

介護医療院
短期入所療養介護（介護医療院）
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	介護医療院とは	3
1	人員に関する基準	5
2	設備に関する基準	17
3	運営に関する基準	34
第2章	短期入所療養介護とは	65
第3章	介護報酬に関する基準	
1	介護医療院サービス費	71
2	介護報酬に係る加算及び減算	78
3	特別診療費	155
4	短期入所療養介護費（介護医療院）	164
第4章	その他留意事項等	172

(別添資料)

- 介護報酬の算定構造

【基準・解釈通知一覧】

項目	種類	名称	凡例
人員・設備・運営	基準省令	介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生労働省令第5号)	(※) 施設基準 省令
		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 (平成11年厚生省令第37号)	(※) 居宅基準 省令
		指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)	予防基準 (※)
	解釈通知	介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について (平成30年老老発0322第1号)	施設基準 解釈通知
		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年老企第25号)	居宅基準 解釈通知
介護報酬の算定	基準省令	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年厚生省告示第21号)	算定基準
		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 (平成18年厚生労働省告示第127号)	予防算定 基準
	解釈通知	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)	算定基準 留意事項
		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 (平成18年老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001)	予防算定 基準留意 事項

※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。

第1章 介護医療院とは

◆介護保険法の定義

第8条第29号

この法律において「介護医療院」とは、要介護者であつて、主として長期にわたり療養が必要である者（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。以下この項において単に「要介護者」という。）に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護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、第一百七条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護医療院サービス」とは、介護医療院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療養上の管理、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。

◆基本方針

施設基準省令第2条

- 1 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護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により、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
- 2 介護医療院は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努めなければならない。
- 3 介護医療院は、明るく家庭的な雰囲気をもつ、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅介護支援事業者（居宅介護支援事業を行う者をいう。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。第四十四条第二項において同じ。）、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- 4 介護医療院は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 5 介護医療院は、介護医療院サービスを提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

第44条

- 1 ユニット型介護医療院は、長期にわたり療養が必要である入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、療養上の管理、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により、各ユニットにおいてその入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない。

- 2 ユニット型介護医療院は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- 3 ユニット型介護医療院は、入居者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 4 ユニット型介護医療院は、介護医療院サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(施設基準解釈通知第5-1)

1 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

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

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

1 人員に関する基準

従業者は、専ら当該介護医療院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には、この限りでない。

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

○ 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」

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

この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護医療院サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が（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、ある従業者が介護医療院サービスと指定（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、介護医療院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、介護医療院サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者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」

当該介護医療院における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、母性健康管理措置又は育児、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、介護医療院、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、介護医療院の管理者、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医療院サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

(5) 「前年度の平均値」

- ① 基準省令第4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。

【問】 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

【答】 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

<常勤の計算>

・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

<常勤換算の計算>

・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週 30 時間以上の勤務で、常勤換算上も 1 と扱う。

<同等の資質を有する者の特例>

・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

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

◆ 医師

a. 単独型の介護医療院の医師の配置

(施設基準省令第 4 条第 1 項第 1 号)

- ・ 常勤換算方法で、I 型入所者の数を 48 で除した数に、II 型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上
- ・ その数が 3 に満たないときは 3 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算する。

(施設基準解釈通知第 3-1)

- (1) 常勤換算方法で計算する。I 型入所者の数を 48 で除した数に、II 型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上の医師を配置するものとする。なお、上記の計算により算出された数が 3 に満たないときは 3 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算することとする。
- (2) (1) にかかわらず、II 型療養床のみ有する介護医療院であって、基準省令第 27 条第 3 項ただし書の規定により、介護医療院に宿直を行う医師を置かない場合にあつては、入所者の数を 100 で除した数以上の医師を配置するものとする。なお、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算する。
- (5) 複数の医師が勤務する形態にあつては、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こと。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こと。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こと。

b. 医療機関併設型介護医療院の医師の配置

(施設基準省令第 4 条第 6 項)

- ・ 医療機関併設型介護医療院の医師の員数の基準は、常勤換算方法で、I 型入所者の数を 48 で除した数に、II 型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上

(施設基準解釈通知第 3-1)

- (3) 医療機関併設型介護医療院の場合にあつては、常勤換算方法で、I 型入所者の数を 48 で除した数に、II 型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上の医師を配置するものとする。

(5) 複数の医師が勤務する形態にあつては、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こと。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こと。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こと。

c. 併設型小規模介護医療院の医師の配置

(施設基準省令第4条第7項第1号)

・ 併設型小規模介護医療院の医師の員数の基準は、次のとおりとする。

〔併設される医療機関が病院の場合〕

病院の医師により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の医師を置かないことができる。

〔併設される医療機関が診療所の場合〕

診療所の医師により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の医師を置かないことができる。

(施設基準解釈通知第3-1)

(4) 併設型小規模介護医療院における医師の配置については、併設される医療機関により当該併設小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあつては、置かないことができることとする。

◆ 薬剤師

a. 単独型の介護医療院の薬剤師の配置

b. 医療機関併設型介護医療院の薬剤師の配置

(施設基準省令第4条第1項第2号)

・ 常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を150で除した数に、Ⅱ型入所者の数を300で除した数を加えて得た数以上

c. 併設型小規模介護医療院の薬剤師の配置

(施設基準省令第4条第7項第1号)

・ 併設型小規模介護医療院の薬剤師の員数の基準は、次のとおりとする。

〔併設される医療機関が病院の場合〕

病院の薬剤師により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の薬剤師を置かないことができる。

〔併設される医療機関が診療所の場合〕

診療所の医師により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の薬剤師を置かないことができる。

◆ 看護師・准看護師（看護職員）

(施設基準省令第4条第1項第3号)

・ 常勤換算方法で、介護医療院の入所者の数を6で除した数以上

◆ 介護職員

a. 単独型の介護医療院の介護職員の配置

b. 医療機関併設型介護医療院の介護職員の配置

(施設基準省令第4条第1項第4号)

- ・ 常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を5で除した数に、Ⅱ型入所者の数を6で除した数を加えて得た数以上

(施設基準解釈通知第3-4)

- ・ 介護職員の数を算出するに当たっては、看護職員を介護職員とみなして差し支えない。ただし、この場合の看護職員については、人員の算出上、看護職員として数えることはできない

c. 併設型小規模介護医療院の介護職員の配置

(施設基準省令第4条第7項第2号)

- ・ 常勤換算方法で、介護医療院の入所者の数を6で除した数以上

(施設基準解釈通知第3-4)

- ・ 介護職員の数を算出するに当たっては、看護職員を介護職員とみなして差し支えない。ただし、この場合の看護職員については、人員の算出上、看護職員として数えることはできない

◆ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（理学療法士等）

a. 単独型の介護医療院の理学療法士等の配置

b. 医療機関併設型介護医療院の理学療法士等の配置

(施設基準省令第4条第1項第5号)

- ・ 介護医療院の実情に応じた適当数

c. 併設型小規模介護医療院の理学療法士等の配置

(施設基準省令第4条第7項第1号)

- ・ 併設型小規模介護医療院の理学療法士等の員数の基準は、次のとおりとする。
〔併設される医療機関が病院の場合〕
病院の理学療法士等により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の理学療法士等を置かないことができる。
〔併設される医療機関が診療所の場合〕
診療所の医師により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、介護医療院の理学療法士等を置かないことができる。

ただし、特別診療費の「リハビリテーション」を算定するためには。特別診療費の算定に必要な配置基準を満たす必要があるため、別途確認すること。

◆ 栄養士又は管理栄養士

a. 単独型の介護医療院の栄養士又は管理栄養士の配置

(施設基準省令第4条第1項第6号)

- ・ 入所定員100以上の介護医療院にあつては、1以上

b. 医療機関併設型介護医療院の栄養士又は管理栄養士の配置

(施設基準省令第4条第1項第6号)

- ・ 入所定員100以上の介護医療院にあつては、1以上

(施設基準解釈通知第3-6)

- ・ 同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えないこと。

c. 併設型小規模介護医療院の栄養士又は管理栄養士の配置

(施設基準省令第4条第1項第6号)

- ・ 入所定員100以上の介護医療院にあつては、1以上

(施設基準解釈通知第3-6)

- ・ 100人未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであるが、併設型小規模介護医療院の併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、当該介護医療院の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。

◆ 介護支援専門員

a. 単独型の介護医療院の介護支援専門員の配置

(施設基準省令第4条第1項第7号、同条第5項)

- ・ 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。）
- ・ 介護医療院の介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。
- ・ ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、当該介護医療院の他の職務に従事することができる。

(施設基準解釈通知第3-7)

- ・ 介護支援専門員については、その業務に専ら従事する常勤の者を1名以上配置していなければならないこと。したがって、入所者数が100人未満の介護医療院にあつても1人は配置されていなければならないこと。
- ・ 介護支援専門員の配置は、入所者数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであり、入所者数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましいこと。ただし、当該増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。
- ・ 介護支援専門員は、入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護医療院の他の職務に従事することができるものとする。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、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ものとする。

- ・ なお、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ものである。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。

b. 医療機関併設型介護医療院の介護支援専門員の配置

(施設基準省令第4条第1項第7号、同条第5項)

- ・ 1以上(入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。)
- ・ 介護医療院の介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。
- ・ ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、併設される病院又は診療所の職務に従事することができる。

(施設基準解釈通知第3-7)

- ・ 介護支援専門員については、その業務に専ら従事する常勤の者を1名以上配置していなければならないこと。したがって、入所者数が100人未満の介護医療院にあっても1人は配置されていなければならないこと。
- ・ 介護支援専門員の配置は、入所者数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであり、入所者数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましいこと。ただし、当該増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。
- ・ 介護支援専門員が医療機関併設型介護医療院の職務に従事する場合であって、当該医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができることとする。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、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ものとする。
- ・ なお、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ものである。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。

c. 併設型小規模介護医療院の介護支援専門員の配置

(施設基準省令第4条第7項第3号)

- ・ 当該併設型小規模介護医療院の実情に応じた適当数

(施設基準解釈通知第3-7)

- ・ 併設型小規模介護医療院における介護支援専門員の配置については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあつては、当該介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数でよいこと。

◆ 診療放射線技師

a. 単独型の介護医療院の診療放射線技師の配置

(施設基準省令第4条第1項第8号)

- ・ 介護医療院の実情に応じた適当数

b. 医療機関併設型介護医療院の診療放射線技師の配置

c. 併設型小規模介護医療院の診療放射線技師の配置

(施設基準省令第4条第1項第8号)

- ・ 介護医療院の実情に応じた適当数

(施設基準解釈通知第3-8)

- ・ 併設施設との職員の兼務を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えないこと。

◆ 調理員、事務員等

a. 単独型の介護医療院の調理員、事務員等の配置

(施設基準省令第4条第1項第9号)

- ・ 介護医療院の実情に応じた適当数

b. 医療機関併設型介護医療院の調理員、事務員等の配置

c. 併設型小規模介護医療院の調理員、事務員等の配置

(施設基準省令第4条第1項第9号)

- ・ 介護医療院の実情に応じた適当数

(施設基準解釈通知第3-9)

- ・ 併設施設との職員の兼務を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えないこと。

◆ 夜間の職員配置について

◇ 医師の宿直体制

a. 単独型の介護医療院の医師の宿直体制

(施設基準省令第27条第3項)

- ・ 介護医療院の管理者は介護医療院に医師を宿直させなければならない。
- ・ ただし、当該介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合にあつては、この限りではない。

(施設基準解釈通知第5-22)

- ・ 介護医療院の管理者は、介護医療院に医師を宿直させなければいけないこととした。
- ・ ただし、次のいずれかの場合であつて、介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合には、宿直を要しない。
 - a II型療養床のみを有する介護医療院である場合

- b 医療法施行規則第9条の15の2に定める場合と同様に、介護医療院の入所者の病状が急変した場合においても当該介護医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められている場合

b. 医療機関併設型介護医療院の医師の宿直体制

c. 併設型小規模介護医療院の医師の宿直体制

(施設基準省令第27条第3項)

- ・ 介護医療院の管理者は介護医療院に医師を宿直させなければならない。
- ・ ただし、当該介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合にあつては、この限りではない。

(施設基準解釈通知第5-22)

- ・ 介護医療院の管理者は、介護医療院に医師を宿直させなければいけないこととした。
- ・ ただし、次のいずれかの場合であつて、介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合には、宿直を要しない。
 - a II型療養床のみを有する介護医療院である場合
 - b 医療機関併設型介護医療院であり同一敷地内又は隣接する敷地にある病院又は診療所との連携が確保されており、当該介護医療院の入所者の病状が急変した場合に当該病院又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制が確保されている場合
 - c 医療法施行規則第9条の15の2に定める場合と同様に、介護医療院の入所者の病状が急変した場合においても当該介護医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められている場合

◇ **看護・介護職員の夜勤体制**

a. 単独型の介護医療院の看護・介護職員の夜勤体制

(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)

七の二 介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

イ I型介護医療院サービス費、II型介護医療院サービス費又は特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
⇒第二号ハ(1)の規定を準用する。

二 指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

ハ(1) I型介護医療院短期入所療養介護費、II型介護医療院短期入所療養介護費及び特別介護医療院短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

(一) 指定短期入所療養介護を行う介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上であること。

(二) 当該介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。

b. 医療機関併設型介護医療院の看護・介護職員の夜勤体制

(通知「保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について」)

1 保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について

保険医療機関とこれに併設する介護医療院における夜勤職員の員数は、それぞれの人員に関する要件を満たすことが原則である。

しかしながら、保険医療機関が病床の一部を当該保険医療機関に併設する介護医療院に転換させ、かつ、転換後の保険医療機関の病床数及び併設する介護医療院の入所定員（保険医療機関から転換した病床（以下「転換病床」という。）を活用するものに限る。）の合計が転換前の保険医療機関の病床数以下である場合には、実態として、転換後の施設（保険医療機関と介護医療院を併せた全体をいう。以下同じ。）全体の医療と介護の内容は、転換前の保険医療機関の医療と介護の提供の内容を超えないと考えられる。

そのため、適切な医療と介護を提供する観点から、転換後の施設が全体で一体性を確保していると認められる場合であって、次に掲げる要件のすべてを満たすときには、転換後の介護医療院における夜勤職員は必要数が確保されているものとして取り扱うものとする。

- ① 転換前の保険医療機関（病院に限る。以下同じ。）の療養病棟（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）において、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の第2の2に定める夜間勤務の体制を採用していること。
- ② 転換前に療養病棟を2病棟以下しか持たない保険医療機関であること。
- ③ 転換後の介護医療院の入所定員は転換病床数以下であること。
- ④ 転換後の当該療養病棟に介護保険適用の療養病床を有していないこと。
- ⑤ 転換後の保険医療機関の療養病床数及び介護医療院の入所定員の合計が転換前の保険医療機関の療養病床数以下であること。
- ⑥ 転換後の保険医療機関における夜勤職員の員数と転換後の介護医療院における夜勤職員の員数の合計数が、転換前の保険医療機関における夜勤職員の員数以上であること。
- ⑦ 転換後の当該病棟の医療保険適用の療養病床の夜勤職員との連携が確保されており、介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がないこと。

2 留意点

上記の取扱いは、転換後の介護医療院において夜勤職員の人員数が最低数である2名を下回らないよう求められる場合に生じる支障事例に対処するために整理しているものであることに留意されたい。

c. 併設型小規模介護医療院の看護・介護職員の夜勤体制

(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)

七の二 介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

イ I型介護医療院サービス費、II型介護医療院サービス費又は特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
⇒第二号ハ(1)の規定を準用する。

二 指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

ハ(1) I型介護医療院短期入所療養介護費、II型介護医療院短期入所療養介護費及び特別介護医療院短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

(一) 指定短期入所療養介護を行う介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上であること。

(二) 当該介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。

(三)(一)及び(二)の規定に関わらず、次のいずれにも適合している介護医療院であつて、常時、緊急時における併設される医療機関との連絡体制を整備しているものにあつては、夜勤を行う看護職員又は介護職員を置かないことができる。

a 当該指定短期入所療養介護を行う介護医療院が、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第四条第七項に規定する併設型小規模介護医療院であること。

b 当該併設型小規模介護医療院に併設される医療機関（cにおいて「併設医療機関」という。）で夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上であること。

c 当該併設型小規模介護医療院の入所者、指定短期入所療養介護の利用者及び併設医療機関の入院患者の数の合計が19人以下であること。

2 設備に関する基準

介護医療院は、原則、以下に掲げる施設を有しなければならないと定められています。

施設 (第5条第1項)	施設の基準 (第5条第2項)
療養室	<p>イ 一の療養室の定員は、4人以下とすること。</p> <p>ロ 入所者一人当たりの床面積は、8㎡以上とすること。</p> <p>ハ 地階に設けてはならないこと。</p> <p>ニ 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。</p> <p>ホ 入所者のプライバシーの確保に配慮した療養床を備えること。</p> <p>ヘ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。</p> <p>ト ナース・コールを設けること。</p>
診察室	<p>イ 診察室は、次に掲げる施設を有すること。</p> <p>(1) 医師が診察を行う施設</p> <p>(2) 喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設(臨床検査施設)※</p> <p>(3) 調剤を行う施設</p> <p>※ 臨床検査施設は、人体から排出され、又は採取された検体の検査(検体検査)の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。</p>
処置室	<p>イ 処置室は、次に掲げる施設を有すること。</p> <p>(1) 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設</p> <p>(2) 診察の用に供するエックス線装置(定格出力の管電圧(波高値とする。)が10kV以上であり、かつ、その有するエネルギーがメガ電子ボルト未満のものに限る。)</p> <p>ロ イに規定する施設にあっては、前号イに規定する施設と兼用することができる。</p>
機能訓練室	<p>内法による測定で40㎡以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、併設型小規模介護医療院にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。</p>
談話室	<p>入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。</p>
食堂	<p>内法による測定で、入所者1人当たり1㎡以上の面積を有すること。</p>
浴室	<p>イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。</p> <p>ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。</p>
レクリエーション・ルーム	<p>レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。</p>
洗面所	<p>身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。</p>
便所	<p>身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。</p>
サービス・ステーション	-
調理室	-
洗濯室又は洗濯場	-
汚物処理室	-

◆ 療養室について

a. 新設する介護医療院又は介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修後）

（施設基準省令第5条第2項第1号）

- イ 一の療養室の定員は、四人以下とすること。
- ロ 入所者一人当たりの床面積は、八平方メートル以上とすること。
- ハ 地階に設けてはならないこと。
- ニ 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- ホ 入所者のプライバシーの確保に配慮した療養床を備えること。
- ヘ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。
- ト ナース・コールを設けること。

（施設基準解釈通知第4-2）

- a 療養室に洗面所を設置した場合に必要な床面積及び収納設備の設置に要する床面積は、基準面積に含めて差し支えないものであること。
- b 療養室の床面積は、内法による測定で入所者1人当たり8平方メートル以上とすること。
- c 多床室の場合にあつては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。
- d 療養室のナース・コールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない。

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修までの間）

療養室に関する基準等については、以下を除き、上記aの規定と同じです。

（施設基準省令附則）

- ・ 医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院（ユニット型介護医療院を除く。）を開設する場合における当該転換に係る療養室については、第5条第2項第1号ロの規定にかかわらず、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、入所者一人当たりの床面積は、6.4㎡以上とする。
- ・ 介護療養型老人保健施設を開設した場合であつて、令和6年3月31日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院（ユニット型介護医療院を除く。）を開設した場合における当該介護医療院に係る療養室については、第5条第2項第1号ロの規定にかかわらず、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、入所者一人当たりの床面積は、6.4㎡以上とする。

（施設基準解釈通知第4-4）

- (1) 療養病床等を有する病院（医療法第7条第2項に規定する精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床又は一般病床を有する病院。以下同じ。）又は病床を有する診療所

(療養病床又は一般病床を有する診療所。以下同じ。)の開設者が、当該病院の療養病床等を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者1人当たり6.4平方メートル以上とする。(基準省令附則第2条)

(5) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床の転換を行った介護老人保健施設(以下「介護療養型老人保健施設」という。)が、平成36年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合についても、(1)から(4)までの取扱と同様の取扱とする。(基準省令附則第7条から第10条まで)

◆ 診察室について

a. 新設する介護医療院又は介護療養病床等から転換した介護医療院(大規模改修後)

(施設基準省令第5条第2項第2号)

イ 診察室は、次に掲げる施設を有すること。

(1) 医師が診察を行う施設

(2) 喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設(以下この号及び第四十五条第二項第二号において「臨床検査施設」という。)

(3) 調剤を行う施設

ロ イ(2)の規定にかかわらず、臨床検査施設は、臨床検査技師等に関する法律(昭和三十三年法律第七十六号)第二条に規定する検体検査(以下単に「検体検査」という。)の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。

ハ 臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則(昭和三十二年厚生省令第五十号)第九条の七から第九条の七の三までの規定を準用する。

(施設基準解釈通知第4-2)

a 医師が診察を行う施設については医師が診療を行うのに適切なものとする。

b 臨床検査施設は、病院又は診療所に設置される臨床検査施設に求められる検査基準及び構造設備基準を満たすものであること。

c 調剤を行う施設は、病院又は診療所に設置される調剤所に求められる基準を満たすものであること。

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院(大規模改修までの間)

診察室に関する基準等については、上記aの規定と基本的に同じですが、例外として、介護療養型老人保健施設が介護医療院に転換する場合には、下記のとおり、基準緩和が認められています。

(施設基準省令附則)

・平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床の転換を行って介護老人保健施設（以下「介護療養型老人保健施設」という。）を開設した場合であって、令和6年3月31日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合において、当該介護医療院の建物（基本的な設備が完成しているものを含み、この省令の施行の後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。）についての第5条第2項及び第45条第2項の適用については、第5条第2項第2号イ中「（という。）」とあるのは「（という。）」。ただし、近隣の場所にある医療機関との連携により入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、置かないことができる。」と、「調剤を行う施設」とあるのは「調剤を行う施設。ただし、近隣の場所にある薬局と連携することにより入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、置かないことができる。」とする。

(施設基準解釈通知第4-4)

(6) 介護療養型老人保健施設が令和6年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合には、当該介護医療院における調剤を行う施設については、近隣の場所にある薬局と連携することにより入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合、臨床検査施設又はエックス線装置の設置については、近隣の医療機関等との連携により入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、それぞれ置かないことができることとする。

◆ 処置室について

a. 新設する介護医療院又は介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修後）

(施設基準省令第5条第2項第3号)

イ 処置室は、次に掲げる施設を有すること。

- (1) 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設
- (2) 診察の用に供するエックス線装置（定格出力の管電圧（波高値とする。）が十キロボルト以上であり、かつ、その有するエネルギーが一メガ電子ボルト未満のものに限る。第四十五条第二項第三号イ（2）において「エックス線装置」という。）

ロ イ（1）に規定する施設にあつては、前号イ（1）に規定する施設と兼用することができる。

(施設基準解釈通知第4-2)

- a 医師が処置を行う施設については、医師が処置を行うのに適切なものとする。なお、当該部分については、診察室における医師が診察を行う施設の部分と兼用することができる。
- b 診療の用に供するエックス線装置にあつては、医療法（昭和23年法律第205号）、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）及び医療法施行規則の一部を改正する省令の

施行について（平成13年3月12日医薬発第188号）において求められる防護に関する基準を満たすものであること。

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修までの間）

処置室に関する基準等については、上記aの規定と基本的に同じですが、例外として、介護療養型老人保健施設が介護医療院に転換する場合には、下記のとおり、基準緩和が認められています。

（施設基準省令附則）

・平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床の転換を行って介護老人保健施設（以下「介護療養型老人保健施設」という。）を開設した場合であって、令和6年3月31日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合において、当該介護医療院の建物（基本的な設備が完成しているものを含み、この省令の施行の後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。）についての第5条第2項及び第45条第2項の適用については、第5条第2項第2号イ中「（という。）」とあるのは「（という。）」。ただし、近隣の場所にある医療機関との連携により入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、置かないことができる。」と、「調剤を行う施設」とあるのは「調剤を行う施設。ただし、近隣の場所にある薬局と連携することにより入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、置かないことができる。」とする。

（施設基準解釈通知第4-4）

(6) 介護療養型老人保健施設が令和6年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合には、当該介護医療院における調剤を行う施設については、近隣の場所にある薬局と連携することにより入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合、臨床検査施設又はエックス線装置の設置については、近隣の医療機関等との連携により入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあつては、それぞれ置かないことができることとする。

◆ 機能訓練室について

a. 新設する介護医療院又は介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修後）

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修までの間）

（施設基準省令第5条第2項第4号）

・内法による測定で四十平方メートル以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、併設型小規模介護医療院にあつては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。

（施設基準解釈通知第4-2）

- ・介護医療院で行われる機能訓練は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の指導の下における運動機能やADL（日常生活動作能力）の改善を中心としたものであり、内法による測定で40平方メートル以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。ただし、併設型小規模介護医療院の場合は、機能訓練を行うのに十分な広さを有し、必要な器械・器具を備えることで足りるものとする。
- ・機能訓練室、談話室、食堂、レクリエーション・ルーム等を区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えないが、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さないよう全体の面積は各々の施設の基準面積を合算したものの以上とすること。
- ・施設の兼用については、各々の施設の利用目的に沿い、かつ、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない程度で認めて差し支えないものであること。したがって、談話室とレクリエーション・ルームの兼用並びに洗面所と便所、洗濯室と汚物処理室が同一の区画にあること等は差し支えないこと。

◆ 談話室、食堂、浴室、レクリエーション・ルーム、洗面所、便所等について

a. 新設する介護医療院又は介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修後）

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院（大規模改修までの間）
（施設基準省令第5条第2項各号）

- ・（談話室）入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。
 - 談話室には、入所者とその家族等が談話を楽しめるよう、創意工夫を行うこと。
- ・（食堂）内法による測定で、入所者一人当たり一平方メートル以上の面積を有すること。
- ・（浴室）イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。
 - ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。
 - 入所者の入浴に際し、支障が生じないように配慮すること。
- ・（レクリエーション・ルーム）レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
- ・（洗面所）身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- ・（便所）身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- ・（サービス・ステーション）
 - 看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接してサービス・ステーションを設けること。
- ・（調理室）
 - 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けること。
- ・（洗濯室又は洗濯場）
- ・（汚物処理室）
 - 汚物処理室は、他の施設と区別された一定のスペースを有すれば足りること。
- ・（その他）

- a 焼却炉、浄化槽、その他の汚物処理設備及び便槽を設ける場合には、療養室、談話室、食堂、調理室から相当の距離を隔てて設けること。
- b 床面積を定めない施設については、各々の施設の機能を十分に発揮し得る適当な広さを確保するよう配慮すること。
- 設置が義務づけられている施設のほか、家族相談室、ボランティア・ルーム、家族介護教室は、介護医療院の性格等からみて設置が望ましいので、余力がある場合には、その設置につき配慮すること。
- ・ 第一項各号に掲げる施設は、専ら当該介護医療院の用に供するものでなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。

(通知「病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について」)

- ・ 病院又は診療所と介護保険施設等とを併設（病院又は診療所の同一敷地内又は隣接する敷地内（公道をはさんで隣接している場合を含む。）に介護保険施設を開設していることを言う。）する場合には、患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がないよう、表示等により病院又は診療所と介護保険施設等との区分を可能な限り明確にすること。
- ・ 病院又は診療所に係る施設及び構造設備と介護保険施設等に係る施設及び設備は、それぞれの基準を満たし、かつ、各施設等の患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がない場合に限り、共用が認められる。

◆ 構造設備について

a. 新設する介護医療院

○耐火構造

(施設基準省令第6条第1項)

- 一 介護医療院の建物（入所者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。以下同じ。）は、耐火建築物（建築基準法（昭和二十五年法律第二百一十号）第二条第九号の二に規定する耐火建築物をいう。以下この条及び第四十五条において同じ。）とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす二階建て又は平屋建ての介護医療院の建物にあっては、準耐火建築物（建築基準法第二条第九号の三に規定する準耐火建築物をいう。以下この条及び第四十五条において同じ。）とすることができる。
- イ 療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設（以下この項及び第四十五条第四項において「療養室等」という。）を二階及び地階のいずれにも設けていないこと。
- ロ 療養室等を二階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。
 - (1) 当該介護医療院の所在地を管轄する消防長（消防本部を設置しない市町村にあっては、市町村長。第四十五条第四項において同じ。）又は消防署長と相談の上、第三十二条第一項の規定による計画に入所者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。
 - (2) 第三十二条第一項の規定による訓練については、同項の計画に従い、昼間及び夜間において行うこと。
 - (3) 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

(施設基準省令第6条第2項)

- ・ 前項第一号の規定にかかわらず、都道府県知事（指定都市及び中核市にあっては、指定都市又は中核市の市長。第三十四条第二項及び第四十五条第五項において同じ。）が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての介護医療院の建物であって、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認めるときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。
 - 一 スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。
 - 二 非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。
 - 三 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 介護医療院の建物は、入所者が身体的、精神的に障害を有する者であることに鑑み、入所者の日常生活のために使用しない附属の建物を除き耐火建築物としなければならない。ただし、療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーション・ルーム、便所等入所者が日常継続的に使用する施設（以下「療養室等」という。）を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない建物については、準耐火建築物とすることができる。また、居室等を2階又は地階に設ける場合であっても、基準省令第6条第1項第1号に掲げる要件を満たし、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認められる場合には、準耐火建築物とすることができる。

○エレベーター

(施設基準省令第6条第1項)

- 二 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ一以上設けること。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 介護医療院の入所者が常時介護を必要とする高齢者であることから、療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターの設置すること。

○避難階段

(施設基準省令第6条第1項)

- 三 療養室等が3階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を二以上設けること。ただし、前号の直通階段を建築基準法施行令（昭和二十五年政令第三百三十八号）第二百二十三条第一項の規定による避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

○診察の用に供する電気等

(施設基準省令第6条第1項)

四 診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずることとし、放射線に関する構造設備については、医療法施行規則第三十条、第三十条の四、第三十条の十三、第三十条の十四、第三十条の十六、第三十条の十七、第三十条の十八（第一項第四号から第六号までを除く。）、第三十条の十九、第三十条の二十第二項、第三十条の二十一、第三十条の二十二、第三十条の二十三第一項、第三十条の二十五、第三十条の二十六第三項から第五項まで及び第三十条の二十七の規定を準用する。この場合において、同令第三十条の十八第一項中「いずれか及び第四号から第六号までに掲げる措置」とあるのは、「いずれか」と読み替えるものとする。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 介護医療院サービスの一環として行われる診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、医療法において病院又は診療所が求められる危害防止上必要な方法を講ずること。

○階段

(施設基準省令第6条第1項)

五 階段には、手すりを設けること。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 階段の傾斜は緩やかにするとともに、適当な手すりを設けること。なお、手すりは両側に設けることが望ましい。

○廊下

(施設基準省令第6条第1項)

六 廊下の構造は、次のとおりとすること。

- イ 幅は、一・八メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、二・七メートル以上とすること。
- ロ 手すりを設けること。
- ハ 常夜灯を設けること。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 廊下の幅は、内法によるものとし、壁から測定するものとする。
- ・ 適当な手すりを設けること。なお、手すりは両側に設けることが望ましい。
- ・ 中廊下は、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下をいうこと。

○その他必要な設備

(施設基準省令第6条第1項)

七 入所者に対する介護医療院サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

八 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

(施設基準解釈通知第4-3)

- ・ 入所者の身体の状態等に応じた介護医療院サービスの提供を確保するため、車椅子、ギャッチベッド、ストレッチャー等を備えること。
- ・ 家庭的な雰囲気を確保するよう創意工夫すること。
- ・ 車椅子等による移動に支障のないよう床の段差をなくすよう努めること。
- ・ 病院又は診療所等と介護医療院とを併設する場合には、両施設の入所者の処遇に支障がないよう、表示等により病院又は診療所等との区分を可能な限り明確にすることで足りること。
- ・ 基準省令第6条第1項第8号に定める「消火設備その他の非常災害に際して必要な設備」とは、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等及び風水害、地震等の災害に際して必要な設備をいうこと。

b. 介護療養病床等から転換した介護医療院

○耐火構造

(施設基準省令附則)

- ・ 療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床を令和六年三月三十一日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合（介護療養型老人保健施設を開設した場合であって、令和六年三月三十一日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合）における当該介護医療院の建物については、第六条第一項第一号及び第四十五条第四項第一号の規定は、適用しない。
- ・ 介護療養型老人保健施設を開設した場合であって、令和六年三月三十一日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合における当該介護医療院の建物については、第六条第一項第一号及び第四十五条第四項第一号の規定は、適用しない。

(施設基準解釈通知第4-4)

- (2) 療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る建物の耐火構造については、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、基準省令第6条第1項第1号の規定は適用せず、建築基準法の基準によるものでよいこととする。
- (5) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床の転換を行った介護老人保健施設（以下「介護療養型老人保健施設」という。）が、令和6年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合についても、(1)から(4)までの取扱と同様の取扱とする。（基準省令附則第7条から第10条まで）

○直通階段・エレベーター

(施設基準省令附則)

- 療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床を令和六年三月三十一日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該介護医療院の屋内の直通階段及びエレベーターについての第六条第一項及び第四十五条第四項第二号の規定の適用については、第六条第一項第二号及び第四十五条第四項第二号中「屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ一以上設けること」とあるのは、「屋内の直通階段を二以上設けること。ただし、エレベーターが設置されているもの又は二階以上の各階における療養室の床面積の合計がそれぞれ五十平方メートル（主要構造部が耐火構造であるか、又は不燃材料（建築基準法第二条第九号に規定する不燃材料をいう。）で造られている建築物にあっては、百平方メートル）以下のものについては、屋内の直通階段を一とすることができる」とする。
- 介護療養型老人保健施設を開設した場合であって、令和六年三月三十一日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合における当該介護医療院の屋内の直通階段及びエレベーターについての第六条第一項及び第四十五条第四項第二号の規定の適用については、第六条第一項第二号及び第四十五条第四項第二号中「屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ一以上設けること」とあるのは、「屋内の直通階段を二以上設けること。ただし、エレベーターが設置されているもの又は二階以上の各階における療養室の床面積の合計がそれぞれ五十平方メートル（主要構造部が耐火構造であるか、又は不燃材料（建築基準法第二条第九号に規定する不燃材料をいう。）で造られている建築物にあっては、百平方メートル）以下のものについては、屋内の直通階段を一とすることができる」とする。

(施設基準解釈通知第4-4)

(2) 療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよいこととする。

(5) 省略

○廊下

(施設基準省令附則)

- 療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床を令和六年三月三十一日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該介護医療院の療養室に隣接する廊下については、第六条第一項第六号イ及び第四十五条第四項第六号イの規定にかかわらず、幅は、一・二メートル以上とする。ただし、中廊下の幅は、一・六メートル以上とする。
- 介護療養型老人保健施設を開設した場合であって、令和六年三月三十一日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合における当該介護医療院の療養室に隣接する廊下については、第六条第一

項第六号イ及び第四十五条第四項第六号イの規定にかかわらず、幅は、一・二メートル以上とする。ただし、中廊下の幅は、一・六メートル以上とする。

(施設基準解釈通知第4-4)

(4)療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る療養室に隣接する廊下の幅は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で、1.2メートル以上（ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で、1.6メートル以上）であればよいこととする。（基準省令附則第5条）

(5) 省略

◆ ユニット型介護医療院の施設及び設備について

(施設基準省令第45条第1項)

- ・ ユニット型介護医療院は、次に掲げる施設を有しなければならない。
 - 一 ユニット
 - 二 診察室
 - 三 処置室
 - 四 機能訓練室
 - 五 浴室
 - 六 サービス・ステーション
 - 七 調理室
 - 八 洗濯室又は洗濯場
 - 九 汚物処理室

(施設基準解釈通知第6-3)

- ・ ユニットケアを行うためには、入居者の自律的な生活を保障する療養室（使い慣れた家具等を持ち込むことのできる個室）と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共同生活室（居宅での居間に相当する部屋）が不可欠であることから、ユニット型介護医療院は、施設全体を、こうした療養室と共同生活室によって一体的に構成される場所(ユニット)を単位として構成し、運営しなければならない。
- ・ 入居者が、自室のあるユニットを超えて広がりのある日常生活を楽しむことができるよう、他のユニットの入居者と交流したり、多数の入居者が集まったりすることのできる場所を設けることが望ましい。

○ ユニット

(施設基準省令第45条第2項第1号)

- 一 ユニット
 - イ 療養室
 - (1) 一の療養室の定員は、一人とすること。ただし、入居者への介護医療院サービスの提供上必要と認められる場合は、二人とすることができる。

- (2) 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居者の定員は、原則としておおむね十人以下とし、十五人を超えないものとする。
- (3) 一の療養室の床面積等は、十・六五平方メートル以上とすること。ただし、(1)ただし書の場合にあっては、二十一・三平方メートル以上とすること。
- (4) 地階に設けてはならないこと。
- (5) 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- (6) 入居者のプライバシーの確保に配慮した療養床を設けること。
- (7) ナース・コールを設けること。

ロ 共同生活室

- (1) 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。
- (2) 一の共同生活室の床面積は、二平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居者の定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。
- (3) 必要な設備及び備品を備えること。

ハ 洗面設備

- (1) 療養室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けること。
- (2) 身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。

ニ 便所

療養室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けること。

(施設基準解釈通知第6-3)

(3) ユニット (第2項第1号)

ユニットは、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中でケアを行うというユニットケアの特徴を踏まえたものでなければならない。

(4) 療養室 (第1号イ)

① 前記(1)のとおりユニットケアには個室が不可欠なことから、療養室の定員は1人とする。ただし、夫婦で療養室を利用する場合などサービスの提供上必要と認められる場合は、2人部屋とすることができる。

② 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けなければならない。この場合、「当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設け」られる療養室とは、次の3つをいう。

イ 当該共同生活室に隣接している療養室

ロ 当該共同生活室に隣接してはいないが、イの療養室と隣接している療養室

ハ その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている療養室（他の共同生活室のイ及びロに該当する療養室を除く。）

③ ユニットの入居定員

ユニット型介護医療院は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものであることから、1のユニットの入居定員は、おおむね10人以下とすることを原則とする。ただし、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居者の定員が15人までのユニットも認める。

④ 削除

⑤ 療養室の面積等

ユニット型介護医療院では、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うため、入居者は長年使い慣れた箆笥（たんす）などの家具を持ち込むことを想定しており、療養室は次のいずれかに分類される。

イ ユニット型個室

一の療養室の床面積は、10.65平方メートル以上（療養室内に洗面所が設けられているときはその面積を含み、療養室内に便所が設けられているときはその面積を除く。）とするとともに、身の回りの品を保管することができる設備は、必要に応じて備えれば足りることとしている。また、入居者へのサービス提供上必要と認められる場合に2人部屋とするときは21.3平方メートル以上とすること。

ロ ユニット型個室的多床室（経過措置）

（略）

(5) 共同生活室（第1号ロ）

① 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有するものでなければならない。このためには、次の2つの要件を満たす必要がある。

イ 他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所へ移動することができるようになっていること。

ロ 当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う職員が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。

② 共同生活室の床面積

共同生活室の床面積について「標準とする」とされている趣旨は、2平方メートル以上とすることが原則であるが、建物の構造や敷地上の制約など特別の事情によって当該面積を確保することが困難であると認められたときには、基準省令第43条の趣旨を損なわない範囲で、2平方メートル未満であっても差し支えないとするものである。

③ 共同生活室には、介護を必要とする者が食事をしたり、談話等を楽しんだりするのに適したテーブル、椅子等の備品を備えなければならない。

また、入居者が、その心身の状況に応じて家事を行うことができるようにする観点から、簡易な流し・調理設備を設けることが望ましい。

(6) 洗面設備（第1号ハ）及び便所（第1号ニ）

洗面設備及び便所は、療養室ごとに設けることが望ましい。ただし、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。この場合にあつては、共同生活室内の1か所に集中して設けるのではなく、2か所以上に分散して設けることが望ましい。なお、療養室ごとに設ける方式と、共同生活室ごとに設ける方式とを混在させても差し支えない。

○ 診察室

(施設基準省令第45条第2項第2号)

二 診察室

イ 診察室は、次に掲げる施設を有すること。

- (1) 医師が診察を行う施設
- (2) 臨床検査施設

(3) 調剤を行う施設

- ロ イ(2)の規定にかかわらず、検体検査の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。
- ハ 臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則第九条の七から第九条の七の三までの規定を準用する。

○ 処置室

(施設基準省令第45条第2項第3号)

三 処置室

- イ 処置室は、次に掲げる施設を有すること。
 - (1) 入居者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設
 - (2) 診察の用に供するエックス線装置
- ロ イ(1)に規定する施設にあっては、前号イ(1)に規定する施設と兼用することができる。

○ 機能訓練室

(施設基準省令第45条第2項第4号)

四 機能訓練室

内法による測定で四十平方メートル以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、ユニット型併設型小規模介護医療院(ユニットごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる医療機関併設型介護医療院のうち、入居定員が十九人以下のものをいう。)にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。

○ 浴室

(施設基準省令第45条第2項第5号)

五 浴室

- イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。
- ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。

(施設基準解釈通知第6-3)

(7)浴室 (第5号)

浴室は、療養室のある階ごとに設けることが望ましい。

○ その他の設備構造

(施設基準省令第45条第4項、第5項)

- 4 前三項に規定するもののほか、ユニット型介護医療院の設備構造の基準は、次に定めるところによる。
- 一 ユニット型介護医療院の建物（入居者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。以下この号及び次項において同じ。）は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす二階建て又は平屋建てのユニット型介護医療院の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。
- イ 療養室等を二階及び地階のいずれにも設けていないこと。
- ロ 療養室等を二階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。
- (1) 当該ユニット型介護医療院の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、第五十四条において準用する第三十二条第一項の計画に入居者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。
- (2) 第五十四条において準用する第三十二条第一項の規定による訓練については、同項の計画に従い、昼間及び夜間において行うこと。
- (3) 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。
- 二 療養室等が二階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ一以上設けること。
- 三 療養室等が三階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を二以上設けること。ただし、前号の直通階段を建築基準法施行令第百二十三条第一項の規定による避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。
- 四 診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずることとし、放射線に関する構造設備については、医療法施行規則第三十条、第三十条の四、第三十条の十三、第三十条の十四、第三十条の十六、第三十条の十七、第三十条の十八（第一項第四号から第六号までを除く。）、第三十条の十九、第三十条の二十第二項、第三十条の二十一、第三十条の二十二、第三十条の二十三第一項、第三十条の二十五、第三十条の二十六第三項から第五項まで及び第三十条の二十七の規定を準用する。この場合において、同令第三十条の十八第一項中「いずれか及び第四号から第六号までに掲げる措置」とあるのは、「いずれか」と読み替えるものとする。
- 五 階段には、手すりを設けること。
- 六 廊下の構造は、次のとおりとすること。
- イ 幅は、一・八メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、二・七メートル以上とすること。なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、一・五メートル以上（中廊下にあ

っては、一・八メートル以上)として差し支えない。

ロ 手すりを設けること。

ハ 常夜灯を設けること。

七 入居者に対する介護医療院サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

八 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

5 前項第一号の規定にかかわらず、都道府県知事が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建てのユニット型介護医療院の建物であって、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認めるときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

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

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

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

(施設基準解釈通知第6-3)

(8)廊下 (第4項第6号)

ユニット型介護医療院にあつては、多数の入居者や職員が日常的に一度に移動することはないことから、廊下の幅の一律の規制を緩和する。ここでいう「廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、職員等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合」とは、アルコーブを設けることなどにより、入居者、職員等がすれ違う際にも支障が生じない場合を想定している。このほか、ユニット型介護医療院の廊下については、第4の3の(5)を準用する。

(9)略

3 運営に関する基準

基準省令では以下の運営に関する基準が定められています。

※本手引きでは★について記載。

第7条※	内容及び手続の説明及び同意★	第26条※	管理者による管理★
第8条※	提供拒否の禁止	第27条※	管理者の責務★
第9条※	サービス提供困難時の対応	第28条※	計画担当介護支援専門員の責務
第10条※	受給資格等の確認	第29条、 第51条	運営規程★
第11条※	要介護認定の申請に係る援助	第30条、 第52条	勤務体制の確保等★
第12条※	入退所	第30条 の2※	業務継続計画の策定等★
第13条※	サービスの提供の記録	第31条、 第53条	定員の遵守
第14条、 第46条	利用料等の受領★	第32条※	非常災害対策
第15条※	保険給付の請求のための証明書の 交付	第33条※	衛生管理等★
第16条、 第47条	介護医療院サービスの取扱方針 ★	第34条※	協力医療機関等★
第17条※	施設サービス計画の作成★	第35条※	掲示★
第18条※	診療の方針	第36条※	秘密保持等
第19条※	必要な医療の提供が困難な場合 等の措置等	第37条※	居宅介護支援事業者に対する利 益供与等の禁止
第20条※	機能訓練	第38条※	苦情処理★
第20条 の2※	栄養管理★	第39条※	地域との連携等
第20条 の3※	口腔衛生の管理★	第40条※	事故発生の防止及び発生時の対 応★
第21条、 第48条	看護及び医学的管理の下におけ る介護★	第40条 の2※	虐待の防止★
第22条、 第49条	食事の提供	第40条 の3※	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★
第23条※	相談及び援助		
第24条、 第50条	その他のサービスの提供	第41条※	会計の区分
第25条※	入所者に関する市町村への通知	第42条※	記録の整備★

※ユニット型介護医療院は第54条による準用

◆内容及び手続の説明及び同意

(施設基準省令第7条)

- 1 介護医療院は、介護医療院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、第二十九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。
- 2 介護医療院は、入所申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、第五項で定めるところにより、当該入所申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該介護医療院は、当該文書を交付したものとみなす。（以下略）

(施設基準解釈第5-2)

基準省令第7条は、入所申込者に対し適切な介護医療院サービスを提供するため、そ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、当該介護医療院の運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項をわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該施設から介護医療院サービスの提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものであること。なお、当該同意については、入所申込者及び介護医療院双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

◆利用料等の受領

(施設基準省令第14条、第46条)

- 1 [ユニット型] 介護医療院は、法定代理受領サービス（法第四十八条第四項の規定により施設介護サービス費（同条第一項に規定する施設介護サービス費をいう。以下この項及び第四十六条第一項において同じ。）が入所者に代わり当該介護医療院に支払われる場合の当該施設介護サービス費に係る介護医療院サービスをいう。以下同じ。）に該当する介護医療院サービスを提供した際には、入所者から利用料（施設介護サービス費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）の一部として、当該介護医療院サービスについて法第四十八条第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該介護医療院サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に介護医療院サービスに要した費用の額とする。次項及び第四十六条において「施設サービス費用基準額」という。）から当該[ユニット型] 介護医療院に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。
- 2 [ユニット型] 介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- 3 [ユニット型] 介護医療院は、前二項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。
 - 一 **食事の提供に要する費用**（法第五十一条の三第一項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第二項第一号に規定する食費の基準費用額（同条第四項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該[ユニ

ット型] 介護医療院に支払われた場合は、同条第二項第一号に規定する食費の負担限度額)を限度とする。)

二 **居住に要する費用** (法第五十一条の三第一項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第二項第二号に規定する居住費の基準費用額(同条第四項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該[ユニット型] 介護医療院に支払われた場合は、同条第二項第二号に規定する居住費の負担限度額)を限度とする。)

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

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

五 **理美容代**

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

4 (略)

5 [ユニット型] 介護医療院は、第三項各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得なければならない。ただし、**同項第一号から第四号までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとする。**

※このほか「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成12年3月30日老企第54号)」等をご参照ください。

「その他の日常生活費」に係る Q&A

問1 個人用の日用品について、「一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもの」としてはどういったものが想定されるのか。

答 歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者に一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者(又は施設)が提供するもの等が想定される。

問2 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるものに限られることとされているが、それ以外の個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、費用の徴収ができないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問3 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、例えば病院の売店で利用者が購入する場合であってもその費用は「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、「サービス提供の一環として提供される便宜」とは言い難いので、「その他の日常生活費」に該当しない。

問4 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるのであれば、ある利用者の個別の希望に応じて、事業者等が当該利用者の代わりにある日用品を購入し、その購入代金を利用者に請求する場合も「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 個人のために単に立て替え払いするような場合は、事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当しないため、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問5 個人専用の家電製品の電気代は、利用者から徴収できないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問6 施設にコインランドリーがある場合、その料金についても「私物の洗濯代」として「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、施設が洗濯サービスを提供しているわけではないので、その他の日常生活費には該当しない。

問7 個人の希望に応じて事業者等が代わって購入する新聞、雑誌等の代金は、教養娯楽に係る「その他の日常生活費」に該当するか。

答 全くの個別の希望に答える場合は事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当せず、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問8 事業者等が実施するクラブ活動や行事における材料費等は、「その他の日常生活費」に該当するか。

答 事業者等が、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの(例えば、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動や入所者等が全員参加する定例行事)における材料費等は保険給付の対象に含まれることから別途徴収することはできないが、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの(例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費)に係る費用は、教養娯楽に要する費用として「その他の日常生活費」に該当する。

なお、事業者等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の提供の範囲を超えるもの(例えば、利用者の趣味的活動に関し事業者等が提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等)に係る費用については、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問9 利用者用の居室等におけるWi-fi等の通信設備の利用料は、利用者から徴収できないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

◆介護医療院サービスの取扱方針

(施設基準省令第16条)

- 1 介護医療院は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。
- 2 介護医療院サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- 3 介護医療院の従業者は、介護医療院サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。
- 4 介護医療院は、介護医療院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（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- 5 介護医療院は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 6 介護医療院は、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。
- 7 介護医療院は、自らその提供する介護医療院サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設基準解釈第5-11)

<令和6年度：改定>

- ・ 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42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。
- ・ 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」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（以下、「身体的拘束等適正化検討委員会」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、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、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、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

介護医療院が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束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、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、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。

・ 身体的拘束適正化のための指針（第6項第2号）

介護医療院が整備する「身体的拘束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の報告方法等の方策に関する基本方針
- ⑤ 身体的拘束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 その他身体的拘束適正化の推進のために必要な基本方針

・ 身体的拘束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適正化のための研修の内容としては、身体的拘束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、当該介護医療院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、当該介護医療院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。

【ユニット型介護医療院】取扱方針（第47条）

- 1 介護医療院サービスは、入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われなければならない。
- 2 介護医療院サービスは、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われなければならない。
- 3 介護医療院サービスは、入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければならない。
- 4 介護医療院サービスは、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われなければならない。
- 5 ユニット型介護医療院の従業者は、介護医療院サービスの提供に当たって、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 6 ユニット型介護医療院は、介護医療院サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- 7 ユニット型介護医療院は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 8 ユニット型介護医療院は、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（テレビ電話装置等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。
- 9 ユニット型介護医療院は、自らその提供する介護医療院サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

◆施設サービス計画の作成

(施設基準省令第17条)

1～4 (略)

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護医療院サービスの目標及びその達成時期、介護医療院サービスの内容、介護医療院サービスを提供する上で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。

6～12 (略)

(施設基準解釈第5-12)

<令和6年4月より下線部義務化>

(5) 施設サービス計画原案の作成(第5項)

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

また、当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス(医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等)に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。

なお、ここでいう介護医療院サービスの内容には、当該介護医療院の行事及び日課を含むものである。施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等を行うこと。

◆栄養管理

(施設基準省令第20条の2)

<令和6年4月より義務化>

- ・ 介護医療院は、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。

(施設基準解釈第5-16)

介護医療院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ので、参考とされたい。

◆口腔衛生の管理

（施設基準省令第20条の3）

＜令和6年4月より義務化＞

- ・ 介護医療院は、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。

（施設基準解釈第5-17）

介護医療院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。

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。

◆看護及び医学的管理の下における介護

(施設基準省令第21条)

- 1 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援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。
- 2 介護医療院は、**一週間に二回以上**、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない。
- 3 介護医療院は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じ、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。
- 4 介護医療院は、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。
- 5 介護医療院は、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。
- 6 介護医療院は、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。
- 7 介護医療院は、その入所者に対して、入所者の負担により、当該介護医療院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。

(施設基準解釈第5-18)

<令和6年度：改定>

(1)・(2) (略)

(3) 「介護医療院は、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。

【ユニット型介護医療院】看護及び医学的管理の下における介護（第48条）

- 1 看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じ、適切な技術をもって行われなければならない。
- 2 ユニット型介護医療院は、入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しなければならない。
- 3 ユニット型介護医療院は、入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければならない。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。
- 4 ユニット型介護医療院は、入居者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行わなければならない。
- 5 ユニット型介護医療院は、おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えなければならない。
- 6 ユニット型介護医療院は、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。
- 7 ユニット型介護医療院は、前各項に定めるほか、入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければならない。
- 8 ユニット型介護医療院は、その入居者に対して、入居者の負担により、当該ユニット型介護医療院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。

◆管理者による管理

（施設基準省令第26条）

＜令和6年度：改定＞

- ・ 介護医療院の管理者は、専ら当該介護医療院の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該介護医療院の管理上支障のない場合は、他の事業所若しくは施設等又は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（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第一百条第四項に規定するサテライト型特定施設をいう。）若しくはサテライト型居住施設（同令第一百三十一条第四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。

（施設基準解釈第5-21）

＜令和6年度：改定＞

- ・ 介護医療院の管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該介護医療院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、介護医療院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) (略)

- (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、当該介護医療院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医療院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) (略)

◆管理者の責務

(施設基準省令第27条)

- 1 介護医療院の管理者は、当該介護医療院の従業者の管理、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。
- 2 介護医療院の管理者は、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。
- 3 介護医療院の管理者は、介護医療院に医師を宿直させなければならない。ただし、当該介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合にあっては、この限りではない。

(施設基準解釈第5-22)

<令和6年度：改定>

(1) 基準省令第27条第1項及び第2項は、介護医療院の管理者の責務を、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、従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、当該介護医療院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。

(2) (略)

◆運営規程

(施設基準省令第29条)

<令和6年4月より下線部義務化>

- ・ 介護医療院は、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（第三十五条第一項において「運営規程」という。）を定めておかななければならない。
 - 一 施設の目的及び運営の方針
 - 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
 - 三 入所定員（Ⅰ型療養床に係る入所定員の数、Ⅱ型療養床に係る入所定員の数及びその合計数をいう。）
 - 四 入所者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額
 - 五 施設の利用に当たっての留意事項
 - 六 非常災害対策
 - 七 虐待の防止のための措置に関する事項
 - 八 その他施設の運営に関する重要事項

(施設基準解釈第5-24)

基準省令第29条は、介護医療院の適正な運営及び入所者に対する適切な介護医療院サービスの提供を確保するため、同条第1号から第8号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを義務づけたものであるが、特に次の点に留意すること。

(1) 従業者の職種、員数及び職務の内容（第2号）

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

(2) 施設の利用に当たっての留意事項（第5号）

入所者が介護医療院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）

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

(5) その他施設の運営に関する重要事項（第8号）

a 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。

b 当該施設における医師の宿直の有無について定めておくこと。Ⅱ型療養床のみを有する介護医療院である場合など医師の宿直がない施設についてはその事由について定めておくこと。

【ユニット型介護医療院】運営規定（第51条）

1 ユニット型介護医療院は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

一 施設の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 入居定員（Ⅰ型療養床に係る入居定員の数、Ⅱ型療養床に係る入居定員の数及びその合計数をいう。）

四 ユニットの数及びユニットごとの入居定員

五 入居者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額

六 施設の利用に当たっての留意事項

七 非常災害対策

八 虐待の防止のための措置に関する事項

九 その他施設の運営に関する重要事項

(施設基準解釈第6-24)

(1) 入居者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額、入居者へのサービスの提供の内容及び費用の額（第5号）

「介護医療院サービスの内容」は、入居者が、自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるように、1日の生活の流れの中で行われる支援の内容を指すものであること。

また、「利用料その他の費用の額」は、基準省令第42条第3項により支払を受けることが認められている費用の額を指すものであること。

(2) 第5の24の(1)から(4)までは、ユニット型介護医療院について準用する。

◆勤務体制の確保等

(施設基準省令第30条)

<令和6年度より下線部義務化>

- 1 介護医療院は、入所者に対し、適切な介護医療院サービスを提供できるよう、従業員の勤務の体制を定めておかなければならない。
- 2 介護医療院は、当該介護医療院の従業員によって介護医療院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。
- 3 介護医療院は、従業員に対し、そ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、当該介護医療院は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二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。
- 4 介護医療院は、適切な介護医療院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員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。

(施設基準解釈第5-25)

(4) 同条第3項後段は、当該介護医療院の従業員の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

また、同項後段は、介護医療院に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられた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。

問 155 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)

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 156 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)

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 157 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）

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もに、受講義務付けの対象となる。

問 158 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）

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 159 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）

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 160 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）

- ・ 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 161 「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）

「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 162 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)

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) (令和6年3月15日)

問1 認知症介護基礎研修の義務付けの経過措置期間はいつまでか。

(答)

令和6年3月31日をもって経過措置期間は終了している。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後1年間の猶予期間を設けている。

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)

- ・ 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. 14) (令和7年4月18日)

【ユニット型介護医療院】勤務体制の確保等 (第52条)

- 1 ユニット型介護医療院は、入居者に対し、適切な介護医療院サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。
- 2 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次に定める職員配置を行わなければならない。
 - 一 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
 - 二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
 - 三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。
- 3 ユニット型介護医療院は、当該ユニット型介護医療院の従業者によって介護医療院サービスを提供しなければならない。ただし、入居者に対する介護医療院サービスの提供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。

- 4 ユニット型介護医療院は、従業者に対し、そ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、当該ユニット型介護医療院は、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、法第八条第二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。
- 5 **ユニット型介護医療院の管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めなければならない。**
- 6 ユニット型介護医療院は、適切な介護医療院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。

(施設基準解釈第 6-10)

(1) 基準省令第 52 条第 2 項は、基準省令第 47 条第 1 項の介護医療院サービスの取扱方針を受けて、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ことを規定したものである。

これは、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」が求められることによるものである。

(2) ユニット型介護医療院において配置を義務付けることとしたユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設に 2 名以上配置する（ただし、2 ユニット以下の施設の場合には、1 名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない。）職員を決めてもらうことで足りるものとする。

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、当該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。

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

ユニット型介護医療院（以下(2)において「ユニット型施設」という。）とユニット型の指定短期入所生活介護事業所（以下(2)において「ユニット型事業所」という。）が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに 2 名以上配置する必要はなく、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所を一体のものみなして、合計 2 名以上の研修受講者が配置されていればよいこととする（ただし、ユニット型施設及び併設するユニット型事業所のユニット数の合計が 2 ユニット以下のときには、1 名でよいこととする。）。

また、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、配置基準を再検討する予定であるので、この当面の基準にかかわらず、多くの職員について研修を受講していただくよう配慮をお願いしたい。

(3) 令和 3 年 4 月 1 日以降に、入居定員が 10 を超えるユニットを整備する場合においては、令和 3 年改正省令附則第 6 条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までを含めた連続する 16 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする

る。以下同じ。)を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとする。

① 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

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

② 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

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

なお、基準省令第52条第2項第1号及び第2号に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はない。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるよう努めること。

- (4) ユニット型介護医療院における勤務体制の確保等については、前記の(1)及び(2)によるほか、第4の23を準用する。この場合において、第4の23中「第26条」とあるのは「第48条」と、同(3)中「同条第2項」とあるのは「同条第3項」と、同(4)中「同条第3項」とあるのは「同条第4項」と読み替えるものとする。

問96 ユニット型施設において、昼間は1ユニットに1人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者等の生活歴を把握する目的で、ユニットを超えた勤務を含むケア体制としてよいか。

(答)

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

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

◆業務継続計画の策定等

(施設基準省令第30条の2)

<令和6年4月より義務化>

- 1 介護医療院は、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医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、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。
- 2 介護医療院は、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。
- 3 介護医療院は、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。

(1) 基準省令第 30 条の 2 は、介護医療院は、感染症や災害が発生した場合であっても、入所者が継続して介護医療院サービスの提供を受けられるよう、介護医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護医療院に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。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 30 条の 2 に基づき施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

(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。

◆衛生管理等

(施設基準省令第33条)

<令和6年4月より下線部義務化>

- 1 介護医療院は、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。
- 2 介護医療院は、当該介護医療院において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。
 - 一 当該介護医療院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 当該介護医療院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 当該介護医療院において、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。
- 三 (略)

(施設基準解釈第5-28)

<令和6年度：改定>

(1) (略)

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

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

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

また、感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね3月に1回以上、定期的に開催するとともに、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。

(3) (略)

◆協力医療機関等

(施設基準省令第34条)

<令和6年度：改定>

1 介護医療院は、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 当該介護医療院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、当該介護医療院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。

※令和9年3月31日までの間は、施設基準省令第34条第1項の規定は努力義務

2 介護医療院は、一年に一回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該介護医療院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。

3 介護医療院は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関（次項において「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症をいう。次項において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。

4 介護医療院は、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。

5 介護医療院は、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、再び当該介護医療院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。

6 介護医療院は、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。

基準省令第 34 条は、介護医療院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、介護医療院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）

介護医療院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、必ずしも当該介護医療院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。

※令和 9 年 3 月 31 日までの間は、施設基準省令第 34 条第 1 項の規定は努力義務

(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）

介護医療院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、介護医療院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。

附則6条

この省令の施行の日から令和九年三月三十一日までの間は、（中略）新介護医療院基準第三十四条第一項（新介護医療院基準第五十四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124 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）

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。

問125 「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）

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) (令和6年3月15日)

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) (令和7年9月5日)

◆ 掲示

(施設基準省令第35条)

<令和6年度：改定>

- 1 介護医療院は、当該介護医療院の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力医療機関、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項（以下この条において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。
- 2 介護医療院は、重要事項を記載した書面を当該介護医療院に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。
- 3 介護医療院は、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。

※施設基準省令第35条第3項の規定は、令和7年4月1日から適用

(1) 基準省令第 35 条第 1 項は、介護医療院は、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護医療院の見やすい場所に掲示することを規定したものである。また、同条第 3 項は、介護医療院は、原則として、重要事項を当該介護医療院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、介護医療院は、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医療院については、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 35 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 項や基準省令第 55 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③に準ずるものとする。

(2) (略)

※施設基準省令第 35 条第 3 項の規定は、令和 7 年 4 月 1 日から適用

◆苦情処理

(施設基準省令第 38 条)

- 1 介護医療院は、提供した介護医療院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。
- 2 介護医療院は、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。
- 3 介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関し、法第二十三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。
- 4 介護医療院は、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。

- 5 介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関する入所者からの苦情に関して連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下この項及び次項において同じ。）が行う法第七十六条第一項第三号の規定による調査に協力するとともに、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。
- 6 介護医療院は、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連合会に報告しなければならない。

（施設基準解釈第 5-33）

＜令和 6 年度：改定＞

- (1) 基準省令第 38 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 5 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

（施設基準省令第 40 条）

- 1 介護医療院は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。
 - 一 事故が発生した場合の対応、次号の報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
 - 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
 - 三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
 - 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- 2～4 （略）

（施設基準解釈第 5-35）

＜令和 6 年度：改定＞

① 事故発生の防止のための指針

介護医療院が整備する「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こと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

介護医療院が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、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、結果等をとりまとめ、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

介護医療院における「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、当該施設の管理者、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、介護医療院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、介護医療院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

介護医療院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、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の安全対策を担当する者との同一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

介護医療院は、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又は賠償資力を有することが望ましい。

◆虐待の防止

（施設基準省令第40条の2）

＜令和6年4月より義務化＞

- ・ 介護医療院は、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 当該介護医療院における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - 二 当該介護医療院における虐待の防止のための指針を整備すること。
 - 三 当該介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
 - 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

（施設基準解釈第5-36）

＜令和6年度：改定＞

（前略）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、定期的に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、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- 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）

介護医療院が整備する「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者に対する研修（第3号）

従業者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、当該介護医療院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、当該介護医療院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）

介護医療院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、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

◆入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置

（施設基準省令第40条の3）

＜令和6年度：新設＞

- ・ 介護医療院は、当該介護医療院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、当該介護医療院における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催しなければならない。

※令和9年3月31日までの間は、施設基準省令第40条の3の規定は努力義務

（施設基準解釈第5-37）

＜令和6年度：新設＞

介護医療院基準第40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**に開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、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。

◆記録の整備

(施設基準省令第42条)

- 1 介護医療院は、従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
 - 2 介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。
 - 一 施設サービス計画
 - 二 第十二条第四項の規定による居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録
 - 三 第十三条第二項の規定による提供した具体的なサービスの内容等の記録
 - 四 第十六条第五項の規定による身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
 - 五 第二十五条の規定による市町村への通知に係る記録
 - 六 第三十八条第二項の規定による苦情の内容等の記録
 - 七 第四十条第三項の規定による事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- 介護医療院は、提供した介護医療院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。

※施設基準省令第42条の記録の保存期間については、熊本市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例第2条の規定により、5年間保存しなければならない。

第2章 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医療院が、施設として必要な人員基準を満たしていれば足りる。

2 運営に関する基準

原則、介護医療院と同じである。

◆ 内容及び手続の説明及び同意（居宅基準省令第125条準用）

指定短期入所療養介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、短期入所療養介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービス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、サービスの内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得なければならない。

※ 「サービスの内容及び利用期間等について利用申込者の同意」については、書面によって確認することが望ましい。

◆ 対象者（居宅基準省令第144条）

利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るために、一時的に入所して看護、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等を受ける必要がある者

◆ サービス提供困難時の対応（居宅基準省令第10条準用）

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通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定短期入所療養介護を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所療養介護事業者等の照会その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

◆ 指定短期入所療養介護の取扱方針（居宅基準省令第146条第2項、第4項、第5項、第6項）

2 指定短期入所療養介護は、相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、指定短期入所療養介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行わなければならない。

※ 「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合を指すこととするが、4日未満の利用者にあっても、利用者を担当する居宅介護支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況を踏まえて必要な療養を提供するものとする。

4 指定短期入所療養介護の提供に当たっては、当該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を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

5 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定短期入所療養介護事業者は、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（テレビ電話装置等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を実施すること。

7 指定短期入所療養介護事業者は、自らその提供する指定短期入所療養介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

◆ 勤務体制の確保（居宅基準省令第101条準用）

指定短期入所療養介護事業所ごとに、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

※ 月ごとの勤務表を作成するほか、次の点に留意するものとする。

従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別等を勤務表上明確にし、人員に関する基準が満たされていることを明らかにする必要がある。

◆ 運営規程（居宅基準省令第153条）

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。

一 事業の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 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

四 通常の送迎の実施地域

- 五 施設利用に当たっての留意事項
- 六 非常災害対策
- 七 虐待の防止のための措置に関する事項
- 八 その他運営に関する重要事項

※上記七「虐待の防止のための措置に関する事項」については、令和6年4月1日から義務化

◆ 定員の遵守（居宅基準省令第154条第4号）

介護医療院である指定短期入所療養介護事業所にあつては、利用者を当該介護医療院の入所者とみなした場合において入所定員及び療養室の定員を超える利用者数以上の利用者に対して同時に指定短期入所療養介護を行ってはならない。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。

◆ 掲示（居宅基準省令第32条準用）

- 1 指定短期入所療養介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、短期入所療養介護従業者の勤務の体制その他利用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掲示しなければならない。
- 2 指定短期入所療養介護事業者は、重要事項を記載した書面を当該指定短期入所療養介護事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。
- 3 指定短期入所療養介護事業者は、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。

※上記3については、令和7年4月1日から適用

◆ 秘密保持等（居宅基準省令第33条準用）

- 1 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。

◆ 苦情処理（居宅基準省令第36条準用）

提供した指定短期入所療養介護に係る利用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。

◆ 虐待の防止（居宅基準省令第37条の2条準用） **※令和6年4月1日から義務化**

指定短期入所療養介護事業所は、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 短期入所療養介護事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、短期入所療養介護従業者に周知徹底を図ること。
- 二 短期入所療養介護事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。

三 短期入所療養介護事業所において、短期入所療養介護従業者に対し、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。

● 短期入所サービスの連続利用

【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 <9-3 短期入所療養介護（介護医療院）ホ 注12 >】

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、介護医療院における短期入所療養介護費は、算定しない。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 <第13条第1項第21号抜粋 >】

利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

○連続利用日数の考え方

問67 連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、この連続利用日数を計算するにあたり、例えばA事業所にて連続15日間（介護予防）短期入所介護費を請求した後、同日にB事業所（A事業所と同一、隣接若しくは近接する敷地内でない事業所）の利用を開始し、利用開始日を含めて連続15日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求した場合、連続利用日数は何日となるのか。

（答）

30日となる。（介護予防）短期入所生活介護の利用日数は、原則として利用を開始した日及び利用を終了した日の両方を含むものとされており、連続利用日数の考え方もこれに連動して介護報酬を請求した日数をもとに算定されるものである。このため、A事業所からB事業所に利用する事業所を変更した日については、A事業所・B事業所とも介護報酬請求を行うことから、利用変更日は2日と計算される。なお、上記の事例におけるB事業所がA事業所と同一敷地内にある場合、又は隣接若しくは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事業所であった場合は、A事業所は利用を終了した日の介護報酬請求はできないこととなっていることから、連続利用日数は29日となる。

問68 連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、例えばA事業所にて連続30日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求し、同日にB事業所（A事業所と同一、隣接若しくは近接する敷地内でない事業所）の利用を開始した場合、B事業所は利用開始日から介護報酬を請求することが可能であるか。

（答）

A事業所においてすでに連続して30日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求していることから、B事業所は利用開始日においては介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌日からは介護報酬を請求することができる。

なお、上記の事例におけるB事業所がA事業所と同一敷地内にある場合、又は隣接若

しくは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事業所であった場合は、A事業所は利用を終了した日の介護報酬は請求できないこととなっていることから、B事業所は利用開始日には介護報酬を請求することができるが、B事業所の利用開始日をもって連続して30日間（介護予防）短期入所生活介護費を算定していることとなることから、利用開始日の翌日は介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌々日から再び介護報酬を請求することができる。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

第3章 介護報酬算定に関する基準

1 介護医療院サービス費

[算定基準] 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10月厚生省告示第21号）

[算定基準留意事項] 指定居宅サービス等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年老企第40号）

[厚生労働大臣が定める基準] 厚生労働大臣が定める基準（平成27年3月23日号外厚生労働省告示第95号）

[利用者等告示] 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日号外厚生労働省告示第94号）

(1) 所定単位数

	イ. I型介護医療院サービス費					
	サービス費（Ⅰ）		サービス費（Ⅱ）		サービス費（Ⅲ）	
	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室
要介護1	721	833	711	821	694	805
要介護2	832	943	820	930	804	914
要介護3	1,070	1,182	1,055	1,165	1,039	1,148
要介護4	1,172	1,283	1,155	1,264	1,138	1,248
要介護5	1,263	1,375	1,245	1,355	1,228	1,338

	ロ. II型介護医療院サービス費					
	サービス費（Ⅰ）		サービス費（Ⅱ）		サービス費（Ⅲ）	
	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室
要介護1	675	786	659	770	648	759
要介護2	771	883	755	867	743	855
要介護3	981	1,092	963	1,075	952	1,064
要介護4	1,069	1,181	1,053	1,165	1,042	1,154
要介護5	1,149	1,261	1,133	1,245	1,121	1,234

	ハ. 特別介護医療院サービス費			
	I型特別サービス費		II型特別サービス費	
	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室	（ⅰ）従来型個室	（ⅱ）多床室
要介護1	661	764	614	721
要介護2	763	869	707	814

要介護3	988	1,091	905	1,012
要介護4	1,081	1,186	991	1,096
要介護5	1,168	1,271	1,066	1,172

	二. ユニット型Ⅰ型 介護医療院サービス費				ホ. ユニット型Ⅱ型 介護医療院サービス費	
	ユニット型Ⅰ型サービス費(Ⅰ)		ユニット型Ⅰ型サービス費(Ⅱ)		ユニット型Ⅱ型サービス費	
	(一)ユニット型 個室	(二)ユニット型個室 的多床室	(一)ユニット型 個室	(二)ユニット型個室 的多床室	(一)ユニット型 個室	(二)ユニット型個室 的多床室
要介護1	850	850	840	840	849	849
要介護2	960	960	948	948	951	951
要介護3	1,199	1,199	1,184	1,184	1,173	1,173
要介護4	1,300	1,300	1,283	1,283	1,267	1,267
要介護5	1,392	1,392	1,374	1,374	1,353	1,353

	へ. ユニット型特別Ⅱ型介護医療院サービス費			
	ユニット型Ⅰ型 特別サービス費		ユニット型Ⅱ型 特別サービス費	
	(一)ユニット型 個室	(二)ユニット型個室 的多床室	(一)ユニット型 個室	(二)ユニット型個室 的多床室
要介護1	798	798	808	808
要介護2	901	901	904	904
要介護3	1,126	1,126	1,114	1,114
要介護4	1,220	1,220	1,205	1,205
要介護5	1,304	1,304	1,284	1,284

(2) 各サービス費の算定要件

	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅰ)	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅱ)	Ⅰ型介護医療院 サービス費(Ⅲ)
Ⅰ型療養床を有すること	○	○	○
看護職員の数	6:1	6:1	6:1
うち看護師の最低割合	2割以上 ※注1	2割以上 ※注1	2割以上
介護職員の数	4:1 ※注2	4:1 ※注2	5:1
定員超過・人員基準違反なし	○	○	○
リハビリテーションの実施	○	○	○
地域に貢献する活動の実施 ※注3	○	○	○
算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合 ※注4,5	100分の50以上	100分の50以上	100分の50以上
算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注	100分の50以上	100分の30以上	100分の30以上

射が実施された者の割合 ※注 6			
算定日が属する月の前 3 月間の入所者のうち、ターミナルケア実施者の割合 ※注 7	100分の10以上	100分の5以上	100分の5以上
施設サービス計画における対応 ※注 8	○	○	○

注 1 併設型小規模介護医療院の場合は要件なし

注 2 併設型小規模介護医療院の場合は「6 : 1」

注 3 地域に貢献する活動とは、以下の考え方によるものとする。

- a 地域との連携については、基準省令第 39 条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、I 型介護医療院を算定すべき介護医療院においては、自らの創意工夫によってさらに地域に貢献する活動を行うこと。
- b 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医療院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。

注 4 重篤な身体疾病を有する者とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- a NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態
- b Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態または連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態
- c 各週二日以上的人口腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。
 - (a) 常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
 - (b) 透析アミロイド症で毛根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - (c) 出血性消化器病変を有するもの
 - (d) 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- d Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態
- e 連続する三日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態
- f 単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態
- g 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「咽頭ファイバースコープ」をいう。）により誤嚥が認められる。（咽頭侵入が認められる場合を含む。）状態

注 5 身体合併症を有する認知症高齢者とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- a 認知症であって、悪性腫瘍と診断されたもの
- b 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断されたもの
 - (a) パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）
 - (b) 多系統萎縮症（線状体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
 - (c) 筋萎縮性側索硬化症
 - (d) 脊髄小脳変性症
 - (e) 広範脊柱管狭窄症
 - (f) 後縦靭帯骨化症
 - (g) 黄色靭帯骨化症
 - (h) 悪性関節リウマチ
- c 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はⅤに該当するもの

注 6 経管栄養の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、過去 1 年間に経管栄養が実施されていたものであって、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和 2 年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）は、経管栄養が実施されている者として取り扱う。また、喀痰吸引の実施とは、過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、口腔衛生管

理加算を算定されている者又は平成 30 年度から令和 2 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（平成 30 年度から令和 2 年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）は、喀痰吸引が実施されている者として取り扱う。「インスリン注射」の実施においては、自ら実施する者は除くものであること。同一の者について、例えば、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、2つの処置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含めること。

注 7 ターミナルケア実施者とは、以下のいずれにも該当する者を指すものである。（以下同じ）

- ① 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ② 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ③ 医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態または家族等の求め等に応じ随時、入所者等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。
- ④ ②③について、入所者本人及びその家族等と話し合いを行い、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

注 8 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

	Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅰ)		Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅱ)	Ⅱ型介護医療院 サービス費(Ⅲ)
	併設型小規模介 護医療院以外	併設型小規模 介護医療院		
Ⅱ型療養床を有すること	○	○	○	○
看護職員の数	6 : 1	6 : 1	6 : 1	6 : 1
介護職員の数	4 : 1	6 : 1	5 : 1	6 : 1
定員超過・人員基準違反なし	○	○	○	○
(A)算定日が属する月の前3月間の 入所者のうち、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 症高齢者の占める割合 ※注9	(A) 100 分の 20 以上	(A)×19÷定員 100 分の 20 以上	(A) 100 分の 20 以上	(A) 100 分の 20 以上
(B)算定日が属する月の前3月間の 入所者のうち、喀痰吸引又は経管 栄養が実施された者の割合 ※注 10・注 11	(B) 100 分の 15 以上	(B)×19÷定員 100 分の 15 以上	(B) 100 分の 15 以上	(B) 100 分の 15 以上
(C)算定日が属する月の前3月間の 入所者のうち、著しい精神症状、周 辺症状若しく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、行動若しくは意思疎通の困難 さが頻繁に見られ、専門医療を必 要とする認知症高齢者（日常生活 自立度Ⅳ以上）の占める割合 ※ 注 12	又は (C) 100 分の 25 以上	又は (C)×19÷定員 100 分の 25 以上	又は (C) 100 分の 25 以上	又は (C) 100 分の 25 以上
ターミナルケア体制の整備 ※注 13	○	○	○	○

施設サービス計画における対応 ※注 14	○	○	○	○
-------------------------	---	---	---	---

※注 9 認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する者の合計についてへに示す方法で算出した割合が、基準を満たすものであること。

※注 10 喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の合計についてへに示す方法で算出した割合が、基準を満たすものであること。

※注 11 「経管栄養」の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、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又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）は、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。こと。「喀痰吸引」の実施とは、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又は平成30年度から令和2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（平成30年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）については、喀痰吸引が実施されている者として取り扱うものとする。こと。同一の者について、例えば、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、2つの処置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含める。

※注 12 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する者の合計についてへに示す方法で算出した割合が、基準を満たすものであること。

※注 13 医師が一般的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に対し、他の関係者との連携の上、入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画を作成し、医師、看護師、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族への説明を行い、同意を経てターミナルケアを行う体制であること。

※注 14 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

	Ⅰ型特別介護医療院サービス費		Ⅱ型特別介護医療院サービス費	
	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院
療養床の種類	Ⅰ型	Ⅰ型	Ⅱ型	Ⅱ型
看護職員の数	6 : 1	6 : 1	6 : 1	6 : 1
うち看護師の最低割合	2割以上	要件なし	要件なし	要件なし
介護職員の数	5 : 1	6 : 1	6 : 1	6 : 1
定員超過・人員基準違反なし	○	○	○	○
ターミナルケア体制の整備 ※注 15	○	○	○	○
Ⅰ型介護医療院サービス費及びⅡ型介護医療院サービス費に該当しない	○	○	○	○

※注 15 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

※ 特別介護医療院サービス費を適用する場合、退所時栄養情報連携加算、再入所時栄養連携加算、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算、退所時情報提供加算（Ⅰ）（Ⅱ）、退所前連携加算、訪問看護指示加算、経口移行加算、経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）、口腔衛生管理加算、在宅復帰支援機能加算、特別診療費、排せつ支援加算、自立支援促進加算、科学的介護推進体制加算、安全対策体制加算は算定できません。

（３）介護医療院サービス費の対象となるサービスの範囲

医療保険の診療報酬点数表における入院基本料（入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。）、夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算に相当するもの並びにおむつ代を含むものであること。

（４）看護職員又は介護職員の数の算定について

- ① 看護職員の数は、療養棟において実際に入所者の看護に当たっている看護職員の数である。併設医療機関又は事業所の職務に従事する場合は、当該介護医療院において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護医療院の職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設医療機関又は事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。
- ② 介護職員の数は、療養棟において実際に入所者の介護に当たっている介護職員の数である。併設医療機関又は事業所の職務に従事する場合は、当該介護医療院において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護医療院の職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設医療機関又は事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。

- 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であつて、従来型個室への入所期間が３０日以内であるもの。
 - ・ ６．４㎡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

◆ 介護保健施設サービス費と居住費等について

- ・ 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	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

【夜勤体制減算 -25 単位/日】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に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を満たすものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院における当該届出に係る療養棟（略）において、介護医療院サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数から25単位を控除して得た単位数を算定する。

(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)

「1. 人員に関する基準」◇看護・介護職員の夜勤体制の項目を参照。

【入所者数や職員数による減算】

(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 十五)

- ・ 入所者の数が入所者の定員を超える場合に減算 …………… × 70/100算定
- ・ 医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員の員数が基準に満たない場合に減算 …………… × 70/100算定
- ・ 看護師が基準に定められた看護職員の員数の20%未満の場合に減算… × 90/100算定

【ユニットにおける職員に係る減算 ×97/100 算定】

注2 ニからへまでについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

(厚生労働大臣が定める基準)

六十八の三 介護医療院におけるユニットケアに関する減算に係る施設基準
第十一号の規定を準用する。

十一

イ 日中については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

ロ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

【身体拘束廃止未実施減算 ×10/100 減算】

注3 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(厚生労働大臣が定める基準)

百 介護医療院サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号。以下「介護医療院基準」という。）第十六条第五項及び第六項並びに第四十七条第七項及び第八項に規定する基準に適合していること。

(施設基準省令)

第十六条

5 介護医療院は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 介護医療院は、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
に実施すること。

(留意事項)

5の(5)を準用する。

5の(5)

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第11条第5項又は第42条第7項の記録（指定介護老人福祉施設基準第11条第4項又は第42条第6項に規定する身体的拘束等を行う場合の記録）の記録を行っていない場合及び施設基準第16条第6項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。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こととする。

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）がなされていなければ減算の適用となるのか。

（答）

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）

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）

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)

【安全管理体制未実施減算 -5単位/日】

注4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、安全管理体制未実施減算として、1日につき5単位を所定単位数から減算する。

(厚生労働大臣が定める基準)

百の二 介護医療院サービスにおける安全管理体制未実施減算の基準

介護医療院基準第40条第1項に規定する基準に適合していること。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第40条 介護医療院は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号の報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(留意事項)

安全管理体制未実施減算については、介護医療院基準第40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。

【高齢者虐待防止措置未実施減算 ×1/100 減算】

<令和6年度：新設>

注5 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(厚生労働大臣が定める基準)

百の二の二 介護医療院サービスにおける高齢者虐待防止措置未実施減算の基準

介護医療院基準第四十条の二（介護医療院基準第五十四条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

(虐待の防止)

第四十条の二 介護医療院は、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 当該介護医療院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 当該介護医療院における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 三 当該介護医療院において、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。

(留意事項)

5の(6)を準用する。

5の(6)

高齢者虐待防止措置未実施減算については、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第35条の2（指定介護老人福祉施設基準第49条において準用している場合も含む。）に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催していない、虐待の防止のための指針を整備していない、虐待の防止のための研修を年2回以上実施していない又はこれらを適切に実施するための担当者を置い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、入居者全員について所定単位数から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)

- ・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)

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)

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 (Vol. 1) (令和6年3月15日)

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)

「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)

【業務継続計画未策定減算 ×3/100 減算】

<令和6年度：新設>

注6 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(厚生労働大臣が定める基準)

百の二の三 介護医療院サービスにおける業務継続計画未策定減算の基準

介護医療院基準第三十条の二第一項（介護医療院基準第五十四条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

(業務継続計画の策定等)

第三十条の二 介護医療院は、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医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、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。

2 介護医療院は、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。

3 介護医療院は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(留意事項)

5の(7)を準用する。

5の(7) 業務継続計画未策定減算について

業務継続計画未策定減算については、指定介護老人福祉施設基準第24条の2第1項（指定介護老人福祉施設基準第49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、所定単位数から減算することとする。

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)

- ・ 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 (Vol.6) (令和6年5月17日)

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)

- ・ 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 (Vol. 1) (令和6年3月15日)

【栄養管理に係る減算 -14単位/日】

＜令和6年4月より適用＞

注7 栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、1日につき14単位を所定単位数から減算する。

（厚生労働大臣が定める基準）

百の三 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスの注7の厚生労働大臣が定める基準

介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び介護医療院基準第20条の2（介護医療院基準第54条において準用する場合を含む。）に規定する基準のいずれにも適合していること。

（栄養管理）

第20条の2 介護医療院は、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。

（留意事項）

栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護医療院基準第20条の2（介護医療院基準第54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。）。

【療養環境減算（Ⅰ）（Ⅱ） 各-25単位/日】

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護医療院について、療養環境減算として、当該施設基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。

イ 療養環境減算（Ⅰ） 25単位

ロ 療養環境減算（Ⅱ） 25単位

（厚生労働大臣が定める施設基準）

六十八の四 介護医療院における療養環境減算に係る施設基準

第十九号の三の規定を準用する。

十九の三 指定短期入所療養介護における療養環境減算に係る施設基準

イ 療養環境減算（Ⅰ）に係る施設基準

介護医療院の療養室（介護医療院基準第五条第二項第一号に規定する療養室をいう。以下この号、第二十一号の二及び第六十八号の二において同じ。）に隣接する廊下の幅が、内法による測定で、1.8メートル未満であること。（両側に療養室がある廊下の場合にあっては、内法による測定で、2.7メートル未満であること。）

ロ 療養環境減算（Ⅱ）に係る施設基準

介護医療院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未満であること。

（留意事項）

① 3の（6-1）⑦を準用する。

3の（6-1）⑦

⑦ 療養環境減算について

イ 療養環境減算（Ⅰ）は、介護医療院における短期入所療養介護を行う場合に、当該介護医療院の療養室に隣接する廊下幅が、内法による測定で壁から測定して、1.8メートル未満である場合に算定するものである。なお、両側に療養室がある場合の廊下の場合にあっては、内法による測定で壁から測定して、2.7メートル未満である場合に算定することとする。

ロ 療養環境減算（Ⅱ）は、介護医療院における短期入所療養介護を行う場合に、当該介護医療院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未満である場合に算定すること。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 療養棟ごとの適用について

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

【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9 II型介護医療院サービス費（Ⅰ）のII型介護医療院サービス費（ii）、II型介護医療院サービス費（Ⅱ）のII型介護医療院サービス費（ii）、II型介護医療院サービス費（Ⅲ）のII型介護医療院サービス費（ii）及びII型特別介護医療院サービス費のII型特別介護医療院サービス費（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医療院については、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）

六十八の四の二 介護医療院における室料相当額控除に係る施設基準

介護医療院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、当該介護医療院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以上である場合、多床室の利用者に係るⅡ型介護医療院サービス費及びⅡ型特別介護医療院サービス費について、室料相当額を控除することとする。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。

【夜間勤務等看護加算】

注9 別に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を満たすものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院については、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

- イ 夜間勤務等看護（Ⅰ） 23単位
- ロ 夜間勤務等看護（Ⅱ） 14単位
- ハ 夜間勤務等看護（Ⅲ） 14単位
- ニ 夜間勤務等看護（Ⅳ） 7単位

(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)

第二号ハ（3）の規定を準用する。

第二号ハ（3）

- (一) 夜間勤務等看護（Ⅰ）を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が、介護医療院サービスの利用者の数及び入所者の数の合計数が**十五**又はその端数を増すごとに一以上であり、かつ、二以上であること。
- (二) 夜間勤務等看護（Ⅱ）を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
(一)の規定を準用する。この場合において、(一)の規定中「十五」とあるのは、「**二十**」と読み替えるものとする。
- (三) 夜間勤務等看護（Ⅲ）を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
 - a (一)の規定を準用する。この場合において、(一)の規定中「看護職員」とあるのは、「看護職員又は介護職員」と読み替えるものとする。
 - b 当該介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が一以上であること。
- (四) 夜間勤務等看護（Ⅳ）を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
(一)の規定を準用する。この場合において、(一)の規定中「看護職員」とあるのは「看護職員又は介護職員」と、「十五」とあるのは「二十」と読み替えるものとする。

(留意事項)

介護医療院サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護（Ⅰ）から（Ⅳ）までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めているところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

- ① 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位で職員数を届け出ること。
- ② 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。
- ③ 1日平均夜勤職員数又は月平均夜勤時間数が以下のいずれかに該当する月においては、入所者の全員について、所定単位数が減算される。夜間勤務等看護加算を算定している介護医療院において、届け出していた夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様に取り扱うものとする。
 - イ 前月において1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。
 - ロ 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間（暦月）継続していたこと。
- ④ 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。
- ⑤ 当該施設ユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対して行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たさず場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われること。

【若年性認知症入所者受入加算 120単位/日】

注10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、若年性認知症患者（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入院患者をいう。）に対して介護医療院サービスを行った場合は、若年性認知症患者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算する。ただし、ラ（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。

(厚生労働大臣が定める基準)

六十四 第十八号の規定を準用する。

十八 受け入れた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をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。

(留意事項)

2の(18)を準用する。

2の(18)

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。

【外泊時費用 362単位/日】

注1 1 入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は、算定できない。

(留意事項)

5の(20) (④のニを除く。)を準用する。この場合において「入院又は外泊」とあるのは、「外泊」と読み替えるものとする。

5の(20)

① 注20〔注11〕により入院又は外泊時の費用の算定について、入院又は外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院又は外泊を行う場合は、6日と計算されること。

(例)

入院又は外泊期間：3月1日～3月8日(8日間)

3月1日 入院又は外泊の開始……………所定単位数を算定

3月2日～3月7日(6日間)……………1日につき246単位を算定可

3月8日 入院又は外泊の終了……………所定単位数を算定

② 入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、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には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。

③ 入所者の入院又は外泊の期間中で、かつ、入院又は外泊時の費用の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、入院又は外泊時の費用は算定できないこと。

④ 入院又は外泊時の取扱い

イ 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、1回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで入院又は外泊時の費用の算定が可能であること。

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院……………所定単位数を算定

1月26日～1月31日(6日間)……………1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日(6日間)……………1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日……………費用算定不可

3月8日 退院……………所定単位数を算定

- ロ 「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ものであること。
- ハ 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されないものであること。
- ニ 「入院」の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

【試行的退所サービス費 800単位/日】

注12 入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護医療院が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、注11を算定している場合は算定しない。

(留意事項)

- ① 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、薬剤師、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。
- ② 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- ③ 試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護医療院の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。
- ④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
 - イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ロ 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
 - ハ 家屋の改善の指導
 - ニ 当該入所者の介助方法の指導
- ⑤ 試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
- ⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、5の(20)の①及び②を準用する。1回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは6日以内とする。
- ⑦ 利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において試行的退所サービス費を併せて算定することは可能であること。
- ⑧ 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、介護医療院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。

【他科受診時費用 362単位/日】

注13 入所者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該入所者に対し病院又は診療所において当該診療が行われた場合は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する。

(留意事項)

- ① 介護医療院の入所者が、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた場合には、協力医療機関その他の医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- ② 介護医療院サービス費を算定している入所者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。
- ③ ②にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する入所者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護医療院に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該入所者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関において、別途定める診療行為が行われた場合に限る。）は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護医療院サービス費は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定するものとする。
当該所定単位数を算定した日においては、特別診療費に限り別途算定できる。
- ④ 他医療機関において③の規定により費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該利用者が入所している介護医療院において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報（当該介護医療院での介護医療院サービス費及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者が入所している介護医療院が負担する。）とともに、診療録にその写しを添付する。

【ト 初期加算 30単位/日】

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

(留意事項)

6の(21)の①から③までを準用する。

6の(21)の①から③

- 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MI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。

【チ 退所時栄養情報連携加算 70単位】

<令和6年度：新設>

注 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、介護医療院から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下この注において「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは、1月につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イからへまでの注7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。

(利用者等告示)

七十三 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのチの注及びりの注の厚生労働大臣が定める特別食
第十二号に規定する特別食

十二 指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費の二の注1のイの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。）

(留意事項)

5の(23)を準用する。

5の(23)

- ① 退所時栄養情報連携加算は、指定介護老人福祉施設と医療機関等の有機的連携の強化等を目的としたものであり、入所者の栄養に関する情報を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。
- ② 退所時栄養情報連携加算は、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、指定介護老人福祉施設からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に關す

る情報を提供したときに算定できる。また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。

なお、当該加算は、当該入所者が退所した日の属する月において、1月に1回を限度として算定できる。

- ③ 栄養管理に関する情報とは、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。
- ④ 栄養管理に関する情報の提供については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。
- ⑤ 退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス40%以上又はBMIが30以上）の入所者に対する治療食をいう。

なお、**高血圧の入所者に対する減塩食**（食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。）及び**嚥下困難者**（そのために摂食不良となった者も含む。）**のための流動食**は、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる**特別食に含まれる**。

【リ 再入所時栄養連携加算 200単位】

＜令和6年度：改訂＞

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院に入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護医療院に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、当該介護医療院の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに、入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イからへまでの注7を算定している場合は、算定しない。

（利用者等告示）

七十三 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのチの注及びリ
の注の厚生労働大臣が定める特別食
第十二号に規定する特別食

十二 指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費の二の注1のイの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。）

(留意事項)

5の(24)を準用する。

5の(24)

- ① 指定介護老人福祉施設に入所していた者が、医療機関に入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定介護老人福祉施設に入所（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 当該指定介護老人福祉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つては、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つては、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。

【又 退所時指導等加算】

<令和6年度：一部新設>

- (1) 退所時等指導加算
 - (一) 退所前訪問指導加算 460単位
 - (二) 退所後訪問指導加算 460単位
 - (三) 退所時指導加算 400単位

- (四) 退所時情報提供加算
a 退所時情報提供加算(I) 500単位
b 退所時情報提供加算(II) 250単位
(五) 退所前連携加算 500単位
(2) 訪問看護指示加算 300単位

注1 (1)の(一)については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、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1回(入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められる入所者にとっては、2回)を限度として算定する。

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を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

2 (1)の(二)については、入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後1回を限度として算定する。

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を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

3 (1)の(三)については、入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所時に、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、入所者1人につき1回を限度として算定する。

4 (1)の(四)のaについては、入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

5 (1)の(四)のbについては、入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

6 (1)の(五)については、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の利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

- 7 (2)については、入所者の退所時に、介護医療院の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限る。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

(留意事項)

8 (24)

① 退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算

イ 退所前訪問指導加算については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行った場合に、入所中1回に限り算定するものである。

なお、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ 退所後訪問指導加算については、入所患者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものである。

ハ 退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ニ 退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- 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

ホ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、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。

ヘ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

ト 退所前訪問指導及び退所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。

② 退所時指導加算

イ 退院時指導の内容は、次のようなものであること。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導

- b 退院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
- c 家屋の改善の指導
- d 退院する者の介助方法の指導 6 の (21) ③ のイを準用する。
- ロ ① の二からトまでは、退所時指導加算について準用する。

③ 退所時情報提供加算（Ⅰ）

6 の (25) ② を準用する。

6 の (25) ②

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。

④ 退所時情報提供加算（Ⅱ）

6 の (25) ③ を準用する。

6 の (25) ③

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。

⑤ 退所前連携加算

イ 5 の (25) の ③ イ 及び ロ を準用する。

5 の (25) の ③

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

ロ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ロ ① の二及びホを準用する。

①

ニ 退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- 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

ホ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、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。

⑥ 訪問看護指示加算

- イ 介護医療院から交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。
- ロ 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。
- ハ 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こと。
- ニ 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。
- ホ 訪問看護の指示を行った介護医療院は、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。

【退所前連携加算】

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)

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) (令和3年3月26日)

【退所時情報提供加算】

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)

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) (令和6年3月19日)

【ル 協力医療機関連携加算】

＜令和6年度：新設＞

注 介護医療院において、協力医療機関（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項本文（同令第54条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関をいう。）との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的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、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項各号に掲げる要件を満たしている場合 **50単位**

(2) (1) 以外の場合 5単位

(留意事項)

5の(27)を準用する。

5の(27)

- 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で開催することを評価するものである。
- ② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。
- ③ 協力医療機関が指定介護老人福祉施設基準第28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（令和7年3月31日までの間は100単位）、それ以外の場合は(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、指定介護老人福祉施設基準第28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 「会議を定期的で開催」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、指定介護老人福祉施設基準第28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 127 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)

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 (Vol. 1) (令和6年3月15日)

問13 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)

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3月19日)

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)

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 (Vol. 3) (令和6年3月29日)

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に行っている場合」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)

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) (令和6年6月7日)

【ヲ 栄養マネジメント強化加算 11単位/日】

注 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介護医療院において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネ

ジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理体制未実施減算を算定している場合は、算定しない。

(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 通所介護費等算定方法第十五号に規定する基準（定員超過利用・人員基準欠如）のいずれにも該当しないこと。

(留意事項)

5の(28)を準用すること。

5の(28)

- ① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
 - ② 大臣基準第65号の3イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。
- イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。
- ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は

再開の場合は推定数による。) 。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順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支えない。

ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。

⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点が見られた場合は、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65号の3ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、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（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（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 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)

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

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)

【ワ 経口移行加算 28単位/日】

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、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日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算する。ただし、イからへまでの注7（栄養管理に係る減算）を算定している場合は、算定しない。

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。

(留意事項)

5の(29)を準用する。

5の(29)

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、次に掲げるイからへまでの通り、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、介護福祉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、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挙上が認められること。）。

ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

③ 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとする。

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

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

○ 経口移行加算について

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）

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。

※平成17年10月改定関係Q & A（平成17年9月7日）問74の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

【カ 経口維持加算】

(1)経口維持加算Ⅰ 400単位

(2)経口維持加算Ⅱ 100単位

注1 経口維持加算(Ⅰ)については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められ入所者に対して、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。ただし、イからへまでの注7（栄養管理に係る減算）若しくは経口移行加算を算定している場合は、算定しない。

注2 (2)については、協力歯科医療機関を定めている介護医療院が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第4条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。

(留意事項)

5の(30)を準用する。

5の(30)

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、介護福祉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）

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）

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。

※介護老人福祉施設等に関するQ&A（平成18年3月31日）問3の修正。

問94 水飲みテストとはどのようなものか。

（答）

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、102 2712 76、1982）をお示しする。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A Vol 1) (平成30年3月23日) 問72の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

【ヨ 口腔衛生管理加算】

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 口腔衛生管理加算(I) 90単位

(2) 口腔衛生管理加算(II) 110単位

(厚生労働大臣が定める基準)

六十九 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二回以上行うこと。
- (3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- (4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
- (5) 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

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)

5の(31)を準用する。

5の(31)

- 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おいては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。
- ③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配

慮すべき事項とする。) 、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。

④ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔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(令和6年6月以降、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)

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) (令和3年3月26日)

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)

貴見のとおり。

問96 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)

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。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A Vol 1）（平成30年3月23日）問76の修正。

問97 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)

月途中からの入所であっても、月2回以上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。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A Vol 1）（平成30年3月23日）問78の修正。

問98 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)

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。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A Vol 1）（平成30年3月23日）問79の修正。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

【タ 療養食加算 6単位】

注 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として、所定単位数を加算する。

イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

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

ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において行われていること。

(利用者等告示)

七十四 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのタの注の厚生労働大臣が定める療養食

第二十三号に規定する療養食

二十三 指定居宅サービス介護給付費単位数表の短期入所生活介護費の二の注の厚生労働大臣が定め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き提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食。

(留意事項)

5の(32)を準用する。

5の(32)

2の(21)を準用する。なお、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することが可能である。

2の(21)

- ① 療養食の加算については、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、利用者等告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。
- ② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。
- ③ 前記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。
- ④ 減塩食療法等について
心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。
また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未満の減塩食をいうこと。
- ⑤ 肝臓病食について
肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。）等をいうこと。
- ⑥ 胃潰瘍食について
十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。
- ⑦ 貧血食の対象者となる入所者等について
療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。
- ⑧ 高度肥満症に対する食事療法について
高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMI（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こと。
- ⑨ 特別な場合の検査食について

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

⑩ 脂質異常症食の対象となる入所者等について

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

【レ 在宅復帰支援機能加算 10単位/日】

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合にあつては、1日につき所定単位数を加算する。

イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。

ロ 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、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供及び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。

(厚生労働大臣が定める基準)

九十一 第七十号の規定を準用する。この場合において、同号イ中「百分の二十」とあるのは、「百分の三十」とする。

七十 イ 算定日が属する月の前六月間において当該施設から退所した者（在宅・入所相互利用加算を算定しているものを除く。以下この号において「退所者」という。）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一月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が百分の十を超えていること。

ロ 退所者の退所後三十日以内に、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（指定居宅介護支援等基準第一条の二第三項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）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一月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

(留意事項)

5の(36)を準用する。

5の(36)

① 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。

退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町

村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。

② 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。

イ 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

ロ 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

ハ 家屋の改善に関する相談援助

ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助

③ 在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

【ソ 特別診療費】

注 電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、入所者に対して、指導管理、リハビリテーション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、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算定する。

※個別項目については、後述

【ツ 緊急時施設診療費】

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医療行為につき算定する。

(1) 緊急時治療管理(1日につき) 518単位

注1 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。

2 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

注 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。

(厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等)

(略)

(留意事項)

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、介護医療院に

において緊急その他やむを得ない事情により施設診療を行うときがあるので、緊急時施設診療費は、このような場合に行われる施設診療を評価するために設けられていること。

① 緊急時治療管理

6の(37)①を準用する。

6の(37)①

イ 緊急時治療管理は、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511単位を算定すること。

ロ 緊急時治療管理は、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。例えば、1月に連続しない2日を3回算定することは認められないものであること。

ハ また、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こと。

ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。

- a 意識障害又は昏睡
- b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- c 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- d ショック
- e 重篤な代謝障害
- f その他薬物中毒等で重篤なもの

② 特定治療

イ 特定治療は、介護医療院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1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こと。

ロ 算定できないものは、利用者等告示第74の2号に示されていること。

ハ ロの具体的取扱いは、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。

【ネ 認知症専門ケア加算】

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

- (1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位
- (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位

(厚生労働大臣が定める基準)

三の五 イ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、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者(以下この号において「対象者」という。)の占める割合が二分の一以上であること。
- (2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所又は施設における対象者の数が二十人未満である場合にあっては一以上、対象者の数が二十人以上である場合にあっては一に対象者の数が十九を超えて十又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- (3) 当該事業所又は施設の従業者に対する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。

ロ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イの基準のいずれにも適合すること。
- (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一名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- (3) 当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。

(留意事項)

5の(38)を準用する。

5の(38)

- 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）

・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）

- ・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（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。

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）

- ・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）

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られた者であって、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）

- ・ 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）

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、自治体の実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

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）

含むものとする。

問26 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)

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。

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)

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 (Vol. 3) (令和6年3月29日)

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)

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 (Vol. 6) (令和6年5月17日)

【ナ 認知症チームケア推進加算】

＜令和6年度：新設＞

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

合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

(1) 認知症チームケア推進加算(I) 150単位

(2) 認知症チームケア推進加算(II) 120単位

(厚生労働大臣が定める基準)

五十八の五の二 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) 事業所又は施設における利用者又は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。)の占める割合が二分の一以上であること。

(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一名以上配置し、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一名以上配置し、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。

(利用者等告示)

七十四の三の二 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのナの注の厚生労働大臣が定める者

第四十一号の二に規定する者(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)

(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)

第2 加算対象者

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」とは、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を指す。

第3 加算要件

(1) 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(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。

(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)

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。

第4 その他

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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ことが良いか。

(答)

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)

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)

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)

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 (Vol. 2) (令和6年3月19日)

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）

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）

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 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）

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 (Vol. 6) (令和6年5月17日)

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) (令和6年8月29日)

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)

- ・ 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) (令和6年3月19日) 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)

- ・ 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)

- ・ 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が、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づく打合せ記録をもって代えることができるか。

(答)

- ・ 貴見のとおり。

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

【ラ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位】

注 電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、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、介護医療院サービスを行った場合は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。

(留意事項)

5の(40)を準用する。

5の(40)

- ① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- ② 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人福祉施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。
- ③ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人福祉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することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。
- ④ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。

- ⑤ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。
- a 病院又は診療所に入院中の者
 - b 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
 - c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ⑥ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- ⑦ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。
- ⑧ 当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人福祉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こととする。

【ム 重度認知症疾患療養体制加算】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、入所者に対して、介護医療院サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)
 - (一) 要介護1又は要介護2 140単位
 - (二) 要介護3、要介護4又は要介護5 40単位
- (2) 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)
 - (一) 要介護1又は要介護2 200単位
 - (二) 要介護3、要介護4又は要介護5 100単位

(厚生労働大臣が定める施設基準)

六十八の六 介護医療院における重度認知症疾患療養体制加算に係る施設基準
第二十一号の三の規定を準用する。

二十一の三 イ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)の基準

- (1) 看護職員の数が、常勤換算方法で、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者（以下この号において「入所者等」という。）の数の合計数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、そのうち当該介護医療院における入所者等の数を四をもって除した数（その数が一に満たないときは、一とし、その数に一に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）

から当該介護医療院における入所者等の数を六をもって除した数（その数が一に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。

- (2) 当該介護医療院に専任の精神保健福祉士（精神保健福祉士法（平成九年法律第百三十一号）第二条に規定する精神保健福祉士をいう。口において同じ。）又はこれに準ずる者及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ一名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院短期入所療養介護を提供していること。
- (3) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前三月におい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者の割合が二分の一以上であること。
- (4) 近隣の精神科病院（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第十九条の五に規定する精神科病院をいう。以下この（4）及び口において同じ。）と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院（同法に基づくものに限る。口において同じ。）させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週四回以上行う体制が確保されていること。
- (5) 届出を行った日の属する月の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

ロ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）の基準

- (1) 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数が四又はその端数を増すごとに一以上
- (2) 当該介護医療院に専ら従事する精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び作業療法士がそれぞれ一名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院短期入所療養介護を提供していること。
- (3) 六十平方メートル以上の床面積を有し、専用の器械及び器具を備えた生活機能回復訓練室を有していること。
- (4) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前三月におい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特に介護を必要とする認知症の者の割合が二分の一以上であること。
- (5) 近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週四回以上行う体制が確保されていること。
- (6) 届出を行った日の属する月の前三月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

(留意事項)

3（6-1）⑦及び⑧を準用する。

3（6-1）⑦及び⑧

イ 重度認知症疾患療養体制加算については、施設単位で体制等について届け出ること。

ロ 施設基準第21号の3イ(3)及び施設基準第21号の3ロ(4)の基準において、入所者等が全て認知症の者とあるのは、入所者等が全て認知症と確定診断されていることをいう。ただし、入所者については、入所後3か月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE (Mini Mental State Examination) において23点以下の者又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において20点以下の者を含むものとする。短期入所療養介護の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。なお、認知症の確定診断を行った結果、認知症でないことが明らかになった場合には、遅滞なく適切な措置を講じなければならない。

ハ 施設基準第21の3号イ(3)の基準において、届出を行った日の属する月の前三月におい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者の割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 届出を行った日の属する月の前三月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb以上に該当する者の延入所者数

(ii) 届出を行った日の属する月の前三月における認知症の者の延入所者数

ニ 施設基準第21の3号ロ(4)の基準において、届出を行った日の属する月の前三月におい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特に介護を必要とする認知症の者の割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 届出を行った日の属する月の前三月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ以上に該当する者の延入所者数

(ii) 届出を行った日の属する月の前三月における認知症の者の延入所者数

ホ 施設基準第21の3号ロ(3)の基準における生活機能回復訓練室については、「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成30年3月22日老老発0322第1号)のとおり、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、生活機能回復訓練室については、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。

ヘ 施設基準第21の3号イ(4)及び施設基準第21の3号ロ(5)の基準で規定している医師が診察を行う体制については、連携する近隣の精神科病院に勤務する医師が当該介護医療院を週4回以上訪問し、入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を行っていること。ただし、老人性認知症疾患療養病棟(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第4条第2項に規定する病床により構成される病棟を有する病院の当該精神科病床)の全部又は一部を転換し開設した介護医療院にあっては、当該介護医療院の精神科医師又は神経内科医師が入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を週4回以上行うことで差し支えない。なお、その場合であっても、近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制が確保されている必要がある。

【ウ 排せつ支援加算】

＜令和6年度：改定＞

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

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

(厚生労働大臣が定める基準)

七十一の三

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) 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時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又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつ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、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。

ロ 排せつ支援加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

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)

5の(42)を準用する。

5の(42)

- 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（P l a n）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（A c t i o n）といったサイクル（以下この(36)において「P D C A」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(ウ)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、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者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、かつ、(ウ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。

問101 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)

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102 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(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)

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103 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(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)

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。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3) (令和3年3月26日)

問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)

- ・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 (Vol.1) (令和6年3月15日)

【**中** 自立支援促進加算 **280**単位/月】

＜令和6年度：改定＞

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

(厚生労働大臣が定める基準)

七十一の四 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、介護福祉施設サービス、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自立支援促進加算の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも**三月に一回**医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。

ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要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、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ニ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

(留意事項)

5の(43)を準用する。

5の(43)

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)

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、その旨を本人又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) (令和3年3月23日)

問100 加算の算定を開始しようとする場合、すでに施設に入所している入所者について、提出が必要な情報は、当該時点の情報に加え、施設入所時の情報も必須なのか。

(答)

既に施設に入所している入所者については、入所時の介護記録等にて評価が可能であれば、施設入所時の情報を提出していただきたいが、やむを得ず仮に提出ができない場合であっても、加算の算定ができなくなるものではない。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

問4 本加算の目的にある「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こと」とはどのような趣旨か。

(答)

- ・ これまで、
 - 一 寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害は、適切なケアを行うことにより、回復や重度化防止が期待できること
 - 一 中重度の要介護者においても、離床時間や座位保持時間が長い程、ADLが改善すること等が示されており(※)さらに、日中の過ごし方を充実したものとすることで、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていくこと、さらには、機能障害があってもADLおよびIADLを高め、社会参加につなげていくことが重要である。
- ・ 介護保険は、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、必要なサービス提供することを目的とするものであり、本加算は、これらの取組を強化し行っている施設を評価することとし、多職種で連携し、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」等の観点から作成した支援計画に基づき、適切なケアを行うことを評価することとしたものである。

※ 第185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料123 ページ等を参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>

問5 「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」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。

(答)

- ・ 具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最期までの尊厳の保持に資する取組を求めるものである。
- ・ なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明する必要があり、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があっても

関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。

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」（平成12年3月8日老企第40号）第2の5(37)⑥a～f等に基づくものをいう。以下同じ。）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）

- ・ 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、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低い傾向にある（※）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－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>

問7 支援計画の実施にあたっては、原則として「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」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。

（答）

- ・ 具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、
 - － 個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定
 - － 慣れ親しんだ食器等の使用
 - － 管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。
- ・ また、
 - － 経管栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきではない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようすること
 - － 入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮することといった取組を想定している。
- ・ なお、衛生面に十分配慮のうえ、本人の状況を踏まえつつ、調理から喫食まで120分以

内の範囲にできるように配膳することが望ましいが、結果的に喫食出来なかった場合に、レトルト食品の常備食を提供すること等も考えられること。

問8 支援計画の実施にあたっては、原則として「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」とされているが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

(答)

- ・ 排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。
- ・ このため、本加算は、日中の通常のケア（※）において、多床室でポータブルトイレを使用している利用者がいないことを想定している。

※ 通常のケアではないものとして、特定の入所者について、在宅復帰の際にポータブルトイレを使用するため、可能な限り多床室以外での訓練を実施した上で、本人や家族等も同意の上で、やむを得ず、プライバシー等にも十分に配慮して一時的にポータブルトイレを使用した訓練を実施する場合が想定される

- ・ なお、「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは、
 - － トイレで排せつするためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支援計画を作成し定期的に見直すことや、
 - － 入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつリズムや、本人のQOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえず、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないことを想定している。

問9 支援計画の実施にあたっては、原則として「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」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。

(答)

- ・ 尊厳の保持の観点から、すべての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽（個人浴槽を除く。）を利用している入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、
 - － 入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定することや
 - － 本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること
 - － 脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮に十分留意すること等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。
- ・ また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。
- ・ なお、重度の要介護者に対して職員1人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺

等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは2人以上の複数の職員で行うことを想定している。

問10 支援計画の実施にあたっては、原則として「生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする」とされるが、具体的にはどのような取組を行うことが求められるのか。

(答)

- ・ 個々の入所者や家族の希望等を叶えるといった視点が重要であり、例えば、
 - － 起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること
 - － 趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会参加することが本人の暮らしの支援につながると考えられる。
- ・ なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物（仏壇や家具、家族の写真等）を持ち込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10) (令和3年6月9日)

【ノ 科学的介護推進体制加算】

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

(1) 科学的介護推進体制加算(I) 40単位

(2) 科学的介護推進体制加算(II) 60単位

(厚生労働大臣が定める基準)

九十二の三

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 科学的介護推進体制加算(I) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

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

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

(1) イ(1)に加えて、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)

5の(44)を準用する。

5の(44)

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71号の5に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ② 大臣基準第71号の5イ(1)及びロ(1)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。
- ③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する(Plan)。
 - ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。
 - ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。
 - ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。
- ④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

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)

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があるが、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年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10) (令和3年6月9日)

- 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、栄養マネジメント強化加算について

問17 LIFE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)

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)

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。

○Barthel Index の読み替えについて

問19 科学的介護推進体制加算、ADL維持等加算 若しくは、自立支援促進加算、個別機能訓練加算、リハビリテーションマネジメント加算 A ロ若しくは B ロ、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)

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年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

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」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

(答)

「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。

- ・通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合
- ・全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合
- ・システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合
やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。
 - ▷LIFEシステム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合
 - ▷介護ソフトのバージョンアップ(LIFEの仕様に適応したバージョンへの更新)が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合
 - ▷LIFEシステムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合

等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。

ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10) (令和6年9月27日)

○ 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、排せつ支援加算について

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)

- ・ 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

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 10) (令和3年6月9日)

○ 科学的介護推進体制加算、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)ロ及び(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)、排せつ支援加算、自立支援促進加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2の加算、栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、口腔機能向上加算(Ⅱ)について

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)

- ・ 「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いるとおり、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。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5) (令和3年4月9日)

○ 科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理（Ⅱ）、排せつ支援加算について

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)

- ・ 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。

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)

○ 科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理（Ⅱ）、排せつ支援加算について

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)

- ・ 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。

(※) 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和3年3月26日) 問 16 参照。

○ 介護記録ソフトの対応について

問 173 LIFE への入力について、事業所又は施設で使用している介護記録ソフトからCSV連携により入力を行っているが、LIFE へのデータ提出について、当該ソフトが令和6年度改定に対応した後に行うこととして差し支えないか。

(答)

- ・ 差し支えない。
- ・ 事業所又は施設にて使用している介護記録ソフトを用いて令和6年度改定に対応した様式情報の登録ができるようになってから、令和6年4月以降サービス提供分で提出が必要な情報について、遡って、やむを得ない事情を除き令和6年10月10日までにLIFEへ提出することが必要である。

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)

○ LIFE への提出情報について

問 174 令和6年4月以降サービス提供分に係るLIFEへの提出情報如何。

(答)

- ・ 令和6年4月以降サービス提供分に係るLIFEへの提出情報に関して、令和6年4月施行のサービスについては、令和6年度改定に対応した様式情報を提出すること。
- ・ 令和6年6月施行のサービス（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション、予防通所リハビリテーション）については、令和6年4～5月サービス提供分の提出情報に限り、令和3年度改定に対応した様式情報と令和6年度改定に対応した様式の提出情報の共通する部分を把握できる範囲で提出するか、令和6年度改定に対応した様式情報を提出すること。
- ・ 各加算で提出が必要な情報については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和6年3月15日）を参照されたい。

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)

○ 科学的介護推進体制加算について

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)

- ・ 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 (Vol. 7) (令和6年6月7日)

○ リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書について

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)

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

【オ 安全対策体制加算 20単位/日】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

(厚生労働大臣が定める施設基準)

六十八の七

- イ 介護医療院基準第四十条第一項に規定する基準に適合していること。
- ロ 介護医療院基準第四十条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
- ハ 当該介護医療院内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第40条 介護医療院は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号の報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること
- 三 事故発生の防止のための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(留意事項)

5の(45)を準用する。

5の(45)

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・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)

- ・ 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。
- ・ 外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体(公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等)等が開催する研修を想定している。

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)

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に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 (Vol. 2) (令和3年3月23日)

【ク 高齢者施設等感染対策加算】

＜令和6年度：新設＞

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

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

(厚生労働大臣が定める基準)

百の五

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) 介護医療院基準第三十四条第一項本文（介護医療院基準第五十四条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

ロ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)

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

(留意事項)

4の(20)、(21)を準用する。

4の(20)

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- ② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。

- ③ 居宅サービス基準第192条により準用する第104条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。
- ④ 居宅サービス基準第191条第4項において、指定特定施設は、施設の入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。
- ⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和5年12月7日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

4の(21)

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。
- ② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
- ③ 居宅サービス基準第192条により準用する第104条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。

問 128 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。

また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

(答)

- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。
- ・ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、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 129 「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）

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。

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）

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）

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)

実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。

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

単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

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)

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 (Vol. 1) (令和6年3月15日)

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 (Vol. 17) (令和7年10月1日)

【ヤ 新興感染症等施設療養費 240単位】

＜令和6年度：新設＞

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

(留意事項)

4の(22)を準用する。

4の(22)

- 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、手洗いや个人防护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)

「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) (令和7年1月22日)

【マ 生産性向上推進体制加算】

＜令和6年度：新設＞

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

- (1) 生産性向上推進体制加算（I） 100単位

(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位

(厚生労働大臣が定める基準)

百の五の二 介護医療院サービスにおける生産性向上推進体制加算の基準
第三十七号の三の規定を準用する。

三十七の三 短期入所生活介護費における生産性向上推進体制加算の基準

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。

(留意事項)

5の(49)を準用する。

5の(49)

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12 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)

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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5) (令和6年4月30日)

【ケ サービス提供体制強化加算】

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

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

(厚生労働大臣が定める基準)

百の六 介護医療院サービスにおけるサービス提供体制強化加算の基準

第九十三号の規定を準用する。この場合において、同号イ(3)中「通所介護費等算定方法第十三号」とあるのは、「通所介護費等算定方法第十五号」と読み替えるものとする。

九十三 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百分の八十以上であること。

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

- (2) 提供する介護保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) 通所介護費等算定方法第十三号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
- 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百分の六十以上であること。
- (2) イ(3)に該当するものであること。
- ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) 次のいずれかに適合すること。
- (一) 介護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百分の五十以上であること。
- (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百分の七十五以上であること。
- (三) 指定短期入所療養介護又は介護保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、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。
- (2) イ(3)に該当するものであること。

(留意事項)

- ① 2の(28)①から④まで及び⑥並びに4の(24)③を準用する。
- ② 介護医療院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、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。

2の(28)①から④まで及び⑥

- ① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
- ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。
- 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つては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに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。

⑥ 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合には、本加算の計算も一体的に行うこととする。

4の(24)③

③ 提供する指定特定施設入居者生活介護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。

問126 「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

(答)

- ・ サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。
 - ・ 「同一法人等での勤続年数」の考え方について、同一法人等（※（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。
- (※) 同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。
- ・ なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年の考え方」とは異なることに留意すること。

※平成21年4月改定関係Q & A V o i . 1)) (平成21年3月23日) 問5は削除する。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

【フ 介護職員処遇改善加算】**＜令和6年度：改定＞※令和8年6月～**

介護職員の賃金改善を実施している場合、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次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	× 6.	2%／月
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数	× 6.	6%／月
介護職員処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数	× 5.	8%／月
介護職員処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数	× 6.	2%／月
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数	× 4.	7%／月
介護職員処遇改善加算Ⅳ	所定単位数	× 4.	0%／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）

・県、市ホームページ

熊本県ホームページ：ホーム＞健康・福祉・子育て＞高齢者・障がい者・介護＞高齢者支援課＞介護報酬改定＞介護職員等処遇改善加算について

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

3 特別診療費

(厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数)

【1 感染対策指導管理(1日につき) 6単位】

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす指定短期入所療養介護事業所(指定居宅サービス基準第142条第1項に規定する指定短期入所療養介護事業所をいい、介護老人保健施設、病院及び診療所であるものを除く。以下この表において同じ。)、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所(介護予防サービス基準第187条第1項に規定する指定介護予防短期入所療養介護事業所をいい、介護老人保健施設、病院及び診療所であるものを除く。以下この表において同じ。)において、常時感染防止対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス(法第48条第1項第3号に規定する介護医療院サービスをいう。以下同じ。)又は介護予防指定短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者について、所定単位数を算定する。

【2 褥瘡対策指導管理】

イ 褥瘡対策指導管理(I) 6単位

ロ 褥瘡対策指導管理(II) 10単位

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、常時褥瘡対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者(日常生活の自立度が低い者に限る。)について、1日につき所定単位数を算定する。

注2 ロについては、褥瘡対策指導管理(I)に係る別に厚生労働大臣が定める基準を満たす介護医療院において、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が認められた入所者について当該褥瘡が治癒した場合又は施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生のない場合に、1月につき所定単位数を算定する。

【3 初期入所診療管理 250単位】

注 介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、入所者に対して、その入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入所中1回(診療方針に重要な変更があった場合にあっては、2回)を限度として所定単位数を算定する。

【4 重度療養管理(1日につき) 125単位】

注 指定短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護を受けている利用者（要介護4又は要介護5に該当する者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して、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、所定単位数を算定する。

【5 特定施設管理(1日につき) 250単位】

注1 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を行う場合に、所定単位数を算定する。

注2 個室又は2人部屋において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を行う場合は、所定単位数に個室の場合にあつては1日につき300単位、2人部屋の場合にあつては1日につき150単位を加算する。

【6 重症皮膚潰瘍管理指導(1日につき) 18単位】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者であつて重症皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、所定単位数を算定する。

【7 薬剤指導管理 350単位】

注1 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行ったものにおいて、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、投薬

又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、週1回に限り、月に4回を限度として所定単位数を算定する。

注2 介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、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た場合に、1月につき所定単位数に20単位を加算する。

注3 疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投薬又は注射が行われている利用者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定単位数に50単位を加算する。

【8 医学情報提供】

イ 医学情報提供(I) 220単位

ロ 医学情報提供(II) 290単位

注1 イについては、併設型小規模介護医療院（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5号）第4条第7項に規定する併設型小規模介護医療院をいう。以下この号において同じ。）である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に、所定単位数を算定する。

注2 ロについては、併設型小規模介護医療院である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用

者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に所定単位数を算定する。

【9 理学療法(1回につき)】

イ 理学療法(I) 123単位

ロ 理学療法(II) 73単位

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定し、ロについては、それ以外の指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。

注2 理学療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回(作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

注3 理学療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法(I)を算定すべき理学療法を行った場合に、利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、作業療法の注3の規定により加算する場合はこの限りでない。

注4 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う療養棟(指定施設サービス等の費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)別表の4のイからへまでの注1に規定する療養棟をいう。10において同じ。)において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、作業療法の注4の規定により加算

する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

注5 電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

注6 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、作業療法の注6又は言語聴覚療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。

注7 次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、1月に1回を限度として所定単位数に20単位を加算する。ただし、作業療法の注7又は言語聴覚療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。

イ 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。

ロ 注6を算定していること。

ハ 利用者ごとに、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（二において「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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

ニ ハ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。

【10 作業療法(1回につき) 123単位】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、作業療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。

注2 作業療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回（理学療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回）に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合

は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

注3 作業療法に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、利用者が作業療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、理学療法の注3の規定により加算する場合はこの限りでない。

注4 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、作業療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う療養棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、理学療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

注5 電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専従する常勤の作業療法士を2名以上配置して作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

注6 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、理学療法の注6又は言語聴覚療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。

注7 次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、1月に1回を限度として所定単位数に20単位を加算する。ただし、理学療法の注7又は言語聴覚療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。

イ 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。

ロ 注6を算定していること。

ハ 利用者ごとに、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(二において「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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

二 ハ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。

【1 1 言語聴覚療法(1回につき) 203単位】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、言語聴覚療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。

注2 言語聴覚療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回(理学療法及び作業療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

注3 電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置して言語聴覚療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

注4 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、理学療法の注6又は作業療法の注6の規定により加算する場合はこの限りでない。

注5 次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、1月に1回を限度として所定単位数に20単位を加算する。ただし、理学療法の注7又は作業療法の注7の規定により加算する場合はこの限りでない。

イ 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。

ロ 注4を算定していること。

ハ 利用者ごとに、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(二において「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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

ニ ハ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。

【12 集団コミュニケーション療法(1回につき) 50単位】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、集団コミュニケーション療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

注2 集団コミュニケーション療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回に限り算定するものとする。

【13 摂食機能療法(1日につき) 208単位】

注 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者であって摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月に4回を限度として所定単位数を算定する。

【14 短期集中リハビリテーション(1日につき) 240単位】

注 介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。

【15 認知症短期集中リハビリテーション(1日につき) 240単位】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者のうち、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、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、1週に3日を限度として所定単位数を算定する。

【16 精神科作業療法(1日につき) 220単位】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、精神科作業療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

【17 認知症入所精神療法(1週間につき) 330単位】

注 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、認知症入院精神療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

※特別診療費については、上記のほか「特別診療費の算定に関する留意事項について〔平成30年4月25日老老発0425第2号〕」についても確認すること

4 短期入所療養介護費（介護医療院）

[算定基準] 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
 （平成12年厚生省告示第19号）（平成12年10月厚生省告示第21号）
 [算定基準留意事項] ・・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年老企第40号）

◆所定単位数

	(1) I型介護医療院短期入所療養介護費					
	短期入所療養介護費（Ⅰ）		短期入所療養介護費（Ⅱ）		短期入所療養介護費（Ⅲ）	
	(i)従来型個室	(ii)多床室	(i)従来型個室	(ii)多床室	(i)従来型個室	(ii)多床室
要介護1	778	894	768	880	752	864
要介護2	893	1,006	879	993	863	975
要介護3	1,136	1,250	1,119	1,233	1,103	1,215
要介護4	1,240	1,353	1,222	1,334	1,205	1,317
要介護5	1,333	1,446	1,314	1,426	1,297	1,409

	(2) II型介護医療院短期入所療養介護費					
	短期入所療養介護費（Ⅰ）		短期入所療養介護費（Ⅱ）		短期入所療養介護費（Ⅲ）	
	(i)従来型個室	(ii)多床室	(i)従来型個室	(ii)多床室	(i)従来型個室	(ii)多床室
要介護1	731	846	715	828	704	817
要介護2	829	945	813	927	802	916
要介護3	1,044	1,157	1,027	1,141	1,015	1,129
要介護4	1,135	1,249	1,117	1,233	1,106	1,221
要介護5	1,217	1,331	1,200	1,314	1,188	1,302

	(3) 特別介護医療院短期入所療養介護費			
	I型特別短期入所療養介護費		II型特別短期入所療養介護費	
	(i)従来型個室	(ii)多床室	(i)従来型個室	(ii)多床室
要介護1	717	822	670	778
要介護2	821	929	764	873
要介護3	1,051	1,156	967	1,076
要介護4	1,147	1,254	1,054	1,161
要介護5	1,236	1,341	1,132	1,240

	(4) ユニット型Ⅰ型 介護医療院短期入所療養介護費				(5) ユニット型Ⅱ型 介護医療院短期入所療養 介護費	
	ユニット型Ⅰ型短期入所療養介護 費(Ⅰ)		ユニット型Ⅰ型短期入所療養介護 費(Ⅱ)		ユニット型Ⅱ型短期入所療養介護 費	
	aユニット型個室	bユニット型個室の多 床室	aユニット型個室	bユニット型個室の多 床室	aユニット型個 室	bユニット型個室の 多床室
要介護1	911	911	901	901	910	910
要介護2	1,023	1,023	1,011	1,011	1,014	1,014
要介護3	1,268	1,268	1,252	1,252	1,241	1,241
要介護4	1,371	1,371	1,353	1,353	1,337	1,337
要介護5	1,464	1,464	1,445	1,445	1,424	1,424

	(6) ユニット型特別Ⅱ型介護医療院短期入所療養介護費			
	ユニット型Ⅰ型 特別短期入所療養介護費		ユニット型Ⅱ型 特別短期入所療養介護費	
	aユニット型個室	bユニット型個室の多床室	aユニット型個室	bユニット型個室の多床室
要介護1	859	859	867	867
要介護2	963	963	966	966
要介護3	1,193	1,193	1,181	1,181
要介護4	1,289	1,289	1,273	1,273
要介護5	1,376	1,376	1,354	1,354

	(7) 特定介護医療院 短期入所療養介護
(一) 3時間以上4時間未満	684
(二) 4時間以上6時間未満	948
(三) 6時間以上8時間未満	1,316

○ (7) 特定介護医療院短期入所療養介護について

- ・利用者対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するにあたり、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付けられた内容の指定短期入所療養介護を行うための標準的な時間による。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。
- ・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書上、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。

○介護医療院における短期入所療養介護費の算定するための基準について

短期入所療養介護には、介護医療院の空きベッドを利用して行われるものであることから、所定単位数の算定（職員の配置数の算定）、定員超過利用・人員基準欠如（介護支援専門員に係るものを除く。）・夜勤体制及び療養環境による所定単位数の減算及び加算については、介護医療院の本体部分と常に一体的な取扱いが行われるものであること。

○算定要件を満たさなくなった場合

適用すべき所定単位数の算定区分については、月の末日においてそれぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、届出を行った月から当該届出に係る短期入所療養介護を算定することになる。ただし、翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く

◆ 介護医療院における短期入所療養介護費の加算及び減算

- 夜勤体制減算 -25 単位/日
- 入所者数や職員数による減算
 - ・入所者の数が入所者の定員を超える場合に減算 ×70/100 算定
 - ・医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員の員数が基準に満たない場合に減算 ×70/100 算定
 - ・看護師が基準に定められた看護職員の員数の20%未満の場合に減算 ×90/100 算定
- ユニットにおける職員に係る減算 ×97/100 算定
- 身体拘束廃止未実施減算 ×1/100 減算
- 高齢者虐待防止措置未実施減算 ×1/100 減算
- 業務継続計画未策定減算 ×1/100 減算
- 療養環境減算（Ⅰ）（Ⅱ）各-25 単位/日
- 室料相当額控除 -26 単位/日
- 夜間勤務等看護加算
 - ・イ 夜間勤務等看護（Ⅰ） 23 単位/日
 - ・ロ 夜間勤務等看護（Ⅱ） 14 単位/日
 - ・ハ 夜間勤務等看護（Ⅲ） 14 単位/日
 - ・ニ 夜間勤務等看護（Ⅳ） 7 単位/日
- 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位/日
- 緊急短期入所受入加算 90 単位/日
- 若年性認知症入所者受入加算 120 単位/日・60 単位/日
- 送迎加算 184 単位
- 口腔連携強化加算 50 単位
- 療養食加算 8 単位/回
- 緊急時施設診療費
 - ・緊急時治療管理（1日につき） 518 単位
 - ・特定治療

- 認知症専門ケア加算
 - ・認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 単位/日
 - ・認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4 単位/日
- 重度認知症疾患療養体制加算
 - ・重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）
 - （一）要介護 1 又は要介護 2 140 単位/日
 - （二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 40 単位/日
 - ・重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）
 - （一）要介護 1 又は要介護 2 200 単位/日
 - （二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 100 単位/日
- 特別診療費
- 生産性向上推進体制加算
 - ・生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100 単位/月
 - ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10 単位/月
- サービス提供体制強化加算
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22 単位/日
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位/日
 - ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6 単位/日
- 介護職員処遇改善加算 ※単位数は令和 8 年 6 月からのもの
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅰイ 所定単位数 × 6. 2 %/月
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅰロ 所定単位数 × 6. 6 %/月
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅱイ 所定単位数 × 5. 8 %/月
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅱロ 所定単位数 × 6. 2 %/月
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅲ 所定単位数 × 4. 7 %/月
 - ・介護職員処遇改善加算Ⅳ 所定単位数 × 4. 0 %/月

◆ 主な加算

【口腔連携強化加算 50単位】

＜令和6年度：新設＞

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所の従業者が、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回に限り所定単位数を加算する。

（利用者等告示）

三十九の六 短期入所療養介護費における口腔連携強化加算の基準

イ 指定短期入所療養介護事業所（指定居宅サービス等基準第一百四十二条第一項に規定する指定短期入所療養介護事業所をいう。以下同じ。）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C000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

へ 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。

【認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日】

注9 (1)から(6)までについて、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、指定短期入所療養介護を行った場合は、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。

(留意事項)

2の(17)を準用する

2の(17)

- ① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- ② 本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所生活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、指定短期入所生活介護の利用を開始した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。

この際、短期入所生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあつては、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。
- ③ 次に掲げる者が、直接、短期入所生活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ものであること。
 - a 病院又は診療所に入院中の者
 - b 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
 - c 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
- ④ 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。
- ⑤ 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生活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。

【緊急短期入所受入加算 90 単位/日】

注 10

別に厚生労働大臣が定める利用者に対し、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、緊急短期入所受入加算として、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。ただし、注9を算定している場合は、算定しない。

（留意事項）

（15） 緊急短期入所受入加算について

- 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。

【送迎加算 184 単位】

注12

電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定短期入所療養介護事業所において、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。

第4章 その他留意事項等

1 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) ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）の間で、又は隣接若しくは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供用等が行われているものの間で、利用者等は一の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する場合については、入所の日を含み、退所の日は含まれない。したがって、例えば、短期入所療養介護の利用者がそのまま介護医療院に入所したような場合は、入所に切り替えた日については、短期入所療養介護費を算定しない。
- (3) なお、介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの又は当該介護保険施設等と隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員お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は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、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。

2 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

介護医療院の退所日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所日）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及び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ことから、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。

また、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、入所前に通所介護又は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。

3 「通院等乗降介助」と短期入所サービスの「送迎」の区分

通所サービス又は短期入所サービスにおいて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。

○ 利用者に対して送迎を行う場合

問70 A事業所の利用者について、A事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅とA事業所との間の送迎が行われた場合、利用者に対して送迎を行う場合の加算は算定できるのか。

(答)

指定短期入所生活介護等事業者は、指定短期入所生活介護等事業所ごとに、当該指定短期入所生活介護事業所の従業者によって指定短期入所生活介護等を提供しなければならないこととされている。ただし、利用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はないことから、各指定短期入所生活介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定することができる。

令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)

4 介護保険法遵守義務

- ・変更許可（法第107条第2項）
- ・管理者の承認（法第109条）
- ・変更届（法第113条）

変更許可

第107条 介護医療院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 介護医療院を開設した者が、当該介護医療院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**、協力医療機関を変更するときは、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109条 介護医療院の開設者は、都道府県知事の承認を受けた医師に当該介護医療院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、介護医療院の開設者は、都道府県知事の承認を受け、医師以外の者に当該介護医療院を管理させることができる。

- 介護医療院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113条 介護医療院の開設者は、第107条第2項の規定による許可に係る事項を除き、当該介護医療院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医療院を再開したときは、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。

5 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、保険医療機関への転医又は対診をすることが原則である。介護医療院サービス費を算定している患者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

→・「『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日老老発第0327第1号・保医発第0327第8号）

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

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
		活動を行う職員 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 である場合	医師の医師補 員計画を提出 した以外で、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	医師の医師補 員計画を提出 した以外で、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 ユニット毎にお ける体制が未 整備である場合	身体拘束等 の未実施減 算	乗動者等停 止措置未実 施減算	業務終了後 未定減算	夜間勤務等 減算	夜間勤務等 減算	夜間勤務等 減算	夜間勤務等 減算	夜間勤務等 減算
(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	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +23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	1日につき +120単位	内週につき +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	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +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	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +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 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(Ⅰ) <ユニット型個室>	要介護4 (1296 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +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(Ⅱ) <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)															
c 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(Ⅲ) <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)															
d 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(Ⅳ) <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)															
e 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(Ⅴ) <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)															
(5) 特定病院療養病床短期入所療養介護費	a 3時間以上4時間未満	要介護4 (684 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
		要介護5 (948 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)														
b 4時間以上6時間未満	要介護5 (1284 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)															
	要介護5 (1316 単位)															
c 6時間以上8時間未満	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 (1316 単位)															
	要介護1 (856 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))	要介護1 (856 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +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)															
(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))	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)															
(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)	要介護1 (856 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	要介護2 (963 単位)														
(9) 特定診療費	(一) 認知症専門ケア加算(Ⅲ)	要介護3 (1197 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
	(二) 認知症専門ケア加算(Ⅳ)	要介護4 (1296 単位)														
	(三) 認知症専門ケア加算(Ⅴ)	要介護5 (1385 単位)														
(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)	要介護1 (856 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
	(二) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	要介護2 (963 単位)														
(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)	要介護3 (1197 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要介護4 (1296 単位)														
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要介護5 (1385 単位)														
(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)	要介護1 (856 単位)	×70/100	×90/100	×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 夜間勤務等 減算(Ⅰ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅱ) +14単位 夜間勤務等 減算(Ⅲ) +7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	1日につき +120単位	内週につき +164単位
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	要介護2 (963 単位)														
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	要介護3 (1197 単位)														
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	要介護4 (1296 単位)														
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	要介護5 (1385 単位)														
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅵ)	要介護1 (856 単位)														

※ 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。
 ※ 夜間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)	×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 +200単位 (7日間を限度)	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	片道につき +184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1 (732 単位) 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)																													
		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1 (723 単位) 要介護2 (775 単位) 要介護3 (827 単位) 要介護4 (879 単位) 要介護5 (932 単位)																													
		d 診療所短期入所療養介護費(iv) <多床室>	要介護1 (813 単位) 要介護2 (864 単位) 要介護3 (916 単位) 要介護4 (965 単位) 要介護5 (1,016 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) 要介護5 (1,059 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 (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)																													
	(二) 診療所短期入所療養介護費(II) 看護・介護 <3:1>	a 診療所短期入所療養介護費(i) <従来型個室>	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)										×97/100	-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 +200単位 (7日間を限度)	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 +60単位	片道につき +184単位										
		b 診療所短期入所療養介護費(ii) <多床室>	要介護1 (734 単位) 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)																													
		(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)																													
		(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)																													
		(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) 要介護5 (1,062 単位)																													
		(四) 経過の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 (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)																													
	(五) 経過の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)																														
	(六) 経過の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) 要介護5 (1,062 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

ホ 介護医療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																
基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注																
(1) I型介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)<従来型個室>	要介護1 (778 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100															
		要介護2 (893 単位)																														
		要介護3 (1,136 単位)																														
		要介護4 (1,240 単位)																														
		要介護5 (1,333 単位)																														
	b I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)<多床室>	要介護1 (894 単位)																														
		要介護2 (1,006 単位)																														
		要介護3 (1,250 単位)																														
		要介護4 (1,353 単位)																														
		要介護5 (1,446 単位)																														
	(二) I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)<従来型個室>	要介護1 (768 単位)																													
		要介護2 (879 単位)																														
要介護3 (1,119 単位)																																
要介護4 (1,222 単位)																																
要介護5 (1,314 単位)																																
b I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)<多床室>	要介護1 (893 単位)																															
	要介護2 (1,233 単位)																															
	要介護3 (1,334 単位)																															
	要介護4 (1,426 単位)																															
	要介護5 (1,522 単位)																															
(三) I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)	a I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)<従来型個室>	要介護1 (863 単位)																														
	要介護2 (1,103 単位)																															
	要介護3 (1,205 単位)																															
	要介護4 (1,297 単位)																															
	要介護5 (1,389 単位)																															
b I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)<多床室>	要介護1 (864 単位)																															
	要介護2 (975 単位)																															
	要介護3 (1,215 単位)																															
	要介護4 (1,317 単位)																															
	要介護5 (1,409 単位)																															
(2) II型介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)<従来型個室>	要介護1 (731 単位)	1日につき -26単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100															
		要介護2 (823 単位)																														
		要介護3 (1,044 単位)																														
		要介護4 (1,135 単位)																														
		要介護5 (1,217 単位)																														
	b II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)<多床室>	要介護1 (846 単位)																														
		要介護2 (945 単位)																														
		要介護3 (1,157 単位)																														
		要介護4 (1,249 単位)																														
		要介護5 (1,331 単位)																														
	(二) II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)<従来型個室>	要介護1 (715 単位)																													
		要介護2 (813 単位)																														
要介護3 (1,027 単位)																																
要介護4 (1,117 単位)																																
要介護5 (1,200 単位)																																
b II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)<多床室>	要介護1 (828 単位)																															
	要介護2 (927 単位)																															
	要介護3 (1,141 単位)																															
	要介護4 (1,233 単位)																															
	要介護5 (1,314 単位)																															
(三) II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)	a II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)<従来型個室>	要介護1 (704 単位)																														
	要介護2 (802 単位)																															
	要介護3 (1,015 単位)																															
	要介護4 (1,106 単位)																															
	要介護5 (1,188 単位)																															
b II型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅲ)<多床室>	要介護1 (817 単位)																															
	要介護2 (916 単位)																															
	要介護3 (1,129 単位)																															
	要介護4 (1,221 単位)																															
	要介護5 (1,302 単位)																															
(3) 特別介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) 特別介護医療院短期入所療養介護費	a 特別介護医療院短期入所療養介護費<従来型個室>	要介護1 (821 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100															
		要介護2 (929 単位)																														
		要介護3 (1,156 単位)																														
		要介護4 (1,254 単位)																														
		要介護5 (1,341 単位)																														
	b 特別介護医療院短期入所療養介護費<多床室>	要介護1 (822 単位)																														
		要介護2 (929 単位)																														
		要介護3 (1,156 単位)																														
		要介護4 (1,254 単位)																														
		要介護5 (1,341 単位)																														
	(二) II型特別介護医療院短期入所療養介護費	a II型特別介護医療院短期入所療養介護費<従来型個室>	要介護1 (764 単位)																													
		要介護2 (862 単位)																														
要介護3 (957 単位)																																
要介護4 (1,054 単位)																																
要介護5 (1,132 単位)																																
b II型特別介護医療院短期入所療養介護費<多床室>	要介護1 (778 単位)																															
	要介護2 (873 単位)																															
	要介護3 (1,076 単位)																															
	要介護4 (1,161 単位)																															
	要介護5 (1,244 単位)																															
(4) ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)	a ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	要介護1 (911 単位)	1日につき -26単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100															
		要介護2 (1,023 単位)																														
		要介護3 (1,268 単位)																														
		要介護4 (1,371 単位)																														
		要介護5 (1,464 単位)																														
	b 経過的ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室の多床室>	要介護1 (911 単位)																														
		要介護2 (1,023 単位)																														
		要介護3 (1,268 単位)																														
		要介護4 (1,371 単位)																														
		要介護5 (1,464 単位)																														
	(二) ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅱ)	a ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	要介護1 (901 単位)																													
		要介護2 (1,011 単位)																														
要介護3 (1,252 単位)																																
要介護4 (1,353 単位)																																
要介護5 (1,445 単位)																																
b 経過的ユニット型I型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室の多床室>	要介護1 (901 単位)																															
	要介護2 (1,011 単位)																															
	要介護3 (1,252 単位)																															
	要介護4 (1,353 単位)																															
	要介護5 (1,445 単位)																															
(5) ユニット型II型介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) ユニット型II型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	a ユニット型II型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	要介護1 (910 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100															
		要介護2 (1,014 単位)																														
		要介護3 (1,241 単位)																														
		要介護4 (1,337 単位)																														
		要介護5 (1,424 単位)																														
	b 経過的ユニット型II型介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室の多床室>	要介護1 (910 単位)																														
		要介護2 (1,014 単位)																														
		要介護3 (1,241 単位)																														
		要介護4 (1,337 単位)																														
		要介護5 (1,424 単位)																														
	(6) ユニット型特別介護医療院短期入所療養介護費(1日につき)	(一) ユニット型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	a ユニット型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>															要介護1 (859 単位)	1日につき -26単位	×70/100	×70/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100	×90/100
			要介護2 (963 単位)																													
要介護3 (1,193 単位)																																
要介護4 (1,289 単位)																																
要介護5 (1,376 単位)																																
b 経過的ユニット型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室の多床室>		要介護1 (859 単位)																														
		要介護2 (963 単位)																														
		要介護3 (1,193 単位)																														
		要介護4 (1,289 単位)																														
		要介護5 (1,376 単位)																														
(二) ユニット型II型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>		a ユニット型II型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室>	要介護1 (867 単位)																													
		要介護2 (966 単位)																														
	要介護3 (1,191 単位)																															
	要介護4 (1,273 単位)																															
	要介護5 (1,354 単位)																															
b 経過的ユニット型II型特別介護医療院短期入所療養介護費<ユニット型個室の多床室>	要介護1 (867 単位)																															
	要介護2 (966 単位)																															
	要介護3 (1,181 単位)																															
	要介護4 (1,273 単位)																															
	要介護5 (1,354 単位)																															
(7) 特定介護医療院短期入所療養介護費	(一) 3時間以上4時間未満	(884 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)																														
(8) 口述連携強化加算	(1日につき 50単位を加算(1月に1回を限度))																															
(9) 療養食加算	(1日につき 8単位を加算(1日に3回を限度))																															
(10) 緊急時施設診療費	イ 緊急時治療管理	(1月に1回3日を限度に1日につき518単位を算定)																														
	ロ 特定治療																															
(11) 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)																														
(12) 重度認知症療養体制加算	(一) 重度認知症療養体制加算(Ⅰ)	要介護1-2 (1日につき140単位を加算) 要介護3-4-5 (1日につき40単位を加算)																														
	(二) 重度認知症療養体制加算(Ⅱ)	要介護1-2 (1日につき200単位を加算) 要介護3-4-5 (1日につき100単位を加算)																														
(13) 特別診療費(※2)																																
(14) 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)																														
(15) 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)																														
(16) 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 +所定単位数×62/1000)																														
	(二) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(1月につき +所定単位数×66/1000)																														
	(三) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ハ	(1月につき +所定単位数×68/1000)																														
	(四) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ニ	(1月につき +所定単位数×88/1000)																														
	(五) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(1月につき +所定単位数×62/1000)																														
	(六) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(1月につき +所定単位数×67/1000)																														

※ 夜間勤務条件減算を適用する場合には、夜間勤務等管理加算を適用しない。
 ※ (3)及び(6)を適用する場合には、(※2)を適用しない。

注 外泊時費用	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定	
注 試行的退所サービス費	入所者に対して居宅における試行的退所を認めた場合、1月につき6日を限度として1日につき800単位を算定	
注 他科受診時費用	入所者に対して、専門的な診療が必要になり、他医療機関において診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定	
ト 初期加算 (1日につき +30単位)		
チ 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。	
リ 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。	
ヌ 退所時指導等加算(※2)	a 退所前訪問指導加算 (入所中1回(又は2回)を限度に、460単位を算定)	注 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 退所後の主治医に対して診療情報、心身の状況、生活歴等を提供した場合 注 退所後の医療機関の医師に対して心身の状況、生活歴等を提供した場合 注 居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合
	b 退所後訪問指導加算 (退所後1回を限度に、460単位を算定)	
	c 退所時指導加算 (400単位)	
	d 退所時情報提供加算 (500単位) 退所時情報提供加算(Ⅰ) (250単位) 退所時情報提供加算(Ⅱ) (250単位)	
	e 退所前連携加算 (500単位)	
ル 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単位を加算)		
ル 協力医療機関連携加算	(1) 相談・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)	
ヲ 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。	
ワ 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。	
カ 経口維持加算(※2)	(一) 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。
	(二) 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。
ヨ 口腔衛生管理加算(※2)	(一) 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
	(二) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) (1月につき 110単位を加算)	
タ 療養食加算 (1回につき 6単位を加算(1日に3回を限度))		
レ 在宅復帰支援機能加算(※2) (1日につき 10単位を加算)		
ソ 特別診療費(※2)		
ツ 緊急時施設診療費	ア 緊急時治療管理 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)	
	イ 特定治療	
ネ 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)	
ナ 認知症チームケア推進加算	(一) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) (1月につき 150単位を加算)	
	(二) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) (1月につき 120単位を加算)	
ラ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所後7日に限り 1日につき200単位を加算)		
ム 重度認知症医療療養体制加算	(一) 重度認知症医療療養体制加算(Ⅰ) 要介護1・2 (1日につき140単位を加算) 要介護3・4・5 (1日につき40単位を加算)	
	(二) 重度認知症医療療養体制加算(Ⅱ) 要介護1・2 (1日につき200単位を加算) 要介護3・4・5 (1日につき100単位を加算)	
ウ 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)	
キ 自立支援促進加算(※2) (1月につき 280単位を加算)		
ノ 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)	
オ 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)		
ク 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)	
ヤ 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)		
マ 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)	
ケ 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)	
フ 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×62/1000)	注 所定単位数は、イからケ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×66/1000)	
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき +所定単位×58/1000)	
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき +所定単位×62/1000)	
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×47/1000)	
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位×40/1000)	

※ 夜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。
※ ハ及びヘ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

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	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 未達の場合	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 達である場合	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 数未達である 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	医師の配置に ついて医療法 施行規則第4 9条の規定が 適用されてい る場合	夜勤を行う職 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	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)																	
	病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(Ⅱ) 看護<6.1> 介護<5.1>	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(v) <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)																	
	病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(Ⅲ) 看護<6.1> 介護<6.1>	f 病院療養病床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 (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(i) <従来型個室>	要支援1 (515 単位)																	
			要支援2 (644 単位)																	
	(2) 病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(Ⅱ)	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> <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(iii) <多床室>	要支援1 (575 単位)																	
			要支援2 (727 単位)																	
病院療養 病床介護予防 短期入所療養 介護費(Ⅲ)	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)																		
(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)	病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費(Ⅰ) 看護<6.1> 介護<4.1>	a 病院療養病床経過型介護予防防 短期入所療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (557 単位)																	
			要支援2 (695 単位)																	
	病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費(Ⅱ)	b 病院療養病床経過型介護予防防 短期入所療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (616 単位)																	
			要支援2 (777 単位)																	
	病院療養 病床経過型 介護予防短期 入所療養 介護費(Ⅲ)	a 病院療養病床経過型介護予防防 短期入所療養介護費(i) <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防 短期入所療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (616 単位)																	
			要支援2 (777 単位)																	
	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)	ユニット型病院療養病床 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 (632 単位)																	
			要支援2 (796 単位)																	
		ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室>	要支援1 (662 単位)																	
			要支援2 (825 単位)																	
ユニット型病院療養病床 介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室>		要支援1 (652 単位)																		
		要支援2 (815 単位)																		
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(Ⅰ) <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (632 単位)																			
	要支援2 (796 単位)																			
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(Ⅱ) <療養機能強化型A> <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (662 単位)																			
	要支援2 (825 単位)																			
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(Ⅲ) <療養機能強化型B> <ユニット型個室の多床室>	要支援1 (652 単位)																			
	要支援2 (815 単位)																			
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 <ユニット型個室>	要支援1 (632 単位)																			
	要支援2 (796 単位)																			
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 <ユニット型個室の多床室>	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												

ホ 介護医療院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	注						
			夜勤を行う職員 の勤務条件 を満たさない 場合	利用者の数及び 入所者の数の 合計が入所者 の定員を超え る場合	医師、薬剤師、 看護師、介護 職員、介護職員 の員数が基準 に満たない場 合	看護師が基準 に定められた 看護職員の数 に20/100を 乗じて得た数 未満の場合	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	身体拘束防止 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	療養環境の基 準(廊下)を満 たさない場合	療養環境の基 準(療養室)を 満たさない場 合	室料相当額 控除	夜勤を行う職 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	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) I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (I)	a I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (603 単位)																		
		要支援2 (741 単位)																			
	b I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (666 単位)																			
	要支援2 (827 単位)																				
	(二) I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (II)	a I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (591 単位)																		
		要支援2 (731 単位)																			
	b I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (654 単位)																			
	要支援2 (815 単位)																				
	(三) I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (III)	a I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (575 単位)																		
要支援2 (715 単位)																					
b I型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (636 単位)																				
要支援2 (798 単位)																					
(2) II型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) II型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (I)	a II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (574 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位		
		要支援2 (703 単位)																			
	b II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (637 単位)																			
	要支援2 (787 単位)																				
	(二) II型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (II)	a II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (558 単位)																		
		要支援2 (685 単位)																			
	b II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (621 単位)																			
	要支援2 (771 単位)																				
	(三) II型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (III)	a II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (546 単位)																		
要支援2 (674 単位)																					
b II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (610 単位)																				
要支援2 (760 単位)																					
(3) 特別介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) I型特別 介護医療院 介護予防防 短期入所 療養介護費	a I型特別介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (547 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	
		要支援2 (679 単位)																			
	b I型特別介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (606 単位)																			
	要支援2 (759 単位)																				
	(二) II型特別 介護医療院 介護予防防 短期入所 療養介護費	a II型特別介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(i) <従来型個室>	要支援1 (521 単位)																		
		要支援2 (642 単位)																			
b II型特別介護医療院介護予防短期入所 療養介護費(ii) <多床室>	要支援1 (581 単位)																				
要支援2 (724 単位)																					
(4) ユニット I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (I)	a ユニット型I型介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (687 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	
		要支援2 (852 単位)																			
	b 経過的ユニット型I型介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室の多床室>	要支援1 (687 単位)																			
	要支援2 (852 単位)																				
	(二) ユニット I型介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (II)	a ユニット型I型介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (677 単位)																		
		要支援2 (841 単位)																			
b 経過的ユニット型I型介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室の多床室>	要支援1 (677 単位)																				
要支援2 (841 単位)																					
(一) ユニット型II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (703 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	
	要支援2 (856 単位)																				
	(二) 経過的ユニット型II型介護医療院介護予防短期入所 療養介護費 <ユニット個室の多床室>																				要支援1 (703 単位)
																					要支援2 (856 単位)
(6) ユニット型 特別介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費 (1日につき)	(一) ユニット型 I型特別介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費	a ユニット型I型特別介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (643 単位)	1日につき -25単位	×70/100	×70/100	×90/100	-1/100	-1/100	-1/100	1日につき -25単位	1日につき -25単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	1日につき -26単位	
		要支援2 (799 単位)																			
	b 経過的ユニット型I型特別介護医療院 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 (643 単位)																			
	要支援2 (799 単位)																				
	(二) ユニット型 II型特別介護 医療院介護 予防短期入所 療養介護費	a ユニット型II型特別介護医療院介護予防防 短期入所療養介護費 <ユニット個室>	要支援1 (670 単位)																		
		要支援2 (814 単位)																			
b 経過的ユニット型II型特別介護医療院 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 (670 単位)																				
要支援2 (814 単位)																					

(7) 口腔連携強化加算	(1回につき +50単位(1月に1回を限度))	
(8) 療養食加算	(1回につき 8単位を加算(1日に3回を限度))	
(9) 緊急時施設診療費	<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定)	
	<input type="checkbox"/> 特定治療	
(10) 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)	
(11) 特別診療費 (※2)		
(12) 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)	
(13) 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)	
(14) 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(13)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)	

：「緊急時施設診療費」、「特別診療費」、「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

※ 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。

※ (3)及び(6)を適用する場合には、(※2)を適用しない。