員
- ⑤ 入居者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
※ 「介護保健サービスの内容」とは、入居者が、自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるように、1日の生活の流れの中で行われる支援の内容をいう。
- ⑥ 施設の利用に当たっての留意事項
(介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項)
- ⑦ 非常災害対策
(消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画 等)
- ⑧ 虐待防止のための措置に関する事項
(虐待の防止に係る、組織内の体制や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の

対応方法 等)

⑨ その他施設の運営に関する重要事項

(入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合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。

(2) 運営規程の概要は施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。

Point

【老健】 【ユニット型】

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、規則第2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ありません(条例第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、同様とします。)

25 勤務体制の確保等

【老 健】 [老健条例第29条] [老健要綱第41]

【ユニット型】 [老健条例第50条] [老健規則第17条] [老健要綱第63]

【老健】 【ユニット型】

- (1) 入所(居)者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、当該介護老人保健施設の従業者によってサービスを提供しなければなりません。ただし、入所(居)者の処遇に直接影響を及ぼさない業務(調理・洗濯等)については、第三者への委託等が認められています。
- (2) 従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。また、従業者(看護師、准看護師、介護福祉士又は介護支援専門員の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症の入所者に対する介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければなりません。
- (3) 適切な介護保健施設サービスの提供を確保する観点から、当該介護老人保健施設において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針を明確にするなどの必要な措置を講じなければなりません。

Point

【老健】 【ユニット型】

- (1) 原則として、月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員等の配置等を明確にします。
- (2) 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護職員又は介護職員による夜勤体制を確保する必要があります。
- (3) 休日・夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとる必要があります。
- (4) 各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、か

つ、その向上を図るため、計画的に従業者の研修の機会を確保するよう努めるものとします。

- (5) 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す。

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、きゅう師等とします。

- ★ 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ます。介護老人保健施設は、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りません。また、新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとします（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ありません。）。

- (6) 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ます。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、次のとおりです。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。

ア 事業主が講ずべき措置の具体的内容（義務）

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す。

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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。

イ 事業主が講じることが望ましい取組について（努力義務）

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）が規定されています。

Point

【ユニット型】

(1) 従業者の勤務の体制を定めるにあたっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次のとおり従業者の配置を行わなければなりません。

① 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

② 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する従業者として配置すること。

③ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

(2) ユニット型介護老人保健施設において、当該施設の従業者が、日常生活上の活動を適切に援助するためには、入居者との間に、いわゆる「馴染みの関係」が求められます。従って、従業者については、原則としてユニットごとに固定的に配置することが望ましいとされています。

(3) ユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（研修受講者）を施設に2名以上配置し、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくとも構わない）従業者を決めることで足りることとします。

この場合、研修受講者は、研修を受講していない各ユニットの責任者に研修で得た知識等を伝達するなど、ユニットケアの質の向上の中核となることが求められます。

また、ユニットリーダーについて、必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者で、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達し、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めても差し支えありません。

(3) 令和3年4月1日以降に、入居定員が10を超えるユニットを整備する場合には、令和3年改正省令附則第6条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までを含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとする。

① 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

ユニットごとに常時1人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時

間帯に含まれない連続する8時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。(以下同じ。)に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を8で除して得た数が、入居者の数が10を超えて1を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

② 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

2ユニットごとに1人の配置に加えて、当該2ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の1日の勤務時間数の合計を16で除して得た数が、入居者の合計数が20を超えて2又はその端数を増すごとに0.1以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

なお、規則第17条第1項及び第2項に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はなく、当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるように努めるものとします。

Attention

【老健】【ユニット型】

(1) 勤務表の作成における留意点は、次のとおりです。

① 原則として月ごとに勤務表を作成する。

② 勤務表には従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置を明確に定めなければならない。

(2) 勤務表における勤務時間は、次のとおりです。

① 勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載すること(残業時間は除く)。

② 職員の出張や休暇に係る時間は、常勤・非常勤職員により取り扱いが異なるので注意すること。

ア 常勤職員については、歴月で1月を超えるものでない限り、勤務したものとみなすことができ、常勤換算の計算に含めることができる。

イ 非常勤職員については、常勤換算の計算に含めることができない。

③ 併設される他事業や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種ごとに按分すること。

④ 介護支援専門員が支障のない範囲で他職種を兼務する場合は、按分する必要はない。

26 業務継続計画の策定等(共通) 【老健】[老健条例第29条の2] [老健要綱第42]

(1) 介護老人保健施設は、感染症及び非常災害の発生時において、入所者に対し介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するため及び非常の場合における早期の業務再開を図るための「業務継続計画」を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。

- (2) 介護老人保健施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な「研修」及び「訓練」を定期的実施しなければなりません。
- (3) 介護老人保健施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

Point

- (1) 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、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ありません。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です。
- ★ 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ます。
- (2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載することとします。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とします。
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ありません。
 - ① 感染症に係る業務継続計画
 - ア 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）
 - イ 初動対応
 - ウ 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
 - ア 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）
 - イ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
 - ウ 他施設及び地域との連携
- (3) 「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します。
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とします。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。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ありません。
- (4) 「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）に実施するものとします。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ありません。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ありません。

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す。

27 定員の遵守 【老健】[老健条例第 30 条] 【ユニット型】[老健条例第 51 条]

【老健】

入所定員及び療養室の定員を超えて入所させることはできません。

ただし、災害があった場合、虐待を受けたものを入所させようとする場合、その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

【ユニット型】

ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させることはできません。

ただし、災害があった場合、虐待を受けたものを入居させようとする場合、その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

28 非常災害対策（共通） 【老健】[老健条例第 31 条] [老健要綱第 43]

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」を立て、非常災害時における「関係機関への通報及び連絡体制」を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練を行うなど従業者が非常災害に対応できるための必要な措置を講じなければなりません。
- (2) 避難訓練、救出訓練その他必要な訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければなりません。

Point

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防計画及び地震、風水害その他の災害に対処するための計画を言います。

計画を定めるにあたっては、施設の立地条件に応じて災害の種類（火災、地震、風水害、土砂災害等）や時間帯（昼間、夜間）等の様々な状況を想定して策定しなければなりません。

なお、この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第 8 条の規定により、防火管理者を置くこととされている介護老人保健施設にあっては、その者に行わせ、また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている介護老人保健施設についても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとします。
- (2) 「関係機関への通報及び連携体制を整備」とは、火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めるとしたものです。

- (3) 防火管理者又は防火管理に関する責任者を定め、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務を行わせるものとします。
- (4) 消防法その他の法令等に規定された設備（消火設備その他の非常災害に際して必要な設備）を確実に設置しなければなりません。
- (5) 介護老人保健施設の開設者は、避難、救出その他の訓練の実施に当たって、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努める必要があります。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする必要があります。

29 衛生管理等（共通） [老健条例第 32 条] [老健規則第 12 条] [老健要綱第 44]

- (1) 入所者の使用する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければなりません。

また、施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 感染症又は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「感染対策委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を概ね 3 月に 1 回以上定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ② 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための「指針」を整備すること。
- ③ 介護職員その他の従業者に対し、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」並びに「訓練」を定期的実施すること。
- ④ 省令第 29 条第 2 項第 4 号に規定する「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行うこと。

Point

- (1) 「感染対策委員会」は、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、支援相談員など幅広い職種により構成します。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（感染対策担当者）を決めておくことが必要です。

なお、この委員会は、施設の他の委員会と独立して設置運営することが必要（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・運営することも差し支えない。）であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましいとされています。

また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいとされています。

- (2) 「指針」では、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。
平常時の対策としては、施設内の衛生管理、日常のケアにかかる感染対策等が、発生時

の対応としては発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課との関係機関との連携、医療措置、行政への報告等が想定されます。

また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

なお、記載内容については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照して下さい。

- (3) 「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し
ます。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容については、記録することが必要です。

また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、受託者に対しても、施設の指針を周知する必要があります。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での職員研修で差し支えありません。

- (4) 「訓練」は、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、定期的（年2回以上）に行うことが必要であり、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとし
ます。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す。

★ 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ます。

30 協力病院等（共通） 【老健条例第33条】 【老健要綱第45】

入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力病院を定めなければなりません。

また、あらかじめ協力歯科医療機関を定めるよう努めなければなりません。

Point

- (1) 協力病院の選定には、次の点に留意します。
- ① 協力病院は、施設から自動車等による移送に要する時間が、おおむね20分以内の近距離にあること。
 - ② 当該病院が標榜している診療科目等からみて、病状急変等の事態に適切に対応できるものであること。
 - ③ 入所者の入院や休日夜間等における対応について、円滑な協力を得るため、あらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。

31 掲示（共通） 【老健条例第 34 条】 【老健要綱第 46】

- (1) 施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項（苦情解決の概要等）を掲示しなければなりません。
- (2) 重要事項を記載した書面を当該介護老人保健施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者（介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等）に自由に閲覧（可能な形で施設内に備え付ける。）させることにより、掲示に代えることができます。

掲示すべき事項	留意事項
運営規程の概要	玄関、ロビーなど、重要事項を伝えるべき介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等に対して見やすい場所に掲示する。
従業者の勤務体制	組織図及びその日の職員の勤務体制（職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数）が分かるもの等を掲示する。従業者の氏名まで掲示することを求めるものではない。
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。
協力病院	利用者・外部の人が見ても、わかりやすい内容とする。
利用料	利用料は曖昧な表示をせず、項目ごとに設定された金額を明示する。
その他サービスの選択に資すると認められる重要事項	

32 秘密保持等（共通） 【老健条例第 35 条】 【老健要綱第 47】

従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはいけません。過去に従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、「必要な措置」を取らなければなりません。

また、居宅介護支援事業者等に対し、退所後の居宅における居宅介護支援計画の作成等に資するために、入所者に関する情報を提供するときは、あらかじめ文書により当該入所者の同意を得なければなりません。

33 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止（共通）

【老健条例第 36 条】 【老健要綱第 48】

居宅介護支援事業者による介護保険施設の紹介が、公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して介護老人保健施設を紹介する対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはなりません。

また、入所者による退所後の居宅介護支援事業者の選択が公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設から退所者を紹介することの対償として、金

品その他の財産上の利益を収受してはなりません。

34 苦情解決等（共通） [老健条例第 37 条] [老健要綱第 49]

提供した介護保健施設サービスに関する入所者又はその家族からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の「必要な措置」を講じなければなりません。また、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければなりません。

Point

- (1) 「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情解決の体制及び手順等、当該施設における苦情を解決するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示すること等です。
- (2) 苦情に対し介護老人保健施設が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければなりません。
- (3) 苦情の内容等の記録は、5年間保存しなければなりません。
- (4) 介護老人保健施設は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければなりません。
- (5) 市町村に苦情があった場合の対応は、次のとおりです。
 - ① 提供した介護保健施設サービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力すること。
 - ② 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告すること。
- (6) 国民健康保険団体連合会に苦情があった場合の対応は、次のとおりです。
 - ① 提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。
 - ② 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告すること。

35 地域との連携等（共通） [老健条例第 38 条] [老健要綱第 50]

運営に当たっては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民、ボランティア団体等との連携及び協力を行う等により地域との交流に努めなければなりません。

また、提供した施設サービスに関する入所者からの相談に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業、その他の「市町村が実施する事業」に協力するよう努めなければなりません。

Point

「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、市町村が老人クラブ、婦人会、その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。

36 事故発生の防止及び発生時の対応（共通）

[老健条例第 39 条][老健規則第 13 条] [老健要綱第 51]

- (1) 事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。
 - ① 事故が発生した場合の対応、事故が発生した場合等の報告の方法等が記載された事故発生防止のための「指針」を整備すること。
 - ② 事故が発生した場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合に、これらの事実が報告され、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対策を検討する「事故防止検討委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的開催すること。
 - ④ 従業者に対し、事故発生の防止のための「研修」を定期的実施すること。
 - ⑤ 事故発生等の防止のための措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。
- (2) 入所者に対する、介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければなりません。
- (3) 事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければなりません。
- (4) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければなりません。

Point

- (1) 「指針」に盛り込むべき項目として想定されることは、次のとおりです。
 - ① 施設における介護事故防止に関する基本的考え方
 - ② 介護事故の防止のための委員会その他の施設内の組織に関する事項
 - ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（介護事故等）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
 - ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針
- (2) 従業者に周知徹底する体制で具体的に想定されることは、次のとおりです。
 - ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。

- ② 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、介護事故等について報告するための様式に従い、介護事故等について報告すること。
 - ③ 事故防止検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。
- ※ 改善のための方策を定め、従業者に対し周知徹底する目的は、介護事故等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、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意する必要がある。
- (3) 「事故防止検討委員会」とは、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの幅広い職種により構成された介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会のことをいい、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にする必要があります。
- なお、委員会は他の委員会と独立して設置・運営することが必要（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ものとする。）であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましいとされています。
- (4) 「研修」の内容は、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとします。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要です。
- また、研修の実施内容については記録が必要です。
- (5) 「事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者」として、(1)から(4)までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、事故防止検討委員会において安全対策を担当する者と同じの従業者が務めることが望ましいとされています。
- (6) 賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのためにも損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償資力を有することが望ましいとされています。

37 虐待の防止（共通） [老健条例第 39 条の 2] [老健規則第 14 条] [老健要綱第 52]

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する「虐待防止検討委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

- (2) 虐待の防止のための「指針」を整備すること。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための「研修」を定期的実施すること。
- (4) 虐待の防止に関する措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。

Point

- (1) 「虐待防止検討委員会」は、虐待等の発生防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成します。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、定期的開催することが必要です。また、施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいとされています。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

なお、虐待防止検討委員会は、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ありません。また、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ありません。
- (2) 「虐待防止検討委員会」で検討すべき内容として想定されることは、次のとおりです。

なお、委員会で得た結果は、従業者に周知徹底する必要があります。

 - ① 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
 - ② 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - ③ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - ④ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
 - ⑤ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - ⑥ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - ⑦ 再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
- (3) 「指針」に、盛り込むべき内容として想定されることは、次のとおりです。
 - ① 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ② 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
 - ⑤ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
 - ⑥ 成年後見制度の利用支援に関する事項
 - ⑦ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
 - ⑧ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
 - ⑨ その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- (4) 「研修」の内容は、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発する

ものであるとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしします。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容については記録が必要です。

- (5) 「虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者」として、(1) から (4) までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいとされています。

38 会計の区分（共通） [老健条例第40条] [老健要綱第53]

介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。

Point

具体的な会計処理等の方法については、「介護老人保健施設会計・経理準則の制定について（平成12年3月31日老発第378号）」及び「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年3月28日老振発第18号）」により取り扱うこととします。

39 記録の整備（共通） [老健条例第41条] [老健要綱第54]

- (1) 介護老人保健施設は、従業者、施設、及び設備並びに会計に関する記録を整備しなければなりません。

① 従業者に関する記録

例) 勤務状況に関する記録（雇用契約書、出勤簿・タイムカード、勤務割表など）
給与に関する記録（賃金台帳、社会保険料等の控除書類など）
職員研修の記録（研修計画、受講者名簿など）
職員健康診断の記録

② 施設及び構造設備に関する記録

例) 建築設備、備品のメンテナンス等に関する記録
電気設備、空調設備、給排水衛生設備、エレベーターなどの点検記録など
害虫駆除実施報告書、貯水槽清掃実施証明書など

③ 会計に関する記録

例) 予算書、決算書、事業計画書、事業報告書など

④ 防災に関する記録

例) 消防計画書、防災訓練計画表、避難訓練実施記録など

- (2) 次に掲げる入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、その

完結の日から2年間（身体拘束、苦情解決、事故についての記録については5年間）保存しなければなりません。

① 施設サービス計画

② 入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについての検討の内容等の記録

③ 提供した介護老人保健施設サービスの具体的な内容等の記録

④ 身体拘束等を行う場合は、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに理由の記録

⑤ 老健条例第24条の規定による市町村への通知（入所者が正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は入所者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知）に係る記録

⑥ 提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録

⑦ 提供した介護保健施設サービスに関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録

※ 介護保健施設サービスの提供に関する記録には診療録が含まれるものとします（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りません）。

[老健要綱第54（1）]

※ 「その完結の日」とは個々の入所者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、入所者の死亡、入所者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとします。

[老健要綱第54（2）]

40 電磁的記録等（共通） [老健規則第18条] [老健要綱第54]

（1） 介護老人保健施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、条例及び規則の規定において書面で行うことが規定されており、又は想定されるもの（条例第10条第1項及び第13条第1項並びに要綱第18条第2項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る「**電磁的記録**」（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

（2） 介護老人保健施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもののうち、条例及びこの規則の規定において書面で行うことが規定されており、又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、「**電磁的方法**」（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

Point

○「電磁的記録」について

- (1) 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- (3) その他、規則第18条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。
- (4) また、電磁的記録により行う場合は、「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」及び「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。

○「電磁的方法」について

- (1) 電磁的方法による交付は、規則第5条第1項から第5項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。
- (3) 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

○参考資料等

- ・「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」：参考
- ・「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」：遵守
- ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」：遵守

V 介護保健施設サービスに要する費用等

1 介護保健施設サービス費（1日につき）

老 健 (ユニット型以外)		従来型個室	多床室		
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (iii)		
		要介護 1	714単位	要介護 1	788単位
		要介護 2	759単位	要介護 2	836単位
		要介護 3	821単位	要介護 3	898単位
		要介護 4	874単位	要介護 4	949単位
		要介護 5	925単位	要介護 5	1,003単位
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)		
		要介護 1	756単位	要介護 1	836単位
		要介護 2	828単位	要介護 2	910単位
		要介護 3	890単位	要介護 3	974単位
		要介護 4	946単位	要介護 4	1,030単位
		要介護 5	1,003単位	要介護 5	1,085単位
介護療養型老人保健施設	II	サービス費 (i)	サービス費 (ii)		
		要介護 1	739単位	要介護 1	818単位
		要介護 2	822単位	要介護 2	900単位
		要介護 3	935単位	要介護 3	1,016単位
		要介護 4	1,013単位	要介護 4	1,091単位
		要介護 5	1,087単位	要介護 5	1,165単位
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 (i)	サービス費 (ii)		
		要介護 1	739単位	要介護 1	818単位
		要介護 2	816単位	要介護 2	894単位
		要介護 3	909単位	要介護 3	989単位
		要介護 4	986単位	要介護 4	1,063単位
		要介護 5	1,060単位	要介護 5	1,138単位
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費 (i)	サービス費 (ii)		
		要介護 1	700単位	要介護 1	772単位
		要介護 2	744単位	要介護 2	820単位
		要介護 3	805単位	要介護 3	880単位
		要介護 4	856単位	要介護 4	930単位
		要介護 5	907単位	要介護 5	982単位

ユニット型老健		ユニット型個室	経過的ユニット型 (旧：ユニット型個室の多床室)		
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (i)		
		要介護 1	796単位	要介護 1	796単位
		要介護 2	841単位	要介護 2	841単位
		要介護 3	903単位	要介護 3	903単位
		要介護 4	956単位	要介護 4	956単位
		要介護 5	1,009単位	要介護 5	1,009単位
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (ii)		
		要介護 1	841単位	要介護 1	841単位
		要介護 2	915単位	要介護 2	915単位
		要介護 3	978単位	要介護 3	978単位
		要介護 4	1,035単位	要介護 4	1,035単位
		要介護 5	1,090単位	要介護 5	1,090単位
介護療養型老人保健施設	II	サービス費	サービス費		
		要介護 1	904単位	要介護 1	904単位
		要介護 2	987単位	要介護 2	987単位
		要介護 3	1,100単位	要介護 3	1,100単位
		要介護 4	1,176単位	要介護 4	1,176単位
		要介護 5	1,252単位	要介護 5	1,252単位
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費	サービス費		
		要介護 1	904単位	要介護 1	904単位
		要介護 2	980単位	要介護 2	980単位
		要介護 3	1,074単位	要介護 3	1,074単位
		要介護 4	1,149単位	要介護 4	1,149単位
		要介護 5	1,225単位	要介護 5	1,225単位
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費	サービス費		
		要介護 1	779単位	要介護 1	779単位
		要介護 2	825単位	要介護 2	825単位
		要介護 3	885単位	要介護 3	885単位
		要介護 4	937単位	要介護 4	937単位
		要介護 5	988単位	要介護 5	988単位

2 介護保健施設サービス費の算定要件

● I 介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（i、iii）

- (1) 看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (2) 通所介護費等の算定方法第13号口に規定する基準に（定員超過・人員基準欠如に）該当していないこと。
- (3) 入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
- (4) 当該施設から退所した者の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該入所者の居宅を訪問し、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、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- (5) 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
- (6) 当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- (7) 次に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が20以上であること。

【在宅復帰・在宅療養支援等指標】

A 在宅復帰率

算定日が属する月の前6月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が50%を超える場合は20、50%以下かつ30%を超える場合は10、30%以下である場合は0となる数。

B ベッド回転率

30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が10%以上である場合は20、10%未満かつ5%以上である場合は10、5%未満である場合は0となる数。

C 入所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

D 退所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、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場合を含む。）の占める割合が30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

E 居宅サービスの実施状況

法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、法第八条第八項に規定する通所リハビリテーション及び法第八条第十項に規定する短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは3、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは1、いずれか1種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は0となる数。

F リハ専門職員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が、5以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に百を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合は3、5未満かつ3以上である場合は2、3未満である場合は0となる数。

G 支援相談員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の入所者の数で除した数に百を乗じた数が3以上の場合は5、3未満かつ2以上の場合は3、2未満の場合は0となる数。

H 要介護4又は5の割合

算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が50%以上である場合は5、50%未満かつ35%以上である場合は3、35%未満である場合は0となる数。

I 喀痰吸引の実施割合

算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

J 経管栄養の実施割合

算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

● I 介護老人保健施設（在宅強化型）に係る施設基準（ii、iv）

- （1）介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（1）から（6）までに該当するものであること。
- （2）介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（7）に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が60以上であること。
- （3）地域に貢献する活動を行っていること。
- （4）入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。

● II 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

- （1）平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- （2）算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等（介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く。）から入所した者の占める割合を減じて得た数が35%以上であることを標準とすること。ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情（半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと、又は、病床数が19以下であること）があるときはこの限りでない。
- （3）算定日が属する月の前3月間における入所者等（短期療養の利用者を含む）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（日常生活自立度のランクMに該当する者）の占める割合が20%以上であること。
- （4）介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（1）及び（2）に該当するものであること。

※ 上記の介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（1）から（4）に該当し、入所者等の合計数が40以下である場合、「Ⅲ 介護療養型介護老人保健施設（i、ii）」により算出する。

● IV 介護老人保健施設（その他型）に係る施設基準（i、ii）

- （1）看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。
- （2）通所介護費等の算定方法第13号口に規定する基準に〔定員超過・人員基準欠如に〕該当していないこと。

● 算定要件を満たさなくなった場合

I、II、IIIを算定している場合、要件を満たさなくなったその翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。

なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要。

3 介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分

「厚生労働大臣が定める施設基準（H12.2.10厚告26）55」に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

算定時の留意事項については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（H12.3.8老企40）第2の6（5）」に定められている。

老健 (ユニット型以外)		従来型個室（定員1人）	多床室（定員2人以上）
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	施設基準	施設基準
介護療養型 老人保健施設	II	ユニットに属さない療養室（定員が1人のものに限る。）の入所者に対して行われるものであること。	ユニットに属さない療養室（定員が2人以上のものに限る。）の入所者に対して行われるものであること。
介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	留意事項	留意事項
介護老人保健施設 (その他型)	IV	ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。「従来型個室」）の入所者に対して行われる。	ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。「多床室」）の入所者に対して行われる。

老健 (ユニット型)		ユニット型個室	経過的ユニット型 (旧：ユニット型個室的多床室)
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	施設基準	施設基準
介護療養型 老人保健施設	II	ユニットに属する療養室の入所者に対して行われるものであること。	ユニットに属する療養室（ユニットに属さない療養室を改修したもの）の入所者に対

介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	Ⅲ	留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室）の入所者に対して行われる。	して行われるものであること。 留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室的多床室）の入所者に対して行われる。
介護老人保健施設 (その他型)	Ⅳ		

4 従来型個室の算定

次のいずれかに該当する場合は、個室であっても、「従来型個室：定員1人」ではなく、「多床室：定員2人以上」を算定する。（ユニット型老健は対象外）

※（介護予防）短期入所療養介護は、下記①～③のとおりとする。

①感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの。

②8㎡以下の従来型個室に入所する者。

③著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者。

④ターミナルケア加算を算定する場合に、個室を希望し、個室に移行した場合の入所者。

※これらの場合、居住費（滞在費・宿泊費）も多床室と同様、光熱水費に相当する額となる。

5 入所等の日数の数え方

(1) 短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含む。

(2) 同一敷地内の介護保険施設等の中で、又は、隣接・近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものの中で、利用者等が介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、入所等の日は含み、退所等の日は含まない。

※例：短期入所療養介護の利用者がそのまま介護老人保健施設に入所した場合は、入所に切り替えた日について、短期入所療養介護費は算定しない。

(3) 介護保険施設等を退所等したその日に同一敷地内にある病院・診療所の医療保険適用病床、又は、隣接・近接する敷地における病院・診療所の医療保険適用病床であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されない。

また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。

- (4) 職員配置等基準の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

6 定員超過利用の減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

- (1) 月平均の入所者数（短期入所療養介護の利用者を含む）が運営規程に定める入所定員を超過した場合は、該当月の翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、すべての入所者等（短期入所療養介護の利用者を含む）について所定単位数が70%に減算となる。

※月平均の入所者数は暦月で計算し、小数点以下を切り上げる。

- (2) 災害、虐待の受け入れ等、やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う（災害・虐待等の事情による措置）。

→ あくまでも一時的かつ特例的なものであるため、速やかに定員超過利用を解消する必要がある。

* 適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めなければならない。

7 夜勤職員基準未達の減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

夜勤を行う職員の員数について、ある月（暦月）において下記①②のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において入所者（及び利用者）の全員について所定単位数が97%に減算となる（一部ユニット型については、基準に満たない事態がユニット以外の部分・ユニット部分のどちらで発生したかは関係なく入所者（及び利用者）の全員が対象）。

①夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合

②夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合

<夜勤を行う職員（看護職員又は介護職員）の定義>

① 夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（原則として事業所又は施設ごとに設定）において夜勤を行う職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。

② 夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとする。

なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、

夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はない。
当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めることとする。

夜勤職員基準		
	ユニット型以外	ユニット型
施設区分	夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
介護老人保健施設施設 I、IV	2以上 指定（介護予防）短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の数の合計数「入所者等の数（※1）」が40以下の介護老人保健施設で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合・・・1以上	2ユニットごとに 1以上
介護療養型 老人保健施設 II	1 上記基準と同一 次の要件のいずれにも適合する場合1以上 ①1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ②病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が1以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所に併設する場合 ・・・1以上 2 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）	1 2ユニットごとに 1以上 2 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）
介護療養型 老人保健施設 III （入所者等の合計数が 40以下）	1 2以上。ただし、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は、1以上でも可 ・病院から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合 ①1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ②病院に併設している場合 ③併設する病院の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が120以下である・・・置かないことができる ・一般病床又は療養病床を有する診療所から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合 ①夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設している場合 ②併設する診療所の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が19以下である・・・置かないことができる 2 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）	1 2ユニットごとに 1以上 2 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）

※1 入所者等の数は「前年度平均（老健と短期入所の合計）」を用いること。

人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり3月31日をもって終わる年度とする。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数（小数点第2位以下切り上げ）とする。

※2（ユニット型）介護老人保健施設Ⅱを算定している場合

夜勤を行う看護職員は、「1日平均夜勤看護職員数」とする。

「1日平均夜勤看護職員数」は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16乗じて得た数で除して算定し、小数点第3位以下を切り捨てる。

※3（ユニット型）介護老人保健施設Ⅲを算定している場合

当該施設（事業所）の看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜間看護のオンコール体制を整備し、必要な場合には当該施設（事業所）からの緊急の呼出に応じて出勤すること。なお、病院、診療所又は訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、連携する病院、診療所又は訪問看護ステーションをあらかじめ定めておくこと。

夜間の安全の確保及び入所者等のニーズに対応し、適正なサービスの提供を確保するために、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数不足の未然防止を図るよう勤めなければならない。

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設Ⅱを算定している場合

7-2 夜勤看護職員数基準未達の減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

夜勤を行う看護職員に係る1日平均夜勤看護職員数が下記①②のいずれかに該当する月においては、入所者（及び利用者）の全員について、所定単位数が97%に減算となる。

①前月において1日平均夜勤看護職員数が、「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場合

②1日平均夜勤看護職員数が、「夜勤職員基準（前項の表参照）」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）継続していた場合

8 人員基準欠如による減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

介護老人保健施設及び（介護予防）短期入所療養介護において、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（介護老人保健施設にあっては介護支援専門員）の配置が、暦月において基準上満たすべき員数を下回っている場合（下表参照）に、入所者等の全員について、所定単位数が70%に減算となる。

●看護職員、介護職員の場合

- ・人員基準欠如が1割を超える場合は、当該月の翌月から解消月まで減算となる。

・人員基準欠如が1割以下である場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。

(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)

●医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の場合

・人員基準欠如した場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。

(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)

人員基準欠如による減算になる場合

<p>介護老人保健施設 (ユニット型以外)</p>	<p>①看護職員、介護職員→基準に定める員数を配置していない ②医師→常勤換算方法で入所者数比100:1以上を満たしていない ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 →常勤換算方法で入所者数比100:1以上を満たしていない ④介護支援専門員→1以上配置を満たしていない (入所者数比100:1を標準)</p>
<p>介護老人保健施設 (ユニット型)</p>	<p>①看護職員、介護職員→常勤換算方法で入所者数比3:1以上を満たしていない ②医師→常勤換算方法で入所者数比100:1以上を満たしていない ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 →常勤換算方法で入所者数比100:1以上を満たしていない ④介護支援専門員→1以上配置を満たしていない (入所者数比100:1を標準)</p>
<p>短期入所療養介護 特定介護老人保健施設 短期入所療養介護費</p>	<p>基準に定める員数の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を配置していない</p>

※④を除き、入所者数には短期入所の利用者を含む。サテライト型については②～④、医療機関併設型については②③は適用されない

9 ユニットにおける職員に係る減算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

ユニット型の介護老人保健施設及び(介護予防)短期入所療養介護について、ある月(暦月)において下記①②の基準を満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者(及び利用者)の全員について、所定単位数が97%に減算となる。(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)

①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

10 身体拘束廃止未実施減算 【介護老人保健施設】 <△10%/日>

施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び必要な措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数の10%

を減算する。

具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束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都道府県知事に提出した後、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都道府県知事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、入所者全員について所定単位数から減算する。

- 記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
- 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
- 入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等ができるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

11 安全管理体制未実施減算 【介護老人保健施設】 <△5単位/日>

事故の発生又はその再発を防止するために必要な「措置」を講じていない場合に、その翌月から基準を満たさない状況が改善されるに至った月まで、入所者全員について所定単位数から5単位を減算する。

具体的には、①事故が発生した場合の対応、報告の方法などが記載された事故発生の防止のための指針を整備していない、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、その旨の報告がされ、及びその分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制が整備されていない、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を定期的に行っていない、④措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置いていない場合。

12 栄養管理に係る減算 【介護老人保健施設】 <△14単位/日>

入所者定員100以上の施設にあつては、栄養士又は管理栄養士を1以上配置していない場合、若しくは入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていない場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が改善されるに至った月まで、入所者全員について所定単位数から14単位を減算する。

※低栄養リスク改善加算 【介護老人保健施設】 <300単位/月>⇒廃止

13 夜勤職員配置加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】 <24単位/日>

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、

- 入所者等の数が41以上の場合

入所者等の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 を超えていること。

●入所者等の数が 40 以下の場合

入所者等の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、1 を超えていること。

入所者等の数※	加算算定に必要な夜勤職員の数	入所者等の数※	加算算定に必要な夜勤職員の数
1～20	1 を超えていること	61～80	4 以上
21～40	2 以上	81～100	5 以上
41～60	3 以上	100～	入所者の数が 20 又はその端数をますごとに 1 以上

※老健の入所者数と短期入所の利用者数の合計数とする。

※入所者等の数は「前年度平均」を用いること。

●夜勤を行う職員（介護職員又は看護職員）の数は、「一日平均夜勤職員数」とする。

「一日平均夜勤職員数」は、暦月毎に夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に 16 を乗じて得た数で除して算定し、小数点第 3 位以下を切り捨てる。

●認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。

●一部ユニット型介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については、ユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。

14 短期集中リハビリテーション実施加算【介護老人保健施設】 <240 単位/日>

*（ユニット型）介護老人保健施設Ⅳを算定している場合算定不可。

入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して 3 月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合、所定単位数に加算する。

●集中的なりハビリテーションとは、20 分以上の個別リハビリテーションを、1 週につき概ね 3 日以上実施する場合をいう。

●当該入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる。

ただし、次の場合はこの限りではない。

- ・入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4 週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者。
- ・入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4 週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、次に定める状態である者。

①脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等

を急性発症した者

- ②上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

15 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 【介護老人保健施設】 <240 単位/日>

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として1日につき240単位を所定単位数に加算する。

- リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
- リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。
- 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。
- 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、作業療法士又は言語聴覚士（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。
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。
- 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。
- 1人の医師又は理学療法士等が1人の入所者に対して個別に行った場合のみ算定する。
- 入所者に対して個別に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。（時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。）
- 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。

- 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）は利用者毎に保管すること。
- 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。
- 当該入所者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

16 若年性認知症入所者受入加算 【介護老人保健施設】 <120 単位/日>

若年性認知症入所者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった者）に対して介護保健施設サービスを行った場合は、1日につき120単位を所定単位数に加算する。

ただし、「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。

- 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

17 認知症ケア加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】 <76 単位/日>

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、所定単位数に加算する。

- 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者と他の入所者とを区別していること。
- 他の入所者と区別して日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うのに適当な下記①～⑤の基準に適合する施設及び設備を有していること。
 - ①専ら日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者を入所させるための施設。（原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。）
 - 「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者。
 - ②施設の入所定員は40人を標準とすること。
 - ③施設に入所定員の1割以上の数の個室を設けていること。
 - ④施設に療養室以外の生活の場として入所定員1人当たり面積が2㎡以上のデイルームを設けていること。
 - ⑤施設に日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必

要とする認知症の入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30㎡以上の面積を有するものを設けていること。

- 介護保健施設サービスの単位ごとの入所者の数について、10人を標準とすること。
- 介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置すること。
- ユニット型でないこと。
- 従業者が1人1人の入所者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められるので、認知症専門棟における従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、以下の①②を標準とする。
 - ①日中については入所者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
 - ②夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。

18 外泊したときの費用の算定 【介護老人保健施設】 <362単位/日>

入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて当該費用を算定する。

- 外泊の初日及び最終日は算定できない（所定単位数を算定する）。
 - （例）外泊期間：3/1～3/8 → 3/2～3/7 について外泊時の費用を算定
- 「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。（毎月ごとに6日分の外泊時の費用の算定ができるものではない）
 - （例）外泊期間：1/25～3/8
→ 1/26～1/31（6日間）及び2/1～2/6（6日間）について外泊時の費用を算定
- 外泊の期間中にそのまま退所した場合 → 退所した日の「外泊時の費用」は算定可能
- 外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合 → 入院日以降は、「外泊時の費用」は算定不可
- 入所者の同意を得てそのベッドを短期入所療養介護に活用した場合
→ 「外泊時の費用」は算定不可
- 入所者の外泊の期間中で、かつ、「外泊時の費用」の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくこと。
 - ※「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。

●外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。

19 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用 【介護老人保健施設】 <800 単位/日>

入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800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。また、外泊時費用を算定している際には、併算定できない。

- 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。
- 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成すること。
- 家族等に対し、次の指導を事前に行うことが望ましい。
 - ・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ・当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
 - ・家屋の改善の指導
 - ・当該入所者の介助方法の指導
- 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切は居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならない。
- 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であるが、この場合は、外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできない。

20 ターミナルケア加算 【介護老人保健施設】

【(ユニット型) 介護老人保健施設】(従来型老健)】

- ・死亡日以前 31 日以上 45 日以下 : 80 単位/日
- ・死亡日以前 4 日以上 30 日以下 : 160 単位/日
- ・死亡日の前日及び前々日 : 820 単位/日
- ・死亡日 : 1,650 単位/日

【(ユニット型) 介護療養型老人保健施設】(転換型老健)】

- ・死亡日以前 31 日以上 45 日以下 : 80 単位/日

- ・ 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 : 160 単位/日
- ・ 死亡日の前日及び前々日 : 850 単位/日
- ・ 死亡日 : 1,700 単位/日

を死亡月に所定単位数に加算する。

ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

- 入所者本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りが出来るよう支援する。

<入所者に係る算定要件>

※次の①～③のすべてを満たすこと。

- ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ②入所者（又は家族等）の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ③医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人（又は家族等）への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 死亡日を含めて 4 5 日を上限として、施設において行ったターミナルケアを評価する。
- 死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合は、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの期間は算定できない。（退所した日の翌日から死亡日までの期間が 4 5 日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできない。）
- ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、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・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。
- 施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要。
- 施設は、施設退所の後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。
- 外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く）には、当該外泊期間が死亡日以前 4 5 日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、ターミナルケア加算の算定が可能。

本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っていると認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能。

この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、施設としては、一度連絡を取って来てくれなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていくことが重要である。

- ターミナルケア加算を算定するに当たっては、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきである。なお、個室に移行した場合の入所者については、個室であっても、i若しくはii（従来型個室：定員1人）ではなく、iii若しくはiv（多床室：定員2人以上）を算定する。

21 在宅復帰・在宅療養支援機能加算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

* 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）34単位/日

（Ⅱ）46単位/日 ※併算定不可

- ① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）については、以下の要件を満たすこと。
 - ・[在宅復帰・在宅療養支援等指標] A～Jの計が40以上であること。
 - ・「地域に貢献する活動」を行っていること。
 - ・基本型介護老人保健施設サービス費を算定していること。
- ② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）については、以下の要件を満たすこと。
 - ・[在宅復帰・在宅療養支援等指標] A～Jの計が70以上であること。
 - ・在宅強化型介護老人保健施設サービス費を算定していること。

- 「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の詳細は、「2 介護保健施設サービス費の算定要件」P50～53を参照。

【A 在宅復帰率】

この基準における「居宅」とは、病院、診療所、及び介護保険施設を除くものである。また、この基準において、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷((ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数)

(i) = 「算定日が属する月の前6月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数」

(ii) = 「算定日が属する月の前6月間における退所者の延数」

(iii) = 「算定日が属する月の前6月間における死亡した者の総数」

(b) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院

した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。

(c) 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。

(d) (a)の分母((ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数)が0の場合、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は0とする。

【B ベッド回転率】

この基準における、30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含まないものとする。また、平均在所日数については、直近3月間の数値を用いて、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「当該施設における直近3月間の延入所者数」

(ii) = 「(当該施設における当該3月間の新規入所者の延数

＋当該施設における当該3月間の新規退所者数) ÷ 2」

(b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。

(c) (a)において新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者(以下「新規入所者」という。)の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。

また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。

(d) (a)において新規退所者数とは、当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。

ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。

【C 入所前後訪問指導割合】

この基準における、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「算定日が属する月の前3月間における新規入所者のうち、入所期間が1月以上であると見込まれる入所者であって、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の延数」

(ii) = 「算定日が属する月の前3月間における新規入所者の延数」

- (b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)の(i)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等（居宅のうち自宅を除くもの。）を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
- (c) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。
- (d) (a)において、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うこととは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集するとともに、当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めるとともに当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、それらを踏まえ退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うことである。また、指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載すること。
- (e) (a)の分母（(ii)に掲げる数）が0の場合、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合は0とする。

【D 退所前後訪問指導割合】

この基準における、新規退所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「算定日が属する月の前3月間における新規退所者のうち、入所期間が1月以上の退所者であって、退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の延数」

(ii) = 「算定日が属する月の前3月間における居宅への新規退所者の延数」

- (b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等（居宅のうち自宅を除くもの。）を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
- (c) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
- (d) (a)において、退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、

作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、①食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容、②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の内容、③家屋の改善の内容及び④退所する者の介助方法の内容について必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行うことをいう。また、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

なお、同一の入所者について、当該退所後の療養上の指導のための訪問と「C入所前後訪問指導割合」で規定する退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定するための訪問を同一日に行った場合には、「D退所前後訪問指導割合」(a)の(i)に掲げる数には含めない。

- (e) (a)の分母((ii)に掲げる数)が0の場合、退所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は0とする。

【E 居宅サービスの実施状況】

この基準については、当該施設において、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を用いること。

ただし、当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含むことができる。

【F リハ専門職員の配置割合】

この基準における、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数については、以下の式により計算すること。

- (a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100
- (i) = 「算定日が属する月の前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数」
- (ii) = 「理学療法士等が当該3月間に勤務すべき時間(当該3月間における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。)」
- (iii) = 「算定日が属する月の前3月間における延入所者数」
- (iv) = 「算定日が属する月の前3月間の日数」
- (b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。
- (c) (a)において理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。

(d) (a)の(ii)において、当該3月間に勤務すべき時間数の算出にあつては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いることとし、例えば、1週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、1週間に勤務すべき時間数を7で除した数に当該3月間の日数を乗じた数を用いることとする。なお、常勤換算方法と同

様に、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。

【G 支援相談員の配置割合】

この基準において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数にを乗じた数については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100

(i) = 「算定日が属する月の前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数」

(ii) = 「支援相談員が当該3月間に勤務すべき時間（当該3月間中における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。）」

(iii) = 「算定日が属する月の前3月間における延入所者数」

(iv) = 「算定日が属する月の前3月間の延日数」

(b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。

(c) (a)において支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。

①入所者及び家族の処遇上の相談

②レクリエーション等の計画、指導

③市町村との連携

④ボランティアの指導

【H 要介護4又は5の割合】

この基準における、入所者のうち要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「算定日が属する月の前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者延日数」

(ii) = 「当該施設における直近3月間の入所者延日数」

【I 喀痰吸引の実施割合】

この基準における、入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「当該施設における直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数」

(ii) = 「当該施設における直近3月間の延入所者数」

【J 経管栄養の実施割合】

この基準における、入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) = 「当該施設における直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数」

(ii) = 「当該施設における直近3月間の延入所者数」

●「地域貢献活動」とは、以下の考え方によるものとする。

- ・地域との連携については、基準省令において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自ら創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。
- ・当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

22 初期加算【介護老人保健施設】 <30 単位/日>

入所した日から起算して30日以内の期間について、1日につき所定単位数を加算する。

- 入所者については、施設へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、1日につき30単位を加算する。
- 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できない。
- 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係
 - ・当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定できる。
 - ・当該施設の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所した場合については、初期加算は入所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に限り算定する。

23 再入所時栄養連携加算【介護老人保健施設】 <200 単位/回>

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している場合算定不可。

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設に入所(以下「一次入所」という。)している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所(以下「二次入所」という。)する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関

する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

- 介護老人保健施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象とすること。なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。
- 当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席（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。）し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
- 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。

24 入所前後訪問指導加算【介護老人保健施設】

* 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）450単位／日

（Ⅱ）480単位／日

（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

- ①入所前後訪問指導加算（Ⅰ）は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に1回に限り算定できる。
- ②入所前後訪問指導加算（Ⅱ）は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に1回に限り算定できる。
 - イ 生活機能の具体的な改善目標
当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。
 - ロ 退所後の生活に係る支援計画
入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。
- ③入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定する

こと。

④入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
- ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
- ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合

⑤入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

⑥入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

⑦入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

25 退所時等支援等加算 【介護老人保健施設】

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (IV) を算定している場合算定不可。

【退所時等支援加算】

- ・ 試行的退所時指導加算 400 単位
- ・ 退所時情報提供加算 500 単位
- ・ 入退所前連携加算 (I) 600 単位
- ・ 入退所前連携加算 (II) 400 単位

<試行的退所時指導加算>

- 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として所定単位数を加算する。
- 退所時指導の内容は、次のようなものであること。
 - ・ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ・ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
 - ・ 家屋の改善の指導
 - ・ 退所する者の介助方法の指導
- 算定時には、以下の点に留意すること。
 - ・ 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
 - ・ 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
 - ・ 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。

- ・入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。
- ・試行的退所期間中は、介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。
- ・試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。
- ・試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できない。
 - ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・死亡退所の場合
- ・試行的退所時指導は医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ・試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ・試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

<退所時情報提供加算>

- 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。
- 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。
- 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、必要事項を記載した文書を入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。
- 退所時情報提供加算は、次の場合には算定できない。
 - ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・死亡退所の場合

<入退所前連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）>

- 入退所前連携加算（Ⅰ）は①②、入退所前連携加算（Ⅱ）は②に掲げる基準に適合する場合

に、入所者1人につき1回に限り、退所日に算定する。

- ① 入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。
 - ② 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、退所に先立って、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、当該入所者の同意を得て、診断状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。
- 連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。
 - 入退所前連携加算（I）は、次の場合には算定できない。
 - ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・死亡退所の場合
 - 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

【訪問看護指示加算】 300単位

- 入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定期巡回・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、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあたっては看護サービスに係る指示書をいう）を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。
- 介護老人保健施設から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。
- 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えない。
- 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。
- 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

26 栄養マネジメント強化加算【介護老人保健施設】 <11 単位/日>

原則として入所者全員を対象として、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について、入所者全員に対して1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

- 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配意し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置していること。
 - ・「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。
 - ・やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。
 - ・員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者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。
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。
 - ・食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。
 - ・なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。
 - ・食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。
 - ・当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、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。

※栄養ケア・マネジメントの実務等について（基本サービス）

（１）栄養ケア・マネジメントの体制

- ・施設長は、各施設における栄養ケア・ケアマネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- ・管理栄養士は、入所者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- ・施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

（２）栄養スクリーニング

入所者毎の低栄養状態のリスクを、施設入所時に把握すること。

（３）栄養アセスメント

栄養スクリーニングを踏まえ、入所者毎の解決すべき課題を把握すること。

（４）栄養ケア計画の作成

- ・管理栄養士は、栄養アセスメントを踏まえ、関連職種と共同して、入所者毎に、①栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、②栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、③解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること（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）。
- ・必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。
- ・医師は、栄養ケア計画の実施にあたり、その同意などを確認する。

（５）作成した栄養ケア計画については、栄養ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

（６）栄養ケア計画に基づき、入所者毎に栄養ケア・マネジメントを実施し、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

- 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第9条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養マネジメント加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的記録する必要はない。

（７）モニタリングの実施

- ・入所者ごとの栄養状態に応じて、定期的に入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所者毎の低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載すること。
- ・モニタリング間隔の設定に当たっては、低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者（経管栄養法から経口栄養法への変更等）については、おおむね2週間毎、低栄養状態のリスクが低い者については、おおむね3月ごとに行うこと。

・なお、低栄養状態のリスクが低い者も含め、少なくとも月1回、体重を測定するなど、入所者の栄養状態の把握を行うこと。

(8) 再栄養スクリーニングの実施

入所者毎におおむね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。

27 経口移行加算【介護老人保健施設】 <28単位/日>

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費(IV)を算定している場合算定不可。

- (1) 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、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期限に限り、1日につき所定単位数を加算する。ただし、ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。
- (2) 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して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必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

●経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。

- イ 現に経管により食事を摂取している者であって、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必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。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、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行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、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の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口移行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、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。
- ロ 当該計画に基づき、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を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとして、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。
- ハ 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、入所者又はその家族の同

意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して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必要とされる場合にあっては、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、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

- 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。
 - イ 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること）。
 - ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。
 - ハ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること）。
 - ニ 咽頭内容物を吸収した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。
- 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとする。
- 入所者の口腔状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

28 経口維持加算 【介護老人保健施設】

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

- ・経口維持加算（Ⅰ）：400単位／月
- （Ⅱ）：100単位／月

<経口維持加算（Ⅰ）>

- 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、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、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起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合、又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。
- 次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。
 - イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関す

る認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「水碎片飲み込み検査」)、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、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が必要であるものとして、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(以下同じ。)

- ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議(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。)等を行い、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の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口維持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、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。
- ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。

<経口維持加算(Ⅱ)>

- 協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、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(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2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月につき所定単位数を加算する。
- 食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師(指定介護老人保健施設基準第2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のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

※口腔衛生管理体制加算⇒廃止

29 口腔衛生管理加算【介護老人保健施設】

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (Ⅳ) を算定している場合算定不可。

・ 口腔衛生管理加算 (Ⅰ): 90 単位/月

(Ⅱ): 110 単位/月

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に、1月につき所定単位数を加算する。

<口腔衛生管理加算 (Ⅰ)>

以下の要件を満たすこと。

- (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
- (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
- (3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- (4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
- (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

<口腔衛生管理加算 (Ⅱ)>

以下の要件を満たすこと。

- (1) (Ⅰ)の(1)～(5)に掲げる要件を満たすこと。
- (2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<共通>

- 当該施設が口腔衛生管理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所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。
- 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理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衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を作成し、当該施設に提出すること。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当該入所者に対して提供すること。
- 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適

切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。

- 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。

30 療養食加算 ※1日につき3回を限度

【介護老人保健施設】＜6単位／回＞ 【短期入所療養介護】＜8単位／回＞

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おり、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合に、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、療養食が提供された場合に1日につき3回を限度として所定単位数を加算する。

- 療養食の献立表が作成されていること。
- 加算の対象となる療養食について
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いて提供される利用者の年齢、病状等に対応した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。
- 療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わない。
- 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あっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定がすることが可能である。
- 減塩食療法等について
心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならない。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未満の減塩食をいう。
- 肝臓病食について
肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む)等をいう。
- 胃潰瘍食について
十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められる。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えない。
- 貧血食の対象者となる入所者等について
療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

●高度肥満症に対する食事療法について

高度肥満症(肥満度が+70 %以上又はBMI (Body Mass Index) が 35 以上)に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができる。

●特別な場合の検査食について

特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない。

●脂質異常症食の対象となる入所者等について

療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が 140mg/dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が 40mg/dl 未満若しくは血清中性脂肪値が 150mg/dl 以上である者である。

31 かかりつけ医連携薬剤調整加算【介護老人保健施設】

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (IV) を算定している場合算定不可。

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) : 100 単位/回
- (II) : 240 単位/回
- (III) : 100 単位/回

次に掲げる基準に適合する入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該入所者 1 人につき 1 回を限度して、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) >

以下の要件を満たすこと。

(1) 介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。

●高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、研修を受講した者とみなす。

(2) 入所後 1 月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、当該医師の合意を得ていること。

●その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましい。

(3) 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後 1 月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

●複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。

★令和 3 年 3 月 31 日までに入所した者について、処方内容の変更について主治の医師と合意しており、(1) ~ (3) を満たす場合は、算定できる。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

以下の要件を満たすこと。

- (1) (Ⅰ) の算定要件を満たすこと。
- (2) 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。
- (3) 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたって、当該情報その他薬物療法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。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

以下の要件を満たすこと。

- (1) (Ⅰ) と (Ⅱ) の算定要件を満たすこと。
- (2) 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- (3) 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。
 - 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
 - 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算にあたっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
 - 当該加算を算定するにあたっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

32 緊急時施設療養費 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。なお、緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできない。

<緊急時治療管理> 518 単位/日

- 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において応急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。
- 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定するものであるため、1月に連続しない1日を3回算定する事は認められない。
- 緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。
 - ・意識障害又は昏睡
 - ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
 - ・ショック
 - ・重篤な代謝障害

・その他薬物中毒等で重篤なもの

<特定治療>

- 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（医科診療報酬点数表）第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるものを除く）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。
- 具体的取扱いは、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。

33 所定疾患施設療養費 【介護老人保健施設】

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

・所定疾患施設療養費（Ⅰ）： 239 単位/日※1月に1回、連続する7日を限度

（Ⅱ）： 480 単位/日※1月に1回、連続する10日を限度

1月に連続しない1日を7回又は10回算定することは認められない。

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

- 以下の要件を満たすこと。
 - ・診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録に記載していること。
 - ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- 以下の要件を満たすこと。
 - ・診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録に記載していること。
 - ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
 - ・当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。
- 抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬

等の適正使用、薬剤耐性菌)を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。

＜所定疾患施設療養費（Ⅰ）・所定疾患施設療養費（Ⅱ）共通＞

- 所定疾患施設療養費は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合（肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。）は、所定単位数を算定する。
- 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。
- 対象の入所者は次のいずれかに該当する者であること。
 - ・肺炎の者
 - ・尿路感染症の者
 - ・带状疱疹の者
 - ・蜂窩織炎の者
- 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

34 認知症専門ケア加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

- ・認知症専門ケア加算（Ⅰ）：3単位／日
（Ⅱ）：4単位／日

「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」（＝対象者）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に、1日につき所定単位数を加算する。なお、（Ⅰ）と（Ⅱ）のどちらか一つしか算定できない。

→「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」＝「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する入所者」

＜認知症専門ケア加算（Ⅰ）＞

- 入所者の総数のうち、対象者の占める割合が1/2以上（届出日の属する月の前3月の各月末時点の平均で算定）であること。
- 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は「1+（対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1）」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。
 - ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「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指す。
- 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行うことができるものとする。)を定期的で開催していること。

＜認知症専門ケア加算（Ⅱ）＞

- 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に適合していること。
- 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
 - ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「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指す。
- 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。

35 認知症行動・心理症状緊急対応加算【介護老人保健施設】 <200単位/日>

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

- 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、介護老人保健施設に一時的に入所することにより、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、「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。
- 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、緊急に介護老人保健施設への入所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、当該施設に入所した場合に算定できる。また、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。この際、当該施設への入所ではなく、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、速やかに適切な医療機関の紹介、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。
- 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ため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「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。
- 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できない。
 - ・病院又は診療所に入院中の者
 - ・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
 - ・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

- 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。
- 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。
- 当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人保健施設に入所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って算定できる。

36 認知症情報提供加算 【介護老人保健施設】 350 単位

過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、認知症疾患医療センターや認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関に当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき入所期間中に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関（認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く）に対する紹介を行った場合は算定しない。

- 「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいう。
- 「認知症のおそれがある」とは、MMSE（Min Mental State Examination）において概ね23点以下、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20点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいう。
- 「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指すものである。
- 「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。
- 「これに類する保険医療機関」とは、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たす保険医療機関をいう。
 - ・認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした経験（10年以上）を有する医師がいること。
 - ・コンピューター断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像検査（MRI）の両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県若しくは政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っている都道府県若しくは政令指定都市が認めるもの。
 - ・併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。

- ・「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うにつき必要な医師が配置され、十分な体制が整備されている保険医療機関である。ここでいう必要な医師の配置とは、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした10年以上の臨床経験を有する医師が1名以上配置されていることをいい、十分な体制とは、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、CT又はMRIを有していることをいう。

37 地域連携診療計画情報提供加算【介護老人保健施設】 300 単位

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (IV) を算定している場合算定不可。

医科診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

- 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表に掲げる地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関（計画管理病院）において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（総治療期間）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。
- 本加算は、医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料 (I) を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定する。
 - ・大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る）
 - ・脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る）
- 本加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定する。
- 本加算を算定する施設は、「あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されており、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。」を満たす必要がある。

38 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算【介護老人保健施設】 33 単位／月

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- 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提供に当たって、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こと。
- 評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね 2 週間以内に、その後はおおむね 3 月ごとに行うものであること。

39 褥瘡マネジメント加算【介護老人保健施設】

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）を算定している場合のみ算定。

- ・ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）： 3 単位／月
（Ⅱ）： 13 単位／月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は所定単位数を加算する。

なお、（Ⅰ）と（Ⅱ）のどちらか一つしか算定できない。

また、褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

原則として入所者全員を対象として入所者ごとに以下に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

- 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。
- ・ 届出の日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと
- 評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ・ 褥瘡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、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

- 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等ごとの状態について定期的に記録していること。
- ・褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- 評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。
→褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>

- 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発生のないこと。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

40 排せつ支援加算 【介護老人保健施設】

- *（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。
- ・排せつ支援加算（Ⅰ）：10 単位／月
（Ⅱ）：15 単位／月
（Ⅲ）：20 単位／月

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、1月につき所定単位数を加算する。
なお、（Ⅰ）～（Ⅲ）のどれか一つしか算定できない。

<排せつ支援加算（Ⅰ）>

原則として入所者全員を対象として入所者ごとに以下に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。

→したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。

- 「排せつに介護を要する入所者」等ごとに、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等に「評価」するとともに、少なくとも六月に一回、「評価」を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用して

いること。

- ・排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込みについて実施する。
- ・届出の日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。
- ・「評価」を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が「評価」を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- ・「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成30年4月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。
- 「評価」の結果、「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、「排せつに介護を要する」原因を分析し、それに基づいた「支援計画」を作成し、支援を継続して実施していること。
- ・「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。
- ・支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、「評価」を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。
- ・なお、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ・支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所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、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ・当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこ

と。

- 評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。
→支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

<排せつ支援加算（Ⅱ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
 - ・施設入所時等と比較して、排尿・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
 - ・又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。

<排せつ支援加算（Ⅲ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
 - ・施設入所時等と比較して、排尿・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
 - ・かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

41 自立支援促進加算【介護老人保健施設】 300単位／月

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可。

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。

原則として入所者全員を対象として以下に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

- 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを入所時に行うとともに、少なくとも六月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。
- 医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
 - ・個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。
 - ・なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組

を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

- 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。
 - ①寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。
 - ②食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。
 - ③排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。
 - ④入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。
 - ⑤生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。
 - ⑥リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。
- ・支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- 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。
- 医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進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。

42 科学的介護推進体制加算 【介護老人保健施設】

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (Ⅳ) を算定している場合算定不可。

- ・科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) : 40 単位/月
- (Ⅱ) : 60 単位/月

原則として入所者全員を対象として以下に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。なお、(Ⅰ) と (Ⅱ) のどちらか一つしか算定できない。

- 入所者・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報 (科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報) を、厚生労働省に提出していること。
- 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他

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。

- ・施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、P D C Aサイクルにより、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

- ①入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する (Plan)。
- ②サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する (Do)。
- ③L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特長やサービス提供の在り方について検証を行う (Check)。
- ④検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める (Action)。

43 安全対策体制加算 【介護老人保健施設】 20 単位 (入所時に 1 回)

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (IV) を算定している場合算定不可。

- 事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。
- 安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。
- また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

44 サービス提供体制強化加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

- ・サービス提供体制強化加算 (I) : 22 単位/日
- (II) : 18 単位/日
- (III) : 6 単位/日

1 ~ 3 のいずれかを算定できる。

- 1 サービス提供体制強化加算 (I) : ①又は②のいずれかに該当し、提供する介護保健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。

①

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員総数}}$$

≥ 0.8 (介護職員総数のうち、介護福祉士の割合)

②

$$\frac{\text{勤続年数 10 年以上の介護福祉士}}{\text{介護職員総数}} \geq 0.35 \quad (\text{介護職員総数のうち、介護福祉士の割合})$$

2 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員総数}} \geq 0.6 \quad (\text{介護職員総数のうち、介護福祉士の割合})$$

3 サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：①～③のいずれかに該当すること。

①

$$\frac{\text{介護福祉士}}{\text{介護職員総数}} \geq 0.5 \quad (\text{介護職員総数のうち、介護福祉士の割合})$$

②

$$\frac{\text{常勤職員}}{\text{看護・介護職員総数}} \geq 0.75 \quad (\text{看護・介護職員総数のうち、常勤職員の割合})$$

③

$$\frac{\text{勤続年数 7 年以上の者}}{\text{サービスを入所者等に直接提供する職員総数}} \geq 0.3$$

(サービスを入所者等に直接提供する職員総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の割合)

- 職員の割合の算出は、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よい。ただし、前年度の実績が6月に満たない場合（新規・再開）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。つまり、4月日以降届出が可能となる。
- 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。
- 前年度実績が6月に満たない場合は、届出を行った月以降も、直近3月間の職員の割合は毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。その割合については、毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、すみやかに「介護給付費算定に係る体制届出書」を提出すること。
- 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。具体的には、平成31年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成31年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。
- 介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指す。

- 「提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組」については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

(例)

- ・ L I F E を活用した P D C A サイクルの構築
- ・ I C T ・テクノロジーの活用
- ・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化
- ・ ケアに当たり、居室の定員が2以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること

実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。

45 介護職員処遇改善加算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

- 1 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：算定した単位数の1000分の39に相当する単位数
- 2 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：算定した単位数の1000分の29に相当する単位数
- 3 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：算定した単位数の1000分の16に相当する単位数

介護職員の賃金改善を実施している場合、都道府県知事等に届け出た介護老人保健施設が、利用者に対し介護保健施設サービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、所定単位数に加算する。

46 介護職員等特定処遇改善加算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

- 1 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）：算定した単位数の1000分の21に相当する単位数
- 2 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）：算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

47 介護職員等ベースアップ等支援加算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

算定した単位数の1000分の8に相当する単位数

48 在宅復帰支援機能加算【介護老人保健施設】 <10単位/日>

* 介護療養型老人保健施設が算定の対象。

- 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所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。
- 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が1月間を超えていた者に限る）の占める割合が30%を超えていること。

- 退所者の退所後 30 日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- 入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。
 - ・退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。
 - ・必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。
- 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。
 - ・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
 - ・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
 - ・家屋の改善に関する相談援助
 - ・退所する者の介助方法に関する相談援助

49 特別療養費 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

* 介護老人保健施設については、(ユニット) 介護療養型老人保健施設が算定の対象。

入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行った場合に、特別療養費として、別に厚生労働大臣が定める単位数に 10 円を乗じて得た額を所定単位数に加算する。

→ 参照「厚生労働大臣が定める特別療養費に係る指導管理等及び単位数」

50 療養体制維持特別加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

* 介護老人保健施設については、(ユニット) 介護療養型老人保健施設が算定の対象。

療養体制維持特別加算 (I) 27 単位/日

(II) 57 単位/日 ※併算定可

- 療養体制維持特別加算 (I) については、次の要件を満たす場合、1 日につき 27 単位を所定単位数に加算する。
 - ・次のいずれかに該当すること。
 - ① 転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費 (I)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費 (II)、ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費 (II) を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であったこと。

②転換を行う直前において、診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合する病棟、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(2)イ②に規定する20対1配置病棟、基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）第5の3(2)ロ①2に規定する20対1配置病棟を有するものであったこと。

- ・看護・介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で入所者等の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・定員超過、人員基準違反でないこと。

●療養体制維持特別加算（Ⅱ）については、次の要件を満たす場合、1日につき57単位を所定単位数に加算する。

- ・次のいずれにも該当すること。

①算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の20以上であること。

②算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。

→「著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する者をいう。

51 個別リハビリテーション実施加算【短期入所療養介護】 <240単位/日>

医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に算定する。

52 送迎体制加算【短期入所療養介護】 <184単位/片道>

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき184単位を所定単位数に加算する。

53 若年性認知症利用者受入加算【短期入所療養介護】

- ・「(老健)短期入所療養介護費」「(ユニット型老健)短期入所療養介護費」を算定している

場合 120 単位/日

・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合 60 単位/日

若年性認知症利用者(介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者)に対して指定短期入所療養介護を行った場合に所定単位数に加算する。

ただし、「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。

54 認知症行動・心理症状緊急対応加算 【短期入所療養介護】 <200 単位/日>

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、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対しサービスを行った場合、利用を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

- 「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。
- ・利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護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、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定可。
- ・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可。この際、短期入所療養介護ではなく、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。

- 次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合は算定できない。
 - ・病院又は診療所に入院中の者
 - ・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
 - ・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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- 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、事業所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日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる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。

55 緊急短期入所受入加算 【短期入所療養介護】 <90 単位/日>

利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者に対し、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指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日(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)を限度として1日につき90単位を所定単位数に加算する。

- 「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。
- 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。
- やむを得ない事情により、当該介護支援専門員と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、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算定できる。
- 本加算の算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。
ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができる。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。
- 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すること。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。
- 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。

56 重度療養管理加算 【短期入所療養介護】

- * ((ユニット型) 介護老人保健施設の短期入所療養介護費、又は、「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している施設が算定の対象。
- ・(ユニット型) 介護老人保健施設の短期入所療養介護費 (I の i ~ iv) を

算定している場合 ・ ・ ・ ・ 120 単位／日

・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合

・ ・ ・ ・ 60 単位／日

要介護状態区分が要介護 4 又は要介護 5 の利用者に対して、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所定単位数に加算する。

●利用者の状態が次のいずれかに該当すること。

- ①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ③中心静脈注射を実施している状態
- ④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
- ⑤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
- ⑥膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号に掲げる身体障害者障害程度等級表の 4 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
- ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨気管切開が行われている状態

●当該加算を算定する場合は、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

●重度療養管理加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。

なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（上記①から⑨まで）を記載すること。複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

- ・①の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において 1 日当たり 8 回（夜間を含め約 3 時間に 1 回程度）以上実施している日が 20 日を超える場合。
- ・②の「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」とは、当該月において 1 週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。
- ・③の「中心静脈注射を実施している状態」とは、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者。
- ・④の「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」とは、人工腎臓を各週 2 日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつもの。
 - ・透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - ・常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
 - ・透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - ・出血性消化器病変を有するもの
 - ・骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - ・うっ血性心不全（NYHA Ⅲ度以上）のもの
- ・⑤の「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」とは、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90mmHg 以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度 90%以下の状態で常時、心

電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

- ・⑥の「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4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」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できる。
- ・⑦の「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できる。
- ・⑧の「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。
 - ・第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
 - ・第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
 - ・第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 - ・第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
- ・⑨の「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できる。

57 総合医学管理加算 【短期入所療養介護】 <275 単位/日>

治療管理を目的とし、以下の基準に従い、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指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算。ただし、「緊急時施設療養費」を算定した日は算定しない。

- 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- 診療方針、診断、処置を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- 利用終了日から7日以内に、かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。
 - ・主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。
 - ・利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定できる。

VI 短期入所療養介護事業所（老健）にかかる留意事項

1 人員に関する基準

本体施設となる介護老人保健施設が、施設として必要な人員基準を満たしていれば足りる。

2 短期入所サービスの連続利用

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。

短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、介護報酬では30日を連続算定日数の上限としている（連続30日を超えた利用は、全額利用者負担となる）。また、在宅生活を継続していくうえで利用するものであり、居宅サービス計画では、特に必要な場合を除き、保険対象の利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超えないことを目安とする。

3 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設の退所日、短期入所療養介護のサービス終了日については、訪問看護費・訪問リハビリテーション費・居宅療養管理指導費・通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えるので、退所日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

入所当日であっても当該入所前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所前に通所介護・通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所者の外泊時や試行的退所を行っている場合には居宅サービスは算定できない。

○介護老人保健施設の変更許可、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、県庁介護支援課施設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。

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

※長野市・松本市所在の施設については、長野市・松本市に相談・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94条第2項	介護老人保健施設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99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95条第1項	介護老人保健施設管理者承認申請書（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98条第1項第4号	介護老人保健施設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。 介護老人保健施設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99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99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"/> 介護老人保健施設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"/> 介護老人保健施設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14 介護老人保健施設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"/> 介護老人保健施設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)

※介護老人保健施設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。

※介護老人保健施設内で実施される「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"/> 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表14 介護老人保健施設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"/> 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表14 介護老人保健施設の許可に係る記載事項 <input type="checkbox"/> 新運営規程(変更許可後の運営規程)
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"/> 介護老人保健施設管理者承認申請書(第7号様式) <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書(参考様式3) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設管理予定者の状況(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"/> 管理者届出書(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"/> 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表14 介護老人保健施設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"/> 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書(第6号様式) <input type="checkbox"/> 付表14 介護老人保健施設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14 介護老人保健施設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14 介護老人保健施設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"/> 介護老人保健施設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94条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（参考様式10-4）
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）
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）

(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）

(令和〇〇年〇月分)

(枚中 枚目)

職 種	ユニット型の場合、ユニットリーダーを明示	第1週							第2週							第3週							第4週							週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備 考		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				12	13
ユニット1		常勤・専従の職員は基本的に「1.0」となる(シフトの関係上、仮に当4週の勤務時間数が160時間に満たない場合でも0.9とはせずに1.0とすること。)																																
ユニットリーダー	A	〇〇 □□	夜	明	休	遅	休	早	夜	明	休	休	早	早	夜	明	休	遅	遅	早	夜	明	休	遅	休	早	夜	明	休	早	160	40	5.0	
介護職員	A	〇〇 □□	早	遅	夜	明	休	遅	早	早	夜	明	休	遅	休	早	夜	明	休	休	早	夜	明	休	早	休	早	夜	明	休	160	40		
介護職員	A	〇〇 □□	遅	早	休	休	夜	明	休	遅	早	夜	明	休	遅	遅	早	夜	明	休	休	早	遅	夜	明	休	休	早	早	夜	160	40		
介護職員	A	〇〇 □□	明	休	早	休	早	夜	明	休	休	早	遅	夜	明	休	遅	早	休	夜	明	休	早	早	遅	夜	明	休	遅	遅	160	40		
介護職員	A	〇〇 □□	休	休	遅	早	遅	日	遅	休	遅	遅	日	日	早	休	休	日	早	遅	遅	遅	休	休	日	遅	遅	遅	日	休	160	40		
看護職員	A	〇〇 □□	日	日	休	日	日	日	休	日	日	日	休	日	日	日	日	日	休	日	日	日	休	休	日	日	休	日	日	160	40	1		
看護職員	C	〇〇 □□	半	半	休	半	半	半	休	半	半	半	休	半	半	半	半	半	半	休	半	半	半	休	休	半	半	休	半	80	20	0.5		
ユニット2	(以下、同様に記載)	雇用形態が非常勤(パート勤務)であっても、常勤職員と同様の時間(4週で160時間)勤務している場合は、「常勤」となることに注意。																																
		ユニット型の場合、基本的にユニット内固定配置で、かつ「昼間」時間帯(8時~18時)において常時1人以上の介護職員・看護職員が配置されているか確認。また、夜勤は2ユニットで1人以上の配置を確認。																																
		勤務パターンのすべてを記載すること。「パート」や「短時間」なども何時から何時までの勤務であるのかを明記。																																

勤務時間帯:日 9:00~17:00、早 7:00~16:00、遅 10:00~19:00、夜 17:00~9:00、半 13:30~17:30