

介護老人保健施設の手引き

令和8年（2026年）4月

熊本市健康福祉局高齢者支援部介護事業指導課

目 次

第 1 章	介護老人保健施設とは	2
1	人員に関する基準	3
2	運営に関する基準	8
第 2 章	介護報酬算定に関する基準	4 5
1	介護保健施設サービス費	4 5
2	介護報酬に係る加算及び減算	5 4
(1)	夜勤職員基準未満の減算	5 4
(2)	夜勤看護職員数基準未満の減算	5 7
(3)	定員超過利用の減算	5 7
(4)	人員基準欠如の減算	5 8
(5)	ユニットにおける職員に係る減算	5 9
(6)	身体拘束廃止未実施減算	5 9
(7)	栄養管理の基準を満たさない場合の減算	6 1
(8)	安全管理体制未実施減算	6 2
(9)	高齢者虐待防止措置未実施減算	6 2
(10)	業務継続計画未策定減算	6 3
(11)	室料相当額控除	6 5
(12)	夜勤職員配置加算	6 6
(13)	短期集中リハビリテーション実施加算	6 7
(14)	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	6 9
(15)	若年性認知症入所者受入加算	7 1
(16)	認知症ケア加算	7 1
(17)	外泊時の費用の算定	7 3
(18)	外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定	7 3
(19)	ターミナルケア加算	7 4
(20)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	7 6
(21)	初期加算	8 0
(22)	退所時栄養情報連携加算	8 1
(23)	再入所時栄養連携加算	8 3
(24)	在宅復帰支援機能加算	8 4
(25)	入所前後訪問指導加算	8 5
(26)	退所時等支援等加算	8 6
(27)	協力医療連携加算	9 1
(28)	栄養マネジメント強化加算	9 4
(29)	経口移行加算	9 7
(30)	経口維持加算	9 9
(31)	口腔衛生管理加算	1 0 2
(32)	療養食加算	1 0 5
(33)	かかりつけ医連携薬剤調整加算	1 0 6
(34)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	1 1 0
(35)	緊急時施設療養費	1 1 2
(36)	所定疾患施設療養費	1 1 5
(37)	認知症専門ケア加算	1 1 7
(38)	認知症チームケア推進加算	1 2 2
(39)	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 2 8
(40)	褥瘡マネジメント加算	1 2 9
(41)	排せつ支援加算	1 3 2
(42)	安全対策体制加算	1 3 8
(43)	自立支援促進加算	1 4 0
(44)	高齢者施設等感染対策向上加算	1 4 4
(45)	新興感染症等施設療養費	1 4 8
(46)	生産性向上推進体制加算	1 4 9
(47)	サービス提供体制強化加算	1 5 1

(48) 介護職員等処遇改善加算	153
(49) 特別療養費	154
(50) 療養体制維持特別加算	154
(51) 科学的介護推進体制加算	155
3 加算の留意点	159
第3章 その他留意事項等	161
1 介護保険法遵守義務	161
2 入所者についての診療報酬	162
(介護予防) 短期入所療養介護事業所(老健)の手引き	163

第1章 介護老人保健施設とは

介護保険法の定義

第8条第28項

この法律において「介護老人保健施設」とは、要介護者であつて、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第94条第1項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、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いう。

※指定基準は平成25年度から熊本県又は熊本市の条例で各々定められましたが、本冊子においては基準省令の条項で記載しています。
基準省令と異なる県・市の独自基準については、各条例を参照ください。

1 人員に関する基準（介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設）

従業者は専ら当該施設の職務に従事する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、この限りでない。

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 常勤の医師が1人以上配置されていなければならない（※1）
薬 剤 師	実情に応じた適当数（標準：入所者の数を300で除した数以上）
看護職員又は 介護職員 （看護職員：看 護師若しくは准 看護師）	①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 ②看護・介護職員の総数の 7分の2程度・・・看護職員 7分の5程度・・・介護職員 が標準 ③看護・介護職員は、介護老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職 員であることが原則（※2）
支援相談員	常勤1以上（入所者の数が100を超える場合は、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）
理学療法士、 作業療法士又は 言語聴覚士	常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上
栄 養 士 又は 管理栄養士	入所定員が100人以上の施設は常勤職員を1以上（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 障がない場合は、兼務職員でも可） （100人未満の施設でも常勤職員の配置に努めること）
介護支援専門員	常勤、専従で1以上（入所者100人又はその端数を増すごとに1 人を標準、増員分は非常勤可）（入所者の処遇に支障がない場合は、 当該老健の他の職務との兼務可（※3）、サテライト型小規模老健の職 務との兼務可）
調理員、事務員 その他従業者	実情に応じた適当数（適正なサービスを確保できる場合は、併設施 設との職員の兼務や業務委託でも可）
管 理 者	常勤、専従で1人（当該老健の管理上支障がない場合は、当該老健 の他の職務、他の事業所、サテライト施設の職務に従事可）

○用語の定義

(施設基準解釈通知第3-10)

＜令和6年度：改定＞

(1) 「常勤換算方法」

当該介護老人保健施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

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

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置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。

(2) 「勤務延時間数」

勤務表上、介護保険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業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3) 「常勤」

当該介護老人保健施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。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、入所者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

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数の合計が常勤の従業者が勤務すべ

き時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、介護老人保健施設、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所及び指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が併設されている場合、介護老人保健施設の管理者、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の管理者及び指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

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

(4) 「専ら従事する」

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

(5) 「前年度の平均値」

① 基準省令第2条第2項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。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、減床後の入所者延数を延日数で除して得た数とする。

- (※1) ①介護老人保健施設において、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えない。
- ②上記①にかかわらず、介護医療院又は病院若しくは診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている介護老人保健施設（医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。）にあつては、必ずしも常勤の医師の配置は必要でない。よって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えない。ただし、このうち1人は入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師としなければならない。なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておく必要がある。
- ③介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であつて、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えないこと。

(※2) 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合及び看護・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2つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても可。

- 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、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ない。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。

(※3) この場合、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。

しかし、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められない。ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。

●サテライト型小規模介護老人保健施設の場合

（当該施設以外の介護老人保健施設若しくは介護医療院又は病院若しくは診療所（以下、「本体施設」という）との密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員29人以下の介護老人保健施設）

- ・ 本体施設の種類によって、医師、支援相談員、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、栄養士若しくは管理栄養士又は介護支援専門員については、本体施設の従業者により、サテライト型小規模介護老人保健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、置かないことができる職種もある。

●医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合

(介護医療院又は病院若しくは診療所に併設され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員29人以下の介護老人保健施設で、サテライト型小規模介護老人保健施設以外のもの)

- ・ 医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は栄養士若しくは管理栄養士については、併設される介護医療院又は病院若しくは診療所の医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は栄養士若しくは管理栄養士により、医療機関併設型小規模介護老人保健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、置かないことができる。

●ユニット型介護老人保健施設の勤務体制確保

- ・ 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、次の点に注意して職員配置を行わなければならない。
 - ・ 昼間については、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こと。
 - ・ 夜間及び深夜については、2ユニット毎に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。
 - ・ ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを配置すること。
- ・ 従業者が1人1人の入居者について、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」が求められる為、ユニット部分の従業者は固定メンバーが望ましい。
- ・ ユニットリーダーについては、ユニットケアリーダー研修を受講した者を各施設に2名以上配置する(2ユニット以下の施設の場合は、1名でよい)こと。
研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ者を決めることで足りる。この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

●一部ユニット型介護老人保健施設について

今後(H24年度以降)行われる許可の更新の際に、ユニット型部分(ユニット型介護老人保健施設)とユニット型以外の部分(介護老人保健施設)について、それぞれ別施設として許可を行うことになった。

この場合、入所者の処遇に支障がない場合は、兼務を認める。

●見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和

要件を満たす場合は、夜間における配置人員数を1.6人以上とする。ただし、配置人員数は常時1人以上配置することとする。（利用者の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上）

【要件】

- ・全ての利用者に見守りセンサーを導入していること
- ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- ・安全体制を確保していること（※）

※安全体制の確保の具体的要件

- 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対策を検討するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3ヶ月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で、届け出るものとする。

2 運営に関する基準

◆重要事項説明（基準省令第5条）

介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第25条に規定する運営規程の概要、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の同意を得なければならない。

◆身体的拘束等（基準省令第13条）

第4項 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。

第5項 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。

第6項 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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一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実施すること。

《解釈通知第4-11》

＜令和6年度：改定＞

（2）同条第4項及び第5項は、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、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、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こととしたものである。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ておくことが必要である。なお、基準省令第38条第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存しなければならない。

（3）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）
同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束等適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、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。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切

な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

介護老人保健施設が、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。

- ① 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。
 - ② 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、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
 - ③ 身体的拘束等適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、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、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。
- (4) 身体的拘束等の適正化のための指針（第6項第2号）

介護老人保健施設が整備する「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。

- ① 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
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
 - ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針
- (5) 身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修（第6項第3号）

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。

- 解釈通知第4-11(2)の記録の保存期間については、熊本市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を定める条例第6条の規定により、5年間保存しなければならない。

◆機能訓練（基準省令第17条）

介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-15》

15 機能訓練

基準省令第17条は、介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。）の指導のもとに計画的に行うべきことを定めたものであり、特に、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。

なお、機能訓練は入所者1人について、少なくとも週2回程度行うこととする。

また、その実施は以下の手順により行うこととする。

イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。リハビリテーション実施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ものとする。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとする。

ロ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録すること。

ハ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

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

◆栄養管理（基準省令第17条の2）

＜令和6年4月より義務化＞

介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-16》

16 栄養管理

基準省令第17条の2は、介護老人保健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。

栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

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

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

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

ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、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」）において示しているので、参考とされたい。

◆口腔衛生の管理（基準省令第17条の3）

＜令和6年4月より義務化＞

介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-17》

17 口腔衛生の管理

基準省令第17条の3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。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(3)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。

【問 80】口腔衛生の管理体制に関する管理計画の立案は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による技術的助言及び指導に基づき行われるが、技術的助言及び指導を行う歯科医師は、協力歯科医療機関の歯科医師でなければならないのか。

【答 80】協力歯科医療機関の歯科医師に関わらず、当該施設の口腔衛生の管理体制を把握している歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士を想定している。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)

◆ 看護及び医学的管理の下における介護（基準省令第18条）

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。

第2項 介護老人保健施設は、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。

第3項 介護老人保健施設は、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。

第4項 介護老人保健施設は、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。

第5項 介護老人保健施設は、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。

第6項 介護老人保健施設は、前各項に定めるほか、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。

第7項 介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-18》

＜令和6年度：改定＞

(1)・(2)略

(3)「介護老人保健施設は、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。」とは、褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

① 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

② 当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。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

③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。

④ 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。

⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。

また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

◆食事の提供（基準省令第19条）

入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状態、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。

第2項 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。

◆管理者による管理（基準省令第23条）

＜令和6年度：改定＞

介護老人保健施設の管理者は、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。以下この条において同じ。）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（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下この条において「指定地域密着型サービス基準」という。）第110条第4項に規定するサテライト型特定施設をいう。）又はサテライト型居住施設（指定地域密着型サービス基準第131条第4項に規定するサテライト型居住施設をいう。）の職務に従事することができるものとする。

＜解説通知第4-21＞

＜令和6年度：改定＞

21 管理者による管理（基準省令第23条）

介護老人保健施設の管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該介護老人保健施設の管理業務に従事するものである。ただし、以下の場合であって、当該介護老人保健施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。

- (1) 当該介護老人保健施設の従業者としての職務に従事する場合
- (2) 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該介護老人保健施設の入所者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該介護老人保健施設に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）

(3)、(4)略

◆管理者の責務（基準省令第14条、第24条）

第14条

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

第24条

介護老人保健施設の管理者は、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。

第2項 介護老人保健施設の管理者は、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。

《解釈通知第4-22》

＜令和6年度：改定＞

22 管理者の責務

基準省令第24条は、介護老人保健施設の管理者の責務を、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、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、当該介護老人保健施設の従業者に基準省令第4章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこととしたものである。

【問184】管理者に求められる具体的な役割は何か。

【答184】「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

令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

◆計画担当介護支援専門員の責務（基準省令第14条、第24条の2）

1. 入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業者に対する照会等により、入所者の心身の状況、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。
2. 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、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。
3. 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携する。
4. 提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等を記録する。
5. 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、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。
6. 施設サービス計画の作成を行う。

①総合的な計画の作成

入所者の日常生活全般を支援する観点から、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画上に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

②課題分析の実施

適切な方法により、入所者の有する日常生活上の能力や置かれている環境等の評価を通じて、入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じてい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。

課題分析については、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

③課題分析における留意点

解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合は、入所者やその家族との信頼関係、協働関係の構築が重要であり、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。

④施設サービス計画原案の作成

入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地及び医師の治療方針に基づき、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、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）の具体的目標（長期的・短期的目標）、その達成時期、サービスの内容、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。目標達成時期には計画や提供サービスの評価を行うことも重要である。

⑤サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

サービス担当者会議を開催し、各担当者（医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員・管理栄養士等）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、専門的な見地からの意見を求める。

※ テレビ電話装置等を活用して行うことができるが、その場合は、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。

⑥施設サービス計画原案の説明及び同意

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。

⑦施設サービス計画の交付

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。施設サービス計画は5年間保存しておかなければならない。

⑧施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

施設サービス計画の作成後も、入所者及びその家族、各担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画の実施状況を把握（モニタリング（入所者についての継続的なアセスメントを含む。））し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行う。各担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題に変化が認められる場合は、円滑に連絡が行われる体制の整備に務めなければならない。

⑨モニタリングの実施

施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）については、入所者及びその家族、各担当者との連絡を継続的に行うこととし、定期的に入所者と面接して行うこと。モニタリングの結果についても定期的に記録すること。

⑩施設サービス計画の変更

施設サービス計画の変更や次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、各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、各担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。

1. 入所者が要介護更新認定を受けた場合
2. 入所者が要介護状態の区分変更認定を受けた場合

◆運営規程（基準省令第25条、第47条）

<令和6年4月より下線部義務化>

介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設は、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（運営規程）を定めておかなければならない。

- 1 施設の目的及び運営の方針
- 2 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3 入所（居）定員

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 4 | ユニットの数及びユニット毎の入居定員(※ユニット型介護老人保健施設に限る) |
| 5 | 入所(居)者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額 |
| 6 | 施設の利用に当たっての留意事項 |
| 7 | 非常災害対策 |
| 8 | <u>虐待の防止のための措置に関する事項</u> |
| 9 | その他施設の運営に関する重要事項(身体的拘束等をしない取組等) |

《解釈通知第4-24》

24 運営規程

基準省令第25条は、介護老人保健施設の適正な運営及び入所者に対する適切な介護保健施設サービスの提供を確保するため、同条第1号から第8号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを義務づけたものであるが、特に次の点に留意すること。

(1) 従業者の職種、員数及び職務の内容(第2号)

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第2条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない基準省令第5条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。)

(2) 施設の利用に当たっての留意事項(第5号)

入所者が介護保健施設サービスの提供を受ける際に入所者が留意すべき事項(入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等)を指すものであること。

(3) 非常災害対策(第6号)

27の非常災害に関する具体的計画を指すものであること。

(4) 虐待の防止のための措置に関する事項(第7号)

37の虐待の防止に係る、組織内の体制(責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等)や虐待又は虐待が疑われる事案(以下「虐待等」という。)が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

(5) その他施設の運営に関する重要事項(第8号)

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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。

※運営規程に定めなければならない「サービスの内容及び利用料その他の費用の額」

— (例) —

(サービス利用料その他費用の額)

- 1 介護保健施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は各入所者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を介護報酬告示上の額に乗じた金額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。

2 前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。
ただし、食費、居住費については、入所者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。

(1) 食費 ○○○円（日額） ※単位は任意。
※短期入所サービスについては、原則として1食毎に設定すること

(2) 居住費

ユニット型個室	○○○円（日額）
ユニット型個室的多床室	○○○円（日額）
従来型個室	○○○円（日額）
多床室	○○○円（日額）

(3) 特別な室料 ○○○円

(4) 特別メニューの食費 ○○○円

(5) 理美容代 ○○○円

(6) その他の日常生活費 ○○○円

- ・日常生活の身の回り品（歯ブラシ・化粧品・シャンプー・タオル等）
- ・教養娯楽として日常生活に必要なもの（一律に提供される教養娯楽（テレビ・カラオケ等）は不可）
- ・健康管理費（インフルエンザ予防接種等）
- ・預かり金の出納管理の費用（曖昧な額は不可。積算根拠を明確にし、適切な額でなければならない）
- ・私物の洗濯代

(7) サービス提供とは関係のない費用 ○○○円

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

3 前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入所者又はその家族に対し、内容及び費用を文書で説明した上で、同意について入所者等の署名を受けることとする。

4 前第1項の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に係る費用の支払いを受けた場合は、提供した介護保健施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に交付する。

(注 意 点)

●おむつ代、おむつカバー代、これらの洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できない。

(∵ 保険給付費に含まれる)

●「その他の日常生活費」

施設サービスの一環として提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者等に負担させることが適当と認められるもの。

入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。(個人の自由な選択に基づく)

●「その他の日常生活費」の受領基準・・・次の基準を遵守しなければならない。

- ・ 保険給付対象サービスと重複しない
- ・ 名目、内訳の明確化(お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金等のあいまいな名目による費用の徴収は認められない。)
- ・ 事前の説明と同意
- ・ 実費相当額の範囲内
- ・ 費用の運営規程での定めと施設での掲示(額が変動するものについては「実費」との表示で可。)

●出納管理を適正に行うための要件

1. 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること
2. 出納事務の内容が、常に複数の者により確認できる体制であること
3. 保管依頼書(契約書)、個人別出納台帳など、必要書類が備えてあること

●「サービス提供とは関係のない費用」(個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用)については、「料金を掲示したもの以外に、入所者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収する」との表示でも可。これも、入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。(個人の自由な選択に基づく)

また、内容や費用の掲示・説明と同意書による確認などは「その他の日常生活費」と同様に取り扱うことが適当。

●領収書

領収書には、①1割又は2割負担部分の額、②食費・居住費、③その他の費用の額(その他の日常生活費・特別なサービスの費用)を区分して記載し、③その他の費用の額はそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要がある。(施行規則)

◆勤務体制の確保（基準省令第26条）

＜令和6年度より下線部義務化＞

介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、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。

第3項 介護老人保健施設は、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。

第4項 介護老人保健施設は、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。

＜＜解釈通知第4-25＞＞

25 勤務体制の確保等

基準省令第26条は、入所者に対する適切な介護保健施設サービスの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、このほか次の点に留意すること。

- (1) 同条第1項は、介護老人保健施設ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員等の配置等を明確にすることを定めたものであること。
- (2) 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護・介護職員による夜勤体制を確保すること。また、休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとること。
- (3) 同条第2項は、介護保健施設サービスは、当該施設の従業者によって提供することを原則としたものであるが、調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことを認めるものであること。
- (4) 同条第3項前段は、介護老人保健施設の各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に職員の研修の機会を確保するよう努めるものとしたものであること。

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

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤

師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

- (5) 同条第4項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、入所者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル

ル」、「(管理職・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)

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

○認知症介護基礎研修の義務づけについて

【問3】養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は義務付けの対象外とすることが可能か。

【答3】養成施設については、卒業証明書及び履修科目証明書により事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業生については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

【問4】認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【答4】認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

【問5】認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【答5】認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を要請するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。

○外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務づけについて

【問7】外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

【答7】EPA介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

【問8】外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。

【答8】認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第4章第2節第3(2)を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)

- 【問 1 5 5】 受講義務付けの対象外となる医療・福祉関係の資格について、日本以外の国の医療・福祉系の資格を保有している者は受講が免除となるか。
- 【答 1 5 5】 日本以外の国の医療・福祉系の資格を持つ者については、免除とはならない。
- 【問 1 5 6】 柔道整復師、歯科衛生士については、受講義務付けの対象外か。
- 【答 1 5 6】 柔道整復師、歯科衛生士ともに、受講義務付けの対象外として差し支えない。
- 【問 1 5 7】 訪問介護員（ヘルパー）研修 3 級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格については、受講義務付けの対象外か。
- 【答 1 5 7】 訪問介護員（ヘルパー）研修 3 級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格とともに、受講義務付けの対象となる。
- 【問 1 5 8】 介護保険外である有料老人ホーム等の施設職員や、病院に勤務している者も受講義務付けの対象となるか。
- 【答 1 5 8】 特定施設では無い、介護保険の対象外である病院勤務の職員は受講義務づけの対象外である。なお、介護現場の質向上のために受講することについては差し支えない。
- 【問 1 5 9】 当該研修を受講していない者を雇用しても問題ないか。その際、運営基準違反にあたるのか。
- 【答 1 5 9】) 当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものである。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたらない。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。
- 【問 1 6 0】 事業所において、人員基準以上に加配されている介護職員で、かつ、介護に直接携わる者が研修を受講していない場合、運営基準違反にあたるのか。
- 【答 1 6 0】 貴見のとおり。本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施しているものであり、介護に直接携わる職員であれば、人員配置基準上算定されるかどうかにかかわらず、受講義務付けの対象となる。
- 【問 1 6 1】 「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」とは、具体的にどのような内容か。
- 【答 1 6 1】 「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」については、受講料の負担や、勤務時間内に受講出来るような配慮（シフトの調整等）、インターネット環境の整備等、様々な措置を想定している。
- 【問 1 6 2】 現在介護現場で就業していない者や、介護に直接携わっていない者についても義務付けの対象となるか。

【答 1 6 2】 現在介護現場で就業していない者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外であるが、本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであり、介護現場の質向上のために受講することについては差し支えない。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)

【問 1】 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。

【答 1】 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。

【問 2】 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。

【答 2】 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/>

※ 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 163 は削除する。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1 4)

◆業務継続計画の策定等 (基準省令第 26 条の 2) <令和 6 年 4 月より義務化>

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。

第 2 項 介護老人保健施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。

第 3 項 介護老人保健施設は、定期的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。

《解釈通知第 4-26》

<令和 6 年度：改定>

26 業務継続計画の策定等

(1) 基準省令第 26 条の 2 は、介護老人保健施設は、感染症や災害が発生した場合であっても、入所者が継続して介護老人保健施設サービスの提供を受けられるよう、介護老人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。) を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護老人保健施設に対して、必要な研修及び訓練 (シミュレーション) を実施しなければならないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施につい

ては、基準省令第26条の2に基づき施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。

- (2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

① 感染症に係る業務継続計画

- イ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- ロ 初動対応
- ハ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

② 災害に係る業務継続計画

- イ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- ハ 他施設及び地域との連携

- (3) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、**定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。**また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

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

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

◆定員の遵守（基準省令第27条）

介護老人保健施設は、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。

◆非常災害対策（基準省令第28条）

介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、前項に規定する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。

水防法等の一部改正

平成29年6月の改正により、「要配慮者利用施設の利用者の避難の確保のための措置に関する計画作成等の義務化等」として、浸水想定区域内又は、土砂災害警戒区域内に所在し、市町村地域防災計画に定められた施設については、避難確保計画を作成する義務と避難訓練を実施する義務が課された。加えて、令和3年7月の改正により、避難訓練の報告する義務が課された。

《解釈通知第4-27》

27 非常災害対策

- (1) 基準省令第28条は、介護老人保健施設の入所者の特性に鑑み、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならないこととしたものである。
- (2) 「消火設備その他の非常災害に際して必要な設備」とは、消防法（昭和23年法律第186号）その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければならないものである。
- (3) 基準省令第28条は、介護老人保健施設の開設者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならないこととしたものである。関係機関への通報及び連携体制の整備とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえような体制作りを求めることとしたものである。なお「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている介護老人保健施設にあってはその者に行わせるものとする。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている介護老人保健施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。
- (4) 同条第2項は、介護老人保健施設の開設者が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、日

頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする。

◆衛生管理等（基準省令第29条）

＜令和6年4月より下線部義務化＞

介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、当該介護老人保健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 当該介護老人保健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 当該介護老人保健施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

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、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。

＜＜解釈通知第4-28＞＞

＜令和6年度：改定＞

28 衛生管理

(1) (略)

(2) 基準第29条に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から⑤までの取扱いとすること。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。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、入所者や施設の状態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

感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状態に応じ、おおむね3月に1回以上、定期的で開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

感染対策委員会は、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。

なお、感染対策委員会は、運営委員会など施設内の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。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。

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

② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針

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

平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や前記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。

③ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修

介護職員その他の従業者に対する「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要である。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要がある。

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、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での研修で差し支えない。

④ 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練

平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

⑤ 施設は、入所予定者の感染症に関する事項も含めた健康状態を確認することが必要であるが、その結果感染症や既往であっても、一定の場合を除き、サービス提供を断る正当な理由には該当しないものである。こうした者が入所する場合には、感染対策担当者は、介護職員その他の従業者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知することが必要である。

◆協力医療機関（基準省令第30条）

＜令和6年度：改定＞

（第1項） 介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、1年に1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。

第3項 介護老人保健施設は、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10年法律第114号）第6条第17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7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9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。

第4項 介護老人保健施設は、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。

第5項 介護老人保健施設は、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。

第6項 介護老人保健施設は、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。

※同条第1項の規定については、令和9年3月31日までの間は、努力義務となる。

〈解釈通知第4-29〉

〈令和6年度：改定〉

29 協力医療機関等

基準省令第30条は、介護老人保健施設の入所者の病状の急変等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診療等を行う医療機関と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、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めること等を規定したものであること。

協力医療機関の選定に当たっては、必要に応じ、地域の関係団体の協力を得て行われるものとするほか、介護老人保健施設から近距離にあることが望ましい。

(1) 協力医療機関との連携（第1項）

介護老人保健施設の入所者の病状の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めなければならない。その際、例えば同条第1項第1号及び第2号の要件を満たす医療機関と同条第1項第3号の要件を満たす医療機関を別に定めるなど、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。

連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟（200床未満）を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。なお、令和6年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意すること。

また、第3号の要件については、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。

なお、協力医療機関との連携に係る義務付けの適用に当たっては、令和6年改正省令附則第6条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされているが、経過措置期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

(2) 協力医療機関との連携に係る届け出（第2項）

協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に1回以上、協力医療機関と入所者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等を開設許可を行った都道府県知事、指定都市又は中核市の市長（以下「許可権者」という。）に届け出ることを義務づけたものである。届出については、別紙1によるものとする。協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やかに許可権者に届け出ること。同条第1項の規定の経過措置期間において、同条第1項第1号、第2号及び第3号の要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合は、経過措置の期限内に確保するための計画を併せて届け出を行うこと。

(3) 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携（第3項）

介護老人保健施設の入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関である病院又は診療所との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たものである。

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か月程度経過後）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。

(4) 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合（第4項）

協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、第2項で定められた入所者の急変時等における対応の確認と合わせ、当該協力機関との間で、新興感染症の発生時等における対応について協議を行うことを義務付けるものである。協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関と取り決めを行うことが望ましい。

(5) 医療機関に入院した入所者の退院後の受け入れ（第5項）

「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く、できる限り円滑に再入所できるよう努めなければならないということである。

この省令の施行の日から令和9年3月31日までの間は、（中略）新介護老人保健施設基準第30条第1項（新介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。）の規定の適用については、これらの規定中「定めておかなければ」とあるのは、「定めておくよう努めなければ」とする。

【問 1 2 4】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。

【答 1 2 4】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、ご注意ください。

■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.htm
|

※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。

【問 1 2 5】「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。

【答 1 2 5】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。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)

【問】 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。

【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。

※ 前段の「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」の要件の考え方については、令和6年度介護報酬改定で協力医療機関を定めることを努力義務とした特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び軽費老人ホームについても同様である。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 16）

◆**揭示**（基準省令第31条）

＜令和7年4月より下線部義務化＞

＜R6年度：改定＞

介護老人保健施設は、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「重要事項」という。）を揭示しなければならない。

第2項 介護老人保健施設は、重要事項を記載した書面を当該介護老人保健施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による揭示に代えることができる。

第3項 介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-30》

〈令和6年度：改定〉

30 掲示

(1) 基準省令第31条第1項は、介護老人保健施設は、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護老人保健施設の見やすい場所に掲示することを規定したものである。また、同条第3項は、介護老人保健施設は、原則として、重要事項を当該介護老人保健施設のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、介護老人保健施設は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

- ① 施設の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族 に対して見やすい場所のことであること。
- ② 従業員の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業員の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
- ③ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の44各号に掲げる基準に該当する介護老人保健施設においては、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第31条第3項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第1項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第2項の規定や基準省令第51条第1項の規定に基づく措置に代えることができること。

なお、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等（平成12年3月30日厚生省告示第123号）二のハの（2）及び居住、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（平成17年厚生労働省告示第419号）一のハに規定するウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、この（1）に準ずるものとする。

(2) 基準省令第31条第2項は、重要事項を記載したファイル等を介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該介護老人保健施設内に備え付けることで同条第1項の掲示に代えることができることを規定したものである。

なお、第31条第3項の規定については、令和6年改正省令附則第2条において、令和7年4月1日から義務付けの適用とされている。

◆秘密保持等（基準省令第32条）

介護老人保健施設の従業者は、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。

第2項 介護老人保健施設は、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に、必要な措置を講じなければならない。

第3項 介護老人保健施設は、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なければならない。

◆苦情処理（基準省令第34条）

介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、前項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。

第3項 介護老人保健施設は、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。

第4項 介護老人保健施設は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

第5項 介護老人保健施設は、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（192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176条第1項第3号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定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。

第6項 介護老人保健施設は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項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。

《解釈通知第4-33》

＜令和6年度：改定＞

33 苦情処理

(1) 基準省令第34条第1項にいう「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。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、第4の30の(1)に準ずるものとする。

(2)・(3) 略

◆事故発生の防止及び発生時の対応（基準省令第36条）

介護老人保健施設は、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。

第2項 介護老人保健施設は、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。

第3項 介護老人保健施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

第4項 介護老人保健施設は、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。

《解釈通知第4-35》

＜令和6年度：改定＞

① 事故発生の防止のための指針

介護老人保健施設が整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ロ 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ハ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくとならぬ介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ホ 介護事故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 その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

② 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底

介護老人保健施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- イ 介護事故等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、介護事故等について報告すること。

ハ ③の事故発生の防止のための委員会において、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、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。

ホ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

ヘ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

③ 事故発生の防止のための委員会

介護老人保健施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすることが必要である。

事故防止検討委員会は、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。

なお、事故防止検討委員会は、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。事故防止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、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

④ 事故発生の防止のための職員に対する研修

介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、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事故発生の防止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。

⑤ 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者

介護老人保健施設における事故発生を防止するための体制として、①から④までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会において安全対策を担当する者と同じの従業者が務めることが望ましい。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

⑥ 損害賠償

介護老人保健施設は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。

◆虐待の防止（基準省令第36条の2）

＜令和6年度：改定＞

介護老人保健施設は、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。）を定期的で開催するとともに、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。

＜解釈通知第4-37＞

＜令和6年度：改定＞

37 虐待の防止

基準省令第36条の2は虐待の防止に関する事項について規定したものである。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、介護老人保健施設は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「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。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・虐待の未然防止

介護老人保健施設は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第1条の2の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に

規定する養介護施設の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・虐待等の早期発見

介護老人保健施設の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、介護老人保健施設は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

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

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

なお、虐待防止検討委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、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。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（施設における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ニ 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針（第2号）

介護老人保健施設が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業員に対する研修（第3号）

従業員に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

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、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

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、施設内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第4号）

介護老人保健施設における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。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

◆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（基準省令第36条の3） **＜令和6年度：新設＞**

介護老人保健施設は、当該介護老人保健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。）を定期的開催しなければならない。

※同条の規定については、令和9年3月31日までの間は、努力義務となる。

＜解釈通知第4-38＞

38 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の開催

老人保健施設基準第36条の3は、介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、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の設置及び開催について規定したものである。なお、本条の適用に当たっては、令和6年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされている。

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ものであること。

また、本委員会は、定期的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に留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましい。

あわせて、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。また、本委員会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し、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。

なお、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。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。また、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。

◆会計の区分（基準省令第37条）

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

◆電磁的記録等（基準省令第51条）

介護老人保健施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（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。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第6条第1項（第50条において準用する場合を含む。）及び第9条第1項（第50条において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他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。

第2項 介護老人保健施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定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。

第2章 介護報酬算定に関する基準

1 介護保健施設サービス費（1日につき）

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (iii)
		① 717	① 793
		② 763	② 843
		③ 828	③ 908
		④ 883	④ 961
		⑤ 932	⑤ 1,012
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)
		① 788	① 871
		② 863	② 947
		③ 928	③ 1,014
		④ 985	④ 1,072
		⑤ 1,040	⑤ 1,125
介護療養型老人保健施設	II	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 758	① 839
		② 843	② 924
		③ 960	③ 1,044
		④ 1,041	④ 1,121
		⑤ 1,117	⑤ 1,197
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 758	① 839
		② 837	② 918
		③ 933	③ 1,016
		④ 1,013	④ 1,092
		⑤ 1,089	⑤ 1,170
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 703	① 777
		② 748	② 826
		③ 812	③ 889
		④ 865	④ 941
		⑤ 913	⑤ 991

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (i)
		① 802	① 802
		② 848	② 848
		③ 913	③ 913
		④ 968	④ 968
⑤ 1,018	⑤ 1,018		
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (ii)
		① 876	① 876
		② 952	② 952
		③ 1,018	③ 1,018
		④ 1,077	④ 1,077
⑤ 1,130	⑤ 1,130		
介護療養型老人保健施設	II	サービス費	サービス費
		① 928	① 928
		② 1,014	② 1,014
		③ 1,130	③ 1,130
		④ 1,209	④ 1,209
⑤ 1,287	⑤ 1,287		
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費	サービス費
		① 928	① 928
		② 1,007	② 1,007
		③ 1,104	③ 1,104
		④ 1,181	④ 1,181
⑤ 1,259	⑤ 1,259		
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費	サービス費
		① 784	① 784
		② 832	② 832
		③ 894	③ 894
		④ 948	④ 948
⑤ 997	⑤ 997		

【介護保健施設サービス費の算定要件】

(1) 介護保健施設サービス費 (I) に係る施設基準 (i、iii)

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

- (三) 入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
- (四) 当該施設から退所した者の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあつては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- (五) 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りハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
- (六) 当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- (七) 次に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が20以上であること。

[在宅復帰・在宅療養支援等指標]

A 在宅復帰率

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

B ベッド回転率

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

C 入所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が35%以上である場合は10、35%未満かつ15%以上である場合は5、15%未満である場合は0となる数。

D 退所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその

居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)の占める割合が35%以上である場合は10、35%未満かつ15%以上である場合は5、15%未満である場合は0となる数。

E 居宅サービスの実施状況

法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション及び法第8条第10項に規定する短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において全てのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは3、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは1、いずれか1種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は0となる数。

F リハ専門職員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に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 支援相談員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100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百を乗じた数が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 要介護4又は5の割合

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

I 喀痰吸引の実施割合

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

J 経管栄養の実施割合

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

(2) 介護保健施設サービス費（Ⅰ）に係る施設基準（ii、iv）

- (一) (1) (一) から (六) までに該当するものであること。
- (二) (1) (七) に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が60以上であること。
- (三) 地域に貢献する活動を行っていること。
- (四) 入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーションを実施していること。

(3) 介護保健施設サービス費（Ⅱ）に係る施設基準（i、ii）

- (一) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- (二) 算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等（介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く。病院、診療所及び介護保険施設を除く）から入所した者の占める割合を減じて得た数が35%以上であることを標準とすること。ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情（半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと、又は、病床数が19以下であること）があるときはこの限りでない。
- (三) 算定日が属する月の前3月間における入所者等（短期療養の利用者を含む）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（日常生活自立度のランクMに該当する者）の占める割合が20%以上であること。
- (四) (1) (一) 及び (二) に該当するものであること。

(4) 削除

(5) 介護保健施設サービス費（Ⅲ）に係る施設基準（i、ii）

- (一) (3) に該当するものであること。
- (二) 入所者等の合計数が40以下であること。

(6) 介護保健施設サービス費（Ⅳ）に係る施設基準（i、ii）

- (1) (一) 及び (二) に該当するものであること。

●算定要件を満たさなくなった場合

I、II、III を算定している場合

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

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

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

- ・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。

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

◆入所等の日数の数え方について

1. 短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含む。
2. 同一敷地内の介護保険施設等の間で、又は、隣接・近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合で、利用者等が介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、**入所等の日は含み、退所等の日は含まない。**
（例：短期入所療養介護の利用者がそのまま介護老人保健施設に入所した場合は、入所に切り替えた日について、短期入所療養介護費は算定しない。）
3. 介護保険施設等を退所等したその日に同一敷地内にある病院・診療所の医療保険適用病床、又は、隣接・近接する敷地における病院・診療所の医療保険適用病床であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入所する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては**退所等の日は算定されない。**

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

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

●介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分について

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

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

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

ユニット型老健		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	施設基準 ユニットに属する療養室の入居者に対して行われるものであること。	施設基準 ユニットに属する療養室（ユニットに属さない療養室を改修したもの）の入居者に対して行われるものであること。
介護療養型 老人保健施設	II		
介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室）の入居者に対して行われる。	留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室的多床室）の入居者に対して行われる。
介護老人保健施設 (その他型)	IV		

◆居住費と食費について

●居住費や食費については、**入所者等と施設の契約**により決められる。

●居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針
(H17.9.7 厚労告 419)

1. 適正な手続の確保

居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る契約の適正な締結を確保するため、次に掲げる当該契約に係る手続を行うこと。

- ・利用者等又はその家族に対し、当該契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。
- ・当該契約の内容について、利用者等から文書により同意を得ること。
- ・居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料について、その具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに事業所等の見やすい場所に掲示し、かつ、ウェブサイトへの掲載を行うこと。

2. 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料
利用料は、次に掲げる額を基本とする。

		利用料基本額	利用料の水準の設定に当たって 勘案すべき事項
居住費	・ユニット型個室 ・ユニット型個室的多 床室 ・従来型個室	室料＋光熱水費 に相当する額	・施設の建設費用（修繕費用、 維持費用等を含み、公的助成の 有無についても勘案する。） ・近隣地域に所在する類似施設 の家賃及び光熱水費の平均的な 費用
	・多床室 ・従来型個室特例対象 者が入所するもの	光熱水費 に相当する額	
食費		食材料費＋調理 に係る費用 に相当する額	

3. その他

利用者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料は、前号に掲げる居住、滞在及び食事の提供に係る利用料と明確に区分して受領すること。

食費及び居住費の基準費用額と負担限度額（令和7年8月～令和8年7月）

【】はショートステイの場合

	食費	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・医療院等)	多床室 (特養等)	多床室 (老健・医療院等) 室料を徴収する場合	多床室 (老健・医療院等) 室料を徴収しない場合
基準費用額	1,445	2,066	1,728	1,231	1,728	915	697	437
負担限度額 (利用者負担 第3段階②)	1,360 【1,300】	1,370	1,370	880	1,370	430	430	430
負担限度額 (利用者負担 第3段階①)	650 【1,000】	1,370	1,370	880	1,370	430	430	430
負担限度額 (利用者負担 第2段階)	390 【600】	880	550	480	550	430	430	430
負担限度額 (利用者負担 第1段階)	300 【300】	880	550	380	550	0	0	0

※令和8年8月から食費の基準費用額及び負担限度額の一部が変わります。

食費及び居住費の基準費用額と負担限度額(令和8年8月～)

【】はショートステイの場合

	食費	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・医療院等)	多床室 (特養等)	多床室 (老健・医療院等) 室料を徴収する場合	多床室 (老健・医療院等) 室料を徴収しない場合
基準費用額	1,545	2,066	1,728	1,231	1,728	915	697	437
負担限度額 (利用者負担 第3段階②)	1,420 【1,360】	1,470	1,470	980	1,470	530	530	430
負担限度額 (利用者負担 第3段階①)	680 【1,030】	1,370	1,370	880	1,370	430	430	430
負担限度額 (利用者負担 第2段階)	390 【600】	880	550	480	550	430	430	430
負担限度額 (利用者負担 第1段階)	300 【300】	880	550	380	550	0	0	0

2 介護報酬に係る加算及び減算

(1) 夜勤職員基準未達の減算

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日以上連続して発生」あるいは「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。
(一部ユニット型については、基準に満たない事態がユニット以外の部分・ユニット
部分のどちらで発生したかは関係なくすべての入所者が対象)

※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

ユニット以外の部分

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
<p>介護老人保健施設</p> <p>I・IV</p>	<p>2人以上</p> <p>●指定（介護予防）短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の数の合計数「入所者等の数」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</p> <p style="text-align: right;">1人以上</p>
<p>介護療養型老人保健施設</p> <p>II</p>	<p>1. 上記基準と同一</p> <p>●次の要件のいずれにも適合する場合</p> <p>① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る）</p> <p>②病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が1以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所に併設する場合</p> <p>③併設する病院の入院患者と介護老人保健施設の入所者の数の合計が120以下である</p> <p style="text-align: right;">1人以上</p> <p>2. 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数を41で除して得た数以上（※1）</p>
<p>介護療養型老人保健施設</p> <p>III</p> <p>（入所者等の合計数が40以下）</p>	<p>1. 2人以上</p> <p>●常時、緊急時の連絡体制を整備している場合</p> <p style="text-align: right;">1人以上</p> <p>or</p> <p>●病院から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合</p> <p>① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る）</p> <p>②病院に併設している場合</p> <p>③併設する病院の入院患者と介護老人保健施設の入所者等の数の合計が120以下である</p> <p style="text-align: right;">置かないことができる</p> <p>or</p> <p>●一般病床又は療養病床を有する診療所から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合</p> <p>①夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設している場合</p>

	<p>②併設する診療所の入院患者と介護老人保健施設の入所者等の数の合計が19以下である</p> <p style="text-align: right;">置かないことができる</p>
	<p>2. 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※2）</p>

ユニットの部分

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
介護老人保健施設 I・IV	2ユニット毎に1人以上
介護療養型 老人保健施設 II	<p style="text-align: center;">2ユニット毎に1人以上</p> <p>・夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数を41で除して得た数以上（※1）</p>
介護療養型 老人保健施設 III (入所者等の合計数が40以下)	<p style="text-align: center;">2ユニット毎に1人以上</p> <p>・看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※2）</p>

（※1）（ユニット型）介護療養型老人保健施設IIを算定している場合

夜勤を行う看護職員は、「一日平均夜勤看護職員数」とする。

- ・「一日平均夜勤看護職員数」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）（ユニット型）介護療養型老人保健施設IIIを算定している場合

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

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

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設Ⅱを算定している場合

（２）夜勤看護職員数基準未満の減算

夜勤を行う看護職員に係る一日平均夜勤看護職員数が次のいずれかに該当する月においては、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。

- ①前月において一日平均夜勤看護職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から１割を超えて不足していた。
- ②一日平均夜勤看護職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から１割の範囲内で不足している状況が過去３月間（暦月）継続していた。

（３）定員超過利用の減算

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。

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

※あくまでも一時的かつ特例的なものであるため、速やかに定員超過利用を解消する必要がある。
※適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めなければならない。

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27条 介護老人保健施設は、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。

第49条 ユニット型介護老人保健施設は、ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させてはならない。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。

(4) 人員基準欠如の減算

- 人員基準欠如減算の対象職種は、
医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員
- 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）
- 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）

すべての入所者等について所定単位数が70%に減算となる。

●（一部ユニット型）の場合

- 「施設全体」で、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の数が人員基準を満たしていない場合、又は、「ユニット以外の部分」で、看護職員、介護職員の数が人員基準を満たしていない場合にユニット以外の部分が減算となる。

- 「施設全体」で、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の数が人員基準を満たしていない場合、又は、「ユニット部分」で、常勤換算方法でユニット部分の入居者の数の合計数が3又はその端数を増すごとに1以上の看護職員又は介護職員の数を置いていない場合に**ユニット部分が減算**となる。

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

※適正なサービスの提供を確保するために、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めなければならない。

※届け出していた看護・介護職員等の職員配置を満たせなくなった場合には、事業者又は施設は該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届けなければならない。

（5）ユニットにおける職員に係る減算

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を満たさ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、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。）

（6）身体拘束廃止未実施減算

▲所定単位数の10%

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必要な措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数の10%を減算**する。

具体的には、記録を行っていない、身体的拘束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な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月か

ら改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算する。

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、第43条）

第4項 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。

第5項 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。

第6項 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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して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。

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実施すること。

※記録は5年間保存しなければならない。

※記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。

※緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。

※入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

【問88】身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3カ月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長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減算する」とされているが、施設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。

【答88】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、施設から改善計画が提出され、事実が生じた月から3カ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。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）

【問 1】利用者に対して身体的拘束等をしていない場合においても、身体的拘束等の適正化を図るための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施）がなされていないければ減算の適用となるのか。

【答 1】減算の適用となる。

なお、施設系サービス及び居住系サービスにおいても同様である。

【問 2】運営指導等で行政機関が把握した身体的拘束等の適正化を図るための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。

【答 2】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。

【問 3】利用者又は他の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の検討には、三つの要件（切迫性、非代替性、一時性）全てを満たすことの記録が確認できなければ減算の適用となるのか。

【答 3】減算の適用となる。

また、三つの要件については、以下を参考にされたい。

- ・「切迫性」とは、利用者本人又は他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
 - ・「非代替性」とは、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
 - ・「一時性」とは、身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること
- なお、訪問系サービス及び通所系サービス等について、減算の適用はないが、当該要件を満たした記録の確認ができない場合は、指導の対象になることに留意されたい。

高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ&A（令和7年1月20日）

（7）栄養管理の基準を満たさない場合の減算

▲ 1日につき14単位
＜令和6年4月より適用＞

栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、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介護老人保健施設基準第17条の2（介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。）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を満たさない状況が解決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。）。

(栄養管理)

第十七条の二 介護老人保健施設は、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。

(8) 安全管理体制未実施減算

▲ 1日につき5単位

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。

(9) 高齢者虐待防止措置未実施減算

＜令和6年度：新設＞

● 高齢者虐待防止措置未実施減算については、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的には開催していない場合
- ・虐待の防止のための指針を整備していない場合
- ・虐待の防止のための研修を年2回以上実施していない場合
- ・これらを適切に実施するための担当者を置いていない場合

に、入所者全員について所定単位数から所定単位数の1%に相当する単位数を減算。

● 上記の事実が生じた場合、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減算することとする。

【問167】 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。

【答167】 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

【問168】 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。

【答168】 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。

【問169】 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。

【答 169】 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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (V o l . 1)

【問 1】 高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

【答 1】 「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日老企第25号)」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。

なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下の通り。

・年に2回以上

(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

・年に1回以上

訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防支援

高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ&A (令和7年1月20日)

(10) 業務継続計画未策定減算

<令和6年度：新設>

- 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(介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。)に規定する以下の基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月(基準を満たさない事実が生じた日が月

の初日である場合は当該月)から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の入所者全員について、所定単位数から所定単位数の3%に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(施設基準第26条の2第1項)

- ・感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する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（業務継続計画）を策定すること。
- ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

【問165】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。

【答165】業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり。

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、 介護老人保健施設 、介護医療院、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護	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。

【問166】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。

【答166】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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 1）

【問7】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。

【答7】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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 6）

(11) 室料相当額控除

▲26単位/日 <令和7年8月1日施行>

(令和7年8月1日施行算定基準)

注8 介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（iii）及び（iv）、介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（ii）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）の介護保健施設サービス費（ii）並びに介護保健施設サービス費（Ⅳ）の介護保健施設サービス費（ii）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護老人保健施設については、室料相当額 控除として、1日につき26単位を所定単位数から控除する。

(令和7年8月1日施行厚生労働大臣が定める施設基準)

五十七の二 介護保健施設における室料相当額控除に係る施設基準

イ 算定日が属する計画期間（法第百四十七条第二項第一号に規定する計画期間をいう。以下同じ。）の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四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。

ロ 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八以上であること。

(留意事項)

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) 夜勤職員配置加算

24単位/日

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、

●入所者等の数が41以上の場合

- ・入所者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上、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。

※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。

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

※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。

※(ユニット型)介護老人保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している場合算定不可

(13) 短期集中リハビリテーション 実施加算

<令和6年度：改定>

1. 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 258単位／日（新設）
 2. 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 200単位／日（変更）
- ※併算定不可

① 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

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、1日につき258単位を所定単位数に加算する。

② 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

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、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つては、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》

(14) 短期集中リハビリテーション実施加算について

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算における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 当該加算は、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こととする。ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。
- ③ 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あつて、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定することができる。
- ④ 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あつて、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。

ア 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

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

⑤ 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。

⑥ 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り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。

○科学的介護情報システム（LIFE）のデータ提出について

【問4】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」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

【答4】「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。

※ 令和3年度報酬改定Q&A (Vol. 3) (令和3年3月26日) 問16は削除する。

令和6年度報酬改定に関するQ&A (Vol. 10)

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

(14) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 <令和6年度：改定>

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/日 (新設)
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/日 (変更)

※併算定不可

認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士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、当該施設基準に掲げる区分に従い、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、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日につき上記に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

① 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たリハビリテーション計画を作成していること。

② 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

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) の (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 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション計画に基づき、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ものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- 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 当該リハビリテーションにあつては、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人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
- ⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。
- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) においておおむね5点～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ること。
- ⑧ 注9の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。
- 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 6の(24)の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。

【問 1 4】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。

【答 1 4】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。

【問 1 5】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き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。

【答 1 5】差し支えない。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2)

※令和 6 年 4 月改定関係 Q & A (Vol. 10) の【問 4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問 4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 10)

(15) 若年性認知症入所者受入加算

120 単位/日

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

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

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

(16) 認知症ケア加算

76 単位/日

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、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来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者を入所させるための施設。（原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。）
 - ・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。
- 介護保健施設サービスの単位ごとの入所者の数について、10人を標準とすること。
- 介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置すること。
- ユニット型でないこと。

※「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。

※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。

※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。

(17) 外泊時の費用の算定

362単位/日

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

※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。

※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。

※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。

※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。

※「外泊」には入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。

※外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。

(18) 外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定

800単位/日

入所者において、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できない。また、外泊時費用を算定している際には、併算定できない。

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

(19) ターミナルケア加算

<令和6年度：改定>

【(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。

《留意事項》

- イ ターミナルケア加算は、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入所者について、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できるよう支援することを主眼として設けたものである。
- ロ ターミナルケア加算は、利用者等告示第 65 号に定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて 45 日を上限として、介護老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものである。
死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、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間は、算定することができない。（したがって、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。
- ハ 介護老人保健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である。
- ニ 介護老人保健施設は、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。
- ホ 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である。
- ヘ 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して認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能である。

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とも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。

ト 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こと。なお、個室に移行した場合の入所者については、注15に規定する措置の対象とする。

注15 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（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）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、介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（i i i）若しくは（i v）、介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（i i）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）の介護保健施設サービス費（i i）又は介護保健施設サービス費（Ⅳ）の介護保健施設サービス費（i i）を算定する。

●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。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(20) 在宅復帰・在宅療養
支援機能加算**

＜令和6年度：改定＞

1. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 51単位／日（変更）
2. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 51単位／日（変更）

※併算定不可

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

※ [在宅復帰・在宅療養支援等指標]（再掲）

A 在宅復帰率

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

B ベッド回転率

30、4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が10%以上である場合は20、10%未満かつ5%以上である場合は10、5%未満である場合は0となる数。

C 入所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が35%以上である場合は10、35%未満かつ15%以上である場合は5、15%未満である場合は0となる数。

D 退所前後訪問指導割合

入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が35%以上である場合は10、35%未満かつ15%以上である場合は5、15%未満である場合は0となる数。

E 居宅サービスの実施状況

法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション及び法第8条第10項に規定する短期入所療養介護に

ついて、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは3、いずれか2種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは1、いずれか1種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は0となる数。

F リハ専門職員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に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 支援相談員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100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一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百を乗じた数が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 要介護4又は5の割合

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

I 喀痰吸引の実施割合

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

J 経管栄養の実施割合

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

※「地域貢献活動」とは、以下の考え方によるものとする。

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

【問105】「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないと考えますが、退所した当日からショートステイや（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合などは、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。

【答105】貴見のとおりである。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

【問44】 「喀痰吸引が実施された者」について、介護医療院では、「過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中＜入所時を含む＞に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者、または2015年度から2020年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（2014年度以前においては、口腔機能維持管理加算、または口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者および2015年度から2020年度においては口腔衛生管理加算、または口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」されているが、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標で求められる「喀痰吸引が実施された者」についても同様に考えてよいか。

また、「経管栄養が実施された者」についても、介護医療院では、「過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中＜入所時を含む＞に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定している者、または管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（2020年度以前においては、経口維持加算、または栄養マネジメント加算を算定されていた者）については、経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」とされており、これも同様に考えてよいか。

【答44】 ・いずれも貴見のとおり。

・したがって、例えば、「喀痰吸引が実施された者」の割合については、現に喀痰吸引を実施している者及び過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中＜入所時を含む＞に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されているもの、または2015年度から2020年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしているもの（2014年度以前においては、口腔機能維持管理加算、または口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者および2015年度から2020年度においては口腔衛生管理加算、または口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）の直近3カ月間の延入所者数（入所延べ日数）を当該施設の直近3カ月間の延入所者数（入所延べ日数）で除した割合となる。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2)

(21) 初期加算

<令和6年度：改定>

1. 初期加算（Ⅰ）60単位／日（新設）
2. 初期加算（Ⅱ）30単位／日 ※併算定不可

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

① 初期加算（Ⅰ）

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。

- ・ 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。
- ・ 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 初期加算（Ⅱ）

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
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こととする。なお、当該介護老人保健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ものとする。
- 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。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

（22）退所時栄養情報連携加算 70単位/回 <令和6年度：新設>

- 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、当該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70単位を加算する。

※ 1月につき1回を限度。

※ 栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算又は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、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、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、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、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、退叔父お所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。
（※）厚生労働大臣が定める特別食
疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(23) 再入所時栄養連携加算

200単位/回 <令和6年度：改定>

- 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200単位加算する。

※ 入所者1人につき1回を限度。

※ 栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算を算定している場合は、算定しない。

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

《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であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象とすること。

- 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、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのた

めのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

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。

(※) 厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

【問 1 3】 再入所時栄養連携加算は入所者 1 人につき 1 回を限度として算定するとされており、二次入所時に当該加算は算定可能と考えるが、再々入所時においても算定可能か。

【答 1 3】 例えば、嚥下調整食の新規導入に伴い再入所時栄養連携加算を算定した入所者が、再度、医療機関に入院し、当該入院中に経管栄養が新規導入となり、その状態で二次入所となった場合は、当該加算を再度算定できる。

平成 3 0 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 4)

※介護療養型老人保健施設が算定する

(24) 在宅復帰支援機能加算

1 0 単位 / 日

- 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 **3 0 % を超えている**こと。
- 退所者の退所後 3 0 日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

※入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。

- ・退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。
- ・必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。

※本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。

- ・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- ・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
- ・家屋の改善に関する相談援助
- ・退所する者の介助方法に関する相談援助

※算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

（25）入所前後訪問指導加算

1. 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）450単位／日
2. 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）480単位／日 ※併算定不可

① 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。

② 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、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。

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。

□ 退所後の生活に係る支援計画

入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。

- ③ 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。
- ④ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。
イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合
ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合
- ⑤ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ⑥ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ⑦ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

（26）退所時等支援等加算

＜令和6年度：一部新設＞

1. 退所時等支援加算
- | | | |
|----------------|-------|------|
| （1）試行的退所時指導加算 | 400単位 | |
| （2）退所時情報提供加算 | | |
| ・退所時情報提供加算（Ⅰ） | 500単位 | （変更） |
| ・退所時情報提供加算（Ⅱ） | 250単位 | （新設） |
| （3）入退所前連携加算（Ⅰ） | 600単位 | |
| （4）入退所前連携加算（Ⅱ） | 400単位 | |
2. 訪問看護指示加算 300単位

1. 退所時等支援加算
- （1） 試行的退所時指導加算 400単位

注1 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族

等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

※退所時指導の内容は、次のようなものであること。

- ・ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- ・ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- ・ 家屋の改善の指導
- ・ 退所する者の介助方法の指導

※注1により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。

- ・ 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
- ・ 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- ・ 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。
- ・ 入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。
- ・ 試行的退所期間中は、介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。
- ・ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。

※試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できない。

- ・ 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・ 死亡退所の場合

※試行的退所時指導は医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

※試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

※試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

(2) 退所時情報提供加算 (I) 500単位

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。

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、別紙様式2及び別紙様式13の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。

・退所時情報提供加算 (II) 250単位

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。

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、別紙様式13の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。

【問18】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。

【答18】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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2)

【問2】退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

【答2】算定可能。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3)

入退所前連携加算（Ⅰ）600単位

入退所前連携加算（Ⅱ）400単位

入退所前連携加算（Ⅰ）の算定要件

①入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、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。

②入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービスまた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また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または地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

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 5の(25)の③イ及びロを準用する。

【5の(25)の③イ及びロ】

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、別紙様式13の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。

ハ ①のロのg及びhを準用する。

【①のロのg及びh】

g 試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- (a) 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- (b) 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- (c) 死亡退所の場合
- h 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)の算定要件

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また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また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または地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

入退所前連携加算(Ⅱ)

- イ 5の(25)の③イ及びロを準用する。(入退所前連携加算(Ⅰ)を参照)
- ロ ①のロのg及びhを準用する。(入退所前連携加算(Ⅰ)を参照)

* 加算Ⅰ・Ⅱの併算定は不可

* 加算Ⅰ・Ⅱともに、入所者1人につき1回を限度として算定

【問89】 介護保険施設サービスにおける退所前連携加算における「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」とは、具体的にどのような調整が考えられるのか。

【答89】 例えば、退所後に福祉用具の利用が必要と見込まれる場合においては、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等と以下の連携を行うことが考えられる。

退所前から福祉用具専門相談員等と利用者の現状の動作能力や退所後に生じる生活課題等を共有し、利用者の状態に適した福祉用具の選定を行う。

退所する利用者が在宅で円滑に福祉用具を利用することができるよう、利用者や家族等に対して、入所中から福祉用具の利用方法等の指導助言を行う。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3)

2. 訪問看護指示加算 300単位

入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・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り）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り）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事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあたっては看護サービスに係る指示書をいう）を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

- ※介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書（様式は「介護老人保健施設からの退所時における老人訪問看護指示加算に係る訪問看護指示書の様式について（平成12年4月26日老健第96号）」によるものとする。）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。
- ※訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- ※訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えない。
- ※交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
- ※訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

(27) 協力医療機関連携加算

<令和6年度：新設>

1. 協力医療機関連携加算 (1) の場合 50単位/月
2. 協力医療機関連携加算 (1) 以外の場合 5単位/月

● 協力医療機関との間で、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（新設）

(基準省令第30条第1項)

- ①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。
- ②当該指定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。
- ③入所者の病状が急変した場合等において、当該指定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。

(2) (1) 以外の場合 5単位 (新設)

《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(1)の50単位、それ以外の場合(2)の5単位を加算する。(1)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。(1)を算定する場合において、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 「会議を定期的開催」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、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、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。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。
- 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、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。

【問 1 2 7】 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。

【答 1 2 7】 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。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 1)

【問 1 3】 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。

【答 1 3】 差し支えない。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 2)

【問 3】 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、定期的に年 3 回以上開催することで差し支えない」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。

【答 3】 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。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 3)

【問 1】 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。

【答1】 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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 7）

(28) 栄養マネジメント強化加算

11単位/日

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定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11単位を加算する。

※栄養管理に係る（栄養ケア・マネジメント未実施）減算を算定している場合は、算定しない。

※定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（厚生労働大臣が定める基準）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を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つては、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。

《留意事項》

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90号の2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90号の2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口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、問題点が見られた場合は、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90号の2ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）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、L I F E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（P l a n）、当該計画に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C A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。

【問90】運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

【答90】多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与及び配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（V o l . 3）

（平成30年4月改定関係Q&A（V o l . 1）問71の修正）

【問126】「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。

【答 1 2 6】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。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o l . 1)

【問 1】「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。

【答 1】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。

令和 6 年度報酬改定に関する Q & A (V o l . 1 3)

※令和 6 年 4 月改定関係 Q & A (V o l . 1 0) の【問 4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問 4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o l . 1 0)

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

(29) 経口移行加算 28 単位/日

- 1 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、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して 180 日以内の期限に限り、1 日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算に該当する場合は算定しない。

2 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

●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であること。
(∴定員超過、人員基準違反でないこと。)

《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。

イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。

ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとして、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、

引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

- 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拳上が認められること）。

ニ 咽頭内容物を吸収した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

- 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。

- ④ 入所者の口腔状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

- 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。

【問91】経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。

【答91】本加算の算定要件としては管理栄養士の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

令和3年度報酬改定に関するQ&A（V.1.3）

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(30) 経口維持加算

1. 経口維持加算（Ⅰ）400単位／月
2. 経口維持加算（Ⅱ）100単位／月

- （Ⅰ）については、現に経口により食事を摂取する者であって、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、1月につき所定単位数を加算する。

※経口維持加算(Ⅰ)については、以下の基準に適合する必要がある。

イ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ 入所者の摂食又は嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。

ハ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。

ニ 食形態に係る配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。

ホ ロからニまでについて医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施するための体制が整備されていること。

※栄養管理に係る(栄養ケア・マネジメント未実施)減算を算定している場合又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

● (Ⅱ)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(指定介護老人福祉施設の人員、設備及び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。

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(「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る(以下同じ。))。

ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、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。

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」等を遵守すること。

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（指定介護老人福祉施設基準第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。

【問92】原則、6月以内に限るとする算定要件が廃止されたが、6月を超えた場合の検査やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示も不要となるか。

【答92】原則、6月以内に限るとする算定要件の廃止に伴い、6月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件は廃止となったものの、月1回以上行うこととされている食事の観察及び会議等において、検査や誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理を行う必要性について検討し、必要に応じて対応されたい。

【問93】経口維持加算の算定に当たっては、管理栄養士や看護師の配置は必須なのか。

【答93】本加算の算定要件としては管理栄養士や看護師の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

【問94】水飲みテストとはどのようなものか。

【答94】経口維持加算は、入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていることが必要である。代表的な水飲みテスト法である窪田の方法（窪田俊夫他：脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について。総合リハ、10（2）：271-276、1982）をお示しする。

令和3年度報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

（31）口腔衛生管理加算

1. 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90単位／月
2. 口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110単位／月 ※併算定不可

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護老人福祉施設において、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。

※ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（厚生労働大臣が定める基準）

- 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）における入所者に係る口腔（くう）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（くう）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、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

《留意事項》

- ① 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して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において、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、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。
- ⑤ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）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、L I F E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（P l a n）、当該決定に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C A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場合は、7回以上）算定された場合には算定できない。

【問95】口腔衛生管理加算の算定に当たって、作成することとなっている「口腔衛生管理加算の実施計画」はサービスを提供する利用者毎に作成するのか。

【答95】貴見のとおり。

【問 9 6】口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。

【答 9 6】施設と雇用関係にある歯科衛生士（常勤・非常勤を問わない）または、協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。

ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

【問 9 7】歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月 2 回以上実施されている場合に算定できることとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月 2 回に満たない場合であっても算定できるのか。満たない場合であっても算定できるのか。

【答 9 7】月途中からの入所であっても月 2 回以上の口腔衛生等の管理が実施されていない場合には算定できない。

【問 9 8】口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月 2 回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は 2 回分の実施とするのか。

【答 9 8】同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は、1 回分の実施となる。

令和 3 年度報酬改定に関する Q & A (V o l . 3)

【問 1】「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。

【答 1】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。

令和 6 年度報酬改定に関する Q & A (V o l . 13)

※令和 6 年 4 月改定関係 Q & A (V o l . 10) の【問 4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問 4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o l . 10)

(32) 療養食加算

6単位／回（1日につき3回を限度）

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

●加算の対象となる療養食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食。

●療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わない。

●定員超過、人員基準違反でないこと。

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

●減塩食療法等について

心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならない。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量 6.0g 未満の減塩食をいう。

●肝臓病食について

肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等をいう。

●胃潰瘍食について

十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められる。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えない。

●貧血食の対象者となる入所者等について

療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl 以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

●高度肥満症に対する食事療法について

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

●特別な場合の検査食について

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

●脂質異常症食の対象となる入所者等について

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

※療養食の献立表が作成されていること。

※(ユニット型)介護老人保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している場合算定不可

**(33) かかりつけ医連携
薬剤調整加算**

<令和6年度：一部新設>

1. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ 140単位(変更)
 2. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ 70単位(新設)
 3. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位
 4. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位
- ※入所者1人につき1回を限度

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。

(※入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合)

- (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) 入所後一月以内に、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、退所時又は退所後一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。

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。

(※施設において薬剤を評価・調整した場合)

- (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。

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。

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》

(34) 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）口については、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。

(35) 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）イ又は口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、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。

(36) 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、(34)②のとおりである。

【問105】 かかりつけ医連携薬剤調整加算については、介護老人保健施設の医師、または常勤の薬剤師が、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とされているが、全国老人保健施設協会、日本病院薬剤師会などの団体が開催する研修において、高齢者の薬物療法に関する内容として、加齢に伴う身体機能・薬物動態の変化、慎重な投与を要する医薬品等の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

【答105】 ・差し支えない。

・なお、研修を受けた常勤の薬剤師は、入所者やその家族、他職種等から薬剤やその影響等の情報収集を行い、必要な情報を医師に報告するとともに、処方変更の具体的な提案や副作用の発現モニタリング、処方変更後の経過確認、退所に向けた用法整理等の提案等を行うこと。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 3)

【問 16】 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。

【答 16】 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さ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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）

※令和6年4月改定関係Q&A（Vol. 10）の【問4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 10）

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(34) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算

＜令和6年度：一部新設＞

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／月（新設）
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／月

※併算定不可

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、都道府県知事に対し、届出を行っ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月につき所定単位数を加算する。

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、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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(L I F E) 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、L I F E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実施計画の作成(P l a n)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(D o)、当該実施内容の評価(C h e c k)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(A c t i o n)の一連のサイクル(P D C A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実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。
- 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。

【問42】リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1および2-2-2(リハビリテーション計画書)にある「計画作成日」「担当職種」「健康状態、経過(原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る)」「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」「心身機能・構造」「活動(基本動作、活動範囲など)」「活動(ADL)」「リハビリテーションの短期目標(今後3カ月)」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの終了目安」「社会参加の状況」「リハビリテーションサービス(目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る)」の各項目に係る情報を全て提出しフィードバックを受けることができる。このフィードバック情報を活用することで、利用者等の状態やケアの実績の

変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行った場合は、別紙様式1から5までに係るその他の情報を提出していない場合であっても算定可能と考えて差し支えないか。

【答42】差し支えない。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)

※令和6年4月改定関係Q&A(Vol. 10)の【問4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol. 10)

(35) 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 518単位/日
 - ・入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において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。

※入所者の病状が著しく変化し、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。
 - ・意識障害又は昏睡
 - ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
 - ・ショック
 - ・重篤な代謝障害
 - ・その他薬物中毒等で重篤なもの

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

- 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（6000cm²以上のもの（褥瘡に係るものを除く）を除く）、
 - ・熱傷処置（6000cm²以上のものを除く）、
 - ・重度褥瘡処置、
 - ・長期療養患者褥瘡等措置、
 - ・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救急措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
- ・腔洗浄（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
- ・創傷処置（長径5cm以上で筋肉、臓器に達するものを除く）、
 - ・皮膚切開術（長径20cm未満のものに限る）、
 - ・デブリードマン（100cm²未満のものに限る）、・爪甲除去術、
 - ・瘰癧手術、・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りハビリテーション、処置、手術及び麻酔

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

（36）所定疾患施設療養費

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

※併算定不可

① 所定疾患施設療養費（Ⅰ）については、以下の要件を満たすこと。

- 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。

② 所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、以下の要件を満たすこと。

- 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、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録に記載していること。
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

所定疾患施設療養費（Ⅰ）・所定疾患施設療養費（Ⅱ）共通

※所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。

※所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。

- ・肺炎
- ・尿路感染症
- ・带状疱疹
- ・蜂窩織炎

・慢性心不全の増悪

※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。

※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。

※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（Ⅰ）のみ

※所定疾患施設療養費（Ⅰ）については、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ため、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ものであること。

※算定する場合にあつては、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。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）のみ

※所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、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ため、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ものであること。

※算定する場合にあつては、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。

また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。

※当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症及び带状疱疹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。

【問4】 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の感染症対策に関する内容を含む研修について、併設医療機関や医師が管理する介護老人保健施設内の研修でもよいか。

【答 4】 当該研修については、公益社団法人全国老人保健施設協会や医療関係団体等が開催し、修了証が交付される研修である必要がある。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 3)

【問 4 3】 所定疾患施設療養費(Ⅱ)については、介護老人保健施設の医師が、感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していることとされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会などの団体が開催する研修において、感染症対策に関する内容として、肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

【答 4 3】 差し支えない。

令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 2)

【問 1 3 4】 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、带状疱疹、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。

【答 1 3 4】 不可。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o I . 1)

(37) 認知症専門ケア加算

1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 単位／日

2. 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4 単位／日

※併算定不可

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

認知症専門ケア加算（Ⅰ）と認知症専門ケア加算（Ⅱ）どちらか一つしか算定できない。

認知症チームケア推進加算を算定している場合には算定不可。

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、施設における対象者数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は「1＋（対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1）」以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- 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、研修を（外部における研修を含む。）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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指すものとする。
- 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）、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- 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」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

【問17】 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。

【答 17】・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。

【問 18】認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

【答 18】・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。

【問 19】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。

【答 19】・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。

【問20】 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。

【答20】 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。

【問21】 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。

【答21】 ・ 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。

【問22】 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。

【答22】 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、自治体が発行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。

【問23】 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。

【答 2 3】 含むものとする。

【問 2 6】 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）を算定するためには、認知症専門ケア加算（Ⅰ）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）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

【答 2 6】 必要ない。例えば加算の対象者が 20 名未満の場合、

- ・ 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
- ・ 認知症看護に係る適切な研修を修了した者のいずれかが 1 名配置されていれば、算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）

		加算対象者数			
		～19	20～29	30～39	..
必要な研修 修了者の 配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」	1	2	3	..
	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				
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」	1	1	1	..
認知症介護指導者養成研修					
	認知症看護に係る適切な研修				

（注）認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を 1 名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ 1 名配置したことになる。

令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A（V o I . 1）

【問 4】 「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。

【答 4】 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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 3）

【問6】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。

【答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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 6）

(38) 認知症チームケア推進加算

＜令和6年度：新設＞

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

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に対し届出を行った介護老人保健施設において、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、入所者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。以下同じ。）を行った場合に、1～2のいずれかを算定。

イ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（1）施設における入所者の総数のうち、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（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。

（2）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を1名以上配置し、かつ、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。

(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。

(2) 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を1名以上配置し、かつ、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。

● 認知症専門ケア加算を算定している場合においては算定不可。

● 本加算の対象者は、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等

※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。以下、一部抜粋。

(認知症チームケア推進加算Ⅰの加算要件)

認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の要件にある「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「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、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。以下同じ。)を修了した者を指す。

(認知症チームケア推進加算Ⅱの加算要件)

認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の要件にある「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「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指す。

※加算の対象となる入所者等の人数に応じ、一人の研修を修了した者が全てのチームに対応することが困難と考えられる場合は、複数の者が研修を修了することが望ましい。

【問 1】 「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。

【答 1】 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）であり、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。

【問 2】 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算（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。

【答 2】 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。

【問 3】 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。

【答 3】 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。

【問 4】 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。

【答 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。

【問 5】 「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。

【答 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。

【問 6】 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。

【答 6】 貴見のとおり。

【問 7】 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ので良いか。

【答 7】 貴見のとおり。

【問 8】 「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。

【答 8】 可能である。

【問 9】 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。

【答 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。

【問 10】 「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

【答 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

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V.1.2）

【問4】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）

【答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。

【問5】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。

【答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する。

※【問6】については、認知症専門ケア加算に記載の【問6】と同様の内容のため、あわせてご確認ください。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V.1.6）

【問】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。

【答】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

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 9）

【問3】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、大府）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。

【答3】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.dcnnet.gr.jp/teamcare/>

（参考）令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）【問1】

【問4】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。

【答4】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。

【問5】東京都が開発した日本版BPSDケアプログラムのアドミニストレーター養成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。

【答5】貴見のとおり。

なお、日本版BPSDケアプログラム（以下「ケアプログラム」という。）の利用に当たっては、道府県はケアプログラムを導入する必要がある、その具体的な導入方法については、東京都（※）にお尋ねいただきたい。

（※）担当部署：福祉局高齢者施策推進部在宅支援課認知症支援担当

電話 03-5320-4276

各事業所におかれては、所在する都道府県のケアプログラムの導入状況や利用について、当該都道府県にお尋ねいただきたい。

【問6】日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修修了者が、日本版 BPSD ケアプログラムにおける評価指標を用いて BPSD の出現予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施する場合、認知症チームケア推進加算算定にあたり作成が必要となる「認知症チームケア推進加算に係るワークシート」については、日本版 BPSD ケアプログラムの「DEMBASE」への記録及び【利用者一覧】タブ内で出力される【入力履歴】から入力を完了した PDF を出力したもの及びそれに紐付く打合せ記録をもって代えることができるか。

【答6】貴見のとおり。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (V o I. 14)

(39) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

200単位/日

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

※「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。

※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。

※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。

※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。

※次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できない。

- ・ 病院又は診療所に入院中の者
- ・ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
- ・ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者

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

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

※当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できる。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）を算定する場合のみ算定

（40）褥瘡マネジメント加算

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

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき上記単位数を加算する。

※ 加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）の同時算定は不可。

イ 褥瘡マネジメント加算（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、その後少なくとも三月に一回評価すること。
- （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又は利用者ごとに、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) 入所者又は利用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又は利用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、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

ロ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 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) 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（以下この(35)において「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大臣基準第71号の2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）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 大臣基準第71号の2イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第71号の2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 大臣基準第71号の2イ(1)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 大臣基準第71号の2イ(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 大臣基準第71号の2イ(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 大臣基準第71号の2イ(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、P D C Aの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、L I F E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。

※別紙様式5については、厚生労働省のHP等で確認すること。

【問104】褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。

【答104】褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。

令和3年度報酬改定に関するQ&A (vol.3)

【問171】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。

【答171】）・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、当該利用者に関し 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。

【問 172】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あり、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。

【答 172】・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あり、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。

※関連する問の令和6年4月改定関係Q&A(Vol. 10)の【問4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10)

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(41) 排せつ支援加算

<令和6年度：改定>

1. 排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位／月
2. 排せつ支援加算（Ⅱ） 15単位／月
3. 排せつ支援加算（Ⅲ） 20単位／月

● 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの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。

※ 加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）の同時算定は不可。

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、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、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(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(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
 - (二) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。
 - (三) イ(1)の評価の結果、施設入所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。

ハ 排せつ支援加算（Ⅲ）

イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

《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（以下この(42)において「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 大臣基準第 71 号の 3 イ(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 大臣基準第 71 号の 3 イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第 71 号の 3 イ(1)から(3)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 大臣基準第 71 号の 3 イ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E 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(L I F E) 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 大臣基準第 71 号の 3 イ(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 大臣基準第 71 号の 3 イ(2)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、介護保健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、入所者又はその家族に対し、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 大臣基準第71号の3イ(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、（ウ）の評価が改善した場合に、算定できることとする。

※別紙様式6については、厚生労働省のHP等で確認すること。

【問84】 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する

際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

- ・EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン（平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）
- ・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）
- ・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）
- ・便失禁診療ガイドライン（平成29年 日本大腸肛門病学会）

【答84】 いずれも含まれる。

【問85】 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、

- 1) 「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。
- 2) 支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。
- 3) 「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場

合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

- 【答 8 5】 1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。
- 2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。
- 3) 貴見のとおりである。

平成30年4月改定関係Q&A (V o I . 1)

【問 1 7】 L I F Eに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答 1 7】 L I F Eの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、L I F Eのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問 1 8】 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答 1 8】 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問 1 0 1】 排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

【答 1 0 1】 排せつ支援加算は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、L I F Eを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。

【問 1 0 2】 排せつ支援加算(Ⅱ)又(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

【答 1 0 2】 使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。

【問 1 0 3】 排せつ支援加算(Ⅱ)又(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

【答 1 0 3】 おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。

【問4】 L I F Eに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(L I F E) 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」(令和3年3月16日老老発 0316 第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

【答4】 ・ 「科学的介護情報システム(L I F E) 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」(令和3年3月16日老老発 0316 第4号)においてお示しをしており、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。

- ・ ただし、同通知はあくまでもL I F Eへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。

【問2】 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答2】 ・ これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月10日までに、L I F Eへの情報提出を行っていただくこととしている。

- ・ 当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による30日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。
- ・ 一方、長期間の入院等により、30日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：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、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

【問177】 排尿又は排便状態が一部介助から見守り等に変った場合は、排せつの状態の改善と評価してよいか。

【答177】 ・ 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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I. 1）

【問4】 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」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

【答4】 「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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I. 10）

※【問171】【問172】については、褥瘡マネジメント加算に記載の【問171】【問172】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。（令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I. 1））

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(42) 安全対策体制加算

20単位（入所時に1回）

介護保健施設サービスにおける安全対策体制加算に係る施設基準

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。

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

【問39】 安全対策体制加算について、安全対策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が要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

【答39】 ・本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。

- ・外部の研修は、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）等が開催する研修を想定している。

【問40】 安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

【答40】 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後、新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I . 2）

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(43) 自立支援促進加算

300単位/月

- 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（以下この(37)において「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、訓練の提供に係る事項（離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、④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、④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。

【問41】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が要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

【答41】本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人、または家族に説明した上で、実施することが必要である。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）

【問6】支援計画の実施（「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」第2の5(37)⑥a～f等に基づくものをいう。以下同）にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。また、離床時間の目安はあるか。

【答6】・具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであるこ

とを踏まえ、いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床等の支援を一定時間実施することを求めるものである。

- ・したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っていることなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきではない場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要である。
- ・なお、一 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が傾向にある（※）とのデータ等もあることを参考に、一定の時間を確保すること
 - 一 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むことも重要である。

※第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページを参照
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（V o I . 10）

【問171】 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日より算定可能か。

【答171】) ・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、当該月の翌日より算定が可能。
- ・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、当該日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。

【問172】 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あり、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。

【答172】 ・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あり、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。

※関連する問の令和6年4月改定関係Q&A(Vol. 10)の【問4】については、短期集中リハビリテーション実施加算に記載の【問4】と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10)

(44) 高齢者施設等感染対策向上加算

<令和6年度：新設>

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位／月

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位／月

- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に対し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月につき上記の単位数を所定単位数に加算する。

九十二の四 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30条第1項本文（介護老人保健施設基準第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1年に1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、3年に1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 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。
- ④ 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 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。

【問 1 2 8】 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もよいか。

【答 1 2 8】 ・ 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つては、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。

【問 1 2 9】 「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。

【答 1 2 9】 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。

【問130】 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。

【答130】 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。

【問131】 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。

【答131】 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。

【問132】 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。

【答132】 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
- ・个人防护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。

【問133】 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

【答133】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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V.1. 1）

【問】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。

【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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V.1. 17）

（45）新興感染症等施設療養費 240単位/日 <令和6年度：新設>

- 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、指定介護福祉施設サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として上記単位数を算定する。

《留意事項》

- 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6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。

【問1】 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。

【答1】 「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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 12）

(46) 生産性向上推進体制加算

＜令和6年度：新設＞

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

※併算定不可

● 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、都道府県知事に対し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月につき上記の所定単位数を加算する。

● 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定は不可。

- 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
 - （四） 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。

※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。

【問 1 2】 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。

【答 1 2】 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と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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (V.1. 5)

(47)

サービス提供体制強化加算

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

介護保健施設サービスにおけるサービス提供体制強化加算の基準

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

(1) 次のいずれかに適合すること。

- (一) 介護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。
- (二) 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) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 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。
 - (二) 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。
 - (三) 介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、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
- ② 前号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、直ちに訪問通所サービス通知第1の5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務年数に加え、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 提供する介護保険施設サービスの質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

(例)

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

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

* 介護保健施設サービスを利用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。

(48) 介護職員等処遇改善加算

<令和8年度：改定>※R8年6月～

- 介護職員の賃金改善を実施している場合、指定権者である都道府県知事又は市町村長に届け出た介護老人保健施設が、入居者に対しサービス提供を行った場合に、基準に掲げる区分に従い、上記に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

介護職員処遇改善加算Ⅰイ	所定単位数	×	9.0%／月
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数	×	9.7%／月
介護職員処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数	×	8.6%／月
介護職員処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数	×	9.3%／月
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数	×	6.9%／月
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数	×	5.9%／月

※ 上記のうちいずれか一つを算定できる。

※ 詳細については、以下を参照すること。

- ・ 介護サービス事業者等集団指導《共通編》

・「介護職員等処遇改善加算等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（令和8年度分）」（令和8年3月13日付け老発0313第6号）

熊本市ホームページ：ホーム>分類から探す>ビジネス>事業者の方へ>届出・証明
・法令・規制>介護・福祉>介護職員等（特定）処遇改善加算

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設が算定する

（49）特別療養費

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

→「厚生労働大臣が定める特別療養費に係る指導管理等及び単位数」

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設が算定する

（50）療養体制維持特別加算

1. 療養体制維持特別加算（Ⅰ）27単位／日
2. 療養体制維持特別加算（Ⅱ）57単位／日

※併算定可

1. 療養体制維持特別加算（Ⅰ）については、次の要件を満たす場合、1日につき27単位を所定単位数に加算する。

●次のいずれかに該当すること。

- ①転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）、ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であったこと。
- ②転換を行う直前において、診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合する病棟、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(2)イ②に規定する20対1配置病棟、新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。

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

次のいずれにも該当すること。

- 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が見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。

療養体制維持特別加算（Ⅰ）

※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）

※療養体制維持特別加算（Ⅱ）にかかると施設基準第十八号ロ（2）の基準において「著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する者をいうものであること。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(51) 科学的介護推進体制加算

<令和6年度：改定>

1. 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）40単位/月
2. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）60単位/月

※併算定不可

介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおける科学的介護推進体制加算の基準

イ 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。

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

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

ロ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ（1）に加えて、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。

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

《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92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92号の3イ（1）及びロ（1）の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F E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（L I F E）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（P l a n）、実行（D o）、評価（C h e c k）、改善（A c t i o n）のサイクル（P D C Aサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、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の施設サービス計画を作成する（P l a n）。

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（D o）。

ハ L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特長やサービス提供の在り方について検証を行う（C h e c k）。

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（A c t i o n）。

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。

【問17】 L I F Eに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【答17】 LIFEの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、LIFEのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【問18】 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【答18】 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【問19】 科学的介護推進体制加算、ADL維持等加算(I)若しくは(II)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(II)、リハビリテーションマネジメント加算(A)口若しくは(B)口、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index (BI) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業においてICF等事業において一定の読み替え精度について検証されているICFステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【答19】 BIの提出については、通常、BIを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

- ・ BIに係る研修を受け、
- ・ BIへの読み替え規則を理解し、
- ・ 読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確なBIを別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

令和3年4月改定関係Q&A (Vol. 3)

【問4】 LIFEに提出すべき情報は「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」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

【答4】 ・ 「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」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしており、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。

- ・ ただし、同通知はあくまでもLIFEへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものを用いることを求めるものではない。

令和3年4月改定関係Q&A (V o I . 5)

【問2】 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答2】 ・ これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月10日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。

- ・ 当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による30日未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

- ・ 一方、長期間の入院等により、30日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必要となる。

※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：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、排せつ支援加算

※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

【問3】 サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

【答3】 当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

令和3年4月改定関係Q&A (V o I . 10)

※ **【問171】 【問172】** については、褥瘡マネジメント加算に記載の**【問171】 【問172】**と同様の内容の為、あわせてご確認ください。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (V o I . 1))

【問175】 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。

【答175】 ・ 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6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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 1）

【問4】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」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

【答4】「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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V○I. 10）

3 加算の留意点

●留意点

1. ミスによる報酬返還を防止するため、単位数表・解釈通知・関連する告示・厚生労働省が発したQ&A等をよく確認すること。

◎「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」、◎「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」、◎「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」、◎「厚生労働大臣が定める基準」、◎「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」、◎「厚生労働大臣が定める施設基準」、◎「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準」、◎厚生労働省が発した各種Q&A、連絡事項
など

2. 加算には**複数の要件と必須とされる記録**がある。要件等は、単位数表、解釈通知その他の通知類及びQ & A等に分散しているため注意すること。

3. 明文上必須とされている要件や記録については、加算算定要件を満たしていることが事後的に確認できなければならない。事後調査等で、加算算定時点に要件に合致していないことが判明した場合は、加算全体が無効になる。

これらの要件や記録は、行政機関等の監査のために作成するものではなく、**介護報酬を請求するための根拠**であるので、請求にあたっては、これらの書類に基づいて行うことになる。

●説明と同意

1. 個別的なサービスに係る加算については、基本的に、入所者又はその家族に対する説明と同意が必須である。

2. 他の算定要件が満たされていても、**同意がなければ算定できない**。

●サービス提供と加算

1. 各種加算には一定の必要要件があるが、これは加算算定を行うための要件に過ぎない。よって、これらの要件を満たさないという理由で、各種サービスの提供ができないということではない。単に、加算算定ができないというだけである。この場合、各種該当サービスは基本報酬の範疇で行われると考えられる。

2. 原則として入所者全員に算定するものとされている加算については、入所者全員について算定要件を満たすよう努める必要がある。個々に算定要件を満たしていない場合は当該入所者については算定できない。

●加算の届出と算定開始月

1. 加算等については、**届出受理日の翌月（受理日が1日の場合はその月）から算定**を開始する。加算等の体制届出については直接熊本市の介護事業指導課に届け出る。

2. 施設の体制等が加算等の基準に該当しなくなった場合は、その日から加算の算定はできない。また、その旨を速やかに届け出なければならない。

第3章 その他留意事項等

1 介護保険法遵守義務

- ・変更許可（法第94条第2項）
- ・管理者の承認（法第95条）
- ・変更届（法第99条）

変更許可

第94条 介護老人保健施設を開設しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の許可を受けなければならない。

2 介護老人保健施設を開設した者（以下「介護老人保健施設の開設者」という。）が、当該介護老人保健施設の入所定員その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときも、前項と同様とする。

- 入所定員、敷地の面積及び平面図、建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示する）並びに施設及び構造設備の概要、施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画、**運営規程の従業者の職種・員数・職務内容・入所定員に係る部分**、協力病院を変更するときは、熊本県知事又は熊本市長の許可が必要。
ただし、入所定員・療養室の定員数を減少させようとするときは、許可は不要。

管理者の承認

第95条 介護老人保健施設の開設者は、都道府県知事の承認を受けた医師に当該介護老人保健施設を管理させなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、介護老人保健施設の開設者は、都道府県知事の承認を受け、医師以外の者に当該介護老人保健施設を管理させることができる。

- 介護老人保健施設の管理者になるには、熊本県知事又は熊本市長の承認が必要。
管理者を変更する場合も、同様に熊本県知事又は熊本市長の承認が必要。

変更届

第99条 介護老人保健施設の開設者は、第94条第2項の規定による許可に係る事項を除き、当該介護老人保健施設の開設者の住所その他の厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該介護老人保健施設を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

2 入所者についての診療報酬

入所者の症状からみて、施設では必要な医療を提供することが**困難な場合は**、保険医療機関の医療をうける（他科受診）ことができるが、不必要な往診・通院は認められない。

- ・ 「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」（平成12年老企第59号）
- ・ 「『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」（令和6年3月27日老老発0327第1号、保医発0327第8号）

(介護予防) 短期入所療養介護事業所（老健） の手引き

目 次

第1章	(介護予防)短期入所療養介護とは	164
1	人員に関する基準	165
2	運営に関する基準	165
第2章	介護報酬算定に関する基準	167
1	短期入所療養介護費	167
2	介護報酬に係る加算及び減算	171
	※老健施設との重複分は本項への記載省略	
(1)	個別リハビリテーション実施加算	172
(2)	送迎加算	172
(3)	若年性認知症利用者受入加算	172
(4)	認知症行動・心理症状緊急対応加算	173
(5)	緊急短期入所受入加算	174
(6)	重度療養管理加算	175
(7)	総合医学管理加算	177
(8)	口腔連携強化加算	178
(9)	身体拘束廃止未実施減算	180
(10)	高齢者虐待防止措置未実施減算	180
(11)	業務継続計画未策定減算	180
(12)	室料相当額控除	181
第3章	その他留意事項等	181
1	施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について	181
2	「通院等乗降介助」と短期入所サービスの「送迎」の区分	182
第4章	介護報酬算定に関する基準	182
1	介護予防短期入所療養介護費	182

第1章 (介護予防) 短期入所療養介護とは

介護保険法の定義

第8条第10項

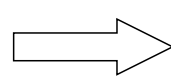
この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設、介護医療院その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

第8条の2第8項

この法律において「介護予防短期入所療養介護」とは、居宅要支援者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設、介護医療院その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うことをいう。

1 人員に関する基準

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

 介護老人保健施設の手引き
「◆人員に関する基準」参照

2 運営に関する基準

◆運営規程

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(第153条、第155条の10)

次に掲げる事業運営についての重要事項に関する規程(運営規程)を定めておかなければならない。

- 1 事業の目的及び運営の方針
- 2 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3 指定短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額
- 4 通常を送迎の実施地域
- 5 施設利用に当たっての留意事項
- 6 非常災害対策
- 7 虐待の防止のための措置に関する事項(令和6年4月1日より義務化)
- 8 その他運営に関する重要事項(身体的拘束等を行う際の手続等)

◆秘密保持等

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(第155条により準用)

- 第33条 指定短期入所療養介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 2 指定短期入所療養介護事業者は、当該指定短期入所療養介護事業所の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利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。
 - 3 指定短期入所療養介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

◆短期入所サービスの連続利用

利用者が連続して30日を超えて指定短期入所療養介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所療養介護については、短期入所療養介護費は、算定しない。

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

第2章 介護報酬算定に関する基準

1 短期入所療養介護費（老健）

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (iii)
		① 753	① 830
		② 801	② 880
		③ 864	③ 944
		④ 918	④ 997
⑤ 971	⑤ 1,052		
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)
		① 819	① 902
		② 893	② 979
		③ 958	③ 1,044
		④ 1,017	④ 1,102
⑤ 1,074	⑤ 1,161		
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護	II	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 790	① 870
		② 874	② 956
		③ 992	③ 1,074
		④ 1,071	④ 1,154
⑤ 1,150	⑤ 1,231		
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 790	① 870
		② 868	② 949
		③ 965	③ 1,046
		④ 1,043	④ 1,124
⑤ 1,121	⑤ 1,203		
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 738	① 813
		② 784	② 863
		③ 848	③ 925
		④ 901	④ 977
⑤ 953	⑤ 1,031		

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 836 ② 883 ③ 948 ④ 1,003 ⑤ 1,056	サービス費 (i) ① 836 ② 883 ③ 948 ④ 1,003 ⑤ 1,056
		サービス費 (ii) ① 906 ② 983 ③ 1,048 ④ 1,106 ⑤ 1,165	サービス費 (ii) ① 906 ② 983 ③ 1,048 ④ 1,106 ⑤ 1,165
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護	II	サービス費 ① 959 ② 1,043 ③ 1,162 ④ 1,242 ⑤ 1,319	サービス費 ① 959 ② 1,043 ③ 1,162 ④ 1,242 ⑤ 1,319
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 ① 959 ② 1,037 ③ 1,135 ④ 1,213 ⑤ 1,291	サービス費 ① 959 ② 1,037 ③ 1,135 ④ 1,213 ⑤ 1,291
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 ① 818 ② 866 ③ 929 ④ 983 ⑤ 1,035	サービス費 ① 818 ② 866 ③ 929 ④ 983 ⑤ 1,035

【介護老人保健施設における短期入所療養介護費の算定要件】

I 介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（i、iii）

I 介護老人保健施設（在宅強化型）に係る施設基準（ii、iv）

II 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

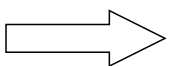
III 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

IV 介護老人保健施設（その他型）に係る施設基準（i、ii）



介護老人保健施設の手引き
【介護保健施設サービス費の算定要件】 参照

●算定要件を満たさなくなった場合



介護老人保健施設の手引き
【介護保健施設サービス費の算定要件】 参照

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

- ・感染症等により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
- ・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、同室の他の利用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、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

◆特定介護老人保健施設短期入所療養介護費

・ 3時間以上4時間未満	664単位
・ 4時間以上6時間未満	927単位
・ 6時間以上8時間未満	1,296単位

利用者（難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の利用者であって、サービスの提供に当たり、常時看護師による観察を必要とする者）に対して、日中のみの指定短期入所療養介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置付けられた内容の指定短期入所療養介護を行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定する。

※利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。

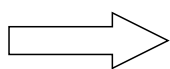
※所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置づけられた内容の短期入所療養介護を行うための標準的な時間によること。単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、短期入所療養介護のサービスが提供されているとは認められない。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定される。（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収しても差し支えないが、別途運営規程等に定める必要がある。）

また、ここでいう短期入所療養介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれない。これに対して、短期入所療養介護計画上、6時間以上8時間未満の短期入所療養介護を予定していたが、当日の利用者の心身の状況から、5時間の短期入所療養介護を行った場合には、6時間以上8時間未満の短期入所療養介護の単位数を算定できる。

特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定する場合、

- ・「夜勤職員基準未満の減算」、「夜勤看護職員数基準未満の減算」、「定員超過利用の減算」、「人員基準欠如の減算」、「身体拘束廃止未実施減算」、「高齢者虐待防止措置未実施減算」、「業務継続計画未策定減算」の適用有り。
- ・「ユニットにおける職員に係る減算」、「夜勤職員配置加算」、「認知症ケア加算」、「認知症行動・心理症状緊急対応加算」、「特別療養費」、「療養体制維持特別加算」の適用無し。

◆短期入所療養介護費と居住費等について



介護老人保健施設の手引き
【◆居住費と食費について】

参照

2 介護報酬に係る加算及び減算

夜勤職員基準未満の減算・・・所定単位数の97%

夜勤看護職員数基準未満の減算・・・所定単位数の97%

定員超過利用の減算・・・所定単位数の70%

人員基準欠如の減算・・・所定単位数の70%

ユニットにおける職員に係る減算・・・所定単位数の97%

夜勤職員配置加算・・・24単位/日

認知症ケア加算・・・76単位/日 ※予防を除く

(※特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定した場合は、算定できない。)

在宅復帰・在宅療養支援機能加算・・・51単位/日

(※(ユニット型)介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)を算定する場合のみ)

療養食加算・・・8単位/回(1日に3回限度)

認知症専門ケア加算・・・(Ⅰ)3単位/日、(Ⅱ)4単位/日

緊急時施設療養費・・・緊急時治療管理 518単位/日、特定治療

特別療養費

(※(ユニット型)介護療養型老人保健施設短期入所療養介護施設が算定する)

療養体制維持特別加算・・・(Ⅰ)27単位/日、(Ⅱ)57単位/日

(※(ユニット型)介護療養型老人保健施設短期入所療養介護施設が算定する)

生産性向上推進体制加算・・・(Ⅰ)100単位/月、(Ⅱ)10単位/月

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

(※区分支給限度基準額の算定対象外)

介護職員等処遇改善加算

(※区分支給限度基準額の算定対象外)



介護老人保健施設の手引き

※短期入所療養介護は、介護老人保健施設の空きベッドを利用して行われるものであることから、定員超過利用・人員基準欠如・夜勤体制基準未満の減算、認知症ケア加算、緊急時施設療養費については、介護老人保健施設の本体部分と一体的な取扱いが行われる。

※(ユニット型)介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)を算定している場合算定不可

(1) 個別リハビリテーション実施加算 240単位/日

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

(2) 送迎加算 184単位/片道

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

(3) 若年性認知症利用者受入加算

- ・「短期入所療養介護費(老健)」「短期入所療養介護費(ユニット型老健)」を算定している場合 ・・・・120単位/日
- ・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合 ・・・・60単位/日

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

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

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

(4) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

200単位/日

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対しサービスを行った場合、利用を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

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

※利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定可。医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定可。

この際、短期入所療養介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

※次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合には、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
- ・認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者

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

※7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。

(5) 緊急短期入所受入加算

90単位/日 ※予防を除く

利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として1日につき90単位を所定単位数に加算する。

●「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。

《留意事項》

- ① 本加算は、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。
- ② やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定できる。
- ③ 本加算の算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができること。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。
- ④ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。
- ⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算は算定できないものであること。
- ⑥ 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

※（（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費（Ⅰ）、又は、「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している施設が算定する）

（６） 重度療養管理加算

※予防を除く

- ・（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費（Ⅰのⅰ～ⅳ）を算定している場合
・・・・・・・・・・ 120単位／日
- ・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合
・・・・・・・・・・ 60単位／日

要介護状態区分が要介護4又は要介護5の利用者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に所定単位数に加算する。

●利用者の状態が次のいずれかに該当すること。

- ①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ③中心静脈注射を実施している状態
- ④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ⑥膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨気管切開が行われている状態

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

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

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

- ・①の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合。
- ・②の「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」とは、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。
- ・③の「中心静脈注射を実施している状態」とは、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者。

- ・④の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」とは、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつもの。
 - ・透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - ・常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）
 - ・透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - ・出血性消化器病変を有するもの
 - ・骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - ・うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
- ・⑤の「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」とは、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。
- ・⑥の「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できる。
- ・⑦の「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できる。
- ・⑧の「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。
 - ・第1度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
 - ・第2度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
 - ・第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 - ・第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
- ・⑨の「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できる。

(7) 総合医学管理加算

275単位/日

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ロ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ハ 利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

《留意事項》

① 本加算は、居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として、指定短期入所療養介護事業所により短期入所療養介護が行われた場合に10日を限度として算定できる。

利用にあたり、医療機関における対応が必要と判断される場合にあっては、速やかに医療機関の紹介、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はからう必要がある。

② 利用にあたり、診断等に基づき、診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。

③ 算定する場合にあっては、診療方針、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。

④ 利用終了日から7日以内に、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、主治の医師からの当該利用者に係る問合せに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

⑤ 主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。

⑥ 利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定できる。

⑦ 緊急時施設療養費を算定した場合には、本加算は算定できないものであること。

* 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

【問 3 8】 短期入所療養介護利用中に発熱等の状態変化等により利用を延長することとなった場合であって、当該延長が居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない場合は、治療管理を開始した日以降、当該加算を算定することは可能か。

【答 3 8】 算定可能である。

令和 3 年度報酬改定に関する Q & A (Vol. 2)

【問 1 7】 総合医学管理加算について、介護老人保健施設における短期入所療養介護の利用中の利用者が治療管理が必要な状態になり、治療管理を行った場合には算定可能か。

【答 1 7】 算定可能。

令和 6 年度報酬改定に関する Q & A (Vol. 2)

(8) 口腔連携強化加算 50 単位/回 <令和 6 年度：新設> ※予防も同様

- 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1 月に 1 回に限り 50 単位を加算する。

イ 指定短期入所療養介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

ロ 次のいずれにも該当しないこと。

- (1) 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。
- (2) 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。
- (3) 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

《留意事項》

- ① 口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。
- ③ 口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式 11 等により提供すること。
- ④ 歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。
- ⑤ 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。
 - イ 開口の状態
 - ロ 歯の汚れの有無
 - ハ 舌の汚れの有無
 - ニ 歯肉の腫れ、出血の有無
 - ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
 - ヘ むせの有無
 - ト ぶくぶくうがいの状態
 - チ 食物のため込み、残留の有無
- ⑥ 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、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」）及び「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和 6 年 3 月日本歯科医学会）等を参考にすること。
- ⑦ 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。
- ⑧ 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

(9) 身体拘束廃止未実施減算

<令和6年度：新設>

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、身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び必要な措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数の1%を減算する。

具体的には、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な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算する。

(10) 高齢者虐待防止措置未実施減算

<令和6年度：新設>

● 高齢者虐待防止措置未実施減算については、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない場合
- ・虐待の防止のための指針を整備していない場合
- ・虐待の防止のための研修を年1回以上実施していない場合
- ・これらを適切に実施するための担当者を置いていない場合

に、利用者全員について所定単位数から所定単位数の1%に相当する単位数を減算。

● 上記の事実が生じた場合、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減算することとする。

(11) 業務継続計画未策定減算

<令和6年度：新設>

● 業務継続計画未策定減算については、指定居宅サービス等基準第155条（指定居宅サービス等基準第155条の12において準用する場合を含む。）において準用する指定居宅サービス等基準第30条の2第1項に規定する以下の基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）か

ら基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から所定単位数の1%に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(指定居宅サービス等基準第30条の2第1項)

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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(業務継続計画)を策定すること。
- ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

(12) 室料相当額控除

<令和7年8月1日施行>

- 介護老人保健施設短期入所療養介護費(I)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(iii)及び(iv)、介護老人保健施設短期入所療養介護費(II)介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)、介護老人保健施設短期入所療養介護費(III)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)並びに介護老人保健施設短期入所療養介護費(IV)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ii)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所については、室料相当額控除として、1日につき26単位を所定単位数から控除する。

- ・十六の二 当該指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設が、第五十七号の二に規定する施設基準に該当すること。

第3章 その他留意事項等

1 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設の退所日、短期入所療養介護のサービス終了日については、訪問看護費・訪問リハビリテーション費・居宅療養管理指導費・通所リハビリテーション費は算定できない。

訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えるので、退所日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

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

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

2 「通院等乗降介助」と短期入所サービスの「送迎」の区分

利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合、当該利用者の心身の状況により事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービスの送迎体制加算を算定することとし、指定訪問介護事業所の「通院等乗降介助」は算定できない。

第4章 介護報酬算定に関する基準

1 介護予防短期入所療養介護費（老健）

※「①～②」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 579 ② 726	サービス費 (iii) ① 613 ② 774
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii) ① 632 ② 778	サービス費 (iv) ① 672 ② 834
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護	II	サービス費 (i) ① 583 ② 730	サービス費 (ii) ① 622 ② 785
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 (i) ① 583 ② 730	サービス費 (ii) ① 622 ② 785
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 (i) ① 566 ② 711	サービス費 (ii) ① 601 ② 758

※「①～②」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 624 ② 789	サービス費 (i) ① 624 ② 789
	I	サービス費 (ii) ① 680 ② 846	サービス費 (ii) ① 680 ② 846
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護	II	サービス費 ① 653 ② 817	サービス費 ① 653 ② 817
	III	サービス費 ① 653 ② 817 (入所者等の合計数が40以下)	サービス費 ① 653 ② 817
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 ① 611 ② 770	サービス費 ① 611 ② 770

※基準や加算の要件等は短期入所療養介護（老健）に準じる。

介護報酬の算定構造

介護サービス

:令和8年6月改定箇所

I 指定居宅サービス介護給付費単位数の算定構造

- 1 訪問介護費
- 2 訪問入浴介護費
- 3 訪問看護費
- 4 訪問リハビリテーション費
- 5 居宅療養管理指導費
- 6 通所介護費
- 7 通所リハビリテーション費
- 8 短期入所生活介護費
- 9 短期入所療養介護費
 - イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護費
 - ロ 療養病床を有する病院における短期入所療養介護費
 - ハ 診療所における介護予防短期入所療養介護費
 - ニ (削除)
 - ホ 介護医療院における短期入所療養介護費
- 10 特定施設入居者生活介護費
- 11 福祉用具貸与費

II 指定居宅介護支援介護給付費単位数の算定構造

居宅介護支援費

III 指定施設サービス等介護給付費単位数の算定構造

- 1 介護福祉施設サービス
- 2 介護保健施設サービス
- 3 (削除)
- 4 介護医療院サービス

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

+〇〇単位	⇒	所定単位数	+	〇〇単位
-〇〇単位	⇒	所定単位数	-	〇〇単位
×〇〇/100	⇒	所定単位数	×	〇〇/100
+〇〇/100	⇒	所定単位数	+	所定単位数×〇〇/100
-〇〇/100	⇒	所定単位数	-	所定単位数×〇〇/100

9 短期入所療養介護費
イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注			
		夜勤を行う職員を配置したくない場合	利用者の数及び入所者の数の合計が入所定員を超える場合	医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が基準を満たさない場合	常勤のユニットリーダーがユニット毎に配置されていない場合	身体拘束器具未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算		
(1) 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I)	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>【基本型】	要介護1 (753 単位) 要介護2 (801 単位) 要介護3 (864 単位) 要介護4 (918 単位) 要介護5 (971 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <在宅強化型>	要介護1 (819 単位) 要介護2 (893 単位) 要介護3 (958 単位) 要介護4 (1,017 単位) 要介護5 (1,074 単位)																		
		c 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iii) <多床室>【基本型】	要介護1 (830 単位) 要介護2 (878 単位) 要介護3 (944 単位) 要介護4 (997 単位) 要介護5 (1,052 単位)																		
		d 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iv) <多床室>【在宅強化型】	要介護1 (902 単位) 要介護2 (979 単位) 要介護3 (1,044 単位) 要介護4 (1,102 単位) 要介護5 (1,161 単位)																		
	(二) 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (II)	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>【療養型】	要介護1 (790 単位) 要介護2 (868 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,150 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>【療養型】	要介護1 (870 単位) 要介護2 (956 単位) 要介護3 (1,074 単位) 要介護4 (1,154 単位) 要介護5 (1,231 単位)																		
		a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>【療養型】	要介護1 (790 単位) 要介護2 (868 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,150 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>【療養型】	要介護1 (870 単位) 要介護2 (956 単位) 要介護3 (1,074 単位) 要介護4 (1,154 単位) 要介護5 (1,231 単位)																		
	(三) 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (III)	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>【療養型】	要介護1 (790 単位) 要介護2 (868 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,150 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>【療養型】	要介護1 (870 単位) 要介護2 (956 単位) 要介護3 (1,074 単位) 要介護4 (1,154 単位) 要介護5 (1,231 単位)																		
		a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>【療養型】	要介護1 (790 単位) 要介護2 (868 単位) 要介護3 (952 単位) 要介護4 (1,043 単位) 要介護5 (1,150 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>【療養型】	要介護1 (870 単位) 要介護2 (956 単位) 要介護3 (1,074 単位) 要介護4 (1,154 単位) 要介護5 (1,231 単位)																		
	(四) 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (IV)	a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>	要介護1 (813 単位) 要介護2 (863 単位) 要介護3 (925 単位) 要介護4 (977 単位) 要介護5 (1,031 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
		a 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <従来型個室>	要介護1 (813 単位) 要介護2 (863 単位) 要介護3 (925 単位) 要介護4 (977 単位) 要介護5 (1,031 単位)																		
		b 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
(2) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I)	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>【基本型】	要介護1 (836 単位) 要介護2 (883 単位) 要介護3 (948 単位) 要介護4 (1,003 単位) 要介護5 (1,056 単位)	×97/100	×70/100	×70/100															
		b ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室>【在宅強化型】	要介護1 (906 単位) 要介護2 (983 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,106 単位) 要介護5 (1,165 単位)																		
		c 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室の多床室>【基本型】	要介護1 (836 単位) 要介護2 (883 単位) 要介護3 (948 単位) 要介護4 (1,003 単位) 要介護5 (1,056 単位)																		
		d 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>【在宅強化型】	要介護1 (906 単位) 要介護2 (983 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,106 単位) 要介護5 (1,165 単位)																		
		a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>【療養型】	要介護1 (959 単位) 要介護2 (1,043 単位) 要介護3 (1,162 単位) 要介護4 (1,242 単位) 要介護5 (1,319 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>【療養型】	要介護1 (959 単位) 要介護2 (1,043 単位) 要介護3 (1,162 単位) 要介護4 (1,242 単位) 要介護5 (1,319 単位)																		
		a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>【療養型】	要介護1 (959 単位) 要介護2 (1,043 単位) 要介護3 (1,162 単位) 要介護4 (1,242 単位) 要介護5 (1,319 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>【療養型】	要介護1 (959 単位) 要介護2 (1,043 単位) 要介護3 (1,162 単位) 要介護4 (1,242 単位) 要介護5 (1,319 単位)																		
	(二) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (II)	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
		a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
	(三) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (III)	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
		a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																		
		b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																		
(四) ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (IV)	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																			
	b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																			
	a ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i) <ユニット型個室>	要介護1 (818 単位) 要介護2 (866 単位) 要介護3 (926 単位) 要介護4 (983 単位) 要介護5 (1,035 単位)																			
	b 経過のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (878 単位) 要介護2 (948 単位) 要介護3 (1,048 単位) 要介護4 (1,124 単位) 要介護5 (1,203 単位)																			
(3) 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費	(一) 3時間以上4時間未満	(664 単位)																			
	(二) 4時間以上6時間未満	(927 単位)																			
	(三) 6時間以上8時間未満	(1,296 単位)																			
注 特別療養費	(一) 療養体制維持特別加算 (I)	(1日につき 27単位を加算)																			
注 療養体制維持特別加算	(二) 療養体制維持特別加算 (II)	(1日につき 57単位を加算)																			
(4) 総合医学管理加算	(利用中に10日を限度に、1日につき275単位を加算)																				
(5) 口腔嚥下強化加算	(1回につき 50単位を加算(1月に1回を限度))																				
(6) 療養食加算	(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))																				
(7) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算 (I)	(1日につき 3単位を加算)																			
	(二) 認知症専門ケア加算 (II)	(1日につき 4単位を加算)																			
(8) 緊急時施設療養費	(一) 緊急時施設療養管理	療養型を除く場合 (1月に10日を限度に、1日につき518単位を算定) 療養型の場合 (1月に10日を限度に、1日につき518単位を算定)																			
	(二) 特定治療	(1月に10日を限度に、1日につき518単位を算定)																			
(9) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算 (I)	(1月につき 100単位を加算)																			
	(二) 生産性向上推進体制加算 (II)	(1月につき 10単位を加算)																			
(10) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算 (I)	(1日につき 22単位を加算)																			
	(二) サービス提供体制強化加算 (II)	(1日につき 18単位を加算)																			
	(三) サービス提供体制強化加算 (III)	(1日につき 6単位を加算)																			
(11) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算 (I)	(1月につき +所定単位×90/1000)																			
	(二) 介護職員等処遇改善加算 (II)	(1月につき +所定単位×97/1000)																			
	(三) 介護職員等処遇改善加算 (III)	(1月につき +所定単位×86/1000)																			
	(四) 介護職員等処遇改善加算 (IV)	(1月につき +所定単位×93/1000)																			
	(五) 介護職員等処遇改善加算 (V)	(1月につき +所定単位×69/1000)																			

注 所定単位は、(1)から(10)までにより算定した単位数の合計

注 「特別療養費」と「緊急時施設療養費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度管理の対象外の算定項目

ロ 療養病床を有する病院における短期入所療養介護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注		
移動を行う職員 の勤務条件等 を満たさない 場合		利用者の数及び 入院患者の 数の合計数が 入所者の定員 を超える場合	看護・介護職員 の員数が基準 に満たない場合	看護職員が基準 に定められた看 護職員の員数 に20/100を乗 じて得た数未満 の場合	医師の医師確保 計画を提出した ものの以外で、 医師の数が基準 に定められた医 師の員数に80/100を乗 じて得た数未満 である場合	医師の医師確保 計画を提出した ものの以外で、 医師の数が基準 に定められた医 師の員数に80/100を乗 じて得た数未満 である場合	乗動のユニット リーダーをユ ニット毎に配置 していない等、 ユニットケアに おける体制が未 整備である場合	身体拘束等 の未実施減算	乗動者等補助 措置未実施減 算	業務経費削減 未実施減算	地下場が設備 基準を満たさ ない場合	医師の配置に ついて医療法 施行規則第40 条の規定が適 用されている場 合	移動を行う職員 の勤務条件に 関する基準の 区分による加算	認知症行動・心 理症状緊急対 応加算	緊急短期入 所受入加算	若年性認知症 利用者受入加 算	利用者に対し て送迎を行う 場合	
(1) 病院療養病床短期入所療養介護費 (1日につき)	a 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (723 単位)	×70/100	×90/100	1日につき -12 単位	-1/100	-1/100	-1/100	病院療養病床 標準単価減算 1日につき -25 単位	1日につき -12 単位	1日につき +200 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +90 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +120 単位	1日につき +164 単位				
		要介護2 (830 単位)																
		要介護3 (1064 単位)																
		要介護4 (1163 単位)																
		要介護5 (1253 単位)																
		要介護1 (753 単位)																
	b 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ) <療養機能強化型A> <従来型個室>	要介護2 (866 単位)																
		要介護3 (1109 単位)																
		要介護4 (1213 単位)																
		要介護5 (1306 単位)																
		要介護1 (742 単位)																
		要介護2 (854 単位)																
	c 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅲ) <療養機能強化型B> <従来型個室>	要介護3 (1094 単位)																
		要介護4 (1196 単位)																
		要介護5 (1288 単位)																
		要介護1 (831 単位)																
		要介護2 (941 単位)																
		要介護3 (1173 単位)																
d 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅳ) <多床室>	要介護4 (1273 単位)																	
	要介護5 (1362 単位)																	
	要介護1 (867 単位)																	
	要介護2 (980 単位)																	
	要介護3 (1224 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
e 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅴ) <療養機能強化型A> <多床室>	要介護5 (1421 単位)																	
	要介護1 (855 単位)																	
	要介護2 (966 単位)																	
	要介護3 (1206 単位)																	
	要介護4 (1307 単位)																	
	要介護5 (1399 単位)																	
f 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅵ) <療養機能強化型B> <多床室>	要介護1 (666 単位)																	
	要介護2 (773 単位)																	
	要介護3 (933 単位)																	
	要介護4 (1086 単位)																	
	要介護5 (1127 単位)																	
	要介護1 (681 単位)																	
g 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅶ) <従来型個室>	要介護2 (792 単位)																	
	要介護3 (955 単位)																	
	要介護4 (1111 単位)																	
	要介護5 (1154 単位)																	
	要介護1 (775 単位)																	
	要介護2 (884 単位)																	
h 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅷ) <多床室>	要介護3 (1042 単位)																	
	要介護4 (1196 単位)																	
	要介護5 (1237 単位)																	
	要介護1 (795 単位)																	
	要介護2 (905 単位)																	
	要介護3 (1066 単位)																	
i 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅸ) <療養機能強化型A> <多床室>	要介護4 (1224 単位)																	
	要介護5 (1266 単位)																	
	要介護1 (642 単位)																	
	要介護2 (754 単位)																	
	要介護3 (904 単位)																	
	要介護4 (1059 単位)																	
j 病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅹ) <従来型個室>	要介護5 (1100 単位)																	
	要介護1 (754 単位)																	
	要介護2 (864 単位)																	
	要介護3 (1014 単位)																	
	要介護4 (1170 単位)																	
	要介護5 (1211 単位)																	
(2) 病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (1日につき)	a 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅰ) <従来型個室>	要介護1 (732 単位)	×70/100	×90/100	1日につき -25 単位	-1/100	-1/100	-1/100	病院療養病床 標準単価減算 1日につき -25 単位	1日につき -12 単位	1日につき +200 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +90 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +120 単位	1日につき +164 単位				
		要介護2 (841 単位)																
		要介護3 (992 単位)																
		要介護4 (1081 単位)																
		要介護5 (1172 単位)																
		要介護1 (843 単位)																
	b 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅱ) <多床室>	要介護2 (953 単位)																
		要介護3 (1101 単位)																
		要介護4 (1193 単位)																
		要介護5 (1283 単位)																
		要介護1 (732 単位)																
		要介護2 (841 単位)																
c 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅲ) <従来型個室>	要介護3 (950 単位)																	
	要介護4 (1041 単位)																	
	要介護5 (1130 単位)																	
	要介護1 (843 単位)																	
	要介護2 (953 単位)																	
	要介護3 (1059 単位)																	
d 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅳ) <多床室>	要介護4 (1149 単位)																	
	要介護5 (1242 単位)																	
	要介護1 (856 単位)																	
	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
	要介護4 (1296 単位)																	
e 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅴ) <ユニット型個室>	要介護5 (1385 単位)																	
	要介護1 (885 単位)																	
	要介護2 (998 単位)																	
	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
	要介護5 (1438 単位)																	
f 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅵ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室>	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
	要介護3 (1226 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
	要介護1 (856 単位)																	
g 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅶ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室>	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
	要介護4 (1296 単位)																	
	要介護5 (1385 単位)																	
	要介護1 (885 単位)																	
	要介護2 (998 単位)																	
h 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅷ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
	要介護5 (1438 単位)																	
	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
	要介護3 (1226 単位)																	
i 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅸ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
	要介護1 (856 単位)																	
	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
	要介護4 (1296 単位)																	
j 病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅹ) <ユニット型個室の多床室>	要介護5 (1385 単位)																	
	要介護1 (885 単位)																	
	要介護2 (998 単位)																	
	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
	要介護5 (1438 単位)																	
(3) ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費 (1日につき)	a 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅰ) <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (856 単位)	×70/100	×90/100	1日につき -25 単位	-1/100	-1/100	-1/100	病院療養病床 標準単価減算 1日につき -25 単位	1日につき -12 単位	1日につき +200 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +90 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +120 単位	1日につき +164 単位				
		要介護2 (963 単位)																
		要介護3 (1197 単位)																
		要介護4 (1296 単位)																
		要介護5 (1385 単位)																
		要介護1 (885 単位)																
b 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅱ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要介護2 (998 単位)																	
	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
	要介護5 (1438 単位)																	
	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
c 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅲ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要介護3 (1226 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
	要介護1 (856 単位)																	
	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
d 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅳ) <ユニット型個室の多床室>	要介護4 (1296 単位)																	
	要介護5 (1385 単位)																	
	要介護1 (885 単位)																	
	要介護2 (998 単位)																	
	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
e 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅴ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要介護5 (1438 単位)																	
	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
	要介護3 (1226 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
f 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅵ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要介護1 (856 単位)																	
	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
	要介護4 (1296 単位)																	
	要介護5 (1385 単位)																	
	要介護1 (885 単位)																	
g 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅶ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要介護2 (998 単位)																	
	要介護3 (1242 単位)																	
	要介護4 (1345 単位)																	
	要介護5 (1438 単位)																	
	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
h 経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費(Ⅷ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要介護3 (1226 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
	要介護1 (856 単位)																	
	要介護2 (963 単位)																	
	要介護3 (1197 単位)																	
(4) ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (1日につき)	a ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 <ユニット型個室>	要介護4 (1296 単位)	×70/100	×90/100	1日につき -25 単位	-1/100	-1/100	-1/100	病院療養病床 標準単価減算 1日につき -25 単位	1日につき -12 単位	1日につき +200 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +90 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +120 単位	1日につき +164 単位				
		要介護5 (1385 単位)																
		要介護1 (885 単位)																
		要介護2 (998 単位)																
		要介護3 (1242 単位)																
		要介護4 (1345 単位)																
b 経過的ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 <ユニット型個室の多床室>	要介護5 (1438 単位)																	
	要介護1 (874 単位)																	
	要介護2 (985 単位)																	
	要介護3 (1226 単位)																	
	要介護4 (1328 単位)																	
	要介護5 (1419 単位)																	
(5) 特定病院療養病床短期入所療養介護費	(一) 3時間以上4時間未満 (684 単位)	×70/100	×90/100	1日につき -25 単位	-1/100	-1/100	-1/100	病院療養病床 標準単価減算 1日につき -25 単位	1日につき -12 単位	1日につき +200 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +90 単位 (7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)	1日につき +120 単位	1日につき +164 単位					
	(二) 4時間以上6時間未満 (948 単位)																	
	(三) 6時間以上8時間未満 (1316 単位)																	
	(一) 3時間以上4時間未満 (684 単位)																	
	(二) 4時間以上6時間未満 (948 単位)																	
	(三) 6時間以上8時間未満 (1316 単位)																	
(6) 口腔嚥下強化加算 (1回につき 50単位を加算(1月に1回を限度))																		
(7) 療養食加算 (1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))																		
(8) 認知症専門ケア加算 (1日につき 3単位を加算)	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)																	
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)																	
(9) 特定診療費																		
(10) 生産性向上推進体制加算 (1月につき 100単位を加算)	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)																	
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)																	
(11) サービス提供体制強化加算 (1日につき 22単位を加算)	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)																	
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)																	
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)																	
(12) 介護職員等処遇改善加算 (1月につき 所定単位×62/1000)	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ																	
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ																	
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ																	
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ																	
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)																	
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)																	

※ 医師の人員配置減算を適用する場合には、医師経過措置減算を適用しない。
 ※ 夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜勤勤務等看護加算を適用しない。

ハ 診療所における短期入所療養介護費

基本部分		注 利用者の数及び 入院患者の数の 合計数が入院患 者の定員を超える 場合	注 常勤のユニットワ ーカーをユニット毎 に配置していない等 ユニットケアにお ける体制が未整備 である場合	注 身体拘束廃止未 実施減算	注 高齢者虐待防止 措置未実施減算	注 業務継続計画未 策定減算	注 廊下幅が設備基 準を満たさない場 合	注 食堂を有しない場 合	注 認知症行動・心理 症状緊急対応加 算	注 緊急短期入所 受入加算	注 若年性認知症利 用者受入加算	注 利用者に対して送 迎を行う場合	
(1) 診療所短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) 診療所短期入所療養介護費(I) 看護<6:1> 介護<6:1>	a 診療所短期入所療養介護費(i) <従来型個室>	要介護1 (705 単位)										
			要介護2 (756 単位)										
			要介護3 (806 単位)										
			要介護4 (857 単位)										
			要介護5 (908 単位)										
			要介護1 (732 単位)										
	b 診療所短期入所療養介護費(ii) <療養機能強化型A> <従来型個室>		要介護2 (786 単位)										
			要介護3 (839 単位)										
			要介護4 (893 単位)										
			要介護5 (946 単位)										
			要介護1 (723 単位)										
			要介護2 (775 単位)										
	c 診療所短期入所療養介護費(iii) <療養機能強化型B> <従来型個室>		要介護3 (827 単位)										
			要介護4 (879 単位)										
			要介護5 (932 単位)										
			要介護1 (813 単位)										
			要介護2 (864 単位)										
			要介護3 (916 単位)										
	d 診療所短期入所療養介護費(iv) <多床室>		要介護4 (965 単位)										
			要介護5 (1,016 単位)										
			要介護1 (847 単位)										
			要介護2 (901 単位)										
			要介護3 (954 単位)										
			要介護4 (1,006 単位)										
e 診療所短期入所療養介護費(v) <療養機能強化型A> <多床室>		要介護5 (1,059 単位)											
		要介護1 (835 単位)											
		要介護2 (888 単位)											
		要介護3 (941 単位)											
		要介護4 (992 単位)											
		要介護5 (1,045 単位)											
f 診療所短期入所療養介護費(vi) <療養機能強化型B> <多床室>		要介護1 (624 単位)											
		要介護2 (670 単位)											
		要介護3 (715 単位)											
		要介護4 (762 単位)											
		要介護5 (807 単位)											
		要介護1 (734 単位)											
(二) 診療所短期入所療養介護費(II) 看護・介護 <3:1>		要介護2 (779 単位)											
		要介護3 (825 単位)											
		要介護4 (871 単位)											
		要介護5 (917 単位)											
		要介護1 (835 単位)											
		要介護2 (887 単位)											
(一) ユニット型診療所短期入所療養介護費(I) <ユニット型個室>		要介護3 (937 単位)											
		要介護4 (988 単位)											
		要介護5 (1,039 単位)											
		要介護1 (864 単位)											
		要介護2 (918 単位)											
		要介護3 (970 単位)											
(二) ユニット型診療所短期入所療養介護費(II) <療養機能強化型A> <ユニット型個室>		要介護4 (1,022 単位)											
		要介護5 (1,076 単位)											
		要介護1 (854 単位)											
		要介護2 (907 単位)											
		要介護3 (959 単位)											
		要介護4 (1,010 単位)											
(三) ユニット型診療所短期入所療養介護費(III) <療養機能強化型B> <ユニット型個室>		要介護5 (1,062 単位)											
		要介護1 (835 単位)											
		要介護2 (887 単位)											
		要介護3 (937 単位)											
		要介護4 (988 単位)											
		要介護5 (1,039 単位)											
(四) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費(I) <ユニット型個室の多床室>		要介護1 (864 単位)											
		要介護2 (918 単位)											
		要介護3 (970 単位)											
		要介護4 (1,022 単位)											
		要介護5 (1,076 単位)											
		要介護1 (854 単位)											
(五) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費(II) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>		要介護2 (907 単位)											
		要介護3 (959 単位)											
		要介護4 (1,010 単位)											
		要介護5 (1,062 単位)											
		要介護1 (835 単位)											
		要介護2 (887 単位)											
(六) 経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費(III) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>		要介護3 (937 単位)											
		要介護4 (988 単位)											
		要介護5 (1,039 単位)											
		要介護1 (835 単位)											
		要介護2 (887 単位)											
		要介護3 (937 単位)											
(3) 特定診療所短期入所療養介護費	(一) 3時間以上4時間未満 (684 単位)												
	(二) 4時間以上6時間未満 (948 単位)												
	(三) 6時間以上8時間未満 (1,316 単位)												
(4) 口腔連携強化加算	(1回につき 50単位を加算(1月に1回を限度))												
(5) 療養食加算	(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))												
(6) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(I) (1日につき 3単位を加算)												
	(二) 認知症専門ケア加算(II) (1日につき 4単位を加算)												
(7) 特定診療費													
(8) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(I) (1月につき 100単位を加算)												
	(二) 生産性向上推進体制加算(II) (1月につき 10単位を加算)												
(9) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(I) (1日につき 22単位を加算)												
	(二) サービス提供体制強化加算(II) (1日につき 18単位を加算)												
	(三) サービス提供体制強化加算(III) (1日につき 6単位を加算)												
(10) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(I)イ (1月につき +所定単位×62/1000)												
	(二) 介護職員等処遇改善加算(I)ロ (1月につき +所定単位×66/1000)												
	(三) 介護職員等処遇改善加算(II)イ (1月につき +所定単位×58/1000)												
	(四) 介護職員等処遇改善加算(II)ロ (1月につき +所定単位×62/1000)												
	(五) 介護職員等処遇改善加算(III) (1月につき +所定単位×47/1000)												
	(六) 介護職員等処遇改善加算(IV) (1月につき +所定単位×40/1000)												

注 所定単位は、(1)から(9)までにより算定した単位数の合計

注 「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

注 特別療養費				
注 療養体制維持特別加算	イ 療養体制維持特別加算(Ⅰ)	(1日につき 27単位を加算)		
	ロ 療養体制維持特別加算(Ⅱ)	(1日につき 57単位を加算)		
ハ 初期加算	(1) 初期加算(Ⅰ)	(1日につき 60単位を加算)		
	(2) 初期加算(Ⅱ)	(1日につき 30単位を加算)		
ニ 退所時栄養情報連携加算(※2)		(1月につき1回を限度として70単位を加算)	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。	
ホ 再入所時栄養連携加算(※2)		(入所者1人につき1回を限度として200単位を加算)	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。	
ヘ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(※2)	在宅強化型の場合	(1回につき 450単位を加算)	注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を念頭におい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算定	
	在宅強化型以外の場合	(1回につき 450単位を加算)		
ヘ 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)(※2)	在宅強化型の場合	(1回につき 480単位を加算)	注 入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を念頭におい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に加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目ない支援計画を作成した場合に算定	
	在宅強化型以外の場合	(1回につき 480単位を加算)		
ト 退所時等支援加算(※2)	(1) 退所時等支援加算	(一) 試行的退所指導加算	(400単位)	
		(二) 退所時情報提供加算	退所時情報提供加算(Ⅰ)	(500単位)
			退所時情報提供加算(Ⅱ)	(250単位)
			退所時情報提供加算(Ⅲ)	(250単位)
	(三) 入退所前連携加算(Ⅰ)	(600単位)		
(四) 入退所前連携加算(Ⅱ)	(400単位)			
(2) 訪問看護指示加算	(入所者1人につき1回を限度として300単位を算定)		注 入所期間が1月を超える入所者が試行的に退所する場合において、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 注 原等に退所した場合に、入所者の主治医等に対して、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合 注 退所後医療機関に入院した場合に、当該医療機関に対して、入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合 注 在宅介護支援事業者と入退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合	
チ 協力医療機関連携加算	(1) 前診・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合	(1月につき 50単位を加算)		
	(2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合	(1月につき 5単位を加算)		
リ 栄養マネジメント強化加算		(1日につき 11単位を加算)	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。	
ス 経口移行加算(※2)		(1日につき 28単位を加算)	注 栄養管理の基準を満たさない場合は、算定しない。	
ル 経口維持加算(※2)	(1) 経口維持加算(Ⅰ)	(1月につき 400単位を加算)	注 栄養管理の基準を満たさない場合又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。	
	(2) 経口維持加算(Ⅱ)	(1月につき 100単位を加算)	注 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合には、算定しない。	
ヲ 口腔衛生管理加算(※2)	(1) 口腔衛生管理加算(Ⅰ)	(1月につき 90単位を加算)	注 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合	
	(2) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1月につき 110単位を加算)		
ワ 療養加算		(1回につき 6単位を加算(1日に3回を限度))		
カ 在宅復帰支援機能加算		(療養型老健に限り1日につき 10単位を加算)		
ヨ かかりつけ医連携薬剤調整加算(※2)	(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	(入所者1人につき1回を限度として140単位を加算)	
		かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	(入所者1人につき1回を限度として70単位を加算)	
	(2) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	(入所者1人につき1回を限度として240単位を加算)		
タ 緊急時施設療養費	(1) 緊急時治療管理	療養型老健以外の場合	(1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)	
		療養型老健の場合	(1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)	
(2) 特定治療				
シ 所定疾患施設療養費(※2)	(1) 所定疾患施設療養費(Ⅰ)	(1月に1回7日を限度に、1日につき239単位を算定)		
	(2) 所定疾患施設療養費(Ⅱ)	(1月に1回10日を限度に、1日につき480単位を算定)		
ソ 認知症専門ケア加算	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)		
	(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)		
ツ 認知症チームケア推進加算	(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	(1月につき 150単位を加算)		
	(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	(1月につき 120単位を加算)		
ネ 認知症行動・心理状態緊急対応加算		療養型老健以外の場合 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算) 療養型老健の場合 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算)		
ナ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(※2)	(1) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	(1月につき 53単位を加算)		
	(2) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	(1月につき 33単位を加算)		
ラ 褥瘡マネジメント加算(※2) (イ(1)、ロ(1)を算定する場合のみ算定)	(1) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	(1月につき 3単位を加算)		
	(2) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	(1月につき 13単位を加算)		
ム 排せつ支援加算(※2)	(1) 排せつ支援加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)		
	(2) 排せつ支援加算(Ⅱ)	(1月につき 15単位を加算)		
	(3) 排せつ支援加算(Ⅲ)	(1月につき 20単位を加算)		
ウ 自立支援促進加算(※2)		(1月につき 300単位を加算)		
キ 科学的介護推進体制加算(※2)	(1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 40単位を加算)		
	(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 60単位を加算)		
フ 安全対策体制加算(※2)		(入所者1人につき1回を限度として20単位を算定)		
チ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1月につき 10単位を加算)		
	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1月につき 5単位を加算)		
ク 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単位を算定)		
ヤ 生産性向上推進体制加算	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)		
	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)		
マ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)		
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)		
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)		
ケ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき +所定単位×90/1000)	注 所定単位は、イからマまでにより算定した単位数の合計	
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき +所定単位×87/1000)		
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ハ	(1月につき +所定単位×84/1000)		
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ニ	(1月につき +所定単位×81/1000)		
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	(1月につき +所定単位×78/1000)		
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき +所定単位×75/1000)		

※ PT・OT・STによる人員配置減算を適用する場合には、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を適用しない。
※ イ(4)及びロ(4)を適用する場合には、(※2)を適用しない。

介護報酬の算定構造

介護予防サービス

令和8年6月改定箇所

I 指定介護予防サービス介護給付費単位数の算定構造

- 1 介護予防訪問入浴介護費
- 2 介護予防訪問看護費
- 3 介護予防訪問リハビリテーション費
- 4 介護予防居宅療養管理指導費
- 5 介護予防通所リハビリテーション費
- 6 介護予防短期入所生活介護費
- 7 介護予防短期入所療養介護費
 - イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費
 - ロ 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費
 - ハ 診療所における介護予防短期入所療養介護費
 - ニ (削除)
 - ホ 介護医療院における介護予防短期入所療養介護費
- 8 介護予防特定施設入居者生活介護費
- 9 介護予防福祉用具貸与費

II 指定介護予防支援介護給付費単位数の算定構造

介護予防支援費

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

+〇〇単位	⇒	所定単位数	+	〇〇単位
-〇〇単位	⇒	所定単位数	-	〇〇単位
×〇〇/100	⇒	所定単位数	×	〇〇/100
+〇〇/100	⇒	所定単位数	+	所定単位数×〇〇/100
-〇〇/100	⇒	所定単位数	-	所定単位数×〇〇/100

7 介護予防短期入所療養介護費

イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注														
		夜勤を行う職員 の勤務条件基準 を満たさない場 合	利用者の数及び 入所者の数の合 計が入所定員 を超える場合	医師、看護職 員、介護職員、 理学療法士、作 業療法士又は言 語聴覚士の員数 が基準を満たさ ない場合	常勤のユニット リーダーをユニ ット毎に配置し ていない等ユニ ットにおける体 制が未整備であ る場合	身体拘束禁止 未実施加算	高齢者虐待防 止措置未実施 加算	業務経緯計画 未実施加算	室料相当額控 除	夜勤職員配置加 算	個別リハビリテ ーション実施加 算	認知症行動・心 理症状緊急対 応加算	若年性認知症 利用者受入加 算	在宅復帰・在宅 療養支援機能 加算(Ⅰ)	在宅復帰・在宅 療養支援機能 加算(Ⅱ)	利用者に対し て送迎を行う 場合											
(1) 介護老人保健施設 介護予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) 介護老人保健施設介護予防 短期入所療養介護費(Ⅰ)	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>【基本型】	要支援1 (579 単位)	×97/100	×70/100	×70/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき +24単位	1日につき +240単位	1日につき +200単位 (7日間を 限度)	1日につき +120単位	1日につき +51単位													
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <従来型個室>【在宅強化型】	要支援1 (632 単位)											要支援2 (778 単位)	1日につき +51単位												
		c 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅲ) <多床室>【基本型】	要支援1 (613 単位)											要支援2 (774 単位)	1日につき +51単位												
		d 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅳ) <多床室>【在宅強化型】	要支援1 (672 単位)											要支援2 (834 単位)	1日につき +51単位												
	(二) 介護老人保健施設介護予防 短期入所療養介護費(Ⅱ) <療養型老健・看護職員を配置>	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>【療養型】	要支援1 (583 単位)											要支援2 (730 単位)	1日につき +26単位												
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <多床室>【療養型】	要支援1 (622 単位)											要支援2 (785 単位)	1日につき +26単位												
	(三) 介護老人保健施設介護予防 短期入所療養介護費(Ⅲ) <療養型老健・看護コール体制>	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>【療養型】	要支援1 (583 単位)											要支援2 (730 単位)	1日につき +26単位												
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <多床室>【療養型】	要支援1 (622 単位)											要支援2 (785 単位)	1日につき +26単位												
	(四) 介護老人保健施設介護予防 短期入所療養介護費(Ⅳ) <特別介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費>	a 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <従来型個室>	要支援1 (566 単位)											要支援2 (711 単位)	1日につき +26単位												
		b 介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <多床室>	要支援1 (601 単位)											要支援2 (758 単位)													
	(2) ユニット型介護老人 保健施設介護予防 短期入所療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <ユニット型個室>【基本型】											要支援1 (624 単位)	×97/100	×70/100	×70/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき +24単位	1日につき +240単位	1日につき +200単位 (7日間を 限度)	1日につき +120単位	1日につき +51単位		
			b ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <ユニット型個室>【在宅強化型】											要支援1 (680 単位)											要支援2 (846 単位)	1日につき +51単位	
			c 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <ユニット型個室の多床室>【基本型】											要支援1 (624 単位)											要支援2 (789 単位)	1日につき +51単位	
			d 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅱ) <ユニット型個室の多床室>【在宅強化型】											要支援1 (680 単位)											要支援2 (846 単位)	1日につき +51単位	
		(二) ユニット型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) <療養型老健・看護職員を配置>	a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <ユニット型個室>【療養型】											要支援1 (653 単位)											要支援2 (817 単位)	1日につき +26単位	
			b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 <ユニット型個室の多床室>【療養型】											要支援1 (653 単位)											要支援2 (817 単位)	1日につき +26単位	
(三) ユニット型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) <療養型老健・看護コール体制>		a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費(ⅰ) <ユニット型個室>【療養型】	要支援1 (653 単位)	要支援2 (817 単位)	1日につき +26単位																						
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 <ユニット型個室の多床室>【療養型】	要支援1 (653 単位)	要支援2 (817 単位)	1日につき +26単位																						
(四) ユニット型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) <ユニット型特別介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費>		a ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 <ユニット型個室>	要支援1 (611 単位)	要支援2 (770 単位)																							
		b 経過的ユニット型介護老人保健施設介護 予防短期入所療養介護費 <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (611 単位)	要支援2 (770 単位)																							

注 「特別療養費」と「緊急時施設療養費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

口 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護費

基本部分		夜勤を行う職員 の勤務条件 基準を満たさ ない場合	利用者の数及 び入院患者の 数の合計数が 入院患者の定 員を超える場 合	看護・介護職 員の員数が基 準を満たさない 場合	又は	看護師が基準 に定められた 看護職員の員 数に20/100を 乗じて得た 数未満の場合	又は	療地の医師確 保計画を届出 たもので、医 師の数が基準 に定められた 医師の員数に 60/100を乗 じて得た数未 満である場合	又は	療地の医師確 保計画を届出 たものの以外 で、医師の数 が基準に定め られた医師の 員数に60/100を乗 じて得た数未 満である場合	注	注	注	注	注	注	注	注	注			
(1) 病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費 (1日につき)	病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(Ⅰ) 看護<6.1> 介護<4.1>	a 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅰ) <従来型個室>	要支援1 (547 単位)																			
			要支援2 (686 単位)																			
		b 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅱ) <療養機能強化型A> <従来型個室>	要支援1 (576 単位)																			
			要支援2 (716 単位)																			
		c 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅲ) <療養機能強化型B> <従来型個室>	要支援1 (566 単位)																			
			要支援2 (706 単位)																			
	看護<6.1> 介護<4.1>	d 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (606 単位)																			
			要支援2 (767 単位)																			
		e 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <療養機能強化型A> <多床室>	要支援1 (639 単位)																			
			要支援2 (801 単位)																			
	看護<6.1> 介護<5.1>	f 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <療養機能強化型B> <多床室>	要支援1 (627 単位)																			
			要支援2 (788 単位)																			
		a 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <従来型個室>	要支援1 (515 単位)																			
			要支援2 (644 単位)																			
	(二) 病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(ⅳ)	b 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <療養機能強化型> <従来型個室>	要支援1 (530 単位)																			
			要支援2 (661 単位)																			
		c 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (575 単位)																			
			要支援2 (727 単位)																			
看護<6.1> 介護<6.1>	d 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <療養機能強化型> <多床室>	要支援1 (593 単位)																				
		要支援2 (745 単位)																				
(三) 病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(ⅳ)	a 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <従来型個室>	要支援1 (497 単位)																				
		要支援2 (621 単位)																				
看護<6.1> 介護<6.1>	b 病院療養病床介護予防短期入所療養 介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (559 単位)																				
		要支援2 (705 単位)																				
(2) 病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費 (1日につき)	(一) 病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費(ⅳ)	a 病院療養病床経過型介護予防短期 入所療養介護費(ⅳ) <従来型個室>	要支援1 (557 単位)																			
			要支援2 (695 単位)																			
		b 病院療養病床経過型介護予防短期 入所療養介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (616 単位)																			
			要支援2 (777 単位)																			
	(二) 病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費(ⅳ)	a 病院療養病床経過型介護予防短期 入所療養介護費(ⅳ) <従来型個室>	要支援1 (557 単位)																			
			要支援2 (695 単位)																			
		b 病院療養病床経過型介護予防短期 入所療養介護費(ⅳ) <多床室>	要支援1 (616 単位)																			
			要支援2 (777 単位)																			
	(3) ユニット型 病院療養病床 介護予防短期 入所療養 介護費 (1日につき)	(一) ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <ユニット個室>	要支援1 (632 単位)																			
			要支援2 (796 単位)																			
		(二) ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <療養機能強化型A> <ユニット個室>	要支援1 (662 単位)																			
			要支援2 (825 単位)																			
(三) ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <療養機能強化型B> <ユニット個室>		要支援1 (652 単位)																				
		要支援2 (815 単位)																				
(四) 経過的ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <ユニット個室の多床室>	要支援1 (632 単位)																					
	要支援2 (796 単位)																					
(五) 経過的ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <療養機能強化型A> <ユニット個室の多床室>	要支援1 (662 単位)																					
	要支援2 (825 単位)																					
(六) 経過的ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(ⅳ) <療養機能強化型B> <ユニット個室の多床室>	要支援1 (652 単位)																					
	要支援2 (815 単位)																					
(4) ユニット型 病院療養病床 経過型介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型病院療養病床経過型 介護予防短期入所療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (632 単位)																				
		要支援2 (796 単位)																				
	(二) 経過的ユニット型病院療養病床経過型 介護予防短期入所療養介護費 <ユニット個室の多床室>	要支援1 (632 単位)																				
		要支援2 (796 単位)																				
(5) 口腔連携強化加算		(1回につき +50単位(1月に1回を限度))																				

(6) 療養食加算		(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))
(7) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1日につき 3単位を加算)
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1日につき 4単位を加算)
(8) 特定診療費		
(9) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	(1月につき 100単位を加算)
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1月につき 10単位を加算)
(10) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1日につき 22単位を加算)
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	(1日につき 18単位を加算)
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	(1日につき 6単位を加算)
(11) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(1月につき +所定単位×62/1000)
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき +所定単位×66/1000)
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき +所定単位×58/1000)
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき +所定単位×62/1000)
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(1月につき +所定単位×47/1000)
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(1月につき +所定単位×40/1000)

注
所定単位は、(1)から(10)までにより算定した単位数の合計

：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

- ※ 医師の人員配置減算を適用する場合には、医師経過措置減算を適用しない。
- ※ 夜勤勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等看護加算を適用しない。

ハ 診療所における介護予防短期入所療養介護費

基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
			利用者の数及び入院患者の数の合計数が入院患者の定員を超える場合	常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットケアにおける体制が未整備である場合	身体拘束廃止未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	廊下幅が設備基準を満たさない場合	食堂を有しない場合	認知症行動・心理症状緊急対応加算	若年性認知症利用者受入加算	利用者に対して送迎を行う場合
(1) 診療所介護予防短期入所療養介護費(1日につき)	(一) 診療所介護予防短期入所療養介護費(I) 看護<6:1> 介護<6:1>	a 診療所介護予防短期入所療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (530 単位)	×70/100	-1/100	-1/100	-1/100	診療所設備基準減算 1日につき -60単位	1日につき -25単位	1日につき +200単位 (7日間を限度)	1日につき +120単位	片道につき +184単位
			要支援2 (666 単位)									
		b 診療所介護予防短期入所療養介護費(ii) <療養機能強化型A> <従来型個室>	要支援1 (559 単位)									
			要支援2 (693 単位)									
		c 診療所介護予防短期入所療養介護費(iii) <療養機能強化型B> <従来型個室>	要支援1 (549 単位)									
			要支援2 (684 単位)									
	d 診療所介護予防短期入所療養介護費(iv) <多床室>	要支援1 (589 単位)										
		要支援2 (747 単位)										
	e 診療所介護予防短期入所療養介護費(v) <療養機能強化型A> <多床室>	要支援1 (623 単位)										
		要支援2 (780 単位)										
	f 診療所介護予防短期入所療養介護費(vi) <療養機能強化型B> <多床室>	要支援1 (612 単位)										
		要支援2 (769 単位)										
(二) 診療所介護予防短期入所療養介護費(II) 看護・介護<3:1>	a 診療所介護予防短期入所療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (471 単位)										
		要支援2 (588 単位)										
	b 診療所介護予防短期入所療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (537 単位)										
		要支援2 (678 単位)										
(2) ユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(1日につき)	(一) ユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(I) <ユニット型個室>	要支援1 (616 単位)	×97/100									
		要支援2 (775 単位)										
	(二) ユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(II) <療養機能強化型A> <ユニット型個室>	要支援1 (643 単位)										
		要支援2 (804 単位)										
	(三) ユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(III) <療養機能強化型B> <ユニット型個室>	要支援1 (634 単位)										
		要支援2 (793 単位)										
(四) 経過のユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(I) <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (616 単位)											
	要支援2 (775 単位)											
(五) 経過のユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(II) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (643 単位)											
	要支援2 (804 単位)											
(六) 経過のユニット型診療所介護予防短期入所療養介護費(III) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (634 単位)											
	要支援2 (793 単位)											
(3) 口腔連携強化加算 (1回につき +50単位(1月に1回を限度))												
(4) 療養食加算 (1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))												
(5) 認知症専門ケア加算	(一) 認知症専門ケア加算(I) (1日につき 3単位を加算)											
	(二) 認知症専門ケア加算(II) (1日につき 4単位を加算)											
(6) 特定診療費												
(7) 生産性向上推進体制加算	(一) 生産性向上推進体制加算(I) (1月につき 100単位を加算)											
	(二) 生産性向上推進体制加算(II) (1月につき 10単位を加算)											
(8) サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(I) (1日につき 22単位を加算)											
	(二) サービス提供体制強化加算(II) (1日につき 18単位を加算)											
	(三) サービス提供体制強化加算(III) (1日につき 6単位を加算)											
(9) 介護職員等処遇改善加算	(一) 介護職員等処遇改善加算(I)イ (1月につき +所定単位×62/1000)		注 所定単位は、(1)から(8)までにより算定した単位数の合計									
	(二) 介護職員等処遇改善加算(I)ロ -(1月につき +所定単位×66/1000)											
	(三) 介護職員等処遇改善加算(II)イ (1月につき +所定単位×58/1000)											
	(四) 介護職員等処遇改善加算(II)ロ -(1月につき +所定単位×62/1000)											
	(五) 介護職員等処遇改善加算(III) (1月につき +所定単位×47/1000)											
	(六) 介護職員等処遇改善加算(IV) (1月につき +所定単位×40/1000)											
：「特定診療費」、「サービス提供体制強化加算」及び「介護職員等処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目												