令和８年度

集　団　指　導　資　料
（介護老人保健施設）

福岡県保健医療介護部介護保険課

北九州市保健福祉局地域共生社会推進部介護保険課

福岡市福祉局高齢社会部事業者指導課

久留米市健康福祉部介護保険課

資　料　目　次

１　介護老人保健施設に関する事項

・・・Ｐ　１

２　介護給付費について

Ａ　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について

・・・Ｐ　３７

Ｂ　加算・減算の適用要件

・・・Ｐ　３８

３　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａについて

・・・Ｐ　９２

４　運営指導等における主な不適正事例について

・・・Ｐ１２９

５　介護保険関連情報のホームページアドレスについて

・・・Ｐ１４５

１　介護老人保健施設に関する事項

【基本方針】

〇介護老人保健施設

施設は、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行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

施設サービスを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

（介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年３月31日厚生省令第40号。以下「施設サービス基準」という。）第１条の２）

１　人員に関する基準（施設サービス基準第２条、第 23 条、第 24 条、第 24 条の２）

（１）　管理者

ア　施設の管理者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該介護老人保健施設の管理上支障のない場合は、他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとし、管理者が本体施設（介護老人保健施設に限る。以下同じ。）に従事する場合であって、当該本体施設の管理上支障のない場合は、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又はサテライト型居住施設の職務に従事することができるものとする。

イ　施設の管理者は、当該介護老人保健施設の従業者の管理、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らない。

ウ　施設の管理者は、従業者にこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

（２）　医師

常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上

（３）　薬剤師

ア　介護老人保健施設の実情に応じた適当数

イ　入所者の数を 300 で除した数以上が標準であること。

（４）　看護職員（看護師若しくは准看護師）又は介護職員

ア　総数

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

イ　看護職員、介護職員の数

看護職員の員数は看護・介護職員の総数の７分の２程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の７分の５程度をそれぞれ標準とする。

「看護・介護職員の総数」とは、同号により置くべきとされている看護・介護職員の員数をいうこと。

ウ　常勤・非常勤について

直接入所者の処遇に当たる職員であるので、当該介護老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこと。ただし、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看護・介護職員が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、次の二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ないこと。

(1)　常勤職員である看護・介護職員が基準省令によっ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を充てる場合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おいて勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。

（５）　支援相談員　１以上（常勤職員配置）

ア　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名に加え、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

イ　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種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ること。

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

（６）　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

ア　常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上

イ　理学療法士等は、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当たることは差し支えないも

のである。

ただし、施設の理学療法士等の常勤換算方法における勤務時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含まれないこと。

（７） 栄養士又は管理栄養士

ア　入所定員 100 以上の介護老人保健施設にあっては、１以上（常勤職員）

イ　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ないこと。

なお、100 人未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであること。

（８） 介護支援専門員　１以上（入所者数が 100 又はその端数を増すごとに１を標準とする。）

介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。

入所者数が 100 人未満の介護老人保健施設にあっても１人は配置されていなければならない。ただし、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るものではない。

（計画担当介護支援専門員の責務）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一　入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、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。

二　入所者の心身の状況、その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どうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。

三　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。

四　苦情の内容等を記録すること。

五　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。

（９） 調理員、事務員その他の従業者

介護老人保健施設の実情に応じた適当数

(10) 職員の専従（施設サービス基準第２条第４項）

介護老人保健施設の従業者は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではない。

(11)　勤務体制の確保等

○介護老人保健施設（施設サービス基準第 26 条）

ア　施設は、入所者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

イ　施設は、当該施設の従業者によって介護保健施設サービスを提供しなければならない。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

ウ　施設は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

その際、当該介護老人保健施設は全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第８条第２項に規定する政令で定める者等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らない。

エ　施設は、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、職場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の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

○ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第 48 条）

ア～エ　介護老人保健施設と同様

オ　前アの従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、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、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。

一　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。

二　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職員として配置すること。

三　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。

カ　施設の管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めなければならない。

(12)　人員基準欠如による減算

ア　看護職員又は介護職員の員数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合

看護職員又は介護職員の員数が、施設サービス基準第２条に定める員数を置いていない場合（看護、介護職員不足等）には、所定単位数に１００分の７０を乗じて得た単位数を用いて算定する。

アの減算開始時期

①　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。 ②　人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合には、当該月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

イ　看護職員又は介護職員以外の人員基準欠如について

指定介護老人保健施設においては、下記の職種において施設サービス基準第２条に定める員数を置いていない場合には、所定単位数に１００分の７０を乗じて得た単位数を用いて算定する。

①　医師の数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合
②　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合
③　介護支援専門員の員数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合

イの減算開始時期

当該月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

ウ　やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱いについて

突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（ア②及びイの場合に限る。）であって、次の①から④までの全てに該当するときは、ア②及びイの規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、減算の適用を猶予する。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

① 職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第 33 条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

② 職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

③ 公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

④ やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」の発出に伴うＱ＆Ａ（令和８年５月８日）

○　やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い

問１　「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。
（答）
・例えば、以下のような場合において、職員が一時的に不足する状況が該当する。
・職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合
・職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合
　なお、職員や家族の突発的な体調不良等により１か月を超える不在が見込まれる場合に
おいては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等に求人の申
込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な

問２　「１年に１回に限り、」とあるが、１年はいつから起算するのか。
（答）
・突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如の発生が生じた日

問３　「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。
（答）
・自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

※用語

「常勤換算方法」

当該施設の従業者の１週間の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が１週間に勤務すべき時間数（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の員数に換算する方法。

なお、常勤の従業者の休暇や出張等の期間については、その期間が暦月で１月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱う。非常勤の従業者の休暇や出張等の期間については、サービス提供に従事する時間とはいえないので、勤務延時間数には含めない。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

「勤務延時間数」

勤務表上、介護老人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とする。

なお、従業者１人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従事者が勤務すべき勤務時間数を上限とする。

「常勤」

当該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（32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）に達していることをいうものである。

ただし、母性健康管理措置又は育児介護及び治療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施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

当該施設に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）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の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

「前年度の平均値」

①当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。

②新設（事業の再開の場合を含む。以下同じ。）又は増床分のベッドに関して、前年度において 1 年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の入所者数は、新設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、新設又は増床の時点から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、新設又は増床の時点から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する。

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

２　設備に関する基準

○介護老人保健施設（施設サービス基準第３条）

（１）介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しなければならない。ただし、サテライト型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、本体施設の施設を利用することにより当該サテライト型小規模介護老人保健施設及び当該本体施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、調理室、洗濯室又は洗濯場及び汚物処理室を、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、併設される介護医療院又は病院若しくは診療所の施設を利用することにより、当該医療機関併設型小規模介護老人保健施設及び当該介護医療院又は病院若しくは診療所の入所者及び入院患者の処遇が適切に行われると認められるときは、療養室及び診察室を除き、これらの施設を有しないことができる。

一　療養室

二　診察室

三　機能訓練室

四　談話室

五　食堂

六　浴室

七　レクリエーション・ルーム

八　洗面所

九　便所

十　サービス・ステーション

十一　調理室

十二　洗濯室又は洗濯場

十三　汚物処理室

（２）前項各号に掲げる施設の基準は、次のとおりとする。

一　療養室

イ　一の療養室の定員は、４人以下とすること。

ロ　入所者１人当たりの床面積は、８㎡以上とすること。

ハ　地階に設けてはならないこと。

ニ　１以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

ホ　寝台又はこれに代わる設備を備えること。

ヘ　入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。

ト　ナース・コールを設けること。

二　機能訓練室

１㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。ただし、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にあっては、機能訓練室は40㎡以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。

三　談話室

入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。

四　食堂

２㎡に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有すること。

五　浴室

イ　身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

ロ　一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。

六　レクリエーション・ルーム

レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。

七　洗面所

療養室のある階ごとに設けること。

八　便所

イ　療養室のある階ごとに設けること。

ロ　ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。

ハ　常夜灯を設けること。

（３）第一項各号に掲げる施設は、専ら当該介護老人保健施設の用に供するものでなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。

構造設備の基準（施設サービス基準第４条）

（１）介護老人保健施設の構造設備の基準は、次のとおりとする。

一　介護老人保健施設の建物は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす２階建て又は平屋建ての介護老人保健施設の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。

イ　療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設を２階及び地階のいずれにも設けていないこと。

ロ　療養室等を２階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。

（ⅰ）　当該介護老人保健施設の所在地を管轄する消防長（消防本部を設置しない市町村にあっては、市町村長。以下同じ。）又は消防署長と相談の上、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に入所者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。

（ⅱ）　訓練については、消防計画等に従い、昼間及び夜間において行うこと。

（ⅲ）　火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

二　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。

三　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けること。ただし、直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

四　階段には、手すりを設けること。

五　廊下の構造は、次のとおりとすること。

イ　幅は、1.8m以上とすること。ただし、中廊下の幅は、2.7m以上とすること。

ロ　手すりを設けること。

ハ　常夜灯を設けること。

六　入所者に対する介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

七　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

（２）（１）にかかわらず、都道府県知事（指定都市及び中核市にあっては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。）が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての介護老人保健施設の建物であって、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認めたときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

一　スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。

二　非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており円滑な消火活動が可能なものであること。

三　避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

○ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第41条）

（１）ユニット型介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しなければならない。ただし、ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、本体施設の施設を利用することにより、当該ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設及び当該本体施設の入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、調理室、洗濯室又は洗濯場及び汚物処理室を、ユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、併設される介護医療院又は病院若しくは診療所の施設を利用することにより、当該ユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設及び当該介護医療院又は病院若しくは診療所の入居者又は入院患者の処遇が適切に行われると認められるときは、療養室及び診察室を除き、これらの施設を有しないことができる。

一　ユニット

二　診察室

三　機能訓練室

四　浴室

五　サービス・ステーション

六　調理室

七　洗濯室又は洗濯場

八　汚物処理室

（２）前項各号に掲げる施設の基準は、次のとおりとする。

一　ユニット

イ　療養室

（ⅰ）　一の療養室の定員は、１人とすること。ただし、入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は、２人とすることができる。

（ⅱ）　療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、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。ただし、一のユニットの入居定員は、原則としておおむね 10 人以下とし、15 人を超えないものとする。

（ⅲ）　一の療養室の床面積等は、10.65 ㎡以上とすること。ただし、（ⅰ）ただし書の場合にあっては、21.3 ㎡以上とすること。

（ⅳ）　地階に設けてはならないこと。

（ⅴ）　１以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

（ⅵ）　寝台又はこれに代わる設備を備えること。

（ⅶ）　入居者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。

（ⅷ）　ナース・コールを設けること。

ロ　共同生活室

（ⅰ）　共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、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。

（ⅱ）　一の共同生活室の床面積は、２㎡に当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。

（ⅲ）　必要な設備及び備品を備えること。

ハ　洗面所

（ⅰ）　療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること。

（ⅱ）　身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。

ニ　便所

（ⅰ）　療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること。

（ⅱ）　ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。

（ⅲ）　常夜灯を設けること。

二　機能訓練室

１㎡に入居定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。ただし、ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設又はユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合は、機能訓練室は 40 ㎡以上の面積を有し、

必要な器械・器具を備えること。

三　浴室

イ　身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

ロ　一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。

（３）機能訓練室及び浴室は、専ら当該ユニット型介護老人保健施設の用に供するものでなければならない。ただし、入居者に対する介護保健施設サービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。

（４）（３）に規定するもののほか、ユニット型介護老人保健施設の設備構造の基準は、次に定めるところによる。

一　ユニット型介護老人保健施設の建物（入居者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。）は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす２階建て又は平屋建てのユニット型介護老人保健施設の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。

イ　療養室等を２階及び地階のいずれにも設けていないこと。

ロ　療養室等を２階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。

（ⅰ）　当該ユニット型介護老人保健施設の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に入居者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。

（ⅱ）　消防訓練については、消防計画等に従い、昼間及び夜間において行うこと。

（ⅲ）　火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

二　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。

三　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を二以上設けること。ただし、直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

四　階段には、手すりを設けること。

五　廊下の構造は、次のとおりとすること。

イ　幅は、1.8m以上とすること。ただし、中廊下の幅は、2.7m以上とすること。なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、1.5m以上（中廊下にあっては、1.8m以上）として差し支えない。

ロ　手すりを設けること。

ハ　常夜灯を設けること。

六　入居者に対する介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

七　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

（５）（４）の規定にかかわらず、都道府県知事が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建てのユニット型介護老人保健施設の建物であって、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認めたときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

一　スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。

二　非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。

三　避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

3　運営に関する基準

（1）内容及び手続の説明及び同意（施設サービス基準第５条）

ア　施設は、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、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者から同意を得なければならない。

イ　「入所申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項」とは、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等である。

（2）提供拒否の禁止・サービス提供困難時の対応等（施設サービス基準第５条の２・３）

ア　施設は、正当な理由なく、サービスの提供を拒んではならない。

イ　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は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

（3）　受給資格等の確認（施設サービス基準第６条）

ア　施設は、サービスの提供を求められた場合には、その者が提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

イ　施設は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護保健施設サービスを提供するように努めなければならない。

（4）　要介護認定の申請に係る援助（施設サービス基準第７条）

ア　施設は、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は、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

イ　施設は、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

（5）　入退所（施設サービス基準第８条）

ア　施設は、その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等が必要であると認められる者を対象に、施設サービスを提供するものとする。

イ　施設は、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、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らない。

ウ　施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、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の把握に努めなければならない。

エ　施設は、入所者の心身の状況、病状、その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どうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

オ　検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・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しなければならない。

カ　施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、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に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供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らない。

（６）　サービスの提供の記録（施設サービス基準第９条）

ア　施設は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しなければならない。

イ　施設は、施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

（７）　利用料等の受領（施設サービス基準第 11 条、第 42 条）

ア　施設は、法定代理受領サービスに該当する施設サービスを提供した際には、入所者・入居者から利用料の一部として、当該施設サービスについて厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当該施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。

イ　施設は、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際に入所者・入居者から支払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らない。

ウ　施設は、前ア、イの支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。

一　食事の提供に要する費用

二　居住に要する費用

三　厚生労働大臣の定める基準（※１）に基づき入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用

四　厚生労働大臣の定める基準（※１）に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用

※１　厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準（平成 12 年 3 月 30 日厚生省告示第 123 号）

五　理美容代

六　前各号に掲げるもののほか、介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められるもの

エ　前ウの第一号から第四号までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところ（※２）によるものとする。

※２　居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針

オ　前ウの各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者・入居者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者・入居者の同意を得なければならない。ただし、ウの第一号から第四号までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとする。

（８）　取扱方針

ア　介護老人保健施設（施設サービス基準第 13 条）

(ｱ) 施設は、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、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

(ｲ) 施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的にならないよう配慮して行わなければならない。

(ｳ) 従業者は、サービスの提供に当たっては、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らない。

(ｴ) 施設は、入所者又は他の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を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

(ｵ) 施設は、前項の身体的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らない。

また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しなければならない。

(ｶ) 施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならな

い。

イ　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置~~等~~その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。）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。

ロ　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

ハ　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

(ｷ) 上記(ｶ)イの身体的拘束等適正化検討委員会は、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※)身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

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

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

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

である。

具体的には、次のようなことを想定している。

イ　身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。

ロ　介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。

ハ　身体的拘束等適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ　事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

ホ　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。

ヘ　適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(ｸ) 上記(ｶ)ロの施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

イ　施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

ロ　身体的拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項

ハ　身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

ニ　施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

ホ　身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針

ヘ　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

ト　その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

(ｹ) 上記(ｶ)ハの介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化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、適正化の徹底を行うものとする。

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、定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

(ｺ) 施設は、自らその提供する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らない。

イ　介護老人保健施設（ユニット型）（施設サービス基準第 43 条）

(ｱ) 施設サービスは、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行われなければならない。

(ｲ)　施設サービスは、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行われなければならない。

(ｳ)　施設サービスは、入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければならない。

(ｴ)　施設サービスは、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、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行わなければならない。

(ｵ)　従業者は施設サービスの提供に当たって、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らない。

身体拘束適正化及び質の評価については、「ア介護老人保健施設（施設サービス基準第 13 条）(ｴ)～(ｺ)」を準用する。

（９） 施設サービス計画の作成（施設サービス基準第 14 条）

(ｱ) 管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成業務を担当させること。

(ｲ) 計画担当介護支援専門員は、サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

(ｳ) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、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しなければならない。

(ｴ) 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

(ｵ) 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

(ｶ) 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集

して行う会議（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。ただし、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等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

(ｷ) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

(ｸ) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

(ｹ) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

(ｺ) 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一　定期的に入所者に面接すること。

二　定期的にモニタリングの結果を記録すること。

(ｻ) 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一　入所者が法第 28 条第２項に規定する要介護更新認定を受けた場合

二　入所者が法第 29 条第１項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(ｼ) (ｲ)から(ｸ)までは、(ｹ)に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

(10) 診療の方針（施設サービス基準第 15 条）

医師の診療の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一　診療は、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、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行う。

二　診療に当たっては、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て、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行う。

三　常に入所者の病状、心身の状況及びその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。

四　検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行う。

五　特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならない。

六　別に厚生労働大臣が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。

(11)　必要な医療の提供が困難な場合等の措置等（施設サービス基準第 16 条）

ア　施設の医師は、入所者の病状からみて当該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、協力医療機関その他の医療機関への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

イ　施設の医師は、不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはならない。

ウ　施設の医師は、入所者のために往診を求め、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、当該病院又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の提供を行わなければならない。

エ　施設の医師は、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の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

(12)　機能訓練（施設サービス基準第 17 条）

施設は、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わなければならない。

(13)　栄養管理（施設サービス基準第 17 条の２）

施設は、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わなければならない。

上記は、施設の入所者に対する栄養管理について、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

イ　入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成

に代えることができるものとすること。

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

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

ニ　栄養ケア・マネジメントの実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とされたい。

(14)　口腔衛生の管理（施設サービス基準第 17 条の３）

施設は、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、各入所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らない。

上記は、介護老人保健施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。

また、口腔衛生管理の実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照されたい。

(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（以下「歯科医師等」という。）が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。

(2)　当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。

(3)　(1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。

イ　助言を行った歯科医師

ロ　歯科医師からの助言の要点

ハ　具体的方策

ニ　当該施設における実施目標

ホ　留意事項・特記事項

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

なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。

(15) 看護及び医学的管理の下における介護

ア 介護老人保健施設（施設サービス基準第 18 条）

(ｱ) 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と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に応じ、適切な技術をもって行われなければならない。

(ｲ) 施設は、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らない。

(ｳ) 施設は、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

(ｴ) 施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。

(ｵ) 施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

(ｶ) 施設は、(ｱ)から(ｵ)に定めるほか、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らない。

(ｷ) 施設は、その入所者に対して、入所者の負担により、当該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らない。

イ ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第 44 条）

(ｱ) 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らない。

また、入居者の日常生活における家事を、入居者が、その病状及び心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しなければならない。

(ｲ) 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らない。ただし、やむを得ない場合には、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る。

(ｳ)～(ｷ) 介護老人保健施設と同様

(16) 食事の提供

ア 介護老人保健施設（施設サービス基準第 19 条）

(ｱ) 入所者の食事は、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ものとするとともに、適切な時間に行われなければならない。

(ｲ)　入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならない。

イ　ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第 45 条）

(ｱ)　施設は、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らない。

(ｲ)　施設は、入居者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行わなければならない。

(ｳ)　施設は、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、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保しなければならない。

(ｴ)　施設は、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、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援しなければならない。

(17)　相談及び援助（施設サービス基準第 20 条）

施設は、常に入所者の心身の状況、病状、その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、その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らない。

(18) その他のサービスの提供（施設サービス基準第 21 条）

ア　施設は、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るものとする。

イ　施設は、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らない。

(19) 入所者に関する市町村への通知（施設サービス基準第 22 条）

施設は、介護保健施設サービスを受けている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らない。

一　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。

二　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。

(20)　運営規程（施設サービス基準第 25 条）

施設は、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ておかなければならない。

一　施設の目的及び運営の方針

二　従業者の職種、員数及び職務の内容

三　入所定員
四　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
五　施設の利用に当たっての留意事項
六　非常災害対策
七　虐待の防止のための措置に関する事項
八　その他施設の運営に関する重要事項

(21)　業務継続計画の策定等（施設サービス基準第 26 条の２）

ア　施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

イ　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に実施しなければならない。

ウ　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する。

(22) 定員の遵守（施設サービス基準第 27 条）

施設は、入所定員及び療養室の定員を超えて入所させてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(23)　非常災害対策（施設サービス基準第 28 条）

（＊県、指定都市及び中核市が定める基準条例に従う。）

ア　施設は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

イ　施設は、前アの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らない。

(24)　衛生管理等（施設サービス基準第 29 条）

ア　施設は、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らない。

イ　施設は、当該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、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一　当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検

討する委員会（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。）をおおむね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。

二　当該施設における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。

三　当該施設において、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感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施すること。

四　前三号に掲げるもののほか、別に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。

(25)　協力医療機関等（施設サービス基準第 30 条）（令和９年３月 31 日までは努力義務）

ア　施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（第三号の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

一　入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。

二　当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。

三　入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

なお、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。

イ　施設は、一年に一回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該介護老人保健施設に係る許可を行った都道府県知事に届け出なければならない。

ウ　施設は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関（次項において「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定

する新感染症をいう。次項において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。

取り決めの内容としては、流行初期期間経過後（新興感染症の発生の公表後４か月程度から６カ月程度経過後）において、介護老人保健施設の入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うことが想定される。

なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

エ　施設は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。

オ　施設は、入所者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入所者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該介護老人保健施設に速やかに入所させることができるように努めなければならない。

なお、「速やかに入所させることができるよう努めなければならない」とは、必ずしも退院後に再入所を希望する入所者のために常にベッドを確保しておくということではない。

カ　施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

(26)　掲示（施設サービス基準第 31 条）

ア　施設は、当該介護老人保健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、協力医療機関、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（以下この条において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。

イ　施設は、重要事項を記載した書面を当該施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。

ウ　施設は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(27)　秘密保持（施設サービス基準第 32 条）

ア　施設の従業者は、正当な理由がなく、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ならない。

イ　施設は、従業者であった者が、正当な理由がなく、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、必要な措置を講じなければならない。

ウ　施設は、居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。

(28) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止（施設サービス基準第 33 条）

ア　施設は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該施設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供与してはならない。

イ　施設は、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの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らない。

(29)　苦情処理（施設サービス基準第 34 条）

ア　施設は、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を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

　なお、「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、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理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、施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等である。

イ　施設は、前アの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らない。

ウ　施設は、提供した介護保健施設サービスに関し、法第２３条の規定による市町村が行う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の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

エ　施設は、市町村からの求めがあった場合には、前ウの改善の内容を市町村に報告しなければならない。

オ　施設は、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、国民健康保険団体連合会による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

カ　施設は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前オの改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(30) 地域との連携（施設サービス基準第 35 条）

ア　施設は、その運営に当たっては、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。

イ　施設は、その運営に当たっては、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、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らない。

(31) 事故発生時の対応（施設サービス基準第 36 条）

ア　施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

一　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

二　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。

三　事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

四　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

イ　施設は、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は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

ウ　施設は、前イの事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

エ　施設は、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故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(32) 虐待の防止（施設サービス基準第 36 条の２）

施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一　当該施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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。

二　当該施設における虐待の防止のための指針を整備すること。

三　当該施設において、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に実施すること。

四　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(33) 入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（施設サービス基準第 36 条の３）

ア　施設は、当該施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産

性の向上に資する取組の促進を図るため、当該介護老人保健施設における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（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。）を定期的に開催しなければならない。（令和９年３月 31 日までは努力義務）

イ　本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えない。

ウ　本委員会は、定期的に開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を決めることが望ましい。

エ　本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。

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

カ　事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

キ　本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

ク　委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えない。

(34) 会計の区分（施設サービス基準第 37 条）

施設は、介護保健施設サービスの事業の会計をその他の事業の会計と区分しなければならない。

(35)　記録の整備（施設サービス基準第 38 条）

（＊県、指定都市及び中核市が定める基準条例に従う。）

ア　施設は、従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

イ　施設は、入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から２年間保存しなければならない。

一　施設サービス計画

二　居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録

三　提供した具体的なサービスの内容等の記録

四　身体的拘束等の態様及び時間、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の記録

五　市町村への通知に係る記録

六　苦情の内容等の記録

七　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(36)　電磁的記録等（施設サービス基準第 51 条）

ア　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、設備及び運営基準において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、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。

イ　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（以下「交付等」という。）のうち、設備及び運営基準において書面で行うことが規定されている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。

２　介護給付費について

Ａ　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について

（介護老人保健施設・短期入所療養介護・通所リハビリテーション
・介護予防短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション）

１　提出時期

（１）単位数が増加する場合

出来る限り算定開始月の前月１５日までに提出

（ただし、介護老人保健施設本体については当月初日でも受付可）

（２）単位数が減少する場合

施設は加算が算定されなくなる状況が生じた場合に速やかに届出をすること。

注　減算は遡及する。

２　提出先

（１）北九州市、福岡市及び久留米市に所在する施設

当該施設の所在する各市

（２）（１）以外の施設

当該施設の所在する各保健福祉（環境）事務所

３　提出書類（提出部数　各１部）

県及び各政令市・中核市のホームページに掲載しています。

※１　介護老人保健施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出については、添付書類は不要です。

※２　同様に、介護老人保健施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出については、添付書類は不要です。

※３　短期入所療養介護に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で短期入所療養介護の届出と重複するものの届出については、添付書類は不要です。

※４　通所リハビリテーションに係る届出を出した場合には、介護予防通所リハビリテーションにおける届出事項で通所リハビリテーションの届出と重複するものの届出については、添付書類は不要です。

Ｂ　加算・減算の適用要件

○介護老人保健施設サービス

１．夜勤減算　（97/100）

夜勤を行う職員の員数について、ある月（暦月）に基準に満たない事態が、２日以上連続するか、４日以上発生した場合、その翌月のすべての入所者等について所定単位数が97％に減算となる。

※　夜勤を行う職員（看護職員又は介護職員）の定義
　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
　夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、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。
　また、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。

		夜勤を行う看護職員又は介護職員の数		その他の要件（ユニット以外・ユニットとも）
		ユニット以外の部分	ユニット部分	
療養型老健以外（Ⅰ）（Ⅳ）		２人以上（入所者数が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は１人以上）	２ユニットごとに１人以上	
療養型老健	（Ⅱ）	同上	同上	夜勤を行う看護職員の数≧入所者等の数÷41
	（Ⅲ）	２人以上（常時、緊急時連絡体制を整備しているものにあたっては、１人以上）	同上	看護職員により、または病院・診療所も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

２．定員超過利用減算　（70/100）

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。

３．人員基準欠如減算　（70/100）

○　看護職員、介護職員の数が人員基準から、
- １割を超えて減少した場合は、該当月の翌月から解消月まで
- １割の範囲内で減少した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）

全ての入所者等について所定単位数が70％に減算となる。

○　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の数が人員基準から欠如した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）全ての入所者等について所定単位数が70％に減算となる。

４．ユニットケアに関する減算　(１日につき 97/100)

１．日中については、ユニット毎に常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置する。
２．ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを配置する。

ある月（暦月）において上記の基準を満たさない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、ユニット部分の入所者全員について、１日につき所定単位数の97％に相当する単位数を算定する。（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。）

５．身体拘束廃止未実施減算　(１日につき所定単位数の 10/100 減算)

施設において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び下記運営基準に規定する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から減算する。

記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的（年２回以上）な研修もしくは新規採用時の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こととなる。

【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13条】
※ユニット型は第43条第６項、第７項及び第８項

４　介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の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を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行ってはならない。

５　介護老人保健施設は、前項の身体的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らない。

６　介護老人保健施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一　身体的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。

二　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

６．安全管理体制未実施減算　(１日につき５単位所定単位数から減算)

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２】を満たさない場合。

【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２】
介護老人保健施設基準第 36 条第１項に規定する基準に適合していること。
第 36 条　施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。
一　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
二　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
三　事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
四　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

＜留意点＞
安全管理体制未実施減算については、介護老人保健施設基準第 36 条第１項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

７．栄養管理に係る減算　(1 日につき 14 単位所定単位数から減算)

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の３】を満たさない場合。

【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の３】
介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び介護老人保健施設基準第 17 条の２に規定する基準のいずれにも適合すること。
第２条　栄養士又は管理栄養士の員数を１以上配置すること。
第 17 条の２　施設は、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わなければならない。

＜留意点＞
栄養管理に係る減算については、介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは第 17 条の２（第 50 条準用含）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする（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。）。

8．高齢者虐待防止措置未実施減算　(１日につき所定単位数の 1/100 減算)

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２の２】を満たさない場合。

【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２の２】
介護老人保健施設基準第 36 条の２に規定する基準に適合していること。
第 36 条の２
一　当該介護老人保健施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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。
二　当該介護老人保健施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
三　当該介護老人保健施設において、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に実施すること。
四　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

＜留意点＞
高齢者虐待防止措置未実施減算については、介護老人保健施設基準第 36 条の２に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

9．業務継続計画未策定減算について　(１日につき所定単位数の３/100 減算)

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２の３】を満たさない場合。

【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 89 の２の３】
介護老人保健施設基準第 26 条の２第１項に規定する基準に適合していること。
第 26 条の２
介護老人保健施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

＜留意点＞
業務継続計画未策定減算については、介護老人保健施設基準第 26 条の２第１項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

10．夜勤職員配置加算　(１日につき 24 単位)

○　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、かつ、２を超える。
- 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、かつ、１を超える。

○　留意事項

①　夜勤を行う職員の数は、「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。

②　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。

11. 室料相当額控除について

令和７年８月以降、次に掲げる要件に該当する場合、多床室の利用者に係る介護保健施設サービス費について、室料相当額を控除することとする。

①　当該介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が８以上であること。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。

②　令和７年８月から令和９年７月までの間は、令和６年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり７か月以上であること。

令和９年８月以降は、算定日が属する計画期間の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後４月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。具体的には、令和９年８月から令和12年７月までの間は、令和８年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり７か月以上であること。

12. 短期集中リハビリテーション実施加算

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、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下この注において「医師等」という。）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であって、かつ、原則として入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合においては、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)として、１日につき258単位を所定単位数に加算する。

また、入所者に対して、医師等が、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は、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)として、１日につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定している場合にあっては、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は算定しない。

○　留意事項

①　集中的なリ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週につきおおむね３日以上実施する場合をいう。

②　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。

イ　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

ロ　上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、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

③　短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)は、入所者に対して、原則として入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行うこととする。

④　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

13. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

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、作業療法士若しく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、厚生労働大臣が定める施設基準に掲げる区分に従い、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日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)　240単位
(2)認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)　120単位

厚生労働大臣が定める施設基準【平成 27 年厚生労働省告示第 96 号 58】

イ　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)に係る施設基準

(1)　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。

(2)　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。

(3)　入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成していること。

ロ　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)に係る施設基準

イ(1)及び(2)に該当するものであること。

○　留意事項

①　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。

② 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。

③ 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。

④ １人の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１人の入所者に対して個別に行った場合のみ算定する。

⑤ 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。)

⑥ 対象となる入所者は、MMSE 又は HDS-R において、おおむね５～25 点に相当する者とする。

⑦ 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）は利用者ごとに保管されていること。

⑧ 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、別途当該加算を算定できる。

⑨ 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する。

⑩ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)は、当該入所者の入所予定日前 30 日以内又は入所後７日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成している場合に算定できる。また、当該入所者の入所後８日以降に居宅等を訪問した場合は、当該訪問日以降に限り、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定できる。

⑪ 入所前後訪問指導加算の算定に当たって行う訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビリテーション計画を作成している場合についても、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定できる。

14. 認知症ケア加算 (１日につき 76 単位)

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、１日につき76単位を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施設及び設備を有していること。

・ 専ら日常生活に支障をきたす恐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。）

・ 施設の入所定員は40人を標準とすること。

・　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。
・　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。
・　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。
○　介護老人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。
○　介護老人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。

○　留意事項

①　「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。

②　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。

・　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。
・　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。

③　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。

15. 若年性認知症入所者受入加算　(１日につき 120 単位)

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。

○　留意事項

①　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。

16. 外泊時の費用　(１日につき 362 単位)

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１日につき362単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。

○　留意事項

①　入所者の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。

②　入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降についての外泊時の費用は算定不可。

③　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事が原則である。しかし、当該入所

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事は可能であるが、この場合は、外泊時の費用の算定はできない。

④　１回の外泊で月をまたがる場合には、最大で連続13泊（12日分）までの外泊時の費用の算定が可能。このように月を連続してまたがる場合にのみ最大12日分の算定ができ、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。

⑤　「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。

⑥　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。

17. 外泊時在宅サービスの費用 (１日につき 800 単位)

入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、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、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、外泊時の費用に掲げる単位を算定する場合は算定しない。

○　留意事項

①　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況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、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性があるかどうか検討すること。

②　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。

③　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に配慮した計画を作成すること。

④　家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。

・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

⑤　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、計画に基づく適切な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こと。

⑥　加算の算定期間は、１月につき６日以内とする。

⑦　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こと。この場合において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こと。

18. 従来型個室についての経過措置

平成 17 年 9 月 30 日において従来型個室に入所している者であって、平成 17 年 10 月 1 日以後引き続き従来型個室に入所するものに対して、介護保健施設サービス費を支給する場合は、当分の間、多床室の介護保健施設サービス費を算定する。

○　次のいずれかに該当する場合は、個室であっても、多床室の介護保健施設サービス費を算定する。（ユニット型老健は対象外）

・　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。

・　８㎡以下の従来型個室に入所する者。
・　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。
・　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。

19. ターミナルケア加算

【（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日以下については　72単位／日
　死亡日以前４日以上30日以下については　160単位／日
　死亡日の前日及び前々日については　910単位／日
　死亡日については　1900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日以下については　80単位／日
　死亡日以前４日以上30日以下については　160単位／日
　死亡日の前日及び前々日については　850単位／日
　死亡日については　1700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。

○　入所者要件
・　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。
・　入所者又はその家族等の同意を得て、当該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。
・　医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていること。

○　留意事項
①　死亡日を含めて45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。
②　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45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。）
　なお、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。
③　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。
④　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。

⑤　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45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。

⑥　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、家族の来所が見込めないような場合も、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所が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、一度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、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。

⑦　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、多床室のサービス費を算定する。

20. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

○　在宅復帰・在宅療養支援機能加算　（Ⅰ）51 単位／日

介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ⅰ）若しくは(ⅲ)又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）のいずれかを算定しており（算定根拠の資料を整備しておくこと）、次のいずれにも該当している場合に算定できる。

1　在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の基準

(1) 次に掲げる算式により算定した数が 40 以上であること。

Ａ＋Ｂ＋Ｃ＋Ｄ＋Ｅ＋Ｆ＋Ｇ＋Ｈ＋Ｉ＋Ｊ

この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

Ａ　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 100 分の 50 を超える場合は 20、100 分の 50 以下であり、かつ、100 分の 30 を超える場合は 10、100 分の 30 以下である場合は０となる数

Ｂ　30.4 を当該施設の平均在所日数で除して得た数が 100 の 10 以上である場合は 20、100 分の 10 未満であり、かつ、100 分の５以上である場合は 10、100 分の５未満である場合は０となる数

Ｃ　算定日が属する月の前３月間において、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も含む。）を行った者の占める割合が 100 分の 35 以上である場合は 10、100 分の 35 未満であり、かつ、100 分の 15 以上である場合は５、100 分の 15 未満である場合は０となる数

Ｄ　算定日が属する月の前３月間において、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 100 の 35 以上である場合は 10、100 分の 35 未満であり、かつ、100 分の 15 以上である場合は５、100 分の 15 未満である場合は０となる数

E　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　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 100 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、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に 100 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未満であり、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　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数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が３以上であり、かつ、社会福祉士である支援相談員を１名以上配置している場合は５、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 100 を乗じた数が３以上の場合は３、３未満であり、かつ、２以上の場合は１、２未満の場合は０となる数

H　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 100 分の 50 以上である場合は５、100 分の 50 未満であり、かつ、100 分の 35 以上である場合は３、100 分の 35 未満である場合は０となる数

I　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 100 分の 10 以上である場合は５、100 分の 10 未満であり、かつ、100 分の５以上である場合は３、100 分の５未満である場合は０となる数

J　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 100 分の 10 以上である場合は５、100 分の 10 未満であり、かつ、100 分の５以上である場合は３、100 分の５未満である場合は０となる数

(2)　地域に貢献する活動を行っていること。

○　留意事項

１　（１）の基準について

A　A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１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、１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も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　B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、１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、１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　C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、１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　Ｄの基準における、新規退所者のうち、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、１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基準Ｃ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（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の占める割合は０とする。

Ｅ　Ｅ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　Ｆ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 100 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っては、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　Ｇ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 100 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　Ｈ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　Ｉ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　Ｊ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

２「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。

（１）　地域との連携については、基準省令第35条において、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、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。

（２）　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。

○　在宅復帰・在宅療養支援機能加算　（Ⅱ）51 単位／日

介護保健施設サービス費（Ⅰ）の(ⅱ)若しくは(ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の(ⅱ)若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費（ⅱ）を算定しており（算定根拠等の関係書類を整備しておくこと）、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の１（１）に掲げる算定式により算定した数が 70 以上である場合算定する。

21. 初期加算

(1)初期加算(Ⅰ)60単位
(2)初期加算(Ⅱ)30単位

(1)について、次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅰ)として、１日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。

イ　当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に共有していること。

ロ　当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイトに定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に当該情報を共有していること。

(2)について、入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅱ)として、１日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。

○　留意事項

①　初期加算は、入所者については、介護老人保健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、加算するものである。

②　「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こと。

③　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。

④　初期加算(Ⅰ)は、入院による要介護者のＡＤＬの低下等を防ぐため、急性期医療を担う医療機関の一般病棟から介護老人保健施設への受入れを促進する観点や、医療的な状態が比較的不安定である者を受け入れる手間を評価する観点から、当該医療機関の入院日から起算して30日以内に退院した者を受け入れた場合について評価するものである。

⑤　初期加算(Ⅰ)の算定に当たっては、以下のいずれかを満たすこと。

イ　当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等の電子的システムを通じ、地域の医療機関に情報を共有し、定期的に更新をしていること。

ロ　当該介護老人保健施設の空床情報をウェブサイトに公表した上で定期的に更新するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対して、定期的に情報共有を行っていること。なお、上記イ及びロにおける定期的とは、概ね月に２回以上実施することを目安とする。

⑥　上記⑤イについては、地域医療情報ネットワークに限らず、電子的システムにより当該介護老人保健施設の空床情報を医療機関が随時確認できる場合であればよいこと。
⑦　上記⑤のロにおける医療機関への定期的な情報共有については、対面に限らず、電話や電子メール等による方法により共有することとしても差し支えない。
⑧　急性期医療を担う医療機関の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院基本料、一類感染症患者入院医療管理料又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟であること。
⑨　急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で介護老人保健施設に入所する場合においても、当該介護老人保健施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して30日以内であれば、算定できること。

22. 退所時栄養情報連携加算 (１月につき１回限り 70 単位)

別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護老人保健施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下この注において「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは、１月につき１回を限度として所定単位数を加算する。ただし、「７．栄養管理に係る減算」又は「３０．栄養マネジメント強化加算」を算定している場合は、算定しない。

○　留意事項

①　退所時栄養情報連携加算は、指定介護老人保健施設と医療機関等の有機的連携の強化等を目的としたものであり、入所者の栄養に関する情報を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。
②　退所時栄養情報連携加算は、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、指定介護老人保健施設からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該指定介護老人保健施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該指定介護老人保健施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。
　なお、当該加算は、当該入所者が退所した日の属する月において、１月に１回を限度として算定できる。
③　栄養管理に関する情報とは、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。
④　栄養管理に関する情報の提供については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照されたい。
⑤　退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び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に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス 40%以上又はＢＭＩが 30 以上）の入所者に対する治療食をいう。
　なお、高血圧の入所者に対する減塩食（食塩相当量の総量が 6.0 グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護福祉施設

サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。

23. 再入所時栄養連携加算 (入所者１人につき１回限り 200 単位)

介護老人保健施設に入所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する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、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ときに、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。ただし、「７.栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しない。

○ 留意事項

① 介護老人保健施設に入所していた者が、医療機関に入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、退院後直ちに再度当該施設に入所した場合を対象とすること。

② 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。また、心臓疾患等の者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス 40%以上又はＢＭＩが 30 以上）の者に対する治療食を含む。なお、高血圧の者に対する減塩食（食塩相当量の総量が 6.0 グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、再入所時栄養連携加算の対象となる特別食に含まれる。

③ 当該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。

指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族（以下この③において「当該者等」という。）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者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

④ 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

入所前後訪問指導加算（Ⅰ） 450 単位
入所前後訪問指導加算（Ⅱ） 480 単位

入所前後訪問指導加算（Ⅰ）及び入所前後訪問指導加算（Ⅱ）は同時に算定することはできない。

○ 留意事項

① 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場合に、入所中１回を限度として算定する。

② 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）は、施設サービス計画の策定等にあたり、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、介護支援専門員等の職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に１回に限り加算を行うものである。なお、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

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、入所予定者及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、入所予定者及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 次の場合は算定できない。

- 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
- 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
- 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。

退所時等支援等加算

退所時等支援加算（25､26､27）訪問看護指示加算（28）

25. 試行的退所時指導加算 (入所者１人につき１月に１回限り 400 単位)

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回を限度として算定する。

○ 留意事項

① 試行的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

②　算定を行う場合の留意点
・　試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、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。
・　試行的退所が終了してもその居宅に退所できない場合においては、その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。
　①　退所して病院又は診療所へ入院する場合
　②　退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
　③　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。

26. 退所時情報提供加算

(1)については、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、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、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、心身の状況、生活歴等の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。

(2)については、入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、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。

(1)退所時情報提供加算（Ⅰ）500単位
(2)退所時情報提供加算（Ⅱ）250単位

○　留意事項

①　退所時情報提供加算（Ⅰ）

入所者が居宅又は他の社会福祉施設等へ退所する場合、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、文書に必要な事項を記載の上、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、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。

② 退所時情報提供加算(Ⅱ)

イ 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関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。

ロ 入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

27. 入退所前連携加算 (入所者１人につき１回限り、(Ⅰ)600 単位、(Ⅱ)400 単位)

入退所前連携加算(Ⅰ)については、次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、入退所前連携加算(Ⅱ)については、ロに掲げる基準に適合する場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。ただし、入退所前連携加算(Ⅰ)を算定している場合は、入退所前連携加算(Ⅱ)を算定しない。

イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、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。

ロ 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、当該入所者の退所に先立って当該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。

○ 留意事項

※ 入退所前連携加算(Ⅰ)

イ 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、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。

ロ ① 加算については、入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行うものであること。

② 退所前連携を行った場合は、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。

ハ ① 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

② 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。

※ 入退所前連携加算(Ⅱ)

イ ① 加算については、入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行うものであること。

② 退所前連携を行った場合は、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。

ロ　①　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

②　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。

28. 訪問看護指示加算　(入所者１人につき１回限り 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に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定定期巡回・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。

○　留意事項

①　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、その指示期間は一月であるものとみなす。

②　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。

③　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。

④　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。

⑤　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。

29. 協力医療機関連携加算

介護老人保健施設において、協力医療機関（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 30 条第１項本文（同令第 50 条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関をいう。）との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は、次に掲げる区分に応じ、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

(1)　当該協力医療機関が、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 30 条第１項各号に掲げる要件を満たしている場合　50 単位

(2)　(1)以外の場合　５単位

「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 30 条第１項各号」

ア　施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（第三号の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

一　入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
二　当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
三　入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

○　留意事項

①　本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものである。

②　会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。

③　協力医療機関が指定介護老人保健施設基準第 30 条第１項第１号から第３号までに規定する要件（以下、３要件という。）を満たしている場合には⑴の 50 単位、それ以外の場合は⑵の５単位を加算する。⑴について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより３要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。⑴を算定する場合において、指定介護老人保健施設基準第 30 条第２項に規定する届出として３要件を満たす医療機関の情報を都道府県等に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。

ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入所者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入所者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

⑤　会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

⑥　本加算における会議は、指定介護老人保健施設基準第 30 条第２項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。

⑦　会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。

30. 栄養マネジメント強化加算　(1 日につき 11 単位)

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 90 の２】に適合する介護老人保健施設において、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、栄養マネジメント強化加算として、１日につき所定単位数を加算する。ただし、「７.栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しない。

【平成 27 年厚労省告示第 95 号 90 の２において 65 の３準用】
次に掲げる基準のいずれも適合すること。

イ　管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 50 で除して得た数以上配置していること。
　ただし、常勤の栄養士を１名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 70 で除して得た数以上配置していること。

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

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

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

ホ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと

＜留意点＞

① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 65 号の３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。

② 大臣基準第 65 号の３イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が１名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士１名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を 70 で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「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。

イ　暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第２位以下を切り捨てるものとする。なお、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。

ロ　員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）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。

③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について」第４に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低

リスク者に準じた対応とすること。

④　低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ　基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ　当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週３回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。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。

ハ　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。

ニ　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。

⑤　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、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。

⑥　大臣基準第 65 号の３ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-termcareInformationsystemForEvidence）」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

31. 経口移行加算　（当該計画が作成された日から起算して 180 日以内の期間に限り 1 日につき 28 単位)

○　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に加算する。ただし、「７.栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しない。

○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。

○ 留意事項

① 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こと。

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こと。

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、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こと。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こと。

② 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 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

③ 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こと。

④ 入所者の口腔の状態によっては、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。

⑤ なお、当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

32. 経口維持加算(1 月につき、(Ⅰ)400 単位・(Ⅱ) 100 単位)

⑴経口維持加算（Ⅰ） 400 単位
⑵経口維持加算（Ⅱ） 100 単位

1 ⑴については、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おいて、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加算する。

ただし、「７.栄養管理に係る減算」又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

２　⑵については、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。

○　留意事項

①　経口維持加算（Ⅰ）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こと。

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（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（foodtest）」、「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、主治の医師の指示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こと。

入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

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。

②　経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（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。

③　経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

④　「管理体制」とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。
⑤　なお、当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

33. 口腔衛生管理加算　（1 月につき、(Ⅰ)90 単位・(Ⅱ)110 単位）

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おいて、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

⑴　口腔衛生管理加算（Ⅰ）　90 単位
⑵　口腔衛生管理加算（Ⅱ）　110 単位

【平成 27 年厚生省告示第 95 号 69】

イ　口腔衛生管理加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(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)における入所者の口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。

(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。

ロ　口腔衛生管理加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　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、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等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。

○　留意事項

①　口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合、当該入所者ごとに算定するものである。

②　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おいては、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。

③　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別紙様式３を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該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。

④　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。

⑤　厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥　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（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２歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注２」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、７回以上）算定された場合には算定できない。

34. 療養食加算　（１日３回を限度として１回につき６単位）

次に掲げるいずれの基準にも適合す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が、厚生労働大臣が定める療養食を提供したとき。

イ　食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

ロ　入所者の年齢、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こと。

ハ　食事の提供が、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おいて行われていること。

○　留意事項

①　療養食の加算については、入所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、厚生労働大臣が定める利用者等に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。

②　加算の対象となる療養食は、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入所者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(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ものであること。

③　前記の療養食の摂取方法については経口又は経管の別を問わないこと。

④　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ものであるが、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こと。

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、１日あたり総量 6.0g 未満の減塩食をいうこと。

⑤　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。

⑥　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こと。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こと。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こと。

⑦　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。

⑧　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 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こと。

⑨　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こと。

⑩　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こと。

35. 在宅復帰支援機能加算　（1 日につき 10 単位）

次に掲げるいずれの基準にも適合する場合１日につき所定単位数を加算する。

○　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。

○　留意事項

①　「入所者の家族との連絡調整」とは、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。

②　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

③　算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

36. かかりつけ医連携薬剤調整加算

（入所者１人につき１回限り、(Ⅰ)イ 140 単位、(Ⅰ)ロ 70 単位、(Ⅱ)240 単位、(Ⅲ)100 単位）

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 91 の２】に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。ただし、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イを算定している場合には、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロは算定しない。

⑴かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ　140 単位
　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ　70 単位
⑵かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)　240 単位
⑶かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)　100 単位

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 91 の２】

イ　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ
　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　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又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
(2)　入所後１月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。
(3)　入所前に当該入所者に６種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
(4)　入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行うこと。
(5)　入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

ロ　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ
　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　イ(1)、(4)及び(5)に掲げる基準のいずれにも適合していること。
(2)　入所前に６種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、介護老人保健施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

ハ　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)
　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定していること。
(2)　当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、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。

ニ　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)
　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。

(2)　退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて１種類以上減少していること。

○　留意事項

⑴　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について

①　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)は、入所前に６種類以上の内服薬が処方されている入所者について、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を調整し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価するものである。

②　本加算は、入所前に内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されていたものを対象とする。この場合において、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、調整前の種類数からは除外する。当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、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。

③　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イは、当該入所者の入所前の主治の医師と連携して処方の内容を評価・調整した場合に算定を行うものである。

④　入所後１月以内に、別紙様式８を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。

⑤　入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行うこと。

⑥　総合的な評価及び調整に当たっては、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、行うこと。

　その際、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

⑦　④で合意した内容や⑤の評価及び調整の要点を診療録に記載すること。

⑧　処方内容を変更する場合には、変更する薬剤及び薬剤を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有するとともに、処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて再度総合的に評価を行うこと。

⑨　当該入所者又はその家族に対して、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。入所者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用（日本老年医学会、日本老年薬学会）」等を参考にすること。

⑩　退所時又は退所後１月以内に、別紙様式９を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合に、当該入所者一人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

⑪　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又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、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、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。

⑫　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロは、介護老人保健施設において、処方の内容を評価及び調整した場合に算定を行うもの。

⑬　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロについては、上記の⑥及び⑧～⑪を準用する。特に、介護老人保健施設において薬剤を評価・調整する場合であっても、退所時において入所前の処方の内容から変更があった場合には、退所後の主治の医師に処方の変更の内容や経緯等の情報提供を行うこと。また、介護老人保健施設において行った処方の内容の評価及び調整の要点を診療録に記載すること。

⑵　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)について

①　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロ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　厚生労働省への情報の提出は、入所期間が３月を超えると見込まれる入所者について、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討（Plan）、当該検討に基づく処方（Do）、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価（Check）、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑶　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)について

①　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)は、処方されている薬剤の評価及び調整により、退所時に処方される内服薬が入所時に比べて減少したことを評価するもの。

②　かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定要件を満たした上で、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して１種類以上減少している場合に、当該入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

③　内服薬の種類数の計算については、(１)②のとおりである。

37. 緊急時施設療養費

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。

１．緊急時治療管理　　１日につき518単位

・　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緊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。

２．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。

○　留意事項

①　入所者の症状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護老人保健施設において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられている。

１．緊急時治療管理

・　入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、１日につき518単位を算定する。

・　１回に連続する３日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、例えば、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。

・　緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。

イ　意識障害又は昏睡
ロ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
ハ　急性心不全（心筋梗塞を含む）
ニ　ショック
ホ　重篤な代謝障害
ヘ　その他薬物中毒等で重篤なもの

２．特定治療

・　介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、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により算定する点数に10円を乗じた額を算定する。

・　算定できないものは、次のとおり。具体的取扱いは、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の取扱いの例による。

（別に厚生労働大臣が定めるもの）
医科診療報酬点数表第２章第７部により点数の算定されるリハビリテーション、同章第９部により点数の算定される処置（同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む）、同章第10部により点数の算定される手術及び同章第11部により点数の算定される麻酔のうち、次に掲げるものとする。

１　第７部リハビリテーションに掲げるリハビリテーションのうち次に掲げるもの
・　脳血管疾患等リハビリテーション料（言語聴覚療法に係るものに限る）
・　摂食機能療法
・　視能訓練

２　第９部処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
①　一般処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　創傷処置（6000㎠以上のもの（褥瘡に係るものを除く）を除く）
・　熱傷処置（6000㎠以上のものを除く）・重度褥瘡処置
・　長期療養患者褥瘡等処置・精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置
・　爪甲除去（麻酔を要しないもの）・穿刺排膿後薬液注入、
・　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置・ドレーン法（ドレナージ）
・　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺・胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む）
・　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む）・喀痰吸引
・　干渉低周波去痰器による喀痰排出・高位浣腸、高圧浣腸、洗腸・摘便
・　腰椎麻酔下直腸内異物除去・腸内ガス排気処置（開腹手術後）
・　酸素吸入・突発性難聴に対する酸素療法・酸素テント
・　間歇的陽圧吸入法、・体外式陰圧人工呼吸器治療
・　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）・非還納性ヘルニア徒手整復法
・　痔核嵌頓整復法（脱肛を含む）
②　救急処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　救命のための気管内挿管・体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
・　人工呼吸・非開胸的心マッサージ・気管内洗浄・胃洗浄
③　皮膚科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

・　皮膚科軟膏処置・いぼ焼灼法・イオントフォレーゼ・臍肉芽腫切除術
④　泌尿器科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　膀胱洗浄（薬液注入を含む）・後部尿道洗浄（ウルツマン）
・　留置カテーテル設置・嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）
⑤　産婦人科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　膣洗浄（熱性洗浄を含む）・子宮頸管内への薬物挿入法
⑥　眼科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　眼処置・義眼処置・睫毛抜去・結膜異物除去
⑦　耳鼻咽喉科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む）
・　鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）
・　口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）
・　鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）
・　耳垢栓塞除去（複雑なもの）・ネブライザー・超音波ネブライザー
⑧　整形外科的処置に掲げる処置（鋼線等による直達牽引を除く）
⑨　栄養処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
・　鼻腔栄養・滋養浣腸
3　第10部手術に掲げる手術のうち次に掲げるもの
・　創傷処理（直径５㎝以上で筋肉、臓器に達するものを除く）
・　皮膚切開術（直径20㎝未満のものに限る）
・　デブリードマン（100㎠未満のものに限る）・爪甲除去術
・　ひょう疽手術・風棘手術
・　外耳道異物除去術（極めて複雑なものを除く）・咽頭異物摘出術
・　顎関節脱臼非観血的整復術・血管露出術
4　第11部麻酔に掲げる麻酔のうち次に掲げるもの
・　静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔
・　硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

5　１～４までに掲げるリハビリテーション、処置、手術又は麻酔に最も近似するものとして医科診療報酬点数表により点数の算定される特殊なリハビリテーション、処置、手術及び麻酔

38. 所定疾患施設療養費

○　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おいて、別に厚生労働大臣が定める入所者【平成 27 年厚生労働省告示第 94 号 68】に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（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、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる所定単位数を算定する。ただし、次に掲げるいずれかの施設療養費を算定している場合においては、次に掲げるその他の施設療養費は算定しない。

○　所定疾患施設療養費(Ⅰ)は同一の入所者について１月に１回、連続する７日を限度として算定し、所定疾患施設療養費(Ⅱ)は同一の入所者について１月に１回、連続する10日を限度として算定する。

○　緊急時施設療養費を算定した日は算定しない。
厚生労働大臣が定める入所者【平成 27 年厚生労働省告示第 94 号 68】

○　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
- 帯状疱疹の者
- 蜂窩織炎の者
- 慢性心不全の増悪の者

(1)　所定疾患施設療養費(Ⅰ)　　239 単位
(2)　所定疾患施設療養費(Ⅱ)　　480 単位

所定疾患施設療養費（Ⅰ）　（1 日につき 1 回 7 日限り 239 単位）

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92】
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

○　診断、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。

○　留意事項
イ　所定疾患施設療養費（Ⅰ）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に、１回に連続する７日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、１月に連続しない１日を７回算定することは認められない。
ロ　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。
ハ　肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。
ニ　慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定できるものとし、常用する内服薬を調整するのみの場合では算定できないこと。
ホ　算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。
ヘ　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。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）　（1 日につき 1 回 10 日限り 480 単位）

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92】
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

○　診断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（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。
○　当該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。

○　留意事項
イ　所定疾患施設療養費(Ⅱ)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に、１回に連続する10日を限度と

し、月１回に限り算定するものであるので、１月に連続しない１日を10回算定することは認められない。

ロ　所定疾患施設療養費(Ⅱ)と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。

ハ　肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。

二　慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定できるものとし、常用する内服薬を調整するのみの場合では算定できないこと。

ホ　算定する場合にあっては、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、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。

ヘ　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。

ト　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、帯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。

39. 認知症専門ケア加算

「日常生活に支障を来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」（＝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。

ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

認知症専門ケア加算（Ⅰ）３単位／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）４単位／日

１．認知症専門ケア加算(Ⅰ)

①　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。

②　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を越えて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。

③　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を定期的に開催していること。

２．認知症専門ケア加算（Ⅱ）

①　認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に適合していること。

②　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。

③　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（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

○　留意事項

①　「日常生活に支障を来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Mに該当する入所者」

②　「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日老計発第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」、認知症看護に係る適切な研修を指す。

③　「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」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

④　「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」、認知症看護に係る適切な研修を指す。

40. 認知症チームケア推進加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

(1)認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位
(2)認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位

○　留意事項

認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）を参照すること。

41. 認知症行動・心理症状緊急対応加算　（1 日につき 200 単位）

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。

○　留意事項

①　「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。

②　本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護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。

③　本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護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、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

④　本加算は、当該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。

⑤　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

⑥　判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

⑦　当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。

⑧　当該加算は、当該入所者が入所前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り算定できる。

42. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)　53単位
(2)リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)　33単位

厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚生労働省告示第95号92の２】

介護保健施設サービスにおけるリハビリテーションマジメント計画書情報加算の基準

イ　リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。

(2)　必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、(1)の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。

(3)　口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

(4)　入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（(5)において「関係職種」という。）が、リハビリテーション計画の内容等の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、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

(5)　(4)で共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。

ロ　リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)イ(1)及び(2)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

○　**留意事項**

①　厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

②　サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション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月ごとにを行うものであること。

③　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

④　リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)におけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式１－２を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

43. 褥瘡マネジメント加算　（１月につき、(Ⅰ)３単位、(Ⅱ)13 単位）

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の２】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、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)　褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)　　３単位
(2)　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)　　13 単位

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の２】

イ　褥瘡（じょくそう）マネジメント加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価すること。

(2)　(1)の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(3)　(1)の確認の結果、褥瘡が認められ、又は(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

(4)　入所者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の状態について定期的に記録していること。

(5)　(1)の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

ロ　褥瘡（じょくそう）マネジメント加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　１の(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2)　次のいずれかに適合すること。

a　イ(1)の確認の結果、褥瘡が認められた入所者又は利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。

b　イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。

○　留意事項

①　褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

②　褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとにイ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。

③　大臣基準第 71 号の２イ(1)の評価は、別紙様式５を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

④　イ(1)の施設入所時の評価は、イ(1)から(5)までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た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。

⑤　イの(1)の評価結果等の情報の提出については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥　イの(3)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式５を用いて、作成すること。なお、介護保健施設サービスにおいては、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。

⑦　イの(4)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑧　イの(5)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑨　褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式５を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式５に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、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。

⑩　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。

44. 排せつ支援加算 （1 月につき、(Ⅰ)10 単位、(Ⅱ)15 単位、(Ⅲ)20 単位）

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の３】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排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。

ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

⑴ 排せつ支援加算（Ⅰ） 10 単位
⑵ 排せつ支援加算（Ⅱ） 15 単位
⑶ 排せつ支援加算（Ⅲ） 20 単位

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の３】

イ 排せつ支援加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

(3) (1)の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ロ 排せつ支援加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イの(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(一) イの(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。

(二) イの(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。

(三) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。

○ 留意事項

① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

② 排せつ支援加算（Ⅰ）は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の３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。

③ 本加算は、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。

④ イの(1)の評価は、別紙様式６を用いて、以下の(ア)から(エ)について実施する。

(ア)排尿の状態
(イ)排便の状態
(ウ)おむつの使用
(エ)尿道カテーテルの留置

⑤　イの(1)の施設入所時の評価は、１のイからハまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た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。

⑥　④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、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。

⑦　イの(1)の評価結果等の情報の提出については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑧　イの(2)の「排せつに介護を要する入所者」とは、④の(ア)若しくは(イ)が「一部介助」又は「全介助」と評価される者又は(ウ)若しくは(エ)が「あり」の者をいう。

⑨　１のロの「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、④の(ア)から(エ)の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、④の(ア)から(エ)の評価が改善することが見込まれることをいう。

⑩　支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の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、介護福祉施設サービスにおいては、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。

⑪　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。

⑫　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、当該支援は入所者又は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又は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。

⑬　イの(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑭　排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)若しくは(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は　(ウ)若しくは(エ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。

⑮　排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)又は(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、(ウ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。

45. 自立支援促進加算　（1 月につき、300 単位）

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の４】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。

【平成 27 年厚労省告示第 95 号 71 の４】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも３月に１回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。

ロ　イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。

ハ　イの医学的評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ　医師が、自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

○　留意事項

①　自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

②　本加算は、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、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、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、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。

このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する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実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、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。

③　本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の４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。

④　大臣基準第 71 号の４イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式７を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。

⑤　大臣基準第 71 号の４ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式７を用いて作成すること。作成にあたっては、ニの医学的評価及び支援実績等に基づき、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こと。

⑥　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。

ａ寝たきりによる廃用性機能障害の防止や改善へ向けて、離床、座位保持又は立ち上がりを計画

的に支援する。

b 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、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、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。

c　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。

d　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。

e　生活全般において、画一的・集団的な介護ではなく個別ケアの実践のため、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。

f　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、ニの評価に基づき、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。

g　入所者の社会参加につなげるために、入所者と地域住民等とが交流する機会を定期的に設ける等、地域や社会とのつながりを維持する。

⑦　大臣基準第 71 号の４ロにおいて、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。

⑧　大臣基準第 71 号の４ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、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）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。

その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。

⑨　大臣基準第第 71 号の４ニの評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等もついては、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

46. 科学的介護推進体制加算　（1 月につき、(Ⅰ)40 単位、(Ⅱ)60 単位）

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 92 の３】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が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

⑴科学的介護推進体制加算（Ⅰ）　40 単位
⑵科学的介護推進体制加算（Ⅱ）　60 単位

【平成 27 年厚労省告示第 95 号 92 の３】

1　科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

ロ　必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

2　科学的介護推進体制加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　１のイに規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ　必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、１のイに規定する情報、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

○　留意事項

①　科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71号の５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。

②　１のイ及び２のイの情報の提出については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

③　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、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA サイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ　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施設サービス計画を作成する（Plan）。

ロ　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）。

ハ　ＬＩＦＥ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、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

ニ　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）。

④　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

47. 安全対策体制加算　（入所初日に限り、20 単位）

別に厚生労働大臣が定める施設基準【平成27年厚労省告示第96号61の2】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が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

【平成 27 年厚労省告示第 96 号 61 の２】

イ　介護老人保健施設基準第 36 条第１項に規定する基準に適合していること。

ロ　介護老人保健施設基準第 36 条第１項第４号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。

ハ　当該介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

○　留意事項

安全対策体制加算は、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を備えている場合に評価を行うものである。

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。

48. 高齢者施設等感染対策向上加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

(1)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)10 単位
(2)高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)５単位

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92 の４】

介護保健施設サービスにおける高齢者施設等感染対策向上加算の基準

イ　高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。

(2)　介護老人保健施設基準第三十条第一項本文（介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。

(3)　感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

ロ　高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)

感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、三年に一回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

○　留意事項

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について

①　高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。

②　高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも１年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、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１医科診療報酬点数表の区分番号Ａ２３４－２に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。

③　居宅サービス基準第192条により準用する第104条第２項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとすること。

④　居宅サービス基準第191条第４項において、施設は、施設の入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

⑤　季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和５年12月７日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)について

①　高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月１回算定するもの。

②　実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。

③　居宅サービス基準第192条により準用する第104条第２項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとすること。

49. 新興感染症等施設療養費　（１月に１回、連続する５日を限度として 240 単位）

介護老人保健施設が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護保健施設サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定する。

※現時点において指定されている感染症はない。

○　留意事項

新興感染症等施設療養費について

①　新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。

②　対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和７年４月時点においては、指定している感染症はない。

③　適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第３版）」を参考とすること。

50. 生産性向上推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設において、入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

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

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92 の５】

第三十七号の三の規定を準用する。
（第三十七号の三）
イ　生産性向上推進体制加算(Ⅰ)
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
(一)　業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
(二)　職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
(三)　介護機器の定期的な点検業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
(2)　(1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
(3)　介護機器を複数種類活用していること。
(4)　(1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
(5)　事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ロ　生産性向上推進体制加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)　イ(1)に適合していること。
(2)　介護機器を活用していること。
(3)　事業年度ごとに(2)及びイ(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

○　留意事項

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

51. サービス提供体制強化加算

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

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生省告示第 95 号 93】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が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合に算定する。

ただし、(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかを算定。（重複しない。）

【平成 27 年厚生省告示第 95 号 93】

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

(1)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

㈠　介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。

㈡　介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。

(2)　提供する介護老人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。

(3)　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

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

(1)介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。

(2)イ(3)に該当するものであること。

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

(1)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

㈠　介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

㈡　介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

㈢　介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

(2)イ(3)に該当するものであること。

○　留意事項

①　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3 月を除く。）の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。

ただし、前年度の実績が 6 月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前 3 月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4 月目以降届出が可能となるものであること。

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

②　前のただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近 3 月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

③　勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

④　勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

⑤　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ものとする。

⑥　提供する介護老人保健施設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）

・ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築
・ＩＣＴ・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。

52. 特別療養費

単位数に10円を乗じて得た額で算定する。

１　感染対策指導管理（１日につき６単位）

・　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染防止設備がある。
・　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染防止体制がある。
・　管理者、看護･薬剤・検査・事務部門の責任者、感染症対策に経験を有する医師等から構成された施設内感染防止対策委員会が月１回程度、定期的に開催され、対策がなされている。
・　施設内感染対策委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」,厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
・　微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週１回程度作成され、施設内感染防止対策委員会において、十分活用される体制がある。
・　施設内感染防止対策として、流水による手洗いの励行の徹底または各療養室に水道又は消毒液が設置されている。

２　褥瘡対策指導管理（１日につき６単位）

・　褥瘡対策に係る医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置。
・　日常生活の自立度ランクＢ以上に該当する入所者等に褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施している。
・　入所者の状態に応じ、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制を整備。

３　初期入所診療管理（入所中１回を限度として250単位）

・　医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。
・　診療計画は、病名、症状、治療計画、栄養状態、予定される検査の内容及びその日程並びに予定されるリハビリテーションの内容及びその日程等、入所に関し必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。
・　診療計画は、入所した日から起算して２週間以内に、入所者に対し文書により交付し、説明がなされ、同意を得ていること。
・　過去３か月間（ただし、「認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は過去１か月間」）の間に当該施設への入所がない。
・　入所に際して必要な医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から、必要と医師が判断する検査が含まれていること。
・　説明に用いた文書は、入所者（又は家族）に交付するとともに、その写しを診療録に添付していること。

4　重度療養管理（１日につき120単位）

・　対象者は要介護度４又は５に該当する者で、次のいずれかに該当する状態

イ　常時頻回の喀痰吸引を実施している状態。（当該月において１日あたり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）

ロ　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。（人工腎臓を各週２日以上実施し、かつ合併症を持っている。）

ハ　膀胱又は直腸の機能障害の程度が、身体障害者障害程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態。

5　特定施設管理（１日につき250単位）

・対象者は後天性免疫不全症候群の病原体に感染しているもの。

・　１日につき個室は300単位、２人部屋は150単位加算

6　重症皮膚潰瘍管理指導（１日につき18単位）

・　対象者は重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有しているもので、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定。

・　Sheaの分類、治療内容等について、診療録に記載すること。

・　褥瘡対策に関する基準を満たしていること。

・　皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行い、必要な器械及び器具が具備されていること。

7　薬剤管理指導（１回につき350単位）

・　薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接（本人への指導が困難な場合は、家族等）服薬指導を行った場合、週１回に限り、月４回を限度とし算定。ただし、算定する日の間隔は６日以上とする。

・　薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。

・　入所者ごとに作成する薬剤管理指導記録は、最後の記入日から最低３年間保存する。

・　疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤（麻薬）の投薬又は注射が行われている入所者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、１回につき50単位を加算。

8　医学情報提供（退所時に250単位）

・　入所者の退所時に、診療に基づき病院又は診療所に対し、当該入所者の同意を得て、当該入所の診療状況を示す文書を添えて入所者の紹介を行っている。

・　文書は、定める様式又はこれに準じた様式に必要事項を記載し交付するとともに、その写しを診療録に添付している。

9　リハビリテーション指導管理（１日つき10単位）

・　専ら従事する常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が１人以上配置されている。

・　総合的に個々の患者の状態像に応じて理学療法又は作業療法（又は言語聴覚療法）に係る指導管理を行っている。

・　理学療法士等と入所者が１対１で20分以上の個別リハビリテーションを実施している。

10　言語聴覚療法（１回につき180単位）

・　言語聴覚士が適切に配置されている。

・　利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対し、適切である。

・　十分な専用施設（個別療法室：８平方メートル以上）を1室以上有している。

・　必要な器械及び器具が具備されている。

・　１日３回に限り算定。

・　起算して４月を超えた期間において、１月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定。
・　専従する常勤の言語聴覚士を２名以上配置して行った場合は、１回につき35単位を加算。
・　失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者又は入所者に対して、言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合。
・　医師の指導監督のもとで行われ、医師又は言語聴覚士により実施されている。
・　言語聴覚士と利用者が１対１で20分以上訓練を行った場合。
・　利用者又は入所者毎に同一ファイルとして保管され、関係者により閲覧できる。
・　医師は、定期的な言語聴覚機能能力の検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成している。
・　開始時その後３か月に１回以上、利用者に対し実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載している。

11　摂食機能療法（１日につき185単位）
・　摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合、１月に４回を限度として算定。
・　診療計画書に基づき、１回につき30分以上訓練指導を行った場合。

12　精神科作業療法（１日につき220単位）
・　精神障害者の社会生活機能の回復を目的とし、１人当たり１日２時間を標準とし、その要点を診療録に記載する。
・　１人の作業療法士は、１人以上の助手とともに実施し、１日当たりの取扱い利用者又は入所者は、概ね25人を１単位として、１人の作業療法士の取扱い利用者又は入所者数は１日３単位75人以内とする。
・　当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該施設の負担となる。

13　認知症老人入所精神療法（１週間につき330単位）
・　認知症入所者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。
・　利用者又は入所者ごとに治療計画を作成し、計画に従って行い、定期的にその評価を行う等の計画的な医学管理に基づき実施。
・　精神科を担当する医師が必ず１人従事し、加えて１人の臨床心理技術者等により構成される少なくとも合計２人以上の従事者が行った場合。
・　１回に概ね10人以内の利用者又は入所者を対象とし、１時間を標準として実施し、その内容、要点及び時刻を診療録に記載する。

53. 療養体制維持特別加算

療養体制維持特別加算（Ⅰ）（１日につき27単位）

○　次のいずれかに該当する。
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（Ⅰ）は、介護療養型老人保健施設の定員のうち、転換前に４：１の介護職員配置を施設基準上の要件とする介護療養施設サービス費を算定する指定介護療養型医療施設又は医療保険の療養病棟入院基本料１の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であったものの占める割合が１／２以上である場合に、転換前の療養体制を維持しつつ、質の高いケアを提供するための介護職員の配置を評価するもの。

療養体制維持特別加算（Ⅱ）（１日につき57単位）

当該介護老人保健施設が次のいずれにも該当すること。

・ 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。

・ 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（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅣ又はMに該当する者）の占める割合が100分の50以上であること。

54. 介護職員等処遇改善加算

詳細は各指定権者のホームページ等を参照のこと。

３　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａについて

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

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

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問17）

（答）

・　現時点では、以下のいずれかの研修である。

①　日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

②　日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③　日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

・　ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

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

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問18）

（答）

・　認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

・　医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「２(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」７の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

・　これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

（注）

・　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第

36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）第二１(7)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成18年３月17日老計発0317001号、老振発0317001号、老老発0317001号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）別紙１第二１(6) 「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年３月31日老計発0331005号、老振発0331005号、老老発0331018号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）第二１(12)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

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

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

○　認知症専門ケア加算、認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）

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

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問19）

（答）

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

・　なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所１か所のみである。

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

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

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

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問20）
（答）

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

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

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

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

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問21）
（答）

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

・　従って、認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅱ）については、加算対象となる者が20名未満の場合にあっては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者（認知症介護実践リーダー研修の未受講者）1名の配置で算定できることとし、通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算については、当該者を指定通所介護を行う時間帯を通じて１名の配置で算定できることとなる。

※　令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．４）（令和３年３月29日）問33は削除する。

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問22）
（答）
・　本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体が実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。
※　令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．４）（令和３年３月29日）問34は削除する。

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」（平成12年９月５日老発第623号）及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成12年10月25日老計第43号）において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問23）
（答）
・　含むものとする。
※　令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．４）（令和３年３月29日）問35は削除する。

○　認知症専門ケア加算、認知症加算

「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して 10 年以上、かつ、1,800 日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和９年３月 31 日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．３）（令和６年３月29日）問４）
（答）
・　同等以上の能力を有する者として、例えば、訪問介護事業所において介護福祉士として７年以上サービスを利用者に直接提供するとともに、そのうちの３年以上、サービス提供責任者としても従事する者を研修対象者として認めていただくことは差し支えない。

○　認知症チームケア推進加算について

「認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう）」について、研修内容はどのようなものか。また、研修はどこが実施主体となるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問１）

（答）

・　研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

- BPSD のとらえかた
- 重要なアセスメント項目
- 評価尺度の理解と活用方法
- ケア計画の基本的考え方
- チームケアにおけるPDCA サイクルの重要性
- チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）であ全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。

なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

○　認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問２）

（答）

・　貴見のとおり。

本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

○　認知症チームケア推進加算について

本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問３）

(答)

・　本加算は、BPSD の予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSD の予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

○　認知症チームケア推進加算について

本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問４）

・　貴見のとおり。

ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSD の評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

○　認知症チームケア推進加算について

「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問５）

・　本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

○　認知症チームケア推進加算について

対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状（BPSD)の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問６）

・　貴見のとおり。

○　認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所(居)者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が1/2 以上であることが求められているが、届出日の属する月の前３月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということで良いか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問７）

・　貴見のとおり。

○　認知症チームケア推進加算について

「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18 年３月14 日厚生労働省告示第126 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18 年３月14 日厚生労働省告示第128 号)、「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」(平成１２年２月10 日厚生省告示第21 号)において、認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等A に対しては認知症専門ケア加算、入所者等Bに対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問８）

・　可能である。

○　認知症チームケア推進加算について

問８にあるように、同一施設内で対象者によって認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算を算定することができるのは、どのような趣旨か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問９）

・　認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えていただくことは、差し支えない。

　各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

○　認知症チームケア推進加算について

「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．２）（令和６年３月19日）問10）

・　具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

・　別紙様式

認知症チームケア推進加算に係るワークシート

・　介護記録等

介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。

なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない。

○　認知症チームケア推進加算について

厚生労働省の令和３～５年度老人保健健康増進等事業（※）において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

※ 令和３年度BPSD の軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和４～５年度BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究（実施主体：社会福祉法人浴風会）

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６）（令和６年５月17日）問４）

・　貴見のとおり。なお、令和５年度BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和６年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。

○　認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算Ⅱの配置要件として、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の双方の研修を修了した者の配置が必要とされるが、認知症介護実践リーダー研修の受講が予定されている者について、認知症介護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６）（令和６年５月17日）問５）

・　可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを

養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものと考える。

○　認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算について

同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法となるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６）（令和６年５月17日）問６）

・　当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。

○　認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、研修に係る算 定要件は具体的にどのようなものか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．９）（令和６年８月29日）問）

・　本加算の研修に係る算定要件として、本加算（Ⅰ）については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

　また、本加算（Ⅱ）については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

　詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和６年老高発 0318 第１号、老認発 0318 第１号、老老発 0318 第１号通知）を御参照いただきたい。

区分	認知症チームケア推進加算Ⅰ	認知症チームケア推進加算Ⅱ
算定要件となる研修	認知症介護指導者養成研修 ＋ 認知症チームケア推進研修	認知症介護実践リーダー研修 ＋ 認知症チームケア推進研修

○　認知症チームケア推進加算について

全国の介護職員を対象として認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大阪）が、オンデマンド形式で実施する「認知症チームケア推進研修」を受講するための申込み方法如何。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.14）（令和７年４月18日）問３）

（答）

・ 認知症チームケア推進研修（※1）の研修の受講申込みは、認知症介護研究・研修センターが運営するホームページ（※2）から行うことができる。

（※１）認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修

（※２）認知症チームケア推進研修のホームページ：

https://www.dcnet.gr.jp/teamcare/

○　認知症チームケア推進加算について

認知症チームケア推進加算算定にあたっては、認知症チームケア推進加算に係るワークシートの作成が必要とされている。当該ワークシートでは、チェックリストを用いたインタビューを行うことになっているが、チェックリストはどこで確認・入手することができるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.14）（令和７年４月18日）問４）

（答）

・ 認知症チームケア推進研修のホームページで確認することができる。

・ 具体的には、研修動画視聴ページに、テキスト、ワークシート、BPSD25Q のシート、チェックリストが掲載されており、ダウンロードが可能となっている。

○　ユニット間の勤務について

ユニット型施設において、昼間は１ユニットに１人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者等の生活歴を把握する目的で、ユニットを超えた勤務を含むケア体制としてよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問96）

※　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.６）における修正を反映したもの。

（答）

・　引き続き入居者等との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供により、より良いケアを提供する観点から、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、必要に応じてユニット間の勤務を行うことが可能である。

○　ユニット間の勤務について

ユニット型個室の特別養護老人ホームにおけるユニットの共同生活室間の壁を可動式のものにすることについてどう考えるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問97）

※　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）における修正を反映したもの。

（答）

１．　ユニット型個室の特別養護老人ホームにおいては、適切なユニットケアとして、

・　要介護高齢者の尊厳の保持と自立支援を図る観点から、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入居者一人ひとりの意思と人格を尊重したケアを行うこと

・　小グループ（ユニット）ごとに配置された職員による、入居者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供

などが必要とされているところであり、ユニットごとに空間を区切った上で、ユニット単位でサービス提供を行うことが重視され、また、そのための介護報酬の設定もなされているものである。

２．　一方で、介護現場の生産性向上の取組によって、介護サービスの質の向上とともに、職員の負担軽減等を図ることは重要であり、こうした観点から、国家戦略特別区域における実証実験の結果も踏まえれば、隣接する２つのユニットで介護ロボット等を共同で利用する場合において、入居者等の処遇に配慮した上で、ユニットケアを損なわない構造の可動式の壁を、機器や職員の移動時、レクリエーションの共同実施時等に一時的に開放する運用としても差し支えないものと考えられる。

３．　なお、可動式の壁を開放する運用とする場合においては、ユニットケアとしての職員の配置（※）や入居者の処遇に十分に配慮し、３つのユニット以上で運用することや、当該壁を常時開放し従来型個室のような運用がなされないよう留意すること。

※　ユニット型個室の特別養護老人ホームにおいては、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（馴染みの関係）を重視したサービスの提供が求められている。

４．　また、「ユニット型個室の特別養護老人ホームの設備に関するQ&A について」（平成23年12 月１日付け厚生労働省老健局高齢者支援課・振興課事務連絡）及び「国家戦略特別区域の指定に伴うユニット型指定介護老人福祉施設の共同生活室に関する特例について」（平成28 年３月18 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課事務連絡）を廃止

する。

○　協力医療機関について

連携することが想定される医療機関として、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ医療機関等が挙げられているが、当該基準の届出を行う医療機関をどのように把握すればよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問124）

（答）

・　診療報酬における施設基準の届出受理状況については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参考とされたい。

（地方厚生局ホームページ）

以下のホームページの一覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。

在宅療養支援病院　　：（支援病１）、（支援病２）、（支援病３）

在宅療養支援診療所　：（支援診１）、（支援診２）、（支援診３）

在宅療養後方支援病院：（在後病）

地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：

（地包ケア１）、（地包ケア２）、（地包ケア３）、（地包ケア４）

※　地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に200床未満（主に地包ケア１及び３）の医療機関が連携の対象として想定されます。

※　令和６年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませんので、ご留意ください。

■九州厚生局

＜在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院＞

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html

※各都道府県の「医科」ファイルをご参照ください。

＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）＞

kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_betsu.html

※「地域包括ケア病棟入院料」の記載のあるファイルをご参照ください。

○　協力医療機関について

「入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」とあるが、入所者の急変時には必ず協力医療機関に搬送しなければならないのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問125）

（答）

・　入所者の急変時等に必ず協力医療機関に搬送しなければならないということではなく、状況に応じて救急車を呼ぶなど、臨機応変に対応いただきたい。

○　栄養ケア・マネジメント、栄養マネジメント強化加算

「施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて」において、「管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること」とされている。また、栄養マネジメント強化加算の留意事項通知においても、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画」となっているが、記載されている全ての職種の関与や配置は必要か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問126）

（答）

・　管理栄養士及びその他の必要な職種により多職種共同で栄養ケア計画の作成等の栄養管理を行う必要があるが、記載されている全ての職種の関与及び配置は必須ではない。

○　協力医療機関について

協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問127）

（答）

・　職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

○　協力医療機関について

介護老人保健施設は、基準省令において、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならないこととされている。この点、協力医療機関の要件として、「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。」、「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。」が規定されているが、それぞれ、入所者に対して常に往診を行う体制が整っていない場合、入所者が入院を要する場合に備えて、常に空床を確保していない場合においても要件を満たすものとして差し支えないか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.16）（令和７年９月５日））

（答）

貴見のとおり。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30条第１項第２号に規定する「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること」の要件については、介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において、常時外来も含めて診療が可能な体制を確保する必要があることを求めているものであり、必ずしも往診を行う体制を常時確保している必要はない。

また、同項第３号に規定する「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」の要件については、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する必要はなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。

これらの考え方については、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院及び養護老人ホームにおける協力医療機関についても同様（※）である。なお、協力医療機関を定めておくことは、令和９年４月１日より義務化（令和９年３月31日まで努力義務）されるが、期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

○　協力医療機関連携加算について

基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えないか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．２）（令和６年３月19日）問13）

（答）

・　差し支えない。

○　協力医療機関連携加算について

協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．３）（令和６年３月29日）問３）

※介護保険最新情報Vol.1502による修正を反映したもの

（答）

・　例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ＩＣＴを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連ＮＷ」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連ＮＷにアクセスして確認可能な場合が該当する。

　この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について１ヶ月に１回以上記録すること。

　なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月１回の頻度で提供すること。

○　協力医療機関連携加算について

協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．７）（令和６年６月７日）問１）
（答）

・　協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。 また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問128）
（答）

・　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。
・　感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修
・　感染対策向上加算１に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
・　地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
・　感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及

び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。

・　また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

「第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること」とあるが、第二種協定指定医療機関である医療機関をどのように把握すればよいか。また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関をどのように把握すればよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問129）

（答）

・　都道府県と医療機関の医療措置協定の締結は令和６年４月から９月末までに行うこととされており、都道府県において、協定締結した医療機関を公表することとされている。

　また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参照されたい。

（地方厚生局ホームページ）

■九州厚生局

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html

※　「医科」のファイルをご参照ください。受理番号に感染対策１、感染対策２、感染対策３、外来感染の記載のある医療機関が該当します。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

第二種協定指定医療機関との連携について、感染症法に基づく都道府県との医療措置協定の締結は令和６年９月末までに行うこととされているが、令和６年９月末までの間は、どのような医療機関と連携すればよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問130）

（答）

・　令和６年９月末までの間は、現に感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関と連携することでも差し支えない。

　なお、令和６年10月以降については、第二種協定指定医療機関と連携することが必要であることから留意すること。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加していることとあるが、令和７年３月31日までの間にあっては、３月31日までに研修又は訓練に参加予定であれば算定してよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問131）

（答）

・　医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で令和７年３月31日までに当該研修又は訓練に参加できる目処があれば算定してよい。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けることを要件として定めているが、高齢者施設等は各年度で1回以上研修又は訓練に参加すればよく、前回の参加日から1年以上経過して参加した場合でも、各年度で1回は参加する予定があれば算定可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.17）（令和７年10月１日））

（答）

・　貴見のとおり。当該加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであり、研修又は訓練について、前回の参加から長い期間を空けることは望ましくないが、前回の参加日から１年以内に研修等に参加することができない場合であっても、高齢者施設等において、医療機関等に研修等の実施予定日を把握し、前回の参加日の属する年度の翌年度中に参加する予定が確認できた場合であれば、高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の算定は可能である。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問132）

（答）

・　実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。

・　施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）
・　施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
・　個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等
・　感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
・　その他、施設等のニーズに応じた内容

単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

○　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、令和６年４月以前に新型コロナウイルス感染症等に対する感染対策として、医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業※において実施された実地研修を受けている場合は、実地指導又は実地研修を受けた日から起算して３年間算定してよいか。

※　令和３年度、令和４年度「介護サービス類型に応じた感染症対策向上による業務継続支援業務」における感染症の専門家による実地での研修、令和５年度「感染症の感染対策及び業務継続（BCP）策定に係る調査研究及び当該調査研究を踏まえた研修業務」における感染症の専門家による実地での研修

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問133）

（答）

・　算定可能である。ただし、感染対策向上加算に係る届出を行っている医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業において実施された実地研修であること。

○　新興感染症等施設療養費について

施設等の入所者等が新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザ等に感染し、施設等内において療養を行う場合、新興感染症等施設療養費を算定できるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.12）（令和７年１月22日）問１）

（答）

・　「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」（平成 12 年３月８日老企第 40 号）のとおり、「対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する」こととしており、令和６年４月以降指定されている感染症はない。

そのため、今後対象となる感染症を新たに指定しない限りは、新興感染症等施設療養費を算定することはできない。

○　所定疾患施設療養費（Ⅱ）について

感染症対策に関する研修を受講していない介護老人保健施設の医師が、肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎の入所者に対し投薬等を行った場合は、所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定することとなるが、当該医師が慢性心不全が増悪した入所者に対して治療管理を行う場合に所定疾患施設療養費（Ⅱ）を算定してよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問134）

（答）

・　不可。

○　認知症短期集中リハビリテーション

入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問する際、訪問する職種に限定はあるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問14）

（答）

・　居宅等を訪問する者については、専門職種に限定は行わないが、居宅等の情報がリハビリテーション計画を作成する者に適切に共有することが可能な者が訪問すること。

○　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）について

入所者が社会福祉施設等へ退所する希望がある場合においても、入所前に生活をしていた居宅を訪問する方が有益な情報が得られる場合や、施設におけるリハビリテーション等により居宅へ退所する可能性も考えられる場合など、居宅に訪問することが適切と考えられる場合においては、居宅に訪問することとして差し支えないか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）問15）

（答）

・　差し支えない。

○　リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書について

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注７、作業療法の注７、言語聴覚療法の注５、個別機能訓練加算のⅢ及びリハビリテーションマネジメント加算のハにより評価されているが、当該加算を算定する場合の科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出方法如何。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.７）（令和６年６月７日）問２）
（答）

・　LIFE へのデータ提出は、介護記録ソフト等を使用して作成した CSV ファイルを用いたインポート機能を使用するか、LIFE 上での直接入力を行うこととなる。

なお、下記に記載の左欄の加算を算定する場合に、右欄の様式に対応するデータを提出することに留意する。

加算名	データ提出に対応する様式
リハビリテーションマネジメント加算のハ	別紙様式２－２－１及び２－２－２（リハビリテーション計画書）別紙様式４－３－１（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例））別紙様式６－４（口腔機能向上サービスに関する計画書）のうち、「１口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の各項目
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注７､作業療法の注７､言語聴覚療法の注５	別紙様式２－２－１及び別紙様式２－２－２（リハビリテーション計画書）別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下 スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））「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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービ スに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算様式（実施計画））
個別機能訓練加算のⅢ	別紙様式３－２（生活機能チェックシー

	ト）、別紙様式３－３（個別機能訓練 計画書） 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））「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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））

・ 各様式等の詳細においては、「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き」を参照されたい。

○ リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書について

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組につ いて」の別紙様式１－１、１－２、１－３及び１－４が示されたが、当該様式を用 いて利用者の情報を記録した場合、科学的介護情報システム（LIFE）への入力項目 との対応はどうなっているのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ７）（令和６年６月７日）問３）

（答）

・ 以下の表を参照すること。

○別紙様式１－１、別紙様式１－２（１枚目）

対応する様式	別紙様式１－１、１－２（１枚目）		
	大項目	中・小項目	備考
リハビリテーション計画書	共通	・「リハビリテーションが必要となった原因疾患」 ・「発症日・受傷日」 ・「合併症」	
栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング	共通	・「身長」 ・「体重」 ・「ＢＭＩ」 ・「栄養補給法」 ・「食事の形態」 ・「とろみ」 ・「合併症」のうち「うつ病」、「認知症」、「褥瘡」 ・「症状」	
	課題	・選択肢に係る情報	
口腔機能向上サービスに関する計画書	共通	・「栄養補給法」 ・「食事の形態」 ・「現在の歯科受診について」 ・「義歯の使用」	
	方針・目標	・選択肢に係る情報	

○別紙様式１－１、別紙様式１－２（２枚目）

対応する様式	別紙様式１－１、別紙様式１－２（２枚目）		
	大項目	中・小項目	備考
リハビリテーション計画書	評価時の状態	・「リハビリテーション」の列に示す事項	※小項目「基本動作」「ＡＤＬ」「ＩＡＤＬ」においては、各項目毎の評価を要する。
	具体的支援内容	・「リハビリテーション」の列に示す事項	
栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング	評価時の状態	・「栄養」の列に示す事項	※小項目「３％以上の体重減少」については、１ヶ月、３ヶ月、６ヶ月の各評価の結果を要する。
	具体的支援内容	・「栄養」の列に示す事項	
口腔機能向上サービスに関する計画書	評価時の状態	・「口腔」の列に示す事項	
	具体的支援内容	・「口腔」の列に示す事項	

〇別紙様式１－３、１－４（１枚目）　※口腔・栄養は１－１、１－２と同様

対応する様式	別紙様式１－３、別紙様式１－４（１枚目）		
	大項目	中・小項目	備考
個別機能訓練計画書	共通	・「個別機能訓練が必要となった原因疾患」 ・「発症日・受傷日」 ・「合併症」	

〇別紙様式１－３、１－４（２枚目）※口腔・栄養は１－１、１－２と同様

対応する様式	別紙様式１－３、別紙様式１－４（１枚目）		
	大項目	中・小項目	備考
生活機能チェックシート	評価時の状態	・「個別機能訓練」の列に示す事項	
個別機能訓練計画書	具体的支援内容	・「個別機能訓練」の列に示す事項	

（別紙）

○　リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書について

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４について、様式の一部のみ記入した場合は各個別の様式の作成に代えることはできないとされているが、栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若しくは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合、別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「具体的支援内容」の欄は空欄でも差し支えないか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.13）（令和７年４月７日）問１）

（答）

・　栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若しくは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「特記事項」の欄にその旨を明記することで、同様式の「具体的支援内容」の記載に代えることができる。

○　かかりつけ医連携薬剤調整加算について

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）、（Ⅱ）について、令和６年３月31 日以前に入所された者について、内服薬を６種類以上服用していない者については算定可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．２）（令和６年３月19日）問16）

（答）

・　令和６年３月31 日以前に入所された者については、加算（Ⅰ）イ及び加算（Ⅱ）について、６種類以上の内服薬を服用していることを除く全ての要件を満たず場合に算定可能である。加算（Ⅰ）ロについては、６種類以上の内服薬を服用していない場合には算定不可である。

○　退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．２）（令和６年３月19日）問18）

（答）

・　同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

○　業務継続計画未策定減算について

業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問164）

※　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６）における修正を反映したもの。

（答）

・　感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。

・　なお、令和３年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

○　業務継続計画未策定減算について

業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようになるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問165）

（答）

・　業務継続計画未策定減算の施行時期は下記のとおり。

　介護老人保健施設：令和６年４月

※　ただし、令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。

※　介護老人保健施設のみ抜粋

○　業務継続計画未策定減算について

行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問166）

（答）

・　業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。

・　例えば、通所介護事業所が、令和７年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和７年10月からではなく、令和６年４月から減算の対象となる。

・　また、訪問介護事業所が、令和７年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和７年４月から減算の対象となる。

○　高齢者虐待防止措置未実施減算について

高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問167）
（答）
・　減算の適用となる。
・　なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

○　高齢者虐待防止措置未実施減算について

運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問168）
（答）
・　過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

○　高齢者虐待防止措置未実施減算について

高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされ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三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、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問169）
（答）
・　改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から３か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

○　虐待防止委員会及び研修について

居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が１名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問170）

（答）

・　虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・　例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・　研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

・　なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。

・　また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例（※）を参考にされたい。

※　社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

○　認知症介護基礎研修の義務づけについて

認知症介護基礎研修の義務付けの経過措置期間はいつまでか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.14）（令和７年４月18日）問１）

（答）

・ 令和６年３月 31 日をもって経過措置期間は終了している。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後１年間の猶予期間を設けている。

○　認知症介護基礎研修の義務づけについて

認知症介護基礎研修の教材について、母国語が日本語以外の者を対象としたものはあるか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.14）（令和７年４月18日）問２）
（答）

・ 日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語、タガログ語、ネパール語の教材を整備している。また、日本語能力試験の N4 レベルを基準とした教材も併せて整備している。

（参考）認知症介護基礎研修 e ラーニングシステム（認知症介護研究・研修仙台センターホームページ）

https://kiso-elearning.jp/

○　科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理（Ⅱ）、排せつ支援加算について

月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等のやむを得ない場合については、当該サービスを利用開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えないとあるが、利用開始月の翌月の10日までにデータ提出した場合は利用開始月より算定可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問171）
（答）

・　事業所が該当の加算の算定を開始しようとする月の翌月以降の月の最終週よりサービスの利用を開始したなど、サービスの利用開始後に、利用者に係る情報を収集し、サービスの利用を開始した翌月の10日までにデータ提出することが困難な場合は、当該利用者に限っては利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えないとしている。
・　ただし、加算の算定についてはLIFEへのデータ提出が要件となっているため、利用開始月の翌月の10日までにデータを提出していない場合は、当該利用者に限り当該月の加算の算定はできない。当該月の翌々月の10日までにデータ提出を行った場合は、当該月の翌月より算定が可能。
・　また、本取扱いについては、月末よりサービスを利用開始した場合に、利用開始月の翌月までにデータ提出し、当該月より加算を算定することを妨げるものではない。
・　なお、利用開始月の翌月の10日までにデータ提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

○　科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理（Ⅱ）、排せつ支援加算について

事業所又は施設が加算の算定を開始しようとする月以降の月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該利用者の当該月のデータ提出が困難な場合、当該利用者以外については算定可能か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問172）

（答）

・　原則として、事業所の利用者全員のデータ提出が求められている上記の加算について、月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該月の当該利用者に係る情報をLIFEに提出できない場合、その他のサービス利用者についてデータを提出していれば算定できる。

・　なお、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

・　ただし、上記の場合や、その他やむを得ない場合（※）を除いて、事業所の利用者全員に係る情報を提出していない場合は、加算を算定することができない。

※　令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.3)（令和３年３月26日)問16参照。

○　介護記録ソフトの対応について

LIFEへの入力について、事業所又は施設で使用している介護記録ソフトからCSV連携により入力を行っているが、LIFEへのデータ提出について、当該ソフトが令和６年度改定に対応した後に行うこととして差し支えないか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問173）

（答）

・　差し支えない。

・　事業所又は施設にて使用している介護記録ソフトを用いて令和６年度改定に対応した様式情報の登録ができるようになってから、令和６年４月以降サービス提供分で提出が必要な情報について、遡って、やむを得ない事情を除き令和６年10月10日までにLIFEへ提出することが必要である。

○　LIFEへの提出情報について

令和６年４月以降サービス提供分に係るLIFEへの提出情報如何。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問174）

（答）

・　令和６年４月以降サービス提供分に係るLIFEへの提出情報に関して、令和６年４月施行のサービスについては、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。
・　令和６年６月施行のサービス（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション、予防通所リハビリテーション）については、令和６年４～５月サービス提供分の提出情報に限り、令和３年度改定に対応した様式情報と令和６年度改定に対応した様式の提出情報の共通する部分を把握できる範囲で提出するか、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。
・　各加算で提出が必要な情報については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月15日）を参照されたい。

○　科学的介護推進体制加算について

科学的介護推進体制加算のデータ提出頻度について、少なくとも６か月に１回から３か月に１回に見直されたが、令和６年４月又は６月以降のいつから少なくとも３か月に１回提出すればよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問175）
（答）
・　科学的介護推進体制加算を算定する際に提出が必須とされている情報について、令和６年４月又は６月以降は、少なくとも３か月に１回提出することが必要である。
・　例えば、令和５年２月に提出した場合は、６か月後の令和６年８月までに少なくとも１回データ提出し、それ以降は３か月後の令和６年11月までに少なくとも１回のデータ提出が必要である。

○　科学的介護情報システム（LIFE）のデータ提出について

要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.10）（令和６年９月27日）問４）
（答）
「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。
・ 通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合
・ 全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合

・ システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合

やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。

➢ LIFE システム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合

➢ 介護ソフトのバージョンアップ（LIFE の仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合

➢ LIFE システムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合

等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。

ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

○ 排せつ支援加算全般について

排尿又は排便状態が一部介助から見守り等に変わった場合は、排せつの状態の改善と評価してよいか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問177）

（答）

・ よい。

・ なお、見守り等については、様式に記載されている「評価時点の排せつの状態」の項目において、「見守りや声かけ等のみで『排尿・排便』が可能」で「はい」が選択されている場合、見守り等とみなす。

○ 初期加算について

初期加算（Ⅰ）について、「急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で介護老人保健施設に入所する場合においても、当該介護老人保健施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して 30 日以内であれば、算定できること。」とあるが、次のような場合、どのように算定すればよいか。

（例）

４月１ 日 （急性期医療を担う医療機関の一般病棟に入院）

４月20 日 （急性期医療を担う医療機関の一般病棟を退院）

４月20 日から23 日（居宅に在所）

４月24 日 （介護老人保健施設に入所）

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）（令和６年５月２日）問11）
（答）

・　上記事例の場合、初期加算（Ⅰ）については、急性期医療を担う医療機関の一般病棟の退院日である４月20 日から起算した30 日の間から居宅に在所した４日間を控除した26日間に限り算定可能である。

・　なお、初期加算（Ⅱ）については、介護老人保健施設に入所した日から30 日間に限って算定可能であり、上記事例において、初期加算（Ⅰ）を26 日間算定する場合には、30日から26 日を控除した４日間が算定可能である。

○　生産性向上推進体制加算について

加算（Ⅰ）（※100 単位/月）の算定開始に当たっては、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算（Ⅰ）の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）（令和６年５月２日）問12）
（答）

・　介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。

【利用者の満足度等の評価について】

介護サービスを利用する利用者（５名程度）に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い（※）、その結果に基づき、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。

※　介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。

また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添１の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。

【総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について】

加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期（※）とし、介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び

年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を３月以上継続した以降の月における介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。

※　介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いた考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。

（例）　例えば、令和６年１月に介護施設（定員50 名とする）を新たに開設し、同年１月に15 人受け入れ、同年２月に15 人受け入れ（合計30 名）、同年３月に15 人受け入れ（合計45 名）、同年４月に２名受け入れ（合計47 名）、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年４月を事前調査の実施時期とすること。

○　介護報酬改定の施行時期について

令和６年度介護報酬改定において、

- 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーションに係る見直しは令和６年６月施行
- その他のサービスに係る見直しは令和６年４月施行
- 処遇改善加算の一本化等（加算率引き上げ含む）はサービス一律で令和６年６月施行とされたが、利用者・家族等に対して、改定内容の説明をいつどのように行うべきか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問181）

（答）

- 本来、改定に伴う重要事項（料金等）の変更については、変更前に説明していただくことが望ましいが、４月施行の見直し事項については、やむを得ない事情により３月中の説明が難しい場合、４月１日以降速やかに、利用者又はその家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得ることとしても差し支えない。６月施行の見直し事項については、５月末日までに、利用者又はその家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得る必要がある。

なお、その際、事前に６月以降分の体制等状況一覧表を自治体に届け出た介護事業者においては、４月施行の見直し事項と６月施行の見直し事項の説明を１回で纏めて行うといった柔軟な取扱いを行って差し支えない。また、５月末日までの間に新たにサービスの利用を開始する利用者については、サービス利用開始時の重要事項説明時に、６月

施行の見直し事項について併せて説明しても差し支えない。

○　介護報酬改定の施行時期について

４月施行サービス（右記以外）と６月施行サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーション）の両方を提供している介護事業者は、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の届出を別々に行う必要があるのか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問182）
（答）

・　事業者の判断で、４月以降分を提出する際に６月以降分も併せて提出することとしても差し支えない。

○　人員配置基準等に関するいわゆるローカルルール

人員配置基準等に関するいわゆるローカルルールについて、どのような取扱いとするべきか。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）問183）
（答）

・　介護保険法上、介護事業所・施設等が介護保険サービスを提供するためには、自治体が条例で定めた基準を満たすものとして、都道府県等からの指定を受ける必要がある。自治体が条例を制定・運用するに当たっては、①従うべき基準、②標準、③参酌すべき基準に分けて定められる国の基準（省令）を踏まえる必要がある。
・　このうち人員配置基準等については、①従うべき基準に分類されている。したがって、自治体は、厚生労働省令で定められている人員配置基準等に従う範囲内で、地域の実情に応じた条例の制定や運用が可能である一方、こうしたいわゆるローカルルールについては、あくまでも厚生労働省令に従う範囲内で地域の実情に応じた内容とする必要がある。
・　そのため、いわゆるローカルルールの運用に当たり、自治体は、事業者から説明を求められた場合には、当該地域における当該ルールの必要性を説明できるようにする必要がある。
・　また、いわゆるローカルルールの中でも特に、管理者の兼務について、個別の事業所の実態を踏まえず一律に認めないとする取扱いは適切でない。

○　管理者の責務

管理者に求められる具体的な役割は何か。

（令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月15日）問184）
（答）

・　「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年９月17日付け老企第25号）等の解釈通知においては、管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、現場で発生する事象を最前線で把握しながら、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うこととしている。

　具体的には、「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」等を参考にされたい。

≪参考≫

・「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」（抄）
（令和元年度老人保健健康増進等事業「介護事業所・施設における管理者業務のあり方とサービス提供マネジメントに関する調査研究」（一般社団法人シルバーサービス振興会））

第１章第２節管理者の役割

１．管理者の位置づけ及び役割の重要性
２．利用者との関係
３．介護にともなう民法上の責任関係
４．事業所・施設の考える介護職員のキャリアイメージの共有
５．理念やビジョン、組織の方針や事業計画・目標の明確化及び職員への周知
６．事業計画と予算書の策定
７．経営視点から見た事業展開と、業績向上に向けたマネジメント
８．記録・報告や面談等を通じた介護職員同士、管理者との情報共有

４　運営指導等における主な不適正事例について

運営指導等における主な不適正事例

1　介護報酬関係について

○夜勤職員配置加算について

【事例ア】
　加算の要件を満たしたことを確認できる書類を保存していなかった。

　夜勤職員配置加算の算定にあたっては、加算の算定要件を満たしていることを確認するため、毎月の１日平均夜勤職員数を明らかにする記録を残すこと。なお、１日平均夜勤職員数は、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 を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第 3 位以下は切り捨てるものとする。

【事例イ】
　夜勤を行う職員の勤務時間数の積算に、支援相談員を含めていた。

　夜勤を行う職員の勤務時間数の積算については、看護職員及び介護職員が対象となる。

○短期集中リハビリテーション実施加算について

【事例】
　併設の短期入所療養介護を利用し、連続して当該施設に入所した者の加算の起算日が、老人保健施設入所日からとなっていた。

　短期入所療養介護を利用後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更がなく、施設入所に移行した場合にあっては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。

○認知症ケア加算について

【事例】
　医師の判定結果により日常生活自立度を決定した場合において、加算の要件を満たしたことを確認できる書類を作成していなかった。

　加算の算定要件として日常生活自立度を用いる場合の決定に当たっては、医師の判定

結果又は主治医意見書を用いる。判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、施設サービス計画に記載すること。

なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いること。

○ターミナルケア加算について

【事例ア】

医師が回復の見込がないと診断した者であることが確認できなかった。

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入所者が診断されたことが確認できるようにすること。

【事例イ】

本人又はその家族に対する随時の説明及び同意が行われたことが確認できなかった。

その人らしさを尊重した看取りの支援ができるよう、随時説明のうえ同意を得て記録をすること。

○初期加算について

【事例ア】

併設短期入所療養介護事業所又は併設短期入所生活介護事業所から日を空けることなく当該施設に入所していた者について、短期入所の入所期間を控除することなく、加算を算定していた。

併設する短期入所療養介護又は短期入所生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き施設に入所した場合（短期入所から退所した翌日に施設に入所した場合を含む。）は、初期加算は 30 日から入所直前の短期入所の利用日数を控除した日数に限り算定できる。

（過誤の例）　平成 25 年 6 月 12 日から 27 日まで短期入所療養（生活）介護を利用（16 日分）、6 月 28 日から施設に入所。

初期加算算定：6 月：3 日分、7 月：27 日分（利用日数の控除なし）

（正）　初期加算算定：6 月：3 日分、7 月：11 日分（30 日分―16 日　計 14 日）

【事例イ】

過去３月間に当該介護老人保健施設に入所していた入所者に対する加算で、初期加算を算定していた。

初期加算は、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、Ｍに該当する者の場合は過去１月間とする。）の間に、当該介護老人保健施設に入所した

ことがない場合に限り算定できる。

（過誤の例）　平成２６年８月４日　施設に再入所

（前回入所期間：平成２５年１２月２４日～平成２６年６月３０日）

※日常生活自立度のランクⅢ以上の旨の診断なし

初期加算の算定：平成２６年８月・・（誤）２８日分

（正）　算定できない。

○試行的退所時指導加算について

【事例】

退所後に認知症対応型共同生活介護事業所に入所した者に対し、加算を算定していた。

退所後に居宅において療養を継続する場合において、算定することとされており、認知症対応型共同生活介護事業所は居宅（介護保険法第８条第２項、介護保険法施行規則第４条）に該当しないため、算定できない。

（注）　単位数表中、介護保健施設サービスの「ヘ　退所時等支援等加算　(1)　退所時等支援加算」には、㈠から㈣まで４種類の加算がありますが、このうち、「㈠　試行的退所時指導加算」、「㈢　入退所前連携加算（Ⅰ）」及び「㈣　入退所前連携加算（Ⅱ）」は、退所後に認知症対応型共同生活介護事業所に入所した場合は、算定の対象とされておりません。

○退所時情報提供加算について

【事例ア】

入所者の退所先が他の介護老人保健施設にもかかわらず、退所時情報提供加算を算定していた。

退所時情報提供加算は、入所者が退所する際、主治医等に情報提供した場合に算定できるが、退所先が介護保険施設の場合は算定できない。

【事例イ】

入所者又はその家族の同意を得ないまま、主治の医師等に情報提供をしていた。

退所後の主治の医師又は他の社会福祉施設等に対して入所者の診療状況に関する情報を提供する場合は、入所者又はその家族に説明し、同意を得るとともに、その記録を残すこと。また、交付した文書の写しを残すこと。

※他の社会福祉施設等

有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームをいう。

【事例ウ】

退所時の情報提供について、診療状況のみを提供していた。

令和６年の報酬改定において、退所時情報提供については、以下のとおり改正されているため、注意すること。

退所先が居宅又は他の社会福祉施設等　⇒　診療状況、心身の状況、生活歴等の情報

退所先が医療機関　⇒　心身の状況、生活歴等の情報

○入退所前連携加算（Ⅱ）について

【事例】

入所者又はその家族の同意を得ないまま、居宅介護支援事業者に情報提供をしていた。

居宅介護支援事業者に対して入所者の診療状況に関する情報を提供する場合は、入所者又はその家族に説明し、同意を得るとともに、その記録を残すこと。

また、居宅介護支援事業者の介護支援専門員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い、交付した文書の写しを残すこと。

○口腔衛生管理加算について

【事例ア】

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回以上行っていないにも関わらず、加算を算定していた。

（過誤の例）　口腔衛生等の管理が行われていた入所者が月の途中に退所したため、月に１回のみの口腔衛生等の管理の実施となっていたが、口腔衛生管理加算を算定。

（正）　算定できない。

【事例イ】

入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていなかった。

口腔衛生管理加算の算定にあたっては、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又は指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画を作成する必要がある。

○療養食加算について

【事例ア】

外泊に伴い、1日に1度も食事の提供をしていない日について、療養食加算を算定していた。

療養食加算は実施加算であり、利用者の病状等に応じて、主治の医師により利用者に対し、疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合に算定できる。

【事例イ】

主治の医師による食事せんの発行が、療養食の提供日より後になっていた。

（過誤の例）　療養食の提供　　平成27年4月26日～30日
食事せんの発行　平成27年4月28日（発行遅れ）
療養食加算の算定：平成27年4月26日～30日（5日分）
（正）　療養食加算の算定：平成27年4月28日～30日（3日分）

【事例ウ】

・心臓疾患等に対して、塩分量6.0ｇ以上で提供している日があった。

心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて日々の塩分総量6.0ｇ未満での提供としなければならない。なお、療養食として減塩食を提供する場合は、医師の発行した食事せんの指示に従って提供する必要がある。

（過誤の例）　高血圧心臓病に対し減塩食の提供
食事せんの指示：平成25年5月10日の夕食から塩分量6.0ｇ未満
平成25年7月の減塩食の献立における塩分量が6.0ｇ以上の日数：４日
療養食加算の算定：平成25年7月：31日分
（正）　療養食加算の算定：平成25年7月：27日分

【事例エ】

血中ヘモグロビン濃度 10g/dℓを超えている貧血食提供の入所者について、療養食加算を算定していた。

療養食として提供される貧血食の対象者となる入所者は、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。

（過誤の例）　血中ヘモグロビン濃度　13.8ｇ／dℓ
平成26年５月15日における血液検査の結果
療養食加算の算定：平成26年６月分・・３０日
（正）　算定できない

○所定疾患施設療養費について

【事例ア】
所定疾患施設療養費（Ⅰ）について、連続しない日についても算定していた。

所定疾患施設療養費（Ⅰ）は、1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定できる。

（過誤の例）　7月の処置日　13日、26日～27日
所定疾患施設療養費の算定：平成25年7月：3日
（正）　所定疾患施設療養費の算定：平成25年7月：2日

【事例イ】
所定疾患施設療養費について、投薬内容の記録がなかった。

所定疾患施設療養費を算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載してください。

【事例ウ】
所定疾患施設療養費について、治療の実施状況を公表していなかった。

所定疾患施設療養費を算定する場合にあっては、施設のウェブサイトや介護サービス情報の公表制度の活用等により、前年度の実施状況を公表すること。

○安全対策体制加算について

【事例】
受講した研修が加算の算定に必要となる安全対策に係る外部の研修ではないにも関わらず、加算を算定していた。

安全対策に係る外部の研修としては、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り、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修が想定されている。

○サービス提供体制強化加算について

【事例】
加算の要件を満たした記録を残しておらず、要件を満たしていなかった。

サービス提供体制強化加算の算定にあたっては、常勤換算方法により算出した前年（３月を除く）の職員の割合の平均が要件を満たす必要があるので、確認した記録を残

す必要がある。

（過誤の例）　平成 26 年度について、平成 25 年度（３月を除く。）の職員の割合の平均が要件を満たしていない状態でサービス提供体制強化加を算定。

（※介護福祉士の資格を持った職員が不在となったのは、平成 25 年 5 月以降であり、平成 25 年度の職員の割合の平均が要件を満たしていない。）

サービス提供体制強化加算の算定：平成 26 年・・4 月～

（正）　算定できない。

○身体拘束廃止未実施減算について

【事例】

身体的拘束適正化検討委員会を３月に１回以上開催せず、研修を定期的（年２回以上）実施していなかった。

施設が以下に掲げるアからエまでの措置を講じ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減算となる。

ア　施設が緊急やむを得ない場合に身体的拘束を行う場合、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こと。

イ　身体的拘束適正化検討委員会を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。

ウ　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

エ　身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

注）研修は年２回以上開催するとともに、新規採用時には必ず実施することが重要である。

○基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について（新型コロナウイルス感染症に係る臨時的特例措置の適用）

【事例】

新型コロナウイルス感染症により併設サービスの事業の全部又は一部を休業した後、感染症対策を理由に長期にわたり休止した状況で基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の指標の算出に臨時的取扱いを適用し続けた。

併設サービスの全部又は一部の休業等を行った場合というのは、感染症対策を整えるまでの一時的な期間を想定しており、休止している２年間の間、サービス再開のための感染症対策を整えずに、臨時的取扱いを適用し続けるのは不適切である。（厚生労働省回答）

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第５報）」（令和２年３月 26 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）において、都道府県等による休業等要請に加え、施設が感染拡大防止の観点から自主的に休業等を行った場合の取扱いについては、以下のとおりとなっている。

（問１）

都道府県等が、公衆衛生対策の観点から入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業等を要請した場合、介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る施設基準において、「算定日が属する月の前６月間」等の指標の算出に当たって使用する月数に、その期間を含む月は含めないという取扱いは可能か。

（答）

可能である。

（問２）

介護老人保健施設が感染拡大防止の観点から特に必要と考えられることから、自主的に入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業を行った場合、問１と同様の考え方でよいか。

（答）

貴見のとおり。ただし、入退所を一時停止する期間及び休業する理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておくこと。

なお、新型コロナウイルス感染症の疑いや濃厚接触の疑いがない者の入退所については、地域の感染状況も踏まえながら従前どおり行うよう務めること。

２　運営基準について

○利用料について

【事例ア】

外泊をしていた入所者の「食費」と「日用品費」について、提供されていない日も受領されていた。

外泊時（外泊時の費用算定期間）に提供されていない「食費」と「日用品費」は受領できない。

【事例イ】

・施設運営規程において２割及び３割負担の料金説明についての記載がなされていなかった。
・報酬改定に伴う利用料の変更に関する同意がなされていなかった。

入所者の負担金額については誤解を生じさせることがないように記載、説明を行うこと。

○身体拘束について

【事例】

身体拘束の実施にあたって、手続きがされていない。または、検討が不十分なものがあった。

身体拘束は、「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）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」に例外的に認められているため、緊急やむを得ず身体的拘束を行わなければならないおそれのある入所者がいる場合は、施設長及び各職種の従業者で構成する「身体拘束適正化検討委員会」で事前に検討すること。なお、その記録は必ず残すこと。

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に説明し、事前に家族から同意を得ることが必要である。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を必ず記録しなければならない。また、身体拘束の実施については「切迫性」「非代替性」「一時性」の３要件を満たしていることを確認し、極めて慎重に検討を行うこと。

なお、身体拘束を継続する必要があると判断される場合も、改めて身体拘束適正化検討委員会において再検討すること。

○高齢者虐待防止について

【事例】

高齢者虐待防止に向けた取り組みが不十分であった。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号）に基づき、高齢者虐待の防止等のための措置として、職員に対する定期的な研修の実施、高齢者虐待の防止のための指針及びマニュアルの整備を行うこと。

また、施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じなければならない。

ア　当該施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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。

イ　当該施設における虐待の防止のための指針を整備すること。

ウ　当該施設において、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に実施すること。

エ　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

○事故発生防止について

【事例ア】
事故発生防止に向けた取り組みが不十分であった。

「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 40 号）及び「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 44 号）に基づき、事故発生防止のための指針を整備すること。

また、発生した事故又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合は、事故防止検討委員会において、その原因の分析を通じた改善策を検討すること。

報告された事例及び分析結果並びに改善策は、従業者に対して周知徹底すること。併せて、事故発生防止の指針に基づき、年２回以上研修を実施し、記録に残すこと。

上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【事例イ】
ヒヤリ・ハットの報告書が作成されていなかった。

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は、ヒヤリ・ハットの報告書を作成するとともに、同報告書を活用して施設内で発生した事故及びヒヤリ・ハットの事例について事故防止検討委員会で状況分析を行い、以後の事故発生の防止に努めること。

【事例ウ】
サービス提供中に発生した事故について、保険者（市町村）に報告していなかった。

事故が発生した場合は、「介護サービス事故に係る報告要領」に基づき、保険者（市町又は広域連合※）に事故報告を行うとともに、入所者の家族等に連絡を行うこと。

※施設所在地を所管する保険者が原則だが、施設所在地の保険者と当該入所者の保険者が異なる場合（市外からの入所者等）、後者にも連絡が必要

○苦情処理について

【事例】
苦情に関する受付日、内容等の記録が整備されていなかった。

苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。

○褥瘡について

【事例】

施設内での褥瘡の発生予防についての取り組みが不十分であった。

「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年３月 31 日厚生省令第 40 号）及び「介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 44 号）に基づき、褥瘡対策のための指針を整備し、日常生活自立度が低いハイリスク者に対して褥瘡予防のための計画を作成すること。

また、褥瘡発生者やハイリスク者に対して行っている具体的ケア（体位交換等）の実施記録を残し、評価を行うなど褥瘡発生の予防に努めること。

○施設サービス計画について

【事例】

・施設サービス計画が作成されていない、または期間が連続しておらず途切れている期間がある。

- 週間サービス計画表（第３表）が作成されていない。
- 施設サービス計画の同意日がサービス提供開始後となっている。
- 長期目標の期間と短期目標の期間が同じになっている。
- 施設サービス計画において長期目標の内容や期間に漏れがある。
- 目標期間の終了時期が入所者の認定有効期間の満了日以降に設定されている。
- サービス担当者会議の記録がない。または、サービスの必要性を検討したことの記載がない。
- 要介護認定の更新時や利用者の状況の変化があった時に、モニタリングやサービス担当者会議が実施されていない。

サービスの目標の開始時期と終了時期を明確にした施設サービス計画を作成し、説明のうえ同意を得ること。なお、目標の期間は、要介護認定の有効期間も考慮して設定すること。

○日用品の費用徴収について

【事例】

日用品の費用徴収を画一的にしていた。

日用品等の費用の徴収については、画一的、一律的に徴収することはできない。利用約款等において、利用者がその利用に際して選択や希望できる旨の内容を明記する必要がある。

リハビリの一環として全員で行うアクティビティに用いる折り紙代や自由に閲覧できる新聞や週刊誌代等のための徴収は不適切である。

○協力医療機関について

【事例】

協力医療機関について、県に届け出ていない。

入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、運営基準第 30 条第１項の要件を満たす協力医療機関を定めておく必要がある（令和９年４月１日から義務化）。協力医療機関の名称や取り決めの内容等については、県（所管の保健福祉（環境）事務所　社会福祉課）に届け出を行うこと。

なお、要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合であっても、経過措置の期間内に確保するための計画を併せて届け出ること。

○口腔衛生の管理について

【事例】

- 歯科医師等が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回以上行っていなかった。
- 入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画に記載すべき内容が記載されていなかった。

施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。また、以下の事項を記載した計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。

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

○秘密保持等について

【事例】

従業者の秘密保持について必要な措置を講じていなかった。

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退職後も含めて漏らすことがないよう、雇用時等に取り決めるなどの必要な措置を講じること。

3　人員基準について

【事例ア】
　介護老人保健施設と通所リハビリテーションを兼務する職員について、兼任の辞令が交付されていなかった。

　介護老人保健施設と通所リハビリテーションを兼務する職員については、兼任の辞令を交付するとともに、従事する職務を明確にすること。

【事例イ】
　支援相談員の配置が確認できない日があった。

　月ごとの勤務表において、必要数の定まっている職種の従業者の配置状況を明確にすること。

【事例ウ】
　看護・介護職員の人員基準について、看護職員の員数が、看護・介護職員の総数の７分の２程度を下回っていた。

　看護・介護職員は、常勤換算方法で、入居者の数が３又はその端数を増すごとに１以上（看護職員の員数は看護・介護職員の総数の７分の２程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の７分の５程度をそれぞれ標準とする。）配置しなければならない。
　この「標準」を下回ることによって直ちに人員基準欠如及び減算の対象となるものではないが、介護老人保健施設の基本方針に照らし、適切な看護サービスの提供を確保する観点から、必要な看護職員を確保すること。

4　災害対策について

【事例】
　風水害・地震に対応した防災計画を策定していなかった。

　火災のほか、風水害、地震等、災害事象ごとに「高齢者福祉施設等防災計画策定マニュアル」を参考にして、防災計画を作成するとともに、実践的な訓練を実施すること。

5　設備関係について

【事例ア】
入所者に処方される薬の保管場所が施錠されていなかった。

誤飲や誤食の防止及び紛失等の事故防止の観点から、薬品を保管する医務室などで職員が不在になる際は、必ず施錠すること、または、施錠できる保管庫等での管理を検討すること。

【事例イ】
誤って入所者が入室する可能性のある場所について、施錠されていなかった。

誤って入所者が入室する可能性のある場所（リネン庫、汚物処理室、倉庫等）については、誤飲や誤食などの危険防止、防災の観点から、施錠等の措置を検討すること。

【事例ウ】
レジオネラ症の防止対策が不十分であった。

浴槽水については、以下のレジオネラ症の防止対策を行い、記録に残すこと。

① 浴槽水は、少なくとも1年に1回以上、水質検査を行うこと。ただし、循環している浴槽水を毎日、完全に換えることなく使用する場合などは、年に2回以上の水質検査を行うこと。
② 循環ろ過装置は、1週間に1回以上の消毒を実施すること。
③ ろ過器の前に設置するヘアキャッチャー（集毛器）は、ぬめりが残らないように毎日清掃をすること。
④ 浴槽水は、満杯の状態を保ち、溢水させ、清潔に保つこと。
⑤ 循環している浴槽水の遊離残留塩素濃度を頻繁に測定して記録し、~~0.2～~~0.4mg／ℓ程度に保ち、かつ、最大で1.0mg／ℓを超えないよう努めること。
⑥ 循環している浴槽は1週間に1回以上、定期的に完全換水を行うこと。
⑦ 循環ろ過装置の直前に塩素剤を投入すること。

【事例エ】
居室内のオムツ交換の様子が廊下から見えていた。

施設において、高齢者の「尊厳の保持」は最重要事項であり、入所者のプライバシー保護の観点から入口にはカーテンをつける等の対応を検討すること。

6　介護老人保健施設における身元保証人等の取扱いについて

【事例】

介護老人保健施設において、身元保証人等がいないことを理由に入所を認めていなかった。

基準省令において、正当な理由なくサービスの提供を拒否することはできないこととされており、入所希望者に身元保証人等がいないことは、入所を拒否する正当な理由には該当しない。

身元保証人等がいないことのみを理由に入所を拒むことや退所を求めるといった不適切な取扱いを行わないこと。

５　介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスをまとめたものです。常に介護保険の最新情報を御確認していただくとともに、日頃の業務で疑問が生じた場合等に御活用ください。

（１）介護保険最新情報（厚生労働省ホームページ）

令和３年１月１日以降に発出された介護保険最新情報を掲載

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index_00010.html

※　令和２年 12 月 31 日までに発出された介護保険最新情報については、「ＷＡＭＮＥＴ（独立行政法人福祉医療機構ＨＰ）」を御参照ください。

https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090

（２）介護サービス関係Q&A

介護サービス関係のQ&AをＰＤＦ又はエクセルファイルで閲覧可能

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html

（３）ＷＡＭ　ＮＥＴ　介護サービス関係Q&A一覧

介護サービス関係Q&Aの内容を検索できるページ

https://www.wam.go.jp/wamappl/KakokaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=00&kc=0&pc=1

（４）「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」の一部改正について

https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001681749.pdf