

令和3年度

介護保険サービス事業者 集団指導 資料

介 護 老 人 保 健 施 設

(介護予防) 短期入所療養介護

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局
長寿社会課介護サービス指導室

注意して頂きたい事項

1 人員基準関係 (P4~7 参照)

人員基準はあくまで最低限配置することが義務付けられた基準ですので、人員基準を遵守しつつ、適切なサービスを提供できるよう、適正な人員配置、勤務体制の確保をお願いします。

医師等特定の職種の方の人員基準欠如や夜勤職員が配置基準未満の場合は、減算となる場合がありますので、十分にご注意下さい。

→人員基準欠如及び夜勤職員配置基準未満の場合の取扱いは P68 参照

① 勤務時間の考え方について

介護老人保健施設の従事時間のみで、人員基準は判断する必要があります。

併設する診療所や病院の勤務時間は、介護老人保健施設の常勤換算方法による員数の算出にあたっては算入できません。

なお、医師は、介護老人保健施設内で行われる(介護予防)通所リハビリテーション及び(介護予防)訪問リハビリテーションに係る勤務時間については、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、勤務時間として参入できます。

② 医師の配置基準について

介護老人保健施設の管理者は医師が原則となっており、管理者は常勤である必要があるため、原則として常勤の医師が1人以上必要となってきます。

なお、病院又は診療所と併設する介護保険施設等の管理者を兼ねている場合にあっては、その者は常勤とみなして差し支えないこととなっています。

③ 看護師若しくは准看護師又は介護職員の配置基準について

常勤換算方法で、入所者の数が「3」又はその端数を増すごとに1以上の員数の配置が必要です。

→必要配置人員数は必ず整数となります。また、入所者の数は、原則として前年度の平均値です。

看護師又は准看護師の員数は、看護・介護職員の「7分の2」程度、介護職員の員数は「7分の5」程度が標準となっています。また、非常勤職員を配置する場合の、常勤職員の割合等の要件にも注意して下さい。

④ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置について

介護老人保健施設とその他のサービスに係る従事時間は明確に区別した上で、人員配置基準を判断する必要があります。

→P8 10 用語の定義(2)において、勤務延時間数は、「勤務表上、介護保健施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置づけられている時間の合計数をいう」となっているため。

2 介護報酬関係

在宅復帰・在宅療養支援等指標について (P57 参照)

在宅復帰・在宅療養支援等指標の対象者の割合等について、進捗管理をお願いします。

C 入所前後訪問指導割合については、次のことに留意してください。

①算定日が属する月の前3月間における新規入所者のうち、入所期間が1月以上であると見込まれる入所者であるかどうかをどのように判断したか。

②入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集しているか。

→文書のみによる判断になっていないか。

- ③当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めているか。
- ④当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、その指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載されているか。
- ⑤指導内容を踏まえた退所を目的とした施設サービス計画及び診療方針となっているか。

なお、在宅復帰・在宅療養支援等指標における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とは、他の加算の算定要件と同様に、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいいます。

ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えないということになっています。

また、在宅復帰・在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、軽微な変更であれば届出は不要となっています。例えば、在宅復帰・在宅療養支援等評価指標が24から36に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化であるため、届出は不要です。

要件を満たさなくなった場合については、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定することとなっています。なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要です。

3 管理者の承認について (P109 参照)

介護保険法第95条第1項の規定により、原則として都道府県知事の承認を受けた医師に、当該介護老人保健施設を管理させなければならないこととなっています。

管理者を変更しようとする場合は、あらかじめ承認申請を行い、知事の承認を受ける必要があります。

審査に時間を頂く場合もございますので可能な限り、早めの申請をお願いします。

4 介護老人保健施設の変更手続きについて (P110 参照)

介護老人保健施設は、介護保険法上、「許可」制であり、また県が定める「介護老人保健施設等開設許可事務処理要領」により事前協議が必要となっています。

また、建物の構造概要等の変更には、変更許可申請の際に手数料（県証紙）を徴収しています。

許可が必要な手続きについては、P111 介護老人保健施設に係る変更許可・届出手続き一覧を参照してください。特に建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要と協力病院の変更については、比較的好くあるケースだと思しますので、ご注意ください。

介護老人保健施設開設等許可事務処理要領による（設置計画及び）事前協議の審査を終了した後に、許可手続きを行うという一連の審査を変更日前までに終了する必要がありますので、可能な限り早い段階でご相談ください。

特に建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備の概要については、事前協議終了後でなければ、改修工事に着手できない場合や施設整備補助金を活用し、施設を整備していた場合、補助金の返還手続きが発生する場合がありますため、必ず事前に御相談下さい。

また、管理者の変更手続きは介護老人保健施設開設等許可事務処理要領による事前協議は必要ないですが、事前の承認が必要であり、また変更後10日以内に管理者の変更届出が必要です。

なお、従業者の職種、員数及び職務内容に係る運営規程の変更については、年1回の変更届が良いとしています。

5 新型コロナウイルス感染症関連の取扱いについて（P84 参照）

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについては、厚生労働省から通知が発出されているところです。いままで発出された通知については他のサービスを含めて、以下のページにまとめられていますので、随時御確認下さい。

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」のまとめ

URL

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000045312/matome.html#0400>

目次

I 介護老人保健施設の概要

1 介護老人保健施設とは	1
2 入所対象者	2
3 介護老人保健施設サービスの内容	2
4 介護保険施設サービス費（介護報酬）	2
5 利用料等（入所者の自己負担）	2
6 虐待の防止等の措置	3

II 介護老人保健施設の人員基準について

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

III 介護老人保健施設の施設及び設備基準について

1 介護老人保健施設の施設基準	10
2 施設の共用について	14

IV 介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について

1 内容及び手続の説明及び同意	15
2 サービス提供拒否の禁止	15
3 サービス提供困難時の対応	16
4 受給資格等の確認	16
5 要介護認定の申請に係る援助	16
6 入退所	16
7 サービス提供の記録	17
8 利用料等の受領	17
9 介護保健施設サービスの取扱方針	19
10 施設サービス計画の作成	23

11	診療の方針	25
12	必要な医療の提供が困難な場合等の措置等	25
13	機能訓練	26
14	栄養管理	26
15	口腔衛生の管理	27
16	看護及び医学的管理の下における介護	28
17	食事	30
18	相談及び援助	31
19	その他のサービスの提供	31
20	入所者に関する市町村への通知	32
21	管理者による管理、管理者の責務	32
22	計画担当介護支援専門員の責務	32
23	運営規程	33
24	勤務体制の確保等	34
23	定員の遵守	31
24	非常災害対策	31
25	業務継続計画の策定等	38
26	定員の遵守	40
27	非常災害対策	40
28	衛生管理等	40
29	協力病院等	42
30	掲示	42
31	秘密保持等	43
32	居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	43
33	苦情処理等	43
34	地域との連携等	44
35	事故発生の防止及び発生時の対応	44
36	虐待の防止	46
37	会計の区分	48
38	記録の整備	48
39	電磁的記録等	48

V 介護老人保健施設併設短期入所療養介護、介護老人保健施設併設介護予防短期入所介護について

1	趣旨、基本方針	51
2	人員、設備に関する基準	51
3	運営に関する基準	51

VI 介護保健施設サービスに要する費用等

1	介護保健施設サービス費の算定要件	57
2	介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分	66
3	従来型個室の算定	67

4	入所等の日数の数え方	67
5	定員超過利用の減算	67
6	夜勤職員基準未満の減算	68
7	人員基準欠如による減算	70
8	ユニットにおける職員に係る減算	71
9	身体拘束廃止未実施減算	71
10	安全管理体制未実施減算	71
11	栄養管理に係る減算	71
12	夜勤職員配置加算	71
13	短期集中リハビリテーション実施加算	72
14	認知症ケア加算	74
15	送迎加算	75
16	外泊したときの費用の算定	76
17	外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定	76
18	ターミナルケア加算	77
19	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	79
20	初期加算	80
21	再入所時栄養連携加算	80
22	入所前後訪問指導加算	82
23	退所時等支援等加算	83
24	栄養マネジメント強化加算	84
25	経口移行加算	86
26	経口維持加算	86
27	口腔衛生管理加算	87
28	療養食加算	88
29	かかりつけ医連携薬剤調整加算	89
30	認知症専門ケア加算	91
31	所定疾患施設療養費	92
32	緊急短期入所受入加算	94
33	重度療養管理加算	95
34	総合医学管理加算	95
35	リハビリテーションマネジメント計画情報加算	96
36	褥瘡マネジメント加算	96
37	排せつ支援加算	99
38	自立支援促進加算	101
39	科学的介護推進体制加算	103
40	安全対策体制加算	104
41	サービス提供体制強化加算	105
36	各種加算の留意点	108

VIII	介護老人保健施設の変更手続きについて	110
IX	新型コロナウイルス感染症関連の取扱い	112

I 介護老人保健施設の概要

1 介護老人保健施設とは（趣旨、基本方針）（基準第1条の2、第40条）

●「介護老人保健施設」は、

施設サービス計画に基づき、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、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものです。

●「ユニット型介護老人保健施設」は、

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、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、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、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す。

この施設の特徴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こと、すなわち、生活単位と介護単位とを一致させたケアであるユニットケアを行うことにあります。

※介護老人保健施設の種類

●介護老人保健施設

ユニット型に該当しない施設はここに分類されます。

●ユニット型介護老人保健施設

施設の全部において少数の療養室及び当該療養室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所（ユニット）ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる施設です。

●介護療養型老人保健施設

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

なお、介護療養型老人保健施設は、介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（Ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定することとなります。

●小規模介護老人保健施設等（基準解釈通知第1の4）

①サテライト型小規模介護老人保健施設

- ・ サテライト型小規模介護老人保健施設とは、当該施設の開設者により設置される当該

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

- ・ 本体施設と密接な連携を確保する具体的な要件は、本体施設と近距離であること（自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内）、本体施設の医師等又は協力病院が、入所者の病状急変等の事態に適切に対応できる体制をとることです。
- ・ 原則として、本体施設に1カ所の設置とします。本体施設の医師の配置等により、入所者の医学的管理等の処遇が適切に行われると認められるときは、本体施設に2カ所以上の設置を認めることもあります。

②医療機関併設型小規模介護老人保健施設

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

2 入所対象者

病状が安定期にあり、介護老人保健施設において、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を要する要介護者が入所対象となります。

（介護保険法第8条第28項、介護保険法施行規則第20条）

3 介護保健施設サービスの内容

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

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

4 介護保健施設サービス費（介護報酬）

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

5 利用料等（入所者の自己負担）

介護老人保健施設は、入所者から、利用料の一部として、介護老人保健施設サービス費の1割、2割又は3割相当額の支払いを受けます。また、食事の提供に要する費用、居住に要する費用、入所者が選定する特別な療養室の提供にかかる費用、入所者が選定する特別な食事の提供にかかる費用、理美容代、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるものについて利用料として支払いを受けることができます。

6 虐待の防止等の措置

令和3年度の改定により、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、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じることが定められました（令和6年3月31日までは努力義務）。

また、介護保険施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項目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ることも明記されました。当内容については、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されており、この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE）」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とされています。

II 介護老人保健施設の人員基準について

- (1) 人員基準とはあくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。入所者に対して適切なサービスを提供できるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。
- (2) 医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員（（予防）短期入所療養介護は除く）、夜勤職員の人員欠如の場合、減算になる場合があります。

留意事項

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

1 職員の専従（老健基準第2条第4項）

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

ただし、介護老人保健施設にユニット型介護老人保健施設を併設する場合の介護老人保健施設及びユニット型介護老人保健施設の介護職員を除き、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではありません。

2 医師（老健基準第2条第1項第1号）

常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上の員数の配置が必要です。

【基準解釈通知】

- (1) 介護老人保健施設は、常勤の医師を1人以上配置します。
- (2) 介護医療院又は病院若しくは診療所（以下「病院等」という。）と併設されている施設にあっては、必ずしも常勤医師の配置は必要なく、複数の医師が勤務する形態であってもそれらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えありません。
ただし、このうち1人は、入所者全員の病状等を把握し、施設療養全体の管理に責任を持つこと。
- (3) 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きます。
- (4) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている医師が、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者への処遇が適切に行われていると認められる場合は、置かないことができます。
- (5) 介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えないこと。

3 薬剤師（老健基準第2条第1項第2号）

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

【基準解釈通知】

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

4 看護師、准看護師又は介護職員（老健基準第2条第1項第3号）

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

【基準解釈通知】

(1) 看護職員又は介護職員は、直接入所者の処遇にあたる職員であるので、当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければなりません。

(2) 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合及び当該施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合は、次の2つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えありません。

- ① 常勤職員が基準省令によって算定される員数の7割程度確保されていること。
- ② 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員の勤務時間数以上であること。また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該施設に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、併設事業所の職務に従事する時間は、常勤換算法における勤務延時間に含まれません。

5 支援相談員（老健基準第2条第1項第4号）

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

【基準解釈通知】

(1) 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てます。

- ① 入所者及び家族の処遇上の相談
- ② レクリエーション等の計画、指導
- ③ 市町村との連携
- ④ ボランティアの指導

(2) サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）に配置されている支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

- (3) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあっては、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。

6 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（老健基準第2条第1項第5号）

常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上必要です。

【基準解釈通知】

- (1) 介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において、指定訪問リハビリテーションのサービス提供にあたることは差し支えありません。
ただし、介護老人保健施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の常勤換算方法における勤務時間数に指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間を含むことはできません。
- (2) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る。）又は、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるサービス提供が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

7 栄養士又は管理栄養士（老健基準第2条第1項第6号）

入所定員が100以上の介護老人保健施設にあっては、1以上の員数の配置が必要です。

【基準解釈通知】

- (1) 入所定員が100以上の介護老人保健施設においては、常勤職員を1人以上
ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養指導等の業務に支障がない場合には兼務職員をもって充てても差し支えありません。
- (2) 入所定員が100人未満の介護老人保健施設においても常勤職員の配置に努めること。
- (3) サテライト型小規模介護老人保健施設と一体として運営される本体施設（介護老人保健施設、療養床数100以上の介護医療院及び病床数が100床以上の病院に限る。）又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

8 介護支援専門員（老健基準第2条第1項第7号、第5項）

1以上の員数の配置が必要です。入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とします。

その業務に専ら従事する常勤の者でなければなりません。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の業務に従事することができます。

【基準解釈通知】

- (1) 入所者の数が100名未満の施設にあっても1人は配置されていなければなりません。
- (2) 入所者の数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであるので、入所者の数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい配置となります。なお、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げません。
- (3) 兼務を行う場合、当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務の勤務時間として算入することができます。
- (4) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められません。ただし増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りではありません。
- (5) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合は、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。
- (6) サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設、介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）又は病院（指定介護療養型医療施設に限る。）に限る。）の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

9 調理員、事務員等その他の従業者（老健基準第2条第1項第8号）

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

なお、併設施設等との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては配置しない場合があっても差し支えありません。

10 用語の定義（老健基準第2条第3項、基準解釈通知）

(1) 常勤換算方法

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

この場合の勤務時間数は、当該施設の介護保健施設サービスに従事する勤務時間数であり、例えば、施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受けている場合であって、施設サービスと通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には介護保健施設サービスに係る勤務時間だけを算入します。

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

のための所定労働時間の短縮等の措置」という。)が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たすものとし、1として取り扱うことを可能とします。

(2) 勤務延時間数

勤務表上、介護保健施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数をいいます。

なお、従業者 1 人につき、勤務延時間に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します。

(3) 常勤

当該介護老人保健施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 32 時間を下回る場合は、32 時間を基本とする(一部 30 時間とする例外有り)）に達していることをいいます。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられているものについては、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します。

また、当該施設に併設されている事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものとします。

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

(4) 専ら従事する

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

(5) 入所者の数

前年度の平均値とします。ただし、新規に許可を受ける場合は推定によります。

前年度の平均値とは、当該年度の前年度（毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とし、この算定にあたっては小数点第 2 位以下を切り上げます。

介護老人保健施設を新設若しくは再開又は増床する場合は、前年度において1年未満の実績しかない場合の入所者数は、新設若しくは再開又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の「90%」を入所者数とし、6月以上1年未満の間は、「直近の6月における入所者延数を6月間の日数で除して得た数」とし、1年以上経過している場合は、「直近1年間における入所者延数を1年間の日数で除して得た数」とします。

減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の入所者延数で除し得た数とします。

Ⅲ 介護老人保健施設の施設及び設備の基準について

1 介護老人保健施設の施設基準 (老健基準第3条)

種類	施設	老健基準	基準解釈通知
介護老人保健施設	療養室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定員は4人以下とすること。 ・ 8㎡以上/人の面積(洗面所、収納設備に要した面積を含む)を有していること ・ 地階に設けてはならないこと ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること ・ 寝台等の設備を備えること ・ 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 ・ ナースコールを設けること 	
	談話室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者同士やその家族が談話を楽しめる広さを有していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソファ、テレビその他の教養娯楽設備等を備えること
	食堂	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2㎡×定員以上の面積を有していること 	
	浴室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者の入浴に適したものとすること ・ 一般浴槽のほか、介助が必要な方に適した特別浴槽を設けること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別浴室については、ストレッチャー等の出入りに支障が生じないよう配慮すること
	レクリエーションルーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ レクリエーションを行うために十分な広さを有し必要な設備を備えること 	
	洗面所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室のある階ごとに設けること 	
	便所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室のある階ごとに設けること ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとすること ・ ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること 	
	汚物処理室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設けること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の施設と区別された一定のスペースを有すること。

<p>ユニット型介護老人保健施設</p>	<p>ユニット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1ユニットの定員は、原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないものとする。 <p>※各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養室及び共同生活室により一体的に構成される場所(ユニット)を単位として構成し、運営すること。 ・ 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というユニットケアの特徴を踏まえたものであること。
	<p>療養室</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定員は1人とする。 ・ いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。 ・ 10.65㎡以上の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること。 ・ 地階に設けてはならないこと。 ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること。 ・ 寝台等の設備を備えること。 ・ ナースコールを設けること。 <p>※夫婦で療養室を利用する場合などサービス提供上必要と認められる場合は、2人部屋とすることができる。この場合、21.3㎡以上の面積を有すること。</p> <p>※ユニット型個室的多床室について（経過措置）令和3年4月1日に現に存するユニット型介護老人保健施設（基本的な設備が完成しているものを含み、令和3年4月1日以降に増築され、又は全面的に改築された部分の除く。）において、ユニットに属さない療養室を改修してユニットが造られている場合は、「ユニット型個室的多床室」の基準を適用できる。</p>	

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

	調理室	・ 設けること	・ 食器・調理器具などの消毒設備、保管設備、防虫及び防鼠の設備を設けること
	洗濯室又は洗濯場	・ 設けること	
	その他		設置奨励施設→家族相談室、ボランティアルーム、家族介護教室

○ 階段

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

○ 廊下

- 1 廊下幅は、内法寸法（手すりから測定する。）で片廊下1.8m以上、中廊下（※1）2.7m以上とすること。

（ユニット型のみ）

廊下の一部を拡張することにより、入居者、従業員の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、片廊下1.5m以上、中廊下1.8m以上とすることができる。

- 2 手すりは、原則として両側に設けること
- 3 常夜灯を設けること

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

※2 「療養室等」・・・一般介護老人保健施設においては、

療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーションルーム、便所等
ユニット型においては、

共同生活室、浴室、便所等、入所者が日常継続的に使用する施設

【認知症専門棟】（認知症ケア加算を算定することができる施設の基準）

認知症専門棟の主な設置基準は、次のとおりです。

- 1 日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者（※）と他の入所者とを区別していること。
- 2 以下に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。
 - （1）専ら日常生活に支障をきたす恐れのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（※）を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の入所者・利用者に利用させるものでないこと。
 - （2）入所定員は、40人を標準とすること。
 - （3）入所定員の1割以上の数の個室を有すること。（特別な療養室の提供に係る費用は徴収できません。）

- (4) 療養室以外の生活の場として入所定員 1 人当たりの面積が 2 m²以上のデイルームを設けていること。
 - (5) 当該認知症入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設（家族介護教室）であって、30 m²以上の面積を有するものを設けること。
 - 3 単位ごとの入所者の数について、10人を標準とすること
 - 4 単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を置いていること。
- ※ 「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とは、「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいいます。

2 施設の共用について

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

【参考：併設施設との共用が認められない施設】 療養室

* 介護療養型老人保健施設については、上記基準と取扱いが異なることがあります。

IV 介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について

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

※（老健）・・・「介護老人保健施設」の運営基準等

※（ユニット）・・・「ユニット型介護老人保健施設」の運営基準等

1 内容及び手続の説明及び同意（共通）（老健基準第5条）

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

【基準解釈通知】

（1）重要事項を記した文書に記載しなければならないことは

ア 運営規定の概要

イ 従業者の勤務の体制

ウ 事故発生時の対応

エ 苦情処理の体制

オ その他入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

（2）わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧にを行います。

（3）サービスの提供を受けることについての同意は、入所申込者及び施設双方の保護の立場から、別途契約書等の書面によって確認することが望ましいものです。

【介護老人保健施設の広告制限】（介護保険法第98条）

介護老人保健施設については、広告することができる事項が制限されています。

また、虚偽の内容の広告は禁止されています。

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

（「介護老人保健施設に関して広告できる事項について」平成13年2月22日付け老振発第10号）

2 サービス提供拒否の禁止（共通）（老健基準第5条の2）

正当な理由なく、介護保健施設サービスの提供を拒んではなりません。

【基準解釈通知】

（1）原則として、入所申込に対して応じなければなりません。

（2）特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられています。

提供を拒むことができる正当な理由

① 入院治療の必要がある場合

② その他入所者に対し、自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合

※入退所に係る説明は、入所者又はその家族が理解できるまで懇切丁寧に行うことが必要です。

3 サービスの提供が困難時の対応（共通）（老健基準第5条の3）

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

4 受給資格等の確認（共通）（老健基準第6条）

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

5 要介護認定の申請に係る援助（共通）（老健基準7条）

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

6 入退所（共通）（老健基準第8条）

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

○ 入所にあたって留意すべきこと

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

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

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

○ 退所に当たって留意すべきこと

- ・ 入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退所後の主治の医師に情報の提供を行い、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

【基準解釈通知】

- (1) 「優先的に入所」の取り扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しなければなりません。
- (2) 入所に際しては、入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での療養へ移行する必要があること、できるだけ面会に来ることが望ましい等の説明を行うことが望ましいものです。
- (3) 居宅において日常生活を営むことができるかどうか（居宅における生活への復帰への可否）の「検討」は入所後早期に行います。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、少なくとも3月ごとに行います。
- (4) これらの検討の経過及び結果は記録し、当該入所者のサービス提供の日から5年間保存しなければなりません。
※記録の保存期間については、和歌山県条例による。以下同じ。
- (5) 退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって退所後の主治医、居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ります。

7 サービスの提供の記録等（老健基準第9条）

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

サービスを提供した際の記録（サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況、その他必要な事項）は、当該入所者のサービス提供の日から5年間保存しなければなりません。

8 利用料等の受領（共通）（老健基準第11条）

入所者から介護保健施設サービスについての入所者負担として、法第48条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額を除いた額の1割、2割又は3割の支払いを受けるものとします。

法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供したときに入所者から支払いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければなりません。

(1) 事業者が入所者等から徴収することができる費用について

○ 入所者から徴収する費用については、あらかじめ入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記載した文書（重要事項説明書等）を交付して説明を行い、文書により入所者の同意（①から④までの利用料にかかる同意は文書による。）を得なければなりません。

- ① 食事の提供に要する費用（食費）
- ② 居住に要する費用（居住費）
- ③ 入所者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用
- ④ 入所者が選定する特別な食事の提供に伴う費用
- ⑤ 理美容代
- ⑥ 介護保健施設サービスとして提供される便宜で日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの。（「その他の日常生活費」という。）

(2) 「その他の日常生活費」の徴収について

「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことをいいます。

「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」平成12年3月30日老企第54号

施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、次の基準が遵守されなければなりません。

- ① 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- ② 保険給付対象サービスと明確に区分されないあいまいな名目「お世話料、管理協力費、共益費等」による費用の徴収は認められない。
- ③ 入所者等又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
- ④ 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内であること。
- ⑤ 運営規程において定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。

《その他の日常生活費の例》

- 入所者等の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（歯ブラシ、化粧品等の個人の日用品等）
- 入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（クラブ活動の材料費等）
- 健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）

- 預かり金の出納管理に係る費用
- 私物の洗濯代

※ おむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できない。

**「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9月7日
厚生労働省告示第419号**

ア ①食費と②居住費の具体的な金額等は入所者と施設の契約により定められることとなりますが、当該契約の内容については文書により事前に説明を行い、文書により同意を得る必要があります。

イ 食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載するとともに施設の見やすい場所に掲示することとします。

※ 個室の居住費は室料及び光熱水費、多床室の居住費は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案することになります。

ウ 食費は食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とします。

エ 入所者が選定する特別な療養室・特別な食事の提供に係る利用料（消費税の課税対象となる）については、居住費・食費と明確に区別して受領する必要があります。

※ これら介護保健施設サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付しなければなりません。

（介護保険法第48条第7項において準用する第41条第8項
介護保険法施行規則第82条）

9 介護保健施設サービスの取扱方針（老健基準第13条、第43条）

【老健】介護老人保健施設は、

- (1) 施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、当該入所者の心身の状況等を踏まえ、当該入所者の療養を適切に行わなければなりません。
- (2) 介護保健施設サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。
- (3) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければなりません。
- (4) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束当」という。）を行ってはなりません。

- (5) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。
- (6) 身体的拘束等の適正化を図るために次に掲げる措置を講じなければなりません。
 - ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下、「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的開催すること。
- (7) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

【ユニット型】ユニット型介護老人保健施設は、

- (1) 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (2) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (3) 入居者のプライバシーの確保に配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (4) 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、入居者の心身の状況等を常に把握しつつ、介護保健サービスを適切に行わなければなりません。
- (5) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければなりません。
- (6) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはなりません。
- (7) 身体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りません。
- (8) 身体的拘束等の適正化を図るために次に掲げる措置を講じなければなりません。
 - ①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3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的開催すること。
- (9) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図ら

なければなりません。

【基準解釈通知】

【ユニット型】

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

【老健】【ユニット型】

身体的拘束廃止の取組みについて[身体拘束ゼロへの手引き]

1 身体的拘束について

(1) 身体的拘束の禁止について

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

(2) 緊急やむを得ない場合について

- 次の3つの要件全てを満たしていることを、施設内の「身体的拘束適正化検討委員会」等で、組織として事前に定めた手続きに従い、施設全体として判断していること。

- ① 切迫性：入所者本人または他の入所者等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。
- ② 非代替性：身体的拘束等の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③ 一時性：身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

2 身体的拘束を行う場合の留意点

- (1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（又は数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておくこと。
- (2) 手続きや説明者を事前に運営規程等に明文化し、入所者や家族に対し、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ること。また家族に身体的拘束を行う時点でも、必ず個別に説明を行うこと。

- (3) 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除すること。
- (4) 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。(老健ではこの記録を医師が診療録に記載することとされています。記載がなければ、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となります。)

【基準解釈通知】(身体的拘束)【老健】【ユニット型】

○身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

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

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

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

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

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

○身体的拘束等の適正化のための指針

介護老人保健施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- ① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
- ② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

○身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修

介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

10 施設サービス計画の作成（共通）（老健基準第14条）

（1）計画担当介護支援専門員による施設サービス計画の作成

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

（2）総合的な施設サービス計画の作成

入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該入所者に対して提供される地域の住民の自発的な活動によるサービス等の提供について施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければなりません。

（3）課題分析の実施

適切な方法により、入所者について、有する能力、置かれている環境等の評価を通じて当該入所者が現に抱える問題点を明らかにし、当該入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければなりません。

（4）課題分析における留意点

解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、入所者及びその家族に面接を

行わなければなりません。この場合、面接の趣旨を当該入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければなりません。

(5) 施設サービス計画原案の作成

入所者の希望、当該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、当該入所者の家族の希望を勘案し、当該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、生活全般における解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及び達成時期、サービスの内容及び提供上の留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければなりません。

また、施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めることとされています

(6) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

「入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者」を招集して行うサービス担当者会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用について入所者又はその家族の同意を得なければならない。以下、同じ。）の開催や、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者の専門的な見地からの意見を求めるものとします。

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

(7) 施設サービス計画原案の説明及び同意

「施設サービス計画の原案」の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければなりません。

(8) 施設サービス計画の交付

施設サービス計画を作成したときは、当該施設サービス計画を遅滞なく入所者に交付しなければなりません。

(9) 施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて、計画を変更するものとします。

(10) モニタリングの実施

モニタリングにあたっては、入所者及び家族並びに他の担当者との連絡を継続的に行うとともに、特段の事情のない限り、次により行わなければなりません。

- ① 定期的に入所者に面接すること。
- ② 定期的モニタリングを行い、その結果を記録すること。

(11) 施設サービス計画の変更

次に掲げる場合は、サービス担当者会議の開催、他の担当者に対する照会等により施設サービス計画の変更の必要性について、担当者の専門的な見地からの意見を求めるものとします。

- ① 入所者が要介護更新認定を受けた場合
- ② 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

施設サービス計画を変更する際には、原則として、(2) から (8) までの一連の業務を行うことが必要です。

11 診療の方針（共通）（老健基準第15条）

介護老人保健施設では、入所者に必要な日常的な医療については、施設の医師が行います。医師の診療の方針は、次に掲げる基準によらなければなりません。

- ① 診察は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断に基づき、療養上適切に行います。
- ② 診察に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮し、心理的な効果を上げることができるよう適切な指導を行います。
- ③ 常に入所者の病状、心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行います。
- ④ 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして適切に行います。
- ⑤ 特殊な療法、新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはなりません。
- ⑥ 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはなりません。

12 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等（共通）（老健基準第16条）

介護老人保健施設の医師は、

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

留意点

- 入所中に入所者が保険医療機関に受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生じることはありません。
- 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなります。
- ※「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」平成12年3月31日老企第59号
- ※「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」平成20年3月27日厚生労働省告示第128号
- ※「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」平成18年4月28日老老発第0428001号等

13 機能訓練（共通）（老健基準第17条）

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

【基準解釈通知】

- (1) 入所者全員について、訓練の目的を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにします。
- (2) 機能訓練は、入所者1人について、少なくとも週2回程度実施します。
- (3) 機能訓練は以下の手順で行います。
 - ・ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。リハビリテーション実施計画の作成にあたっては、施設サービス計画との整合を図ります。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。
 - ・ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録します。
 - ・ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。
 - ・ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

14 栄養管理（共通）（老健基準第17条の2）

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に行わなければなりません。

【基準解釈通知】

- (1) 栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものです。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととします。
- (2) 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成します。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ます。
- (3) 栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ります。
- (4) 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録します。
- (5) 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。
- (6) 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4において示されているので、参考とすること。

※ 当義務付けについては、3年間の経過措置が設けられており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

15 口腔衛生の管理（共通）（老健基準第17条の3）

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りません。

【基準解釈通知】

基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものです。

- (1) 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行います。
- (2) (1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直します。
なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができます。

ア 助言を行った歯科医師

イ 歯科医師からの助言の要点

ウ 具体的方策

エ 当該施設における実施目標

オ 留意事項・特記事項

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

※ 当該義務付けの適用にあたっては、3年間の経過措置が設けられており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

16 看護及び医学的管理の下における介護（老健基準第18条、第44条）

【老健】

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

- ・ 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければなりません。
- ・ 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。
- ・ おむつを使用せざる得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければなりません。
- ・ じょく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じょく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。
- ・ 入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければなりません。
- ・ 入所者に対し、その負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外のものによる看護又は介護を受けさせてはなりません。

【基準解釈通知】

- (1) 入浴の実施にあたっては、入所者の自立支援に資するよう、心身の状況を踏まえて、特殊浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により行います。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。
- (2) 排せつに係る介護にあたっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により実施します。
- (3) おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身の活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。

【ユニット型】

看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。

ユニット型介護老人保健施設は、看護、介護に当たっては、次のことに留意します。

- ・ 入居者の「日常生活における家事」を入居者の病状及び心身の状況等に応じ、それぞれの役割を持って行うことができるように適切に支援しなければなりません。
- ・ 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければなりません。ただし、やむを得ない場合は、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。
- ・ 入居者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な支援を行わなければなりません。
- ・ おむつを使用せざる得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えなければなりません。
- ・ じょく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じょく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。
- ・ 入居者が行う、離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければなりません。
- ・ 入居者に対し、入居者の負担により、当該ユニット型介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

【基準解釈通知】

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

【老健】【ユニット型】

「褥瘡の発生を予防するための体制」の整備とは

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ます。

例えば、

- ① 褥瘡のハイリスク者に対する、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価
- ② 専任の褥瘡予防対策担当者の選定（看護師が望ましい）
- ③ 医師などの施設の従業者からなる褥瘡対策チームの設置
- ④ 褥瘡対策のための指針の整備
- ⑤ 施設の従業者に対する継続的な教育を実施 など

17 食事（老健基準第19条、第45条）

【老健】

介護老人保健施設は、

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

【ユニット型】

ユニット型介護老人保健施設は

- ・ 栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しなければなりません。
- ・ 適切な方法により、食事の自立のために必要な支援を行わなければなりません。
- ・ 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者が心身の状況に応じてできる限り自立して食事をとることができるよう必要な時間を確保しなければなりません。
- ・ 入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、共同生活室で食事を行うことを支援しなければなりません。

【基準解釈通知】

【老健】【ユニット型】

（1）食事の提供について

個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行います。

入所者の自立の支援に配慮し、入所者ができる限り離床して食堂（共同生活室）で食事を行えるよう努めなければなりません。

（2）調理について

調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておきます。

（3）食事の提供時間について

食事時間は適切な時間とし、夕食時間については、午後6時以降とすることが望ましく、早くても午後5時以降とします。

(4) 食事の提供に関する業務の委託について

食事の提供に関する業務は、介護老人保健施設自らが行うことが望ましいが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができます。

(5) 療養室関係部門と食事関係部門との連携について

食事の提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事の的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要です。

(6) 栄養食事相談について

入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があります。

(7) 食事内容の検討について

食事内容については、医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければなりません。

【ユニット型】

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

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

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

ただし、共同生活室での食事を強制してはなりません。

18 相談及び援助（共通）（老健基準第20条）

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

19 その他のサービスの提供（老健基準第21条、第46条）

【老健】

適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めます。

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

【ユニット型】

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

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

【基準解釈通知】

【ユニット型】

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

20 入所者に関する市町村への通知（共通） （老健基準第 2 2 条）

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

- (1) 正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態を悪化させたと認められるとき。
- (2) 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

21 管理者、管理者の責務（共通） （老健基準第 2 3 条、第 2 4 条）

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

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

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

22 計画担当介護支援専門員の責務（共通） （老健基準第 2 4 条の 2）

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

- (1) 入所申込者の入所に際し、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

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

23 運営規程 (老健基準第25条、第47条)

【老健】

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

- (1) 施設の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 入所定員
- (4) 入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- (5) 施設の利用に当たっての留意事項

介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項等

- (6) 非常災害対策
 - 消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画
- (7) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (8) その他施設の運営に関する重要事項
 - 「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き」について定めておくことが望ましい。

※1 運営規程の概要を施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。

※2 (7) 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3月31日までの間は努力義務となります。

【ユニット型】

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

- (1) 施設の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 入居定員
- (4) ユニットの数及びユニットごとの入居定員

- (5) 入居者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
 (「介護保健サービスの内容」とは、入居者が、自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるように、1日の生活の流れの中で行われる支援の内容を指します。)
- (6) 施設の利用に当たっての留意事項
 介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項
- (7) 非常災害対策
 消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画
- (8) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (9) その他施設の運営に関する重要事項
 「入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き」について定めておくことが望ましい。
- ※1 運営規程の概要を施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
 ※2 (8) 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3月31日までの間は努力義務となります。

【基準解釈通知】

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

24 勤務体制の確保等（老健基準第26条、第48条）

【老健】【ユニット型】

- (1) 入所（居）者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、当該介護老人保健施設の従業者によってサービスを提供しなければなりません。ただし、入所（居）者の処遇に直接影響を及ぼさない業務（調理・洗濯等）については、第三者への委託等が認められています。
- また、従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。その際、当該介護老人保健施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならないとされています。
- (2) 適切な介護保健施設サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を

講じなければなりません。

- ※ (1) 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については、令和6年3月31日までの間は努力義務となります。

【基準解釈通知】

【老健】【ユニット型】

- (1) 原則として、月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員等の配置等を明確にします。
- (2) 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護職員又は介護職員による夜勤体制を確保する必要があります。
- (3) 休日・夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとる必要があります。
- (4) 各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に従業者の研修の機会を確保するよう努めるものとします。また、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものです。当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とします。なお、当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。
- (5) 令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければなりません。また、新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとします（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えないとされています）。
- (6) 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については、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法

律（昭和 41 年法律第 132 号）第 30 条の 2 第 1 項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。事業主が講ずべき措置の内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとなります。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意します。

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

ア 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

- (8) 事業主が講じることが望ましい取組について、パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、

- ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
- ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）
- ③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

が規定されています。介護現場では特に、入所者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、事業主が講ずべき措置の具体的な内容の

必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「(管理職・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいとされています。

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

【ユニット型】

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

- (1) 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- (2) 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する従業者として配置すること。
- (3) ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

さらに、

ア ユニット型介護老人保健施設において、当該施設の従業者が、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、入居者との間に、いわゆる「馴染みの関係」が求められます。

従って、従業者については、原則としてユニットごとに固定的に配置することが望ましいです。

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

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

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

なお、今後の研修受講者の状況等を踏まえた上で、厚生労働省により配置基準が再検討される予定であるため、多くの従業者について研修の受講の機会を与えるよう配慮して下さい。

- (4) 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4月1日から当分の間、夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までを含めた連続する16時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとします。

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とします。

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とします。

なお、基準省令第48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ありません。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とします。

25 業務継続計画の策定等（共通）（老健基準第26条の2）

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければなりません。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

※ 上記、業務継続計画の策定等必要な措置を講じることについては、令和6年3月31日までの間は努力義務となります。

【基準解釈通知】（共通）

- (1) 感染症や災害が発生した場合であっても、入所者が継続して介護老人保健施設サービスの提供を受けられるよう、介護老人保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護老人保健施設に対し

て、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければなりません。

(2) 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、施設に実施が求められるものですが、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こととします。

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

(4) 業務継続計画には、以下の項目等を記載することとします。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。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とします。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。

①感染症に係る業務継続計画

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

イ 初動対応

ウ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

②災害に係る業務継続計画

ア 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

イ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ウ 他施設及び地域との連携

(5) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとします。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することとします。また、研修の実施内容についても記録することとします。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えないです。

(6) 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとします。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えないです。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です。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

26 定員の遵守 (老健基準第27条、第49条)

【老健】

入所定員及び療養室の定員を超えて入所させることはできません。

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

【ユニット型】

ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させることはできません。

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

27 非常災害対策(共通) (老健基準第28条)

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

【基準解釈通知】

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防計画及び地震、風水害その他の災害に対処するための計画を言います。
- (2) 「関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制」の整備とは、火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。
- (3) 防火管理者又は防火管理に関する責任者を定め、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務を行わせるものとします。
- (4) 消防法その他の法令等に規定された設備(消火設備その他の非常災害に際して必要な設備)を確実に設置しなければなりません。
- (5) 避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとし、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。
- (6) 訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとします。

28 衛生管理等(共通) (老健基準第29条)

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

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

- (1) 感染症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「感染対策委員

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します。)を概ね3月に1回以上定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

(2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための「指針」を整備すること。

(3) 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための「研修」、「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。

(4) 「厚生労働大臣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。

【基準解釈通知】

「感染症対策委員会」とは

管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、支援相談員など幅広い職種により構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者(感染対策担当者)を決めておくことが必要です。

なお、この委員会は、施設の他の委員会と独立して設置運営することが必要(関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合は一体的に設置・運営することも差し支えない。)であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましいものです。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します。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」等を遵守することとされています。

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

「指針」には

平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

平常時の対策としては、施設内の衛生管理、日常のケアにかかる感染対策等が、発生時の対応としては発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課との関係機関との連携、医療措置、行政への報告等が想定されます。

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

「研修」とは

研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。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です。

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

また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、受託者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要があります。

「感染症の予防及びまん延の防止のための訓練」とは

平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、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す。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します。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

なお、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の実施については、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務となります。

29 協力病院等（共通）（老健基準第30条）

入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力病院を定めなければなりません。
また、あらかじめ協力歯科医療機関を定めるよう努めなければなりません。

【基準解釈通知】

協力病院の選定には、次の点に留意します。

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

30 掲示（共通）（老健基準第31条）

施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項（苦情解決の概要等）を掲示しなければなりません。

また、上記の事項を記載した書面を施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができます

【基準解釈通知】

運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護老人保健施設の見やすい場所に掲示することを規定したのですが、次に掲げる点に留意する必要があります。

- 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 従業者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、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

31 秘密保持等（共通） （老健基準第32条）

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

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

32 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止（共通） （老健基準第33条）

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

また、入所者による退所後の居宅介護支援事業者の選択が公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設から退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはなりません。

33 苦情処理等（共通） （老健基準第34条）

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

【基準解釈通知】

- (1) 「必要な措置」とは、

⇒ 苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情解決の体制及び手順等、当該施設における苦情を解決するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示すること等です。

- (2) 苦情に対し施設が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければなりません。

- (3) 苦情の内容等の記録は、5年間保存しなければなりません。

- (4) 介護老人保健施設は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければなりません。

□市町村に苦情があった場合

- ・ 提供した介護保健施設サービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若し

くは提示の求め又は当該市町村職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければなりません。

- ・ 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければなりません。

□国民健康保険団体連合会に苦情があった場合

- ・ 提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければなりません。
- ・ 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければなりません。

34 地域との連携等（共通）（老健基準第35条）

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

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

「市町村が実施する事業」には、

- ⇒ 介護相談員派遣事業のほか、市町村が老人クラブ、婦人会、その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。

35 事故発生の防止及び発生時の対応（共通）（老健基準第36条）

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

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

【基準解釈通知】

(1) 「指針」に盛り込むべき項目として想定されることは、

- ① 施設における介護事故防止に関する基本的考え方
- ② 介護事故発生防止のための対策を検討する委員会その他の施設内の組織に関する事項
- ③ 介護事故発生防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（介護事故等）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他介護事故等の発生防止の推進のために必要な基本方針

(2) 改善のための方策を定め、職員に対し周知徹底する目的は

⇒ 介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意する必要があります。

□具体的に想定されること

- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること
- ② 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、介護事故等について報告するための様式に従い、介護事故等について報告すること。
- ③ 事故防止検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 「事故防止検討委員会」とは、

管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの幅広い職種により構成された介護事故発生防止及び再発防止のための対策を検討する委員会のこと。

構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておく必要があります。

なお、委員会は他の委員会と独立して設置・運営することが必要（関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、一体的に設置・運営することも差し支えない）であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましいです。

また、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ます。

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」等を遵守することとします。

(4)「研修」とは

研修の内容は、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとします。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容については記録が必要です。

(5) 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者介護老人保健施設における事故発生を防止するための体制として、専任の担当者を置くことが必要です。担当者は、事故防止検討委員会において安全対策を担当する者同一の従業者が務めることが望ましいとされています。

(6) 賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのためにも損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償能力を有することが望ましいものです。

36 虐待の防止（共通）（老健基準第36条の2）

介護老人保健施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければなりません。

- (1) 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。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 虐待の発生又はその再発を防止する措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【基準解釈通知】

(1) 次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとします。

・虐待の未然防止

介護老人保健施設は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護施設の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。

・虐待等の早期発見

従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市

町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

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

(2) 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します。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会

ア 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的を開催することが必要である。また、施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

イ 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です。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です。

ウ 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します。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。

エ 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します。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ります。

(a) 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること

(b) 虐待の防止のための指針の整備に関すること

(c) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

(d) 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

(e) 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

(f) 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

(g) 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

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します。

ア 施設における虐待の防止に関する基本的考え方

イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項

ウ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

エ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

オ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項

カ 成年後見制度の利用支援に関する事項

キ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

ク 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項

ケ 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

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、当該介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとします。職員教育を組織的に徹底させていくた

めには、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容について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です。

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

虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。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。

※ 虐待の防止に関する措置の適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

37 会計の区分（共通）（老健基準第37条）

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

【基準解釈通知】

具体的な会計処理等の方法については、「介護老人保健施設会計・経理準則の制定について（平成12年3月31日老発第378号）」及び「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年3月28日老振発第18号9）」により取り扱うこととします。

38 記録の整備（共通）（老健基準第38条）

介護老人保健施設は、従業者、施設、構造設備及び会計に関する記録を整備しなければなりません。

また、次に掲げる入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、そのサービス提供の日から5年間保存しなければなりません。

- ① 施設サービス計画
- ② 入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについての検討の内容等の記録
- ③ 提供した介護老人保健施設サービスの具体的な内容等の記録
- ④ 身体的拘束を行う場合は、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに理由の記録
- ⑤ 老健条例第24条の規定による市町村への通知（入所者が正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は入所者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知）に係る記録
- ⑥ 提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録
- ⑦ 提供した介護保健施設サービスに関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録

39 電磁的記録等（共通）（老健基準第51条）

- (1) 作成、保存その他これらに類するもののうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情

報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。)で行うことが規定されている又は想定されるもの(受給資格等の確認及びサービスの提供の記録並びに下記(2)に規定するものを除く。)については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)により行うことができます。

(2) 交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法(電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。)によることができます。

【基準解釈通知】

(1) 電磁的記録について

書面(被保険者証に関するものを除く。)の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものです。

① 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

② 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

ア 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

イ 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

③ その他、電磁的記録により行うことができるとされているものは、①及び②に準じた方法によること。

④ 電磁的記録により行う場合は、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」及び厚生労働省「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。

(2) 電磁的方法について

入所者及びその家族等(以下「入所者等」という。)の利便性向上並びに施設等の業務負担軽減等の観点から、施設等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等(交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。)について、事前に入所者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものです。

① 電磁的方法による交付は、基準省令第5条第2項から第6項までの規定に準じた方

法によること。

- ② 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- ③ 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- ④ その他、電磁的方法によることができるものとされているものは、①から③までに準じた方法によること。ただし、基準省令又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- ⑤ 電磁的方法による場合は、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」及び厚生労働省「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。

V 介護老人保健施設併設短期入所療養介護、 介護老人保健施設併設介護予防短期入所介護について

1 趣旨、基本方針

要介護又は要支援状態となった場合においても、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、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、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものでなければなりません。

2 人員、設備に関する基準

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の利用者を介護老人保健施設の入所者としてみなした場合における介護老人保健施設として満たすべき人員、施設基準を満たしていることで足りります。

3 運営に関する基準（主な項目）

（1）対象者

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等を図るために、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を対象とします。

（2）心身の状況等の把握

利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければなりません。

（3）短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の開始及び終了

指定短期入所療養介護事業者（指定介護予防短期入所療養介護事業者）は、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携により、サービス提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めなければなりません。

（4）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が作成されている場合には、当該居宅サービス計画に沿ったサービスを提供しなければなりません。

（5）サービスの提供の記録

サービスを提供したときは、サービスの提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければなりません。

また、サービスを提供したときは、その具体的なサービスの内容等を記録するととも

に、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければなりません。

(6) 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の取扱方針

短期入所療養介護

- ・ 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等の利用者の心身の状況等を踏まえ、当該利用者の療養を適切に行わなければなりません。
- ・ 相当期間にわたり継続して入所する利用者については、短期入所療養介護計画に基づき、適切に行うとともに、サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。
- ・ 事業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければなりません。
- ・ 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

介護予防短期入所療養介護

- ・ 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。
- ・ 主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。
- ・ 利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければなりません。
- ・ 利用者がその有する能力を最大限に活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければなりません。
- ・ 利用者との意思疎通を十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければなりません。

(7) 身体的拘束等の禁止

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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

また、身体的拘束等を行う場合には、医師がその態様及び時間、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診療録に記録しなければなりません。

(8) 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の作成

- ・ 相当期間（概ね4日以上）にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及び置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、サービス提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮し、他の従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画を作成しなければなりません。

- ・ 既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って短期入所療養介護計画を作成しなければなりません。
- ・ 短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。
- ・ 短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）を作成したときは、当該計画を利用者に交付しなければなりません。

(9) 運営規程

次に掲げる事業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りません。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 指定短期入所療養介護（指定介護予防短期入所療養介護）の内容及び利用料その他の費用の額
- ④ 通常の送迎の実施地域
- ⑤ 施設の利用に当たっての留意事項
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑧ その他運営に関する重要事項（「利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」「従業者の研修」「協力病院（介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所に限る。）」「従業者及び従業者の退職後の秘密保持」「苦情処理の体制・相談窓口」「事故発生時の対応」について定めておくことが望ましい）

※ ⑦については、令和6年3月31日までの間は努力義務。

(10) 勤務体制の確保等

- ・ 利用者に対し、適切な指定短期入所療養介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければなりません。

（ユニット型の場合）

従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、下記に定める職員配置を行わなければなりません。

- ① 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
 - ② 夜間及び深夜については、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。
 - ③ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。
- ・ 従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。その際、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症

介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければなりません。

- ・ 適切な短期入所療養介護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。

※ 認知症に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置は、令和6年3月31日まで努力義務

(11) 業務継続計画の策定等

- ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する短期入所療養介護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、業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。
- ・ 従業者等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行う必要がある。
- ・ 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。

(12) 定員の遵守

利用者を当該介護老人保健施設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こととなる利用者に対してサービス提供を行ってはなりません。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、この限りではありません。

(13) 衛生管理

- ・ 利用者の使用する施設、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。
- ・ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、下記に掲げる措置を講じなければならない。

- ① 当該指定介護短期入所療養介護事業所における感染症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6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 当該指定介護短期入所療養介護事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- ③ 当該指定介護短期入所療養介護事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行うこと。

※ 感染症の予防及びまん延防止のための措置は、令和6年3月31日まで努力義務

(14) 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはなりません。

(15) 掲示

- ・ 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、並びに従業者の勤務の体制、利用料その他のサービスの選択に関する重要事項を掲示しなければなりません。
- ・ 上記に規定する事項を記載した書面を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、同項の規定による掲示に代えることができます。

(16) 虐待の防止

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、下記に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 当該指定介護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。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員等に周知徹底を図ること。
- ② 当該指定介護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。
- ③ 当該指定介護短期入所療養介護事業所において、従業員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

※ 虐待の防止のための措置は、令和6年3月31日まで努力義務

(17) 電磁的記録等

- ① 指定居宅（介護予防）サービス事業者及び指定居宅（介護予防）サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第十一条第一項（第三十九条の三、第四十三条、第五十四条、第五十八条、第七十四条、第八十三条、第九十一条、第一百五十五条、第一百五十五条の三、第一百九条、第一百九条、第一百四十条（第一百四十条の十三において準用する場合を含む。）、第一百四十条の十五、第一百四十条の三十二、第一百五十五条（第一百五十五条の十二において準用する場合を含む。）、第一百九十二条、第一百九十二条の十二、第二百五条、第二百六条及び第二百六条において準用する場合を含む。）及び第八十一条第一項（第一百九十二条の十二において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができます。
- ② 指定居宅（介護予防）サービス事業者及び指定居宅（介護予防）サービスの提供

に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができます。

VI 介護保健施設サービスに要する費用等

※加算については全てを掲載しておりませんので注意願います。

1 介護保健施設サービス費の算定要件

- 定員超過、人員基準違反でないこと。
- 個別の算定要件

I-1 (ユニット型) 介護老人保健施設(基本型)の施設基準 i、iii

- (1) 看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。
 - (2) 定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。
 - (3) 入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
 - (4) 当該施設から退所した者の退所後30日以内(退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあつては、14日以内)に、当該施設の従業者が当該入所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。
 - (5) 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
 - (6) 当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと
- (7) 在宅復帰・在宅療養支援等指標(P44参照)の合計値が20以上であること。

I-2 (ユニット型) 介護老人保健施設(在宅強化型)の施設基準 ii、iv

- (1) (ユニット型) 介護老人保健施設(基本型) (1) から (6) までに該当するものであること。
- (2) 在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上であること。
- (3) 地域に貢献する活動を行っていること。
- (4) 入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーションを実施していること。

個別リハビリテーションについて

Q: 「入所者に対し、少なくとも週3回程度のリハビリテーション」とは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーション20分程度を週3回以上行うことによいか。また、当該個別リハビリテーションを実施するにあたり、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件に当てはまる場合については、これらの加算を算定してよいか。

A: いずれについても貴見のとおりである。

(「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成30年3月23日)」より抜粋)

Ⅱ 介護療養型（ユニット型）介護老人保健施設の施設基準 i、ii

- (1) 平成 18 年 7 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- (2) 算定日が属する月の前 12 月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等（法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く。）から入所した者の占める割合を減じて得た数が 35%以上であることを標準とすること。

ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情（半径 4 km 以内に病床を有する医療機関がないこと又は、病床数が 19 以下であること）があるときはこの限りでない。

- (3) 算定日が属する月の前 3 月間における入所者等（短期入所療養介護事業所の利用者を含む。）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が 15%以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（日常生活自立度のランク M に該当する者）の占める割合が 20%以上であること。

月の末日における該当者の割合により、算定月の前 3 月において当該割合の平均値が当該基準に適合していること。

- (4) (ユニット型) 介護老人保健施設（基本型）(1) から (2) までに該当するものであること。

※上記、介護療養型（ユニット型）介護老人保健施設の施設基準 (1) から (4) までに該当し、入所者等の合計数が 40 以下である場合、**Ⅲ 介護療養型（ユニット型）介護老人保健施設 i、ii**により算出することとなる。

Ⅳ (ユニット型) 介護老人保健施設（その他型）の施設基準 i、ii

- (1) (ユニット型) 介護老人保健施設（基本型）(1) 及び (2) に該当するものであること。

介護保健施設サービス費（Ⅰ）及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について

Q1

平成 30 年度介護報酬改定において見直された介護保健施設サービス費（Ⅰ）及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する介護老人保健施設における在宅復帰在宅療養支援等評価指標等の要件については、都道府県への届出を毎月行う必要があるのか。また、算定要件を満たさなくなった場合は、基本施設サービス費及び加算の算定はどのように取り扱うのか。

A1

・**在宅復帰在宅療養支援等評価指標として算出される数が報酬上の評価における区分変更を必要としない範囲での変化等、軽微な変更であれば毎月の届出は不要である。**

・例えば、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が 24 から 36 に変化した場合には、区分の変更が生じない範囲での変化となる。一方で、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定している施設について、在宅復帰在宅療養支援等評価指標が 42 から 38 に変化した場合には、区分の変更が生じる範囲での変化となる。

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

・また、在宅強化型から基本型の介護保健施設サービス費を算定することとなった場合に、当該施設の取組状況において、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の算定要件を満たせば、当該変更月より在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定できる。

・なお、算定要件を満たさなくなった場合の取扱いについては、平成30年度介護報酬改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）又は（ⅲ）（改定前の従来型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）又は（ⅲ）（改定後の基本型）と、改定前の在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、改定後の在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）と、改定前の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）又は（ⅳ）（改定前の在宅強化型）については、改定後の介護保健施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）又は（ⅳ）（改定後の在宅強化型）とみなして取り扱うこととする。

Q2

基本型の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。

A2

・入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。

Q3

介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件における「算定日が属する月の前6月間」及び「算定日が属する月の前3月間」とはどの範囲なのか。

A3

・介護保健施設サービス費（Ⅰ）においては、届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前6月間」又は「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間又は前3月間のことをいう。

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

・なお、在宅復帰・在宅療養支援機能加算及び介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費についても同様の取扱いである。

(参考)

平成 30 年 6 月から算定を開始する場合

- ・算定日が属する月の前 6 月間…平成 29 年 12 月から平成 30 年 5 月まで

(算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、平成 29 年 11 月から平成 30 年 4 月まで)

- ・算定日が属する月の前 3 月間…平成 30 年 3 月から 5 月まで

○ 介護老人保健施設からの在宅復帰の取扱いについて

Q4 「居宅において介護を受けることになったもの」の取扱いとして、介護老人保健施設の退所後に居宅サービスを利用することは問題ないと考えますが、退所した当日からショートステイや（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを連日利用する場合などは、「居宅において介護を受けることになったもの」に含まれないという理解でよいか。

A4 貴見のとおりである。

(「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 1) (平成 30 年 3 月 23 日)」より抜粋)

〔在宅復帰・在宅療養支援等指標〕

A 在宅復帰率

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

a 施設基準第 14 号イ(1)(八)Aの基準における居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。また、この基準において、算定日が属する月の前 6 月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷((ii)に掲げる数-(iii)に掲げる数)

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

(ii) 算定日が属する月の前 6 月間における退所者の延数

(iii) 算定日が属する月の前 6 月間における死亡した者の総数

A 在宅復帰率								
①	前 6 月間における居宅への退所者の延数 (注 1, 2, 3, 4)	人	→	④	①÷(②-③)×100 (注 5)	%	→ 50%超	20
②	前 6 月間における退所者の延数 (注 3, 4)	人					→ 30%超 50%以下	10
③	前 6 月間における死亡した者の総数 (注 3)	人					→ 30%以下	0

(b) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。

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

(d) (a)の分母 ((ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数) が零の場合、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は零とする。

B ベッド回転率

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

b 施設基準第14号イ(1)(ハ)Bの基準における、30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含まないものとする。また、平均在所日数については、直近3月間の数値を用いて、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) 当該施設における直近3月間の延入所者数

(ii) (当該施設における当該3月間の新規入所者の延数+当該施設における当該3月間の新規退所者数) ÷ 2

B ベッド回転率								
①	直近3月間の延入所者数(注6)	人	→	④	30.4÷①×(②+③)÷2	%	→ 10%以上	20
②	直近3月間の新規入所者の延数(注6,7)	人					→ 5%以上10%未満	10
③	直近3月間の新規退所者数(注8)	人					→ 5%未満	0

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

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

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

(d) (a)において新規退所者数とは、当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。

C 入所前後訪問指導割合

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

c 施設基準第14号イ(1)(ハ)Cの基準における、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

(i) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者のうち、入所期間が1月以上であ

ると見込まれる入所者であって、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の延数

(ii) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者の延数

C 入所前後訪問指導割合							
①	前3月間における新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数 (注9.10.1.1)	人	→	④	①÷②×100(注12) %	→ 30%以上	10
②	前3月間における新規入所者の延数 (注11)	人				→ 10%以上30%未満	5
						→ 10%未満	0

(b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)の(i)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等(居宅のうち自宅を除くもの。)を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。

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

(d) (a)において、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うこととは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、①退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集するとともに、②当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めるとともに③当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、④それらを踏まえ退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うことである。また、指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載すること。

(e) (a)の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合は零とする。

D 退所前後訪問指導割合

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

d 施設基準第14号イ(1)(八)Dの基準における、新規退所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

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

(ii) 算定日が属する月の前3月間における居宅への新規退所者の延数

D 退所前後訪問指導割合							
①	前3月間における新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数 (注13.14.1.5)	人	→	④	①÷②×100(注16) %	→ 30%以上	10
②	前3月間における居宅への新規退所者の延数 (注15)	人				→ 10%以上30%未満	5
						→ 10%未満	0

- (b) (a)において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、(a)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等（居宅のうち自宅を除くもの。）を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
- (c) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
- (d) (a)において、退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、①食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容、②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の内容、③家屋の改善の内容及び④退所する者の介助方法の内容について必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行うことをいう。また、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。
- なお、同一の入所者について、当該退所後の療養上の指導のための訪問と施設基準第14号イ(1)(ハ)Cで規定する退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定するための訪問を同一日に行った場合には、d(a)の(i)に掲げる数には含めない。
- (e) (a)の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、退所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は零とする。

E 居宅サービスの実施状況

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

- e 施設基準第14号イ(1)(ハ)Eの基準については、当該施設において、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を用いること。

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

E 居宅サービスの実施状況			
①	前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数（注17）	→ 3サービス	5
		→ 2サービス（訪問リハビリテーションを含む）	3
		→ 2サービス（訪問リハビリテーションを含まない）	1
		→ 1サービス以下	0

F リハ専門職員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が、5以上でありリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除

した数に100を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合は3、5未満であり、かつ、3以上である場合は2、3未満である場合は0となる数。

f 施設基準第14号イ(1)(八)Fの基準における、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算すること。

- (a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100
- (i) 算定日が属する月の前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数
 - (ii) 理学療法士等が当該3月間に勤務すべき時間（当該3月間における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）
 - (iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数
 - (iv) 算定日が属する月の前3月間の日数

F リハ専門職員の配置割合			
①	前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注18）	時間	→ 5以上かつ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置（注19） → 5以上 → 3以上5未満 → 3未満
②	理学療法士等が前3月間に勤務すべき時間（注18.20）	時間	
③	算定日が属する月の前3月間における延入所者数（注21）	人	
④	算定日が属する月の前3月間の日数	日	
⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$			5
			3
			2
			0

- (b) (a)において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。
- (c) (a)において理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。
- (d) (a)の(ii)において、当該3月間に勤務すべき時間数の算出にあつては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いることとし、例えば、1週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、1週間に勤務すべき時間数を7で除した数に当該3月間の日数を乗じた数を用いることとする。なお、常勤換算方法と同様に、1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

G 支援相談員の配置割合

当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が3以上の場合は5、3未満かつ2以上の場合は3、2未満の場合は0となる数。

g 施設基準第14号イ(1)(八)Gの基準において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算すること。

- (a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100
- (i) 算定日が属する月の前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数
 - (ii) 支援相談員が当該3月間に勤務すべき時間（当該3月間中における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）
 - (iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数
 - (iv) 算定日が属する月の前3月間の延日数

G 支援相談員の配置割合			
①	前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注21）	時間	→ 3以上 → 2以上3未満 → 2未満
②	支援相談員が前3月間に勤務すべき時間（注19）	時間	
③	前3月間における延入所者数（注20）	人	
④	前3月間の延日数	日	
⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$			5
			3
			0

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

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

- ① 入所者及び家族の処遇上の相談
- ② レクリエーション等の計画、指導
- ③ 市町村との連携
- ④ ボランティアの指導

H 要介護4又は5の割合

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

h 施設基準第14号イ(1)(八)Hの基準における、入所者のうち要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

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

(ii) 当該施設における直近3月間の入所者延日数

H 要介護4又は5の割合							
①	前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数	日	→	①÷②×100	%	→ 50%以上	5
②	当該施設における直近3月間の入所者延日数	日				→ 35%以上50%未満	3
						→ 35%未満	0

I 喀痰吸引の実施割合

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

i 施設基準第14号イ(1)(八)Iの基準における、入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

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

(ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数

I 喀痰吸引の実施割合							
①	直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数(注2.2.3)	人	→	①÷②×100	%	→ 10%以上	5
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人				→ 5%以上10%未満	3
						→ 5%未満	0

J 経管栄養の実施割合

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

j 施設基準第14号イ(1)(八)Jの基準における、入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a) (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数

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

(ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数

J 経管栄養の実施割合							
①	直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数(注2.2.4)	人	→	①÷②×100	%	→ 10%以上	5
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人				→ 5%以上10%未満	3
						→ 5%未満	0

【算定要件を満たさなくなった場合】

- 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、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費を算定する。（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。）

例) I の iv → I の iii、I の iii → IV の ii など

2. 介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分

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

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

40 以下)		
介護老人保健施設 (その他型)	IV	

3. 従来型個室の算定

下記①～④のいずれかに該当する場合は、個室であっても、「従来型個室：定員1人」ではなく、「多床室：定員2人以上」を算定する。(ユニット型老健は対象外)

※(介護予防)短期入所療養介護は、下記①～③のとおりとする。

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

※(介護予防)短期入所療養介護にあつては、感染症等により従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者

② 療養室の面積が8.0㎡以下の従来型個室に入所する者

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

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

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

4. 入所等の日数の数え方

(1) 短期入所、入所の日数については、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ものとする。

(2) 同一敷地内の短期入所生活介護、短期入所療養介護、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、利用者等が介護保険施設等から退所等したその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、入所等の日は含み、退所等の日は含まない。

※ 隣接・近接する介護保険施設等の中で相職員の兼務や施設の共用等が行われている場合も同様

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

(3) 介護保険施設等を退所等したその日に、同一敷地内にある病院・診療所の医療保険適用病床に入院する場合は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されない。

※ 隣接・近接する病院・診療所の医療保険適用病床であつて相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合も同様

(例) 短期入所療養介護の利用者が退所したその日に、同一敷地内の病院に入院した場合は、退所日については短期入所療養介護費は算定できない。

(4) 同一敷地内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。

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

5. 定員超過利用の減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

(1) 減算の対象

原則として、1月間（暦月）の入所者数（短期入所療養介護の利用者を含む）の平均が運営規程に定める入所定員を超える場合は、該当月の翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、入所者等（短期入所利用者を含む）の全員について、所定単位数が70%に減算となる。

※ 入所者等の数の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日を含まない。

※ 1月間の入所者等の数の平均は、当該月の全入所者等の延数を当該月の日数で除して得た数（小数点以下を切り上げ）とする。

(2) 災害、虐待の受入等やむを得ない理由による定員超過

定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

6. 夜勤職員基準未達の減算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月（暦月）において下記①②のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において入所者（及び利用者）の全員について所定単位数が97%に減算となる。

- ① 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合
- ② 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設Ⅱを算定している場合

6-2. 夜勤看護職員数基準未達の減算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

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

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

夜勤を行う職員（看護職員又は介護職員）の定義

夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（原則として事業所又は施設ごとに設定））において夜勤を行う職員

夜勤職員基準		
	ユニット型以外	ユニット型
施設区分	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数	
介護老人保健施設 Ⅰ・Ⅳ	2以上 ただし、指定（介護予防）短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の数の合計数「入所者等の数（※1）」が40以下の介護老人保健施設で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は、1以上	2ユニットごとに1以上
介護療養型 老人保健施設 Ⅱ	1. 上記基準と同一 ただし、次の要件のいずれにも適合する場合は1以上 ① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ② 病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が1以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所に併設する場合 ③ 併設する病院又は一般病床若しくは療養病床を有する診療所の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が120以下である 2. 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）	1. 2ユニットごとに1以上 2. 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）
介護療養型 老人保健施設 Ⅲ （入所者等の合計数が40以下）	1. 2以上。 ただし、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は、1以上でも可 病院から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合は、置かないことができる。 ① 1又は2の病棟を有する病院から転換した。（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ② 病院に併設している。 ③ 併設する病院の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が120以下である。 一般病床又は療養病床を有する診療所から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合は、置かないことができる。 ① 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設している。 ② 併設する診療所の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が19以下である。 2. 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）	1. 2ユニットごとに1以上 2. 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）

※1 入所者等の数は「前年度平均（老健と短期入所の合計）」を用いること。

入所者等の数については、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。）の平均を用いること。この場合、入所者等の平均は、前年度の指定（介護予防）短期入所療養介護の全利用者及び介護老人保健施設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し、小数点以下を切り上げる。

※2（ユニット型）介護老人保健施設Ⅱを算定している場合

夜勤を行う看護職員は、「1日平均夜勤看護職員数」とする。

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

※3（ユニット型）介護老人保健施設Ⅲを算定している場合

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

7. 人員基準欠如による減算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

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

●看護職員、介護職員の場合

- ・人員基準欠如が1割を超える場合は、当該月の翌月から解消月まで減算となる。
- ・人員基準欠如が1割以下である場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。
（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

●医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の場合

- ・人員基準欠如した場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。
（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

人員基準欠如による減算になる場合

介護老人保健施設 （ユニット型以外）	①基準に定める員数の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員を配置していない
介護老人保健施設 （ユニット型）	①入所者数に対する看護・介護職員の配置が常勤換算方法で3：1以上を満たしていない ②基準に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員を配置していない
短期入所療養介護 特定介護老人保健施設 短期入所療養介護費	基準に定める員数の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置していない

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

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

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

9. 身体拘束廃止未実施減算 【介護老人保健施設】（所定単位数の△10%）

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

具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を提出した後、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報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。

10. 安全管理体制未実施減算 【介護老人保健施設】〈△ 5 単位／日〉

施設において、介護老人保健施設基準第 36 条第 1 項に規定する基準を満たさない場合、1 日につき 5 単位の減算となる。

11. 栄養管理に係る減算 【介護老人保健施設】〈△ 14 単位／日〉

介護老人保健施設基準第 2 条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること若しくは介護老人保健施設基準 17 条の 2（介護老人保健施設基準第 50 条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない場合は、1 日につき 14 単位を所定単位数から減算する。

（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。）

※ 令和 6 年 3 月 31 日までの間は適用なし。

12. 夜勤職員配置加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】〈24 単位／日〉

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、

●入所者等の数が 41 以上の場合

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

●入所者等の数が 40 以下の場合

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

※老健の入所者数と短期入所の利用者数の合計数とする。

※入所者等の数は「前年度平均」を用いること。

【留意事項】

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

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

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

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

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

- 集中的なリハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを、1週につき概ね3日以上実施する場合をいう。
- 当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる。

ただし、次の場合はこの限りではない。

- ・入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者。
- ・入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、次の①②の状態である者。
 - ①脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者
 - ②上・下肢の総合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

※「短期集中リハビリテーション実施加算」に係る介護報酬Q & A

(問1)【加算の算定日・算定要件】

短期集中リハビリテーション実施加算について、リハビリテーションマネジメントが行われていれば、連日の算定となるのか。または理学療法士、作業療法士等が個別的なリハを実施した日に限り算定となるのか。その際、1人に付き何分以上という時間的な条件があるのか。

(答1)

介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算については、個別リハビリテーションを実施した日に限り算定できる。したがってリハビリテーションマネジメントの結果、1対1のリハビリテーションが連日にわたり必要と判断され、実施された場合は、連日の算定が可能である。なお介護老人保健施設における1対1のリハビリテーションは1単位20分以上である。

(問2)【認知症短期集中リハとの同日算定】

「短期集中リハビリテーション実施加算」と「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」は同日に重複して加算することは可能か。

(答2)

別単位として、それぞれのリハビリテーションが行われているものであれば算定できる。

(問3)【起算日(短期入所→入所)】

老健施設の短期入所療養介護を利用していた者が連続して当該老健施設に入所した場合について、短期集中リハビリテーション実施加算の起算日はいつか。

(答3)

短期入所の後、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等に変更が無く、施設入所に移行した場合にあっては、当該加算の起算日は直前の短期入所療養介護の入所日からとなる。(初期加算の算定に準じて取り扱われたい。)

(問4)【機能訓練(運営基準での規定)リハビリテーションマネジメント加算(包括化)】

平成21年の改正でリハビリテーションマネジメント加算が本体に包括されたが、週2回の個別リハビリテーションは実施しなくてもよいのか。また、リハビリテーション実施計画書の作成は個別リハビリテーションの対象者である短期集中リハビリテーションの対象者だけで良いのか。

(答4)

老人保健施設については、これまで、入所者一人について、少なくとも週2回の機能訓練を行うことが運営基準(通知)上規定されている。

また、今回の介護報酬改定に伴い、運営基準の解釈通知も改正し、リハビリテーション実施に当たっての留意点を追加したところであるので、参照されたい。

(問5)【加算の起算日：在宅強化型の介護老人保健施設】

従来型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定していたが、要件を満たしたため在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費を算定することとなった場合、入所日は、新たに在宅強化型の介護老人保健施設の基本施設サービス費の算定を開始した日となるのか。

(答5)

入所者の入所中に、介護老人保健施設の基本施設サービス費の種類が変更となった場合であっても、当該入所者の入所日は、基本施設サービス費が変わる前の入所日である。

なお、短期集中リハビリテーション実施加算等の起算日についても同様の取扱いとなる。

(問6)【加算の算定要件】

「過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる」こととされたが、過去3月間に別の介護老人保健施設に入所していても、短期集中リハビリテーション実施加算を算定しなかった場合は算定できるのか。

(答6)

短期集中リハビリテーション実施加算の算定の有無にかかわらず、過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがある場合には算定できない。

(問7)【加算の起算日】

肺炎により4週間に満たない期間入院して再度入所した場合において、短期集中リハビリテーション実施加算の算定に係る起算日は、再度入所した日となるのか。

(答7)

入院前の入所日が起算日である。

(問8)【加算の起算日：介護療養型老人保健施設】

療養病床等から介護療養型老人保健施設に転換する場合、初期加算、短期集中リハビリテーション実施加算等を算定する場合の起算日はどの時点となるか。

(答8)

転換前の入院日が起算日となる。なお、初期入所診療管理等の特別療養費についても、転換前の介護療養型医療施設において当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に転換前の入院日が起算日となる。

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

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

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

から介護を必要とする認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うのに適当な下記①～⑤の基準に適合する施設及び設備を有していること。

- ① 専ら日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者を入所させるための施設（原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。）
 - ② 施設の入所定員は40人を標準とすること。
 - ③ 施設に入所定員の1割以上の数の個室を設けていること。
 - ④ 施設に療養室以外の生活の場として入所定員1人当たり面積が2㎡以上のデイルームを設けていること。
 - ⑤ 施設に日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30㎡以上の面積を有するものを設けていること。
- 介護保健施設サービスの単位ごとの入所者の数について、10人を標準とすること。
 - 介護保健施設サービスの単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置すること。
 - ユニット型でないこと。

【留意事項】

- 「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者
- 従業者が1人1人の入居者について、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」が求められるので、認知症専門棟における従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、以下の①②を標準とする。
 - ① 日中については入所者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
 - ② 夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。

15. 送迎加算 【短期入所療養介護】 <184 単位／片道>

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と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。

※「送迎加算」に係る介護報酬Q & A

(問)【事業所間の送迎】

短期入所事業所等を退所したその日に他の短期入所事業所に入所する場合の送迎加算の算定について

(答)

短期入所の送迎加算については、利用者の心身の状況、家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、原則として、送迎車により利用者の居宅まで個別に送迎する場合について算定されるものであり、短期入所サービス費の算定の有無にかかわらず、事業所間を直接移動した場合には送迎加算は算定できない。

16. 外泊したときの費用の算定【介護老人保健施設】 <362 単位/日>

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

- ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない(所定単位数を算定する)。

(例) 外泊期間：3/1～3/8 → 3/2～3/7 について外泊時の費用を算定

- 「外泊時の費用」の算定にあたって、1回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで「外泊時の費用」の算定が可能。(毎月ごとに6日分の外泊時の費用の算定ができるものではない)

(例) 外泊期間：1/25～3/8

→ 1/26～1/31(6日間)及び2/1～2/6(6日間)について外泊時の費用を算定

- 外泊の期間中にそのまま退所した場合 → 退所した日の「外泊時の費用」は算定可能
- 外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合 → 入院日以降は、「外泊時の費用」は算定不可
- 入所者の同意を得てそのベッドを短期入所療養介護に活用した場合 → 「外泊時の費用」は算定不可

※ 入所者の外泊の期間中で、かつ、「外泊時の費用」の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくこと。

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

※ 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。

17. 外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定【介護老人保健施設】 <800 単位/日>

入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて当該費用を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、上記「外泊したときの費用」を算定する場合は算定しない。

- 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、

看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。

- 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分に説明し、同意を得た上で実施すること。
- 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。
- 家族に対し、次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
 - ① 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ② 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
 - ③ 家屋の改善の指導
 - ④ 当該入所者の介助方法の指導
- 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切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の対象とならないこと。
- 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。
- 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があればそのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において、外泊時在宅サービス利用の費用を合わせて算定することはできないこと。

18. ターミナルケア加算 【介護老人保健施設】

【(ユニット型) 介護老人保健施設】(従来型老健)

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

【(ユニット型) 介護療養型老人保健施設】(転換型老健)

- ・死亡日以前 31 日以上 45 日以下：80 単位/日
- ・死亡日以前 4 日以上 30 日以下：160 単位/日
- ・死亡日の前日及び前々日：850 単位/日
- ・死亡日：1,700 単位/日

を死亡月に所定単位数に加算する。

ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

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

入所者に係る算定要件

※ 次の①～③のすべてを満たすこと。

- ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ② 入所者（又は家族等）の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ③ 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人（又は家族等）への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

【留意事項】

- 死亡日を含めて45日を上限として、施設において行ったターミナルケアを評価する。
- 死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合は、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの期間は算定できない。（退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできない。）
- ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めることが必要。
- 施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要。
- 施設は、施設退所後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。
- 外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く）には、当該外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、ターミナルケア加算の算定が可能。

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

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

ていると認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能。

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

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

- ターミナルケア加算を算定するに当たっては、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきである。なお、個室に移行した場合の入所者については、個室であっても、（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。

※「ターミナルケア加算」に係る介護報酬Q&A

（問2）【介護療養型老人保健施設の場合】

介護療養型老人保健施設において、入所者が施設内での看取りを希望しターミナルケアを行っていたが、やむを得ない事由により医療機関において亡くなった場合はターミナルケア加算を算定できるのか。

（答2）

介護療養型老人保健施設内で入所者の死亡日前30日において入所していた間で、ターミナルケアを実施していた期間については、やむを得ず医療機関で亡くなった場合であっても、ターミナルケア加算を算定できる。

19. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 【介護老人保健施設】

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 34単位/日

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 46単位/日

- 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）については、以下の要件を満たすこと。
 - ① 在宅復帰・在宅療養支援等指標（P58参照）A～Jまでの合計が40以上であること。
 - ② 地域に貢献する活動を行っていること。
 - ③ 介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）のi若しくはiii又はユニット型介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）のi若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費のiを算定していること。
- 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）については、以下の要件を満たすこと。
 - ① 在宅復帰・在宅療養支援等指標（P58参照）A～Jまでの合計が70以上であること。
 - ② 介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）のii若しくはiv又はユニット型介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）のii若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費のiiを算定していること。

【留意事項】

- 「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。
 - ① 地域との連携については、基準省令第 35 条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。
 - ② 当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

20. 初期加算 【介護老人保健施設】 <30 単位/日>

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 日間に限って所定単位数に加算する。

- 「入所日から 30 日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、算定不可
- 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Ⅲ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可能
- 当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を 30 日から控除して得た日数に限り算定するものとする。

21. 再入所時栄養連携加算 【介護老人保健施設】 <200 単位/回>

介護老人保健施設に入所（以下本項において「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所（以下本項において「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理と大きく異なるため、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

- 一次入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに二次入所した場合を対象とすること。なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。
- 当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、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又はその家族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当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

- 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。

22. 入所前後訪問指導加算 【介護老人保健施設】

- ・ 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）： 450 単位

入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日後までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、入所中に1回に限り算定できる。

- ・ 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）： 480 単位

施設サービス計画の策定等にあたり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が会議を行い、「生活機能の具体的な改善目標」及び「退所後の生活に係る支援計画」を共同して定めた場合に、入所中に1回に限り算定できる。なお、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

23. 退所時等支援等加算 【介護老人保健施設】

- （1）試行的退所時指導加算： 400 単位

- 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として算定する。
- 試行的退所時指導の内容は、次のようなものであること。
 - ・ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ・ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
 - ・ 家屋の改善の指導
 - ・ 退所する者の介助方法の指導
- 試行的退所時指導加算を算定する場合は、以下の点に留意すること。
 - ・ 病状及び身体の状況に照らし、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。
 - ・ 当該入所者又はその家族に対し、趣旨を十分に説明し、同意を得た上で実施すること。

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

(2) 退所時情報提供加算： 500 単位

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、退所後の主治の医師に対して当該入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて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（病院、診療所、介護保険施設を除く。）に入所する場合で、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して診療状況を示す文書を添えて処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

- 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、基準省令に規定する文書（別紙様式2）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、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。
- 次の場合は算定できない。
 - ・ 退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・ 死亡退所の場合

(3) 入退所前連携加算（Ⅰ）： 600 単位

入退所前連携加算（Ⅱ）： 400 単位

入退所前連携加算（Ⅰ）は次に掲げる①②のいずれの基準にも適合する場合に、入退所

前連携加算（Ⅱ）は②の基準に適合する場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。ただし、入退所前連携加算（Ⅰ）を算定している場合は、入退所前連携加算（Ⅱ）は算定しない。

- ① 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。
- ② 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

（留意事項）

- 入退所前連携加算（Ⅰ）については、入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。
- 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、入所者一人につき一回に限り退所日に加算を行う。
- 入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。
- 次の場合は算定できない。
 - ・ 退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・ 死亡退所の場合
- 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。

（4）訪問看護指示加算：300単位

入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問看護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・随時対応型訪問看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定定期巡回・随時対応型訪問看護事業所

の場合にあっては訪問看護サービスにかかる指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう。以下同じ。)を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

- 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書(※)に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。

※ 当該指示書の様式は、「介護老人保健施設からの退所時における老人訪問看護指示加算に係る訪問看護指示書の様式について」(平成12年4月26日老健第96号)によるものとする。

- 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問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。
- 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
- 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問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。

24. 栄養マネジメント強化加算【介護老人保健施設】 <11 単位/日>

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県府県知事に届け出た介護老人保健施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。

※ 栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

(栄養マネジメント強化加算の基準)

- ① 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。
- ② 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。
- ③ ②の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。
- ④ 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。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【留意事項】

- 原則として入所者全員を対象として入所者ごとに上記基準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。
- 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、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。
 - ア 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。
 - イ 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。
- 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。
- 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。
 - ア 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。
 - イ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告

すること。

なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。

ウ 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。

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

- 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、上記イに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。
- 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。
- 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。

25. 経口移行加算 【介護老人保健施設】 <28 単位／日>

- 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移行計画を作成していること。
- 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ていること。
- 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 日につき算定する。
- 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
- 栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない

26. 経口維持加算 【介護老人保健施設】

- ・ 経口維持加算（Ⅰ）： 400 単位／月
- ・ 経口維持加算（Ⅱ）： 100 単位／月

- 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成す

ること。

- 経口維持計画は、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、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- 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、栄養管理を行うこと。
- 栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定している場合を算定しない
- 協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき経口維持加算（Ⅱ）を算定する。

27. 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 【介護老人保健施設】 <90 単位／月>

口腔衛生管理加算（Ⅱ） 【介護老人保健施設】 <110 単位／月>

口腔衛生管理加算（Ⅰ）については、次に掲げる①から⑤の基準のいずれにも該当し、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1月につき所定単位数を加算する。

また、口腔衛生管理加算（Ⅱ）については、次に掲げる①から⑥の基準のいずれにも該当し、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1月につき所定単位数を加算する。

- ① 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
- ② 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
- ③ 歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- ④ 歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
- ⑤ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ⑥ 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。

- 口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が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、当該入所者ごとに加算する。
- 当該施設が当該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。

- 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（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）を老企第 40 号別紙様式 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、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談に等に必要な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。
- 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。
- 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（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（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。
- 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には算定できない。

28. 療養食加算 【介護老人保健施設】<6 単位/日> 【短期入所療養介護】 <8 単位/日>

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

- 療養食の献立表が作成されている必要があること。
- 加算の対象となる療養食は、疾患治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される入所者等の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する下記①～⑨とする。（療養食の摂取の方法は、経口又は経管の別を問わないこと。）

①糖尿病食

②腎臓病食

※ 心臓疾患等に対して（総量 6.0g 未満の）減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱う。（ただし、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象外）

③肝臓病食

※ 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を含む）等をいう。

④胃潰瘍食（流動食は除く）

※ 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。

⑤貧血食

※ 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。

⑥臓器病食

⑦脂質異常症食

※ 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。

※ 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。

⑧痛風食

⑨特別な場合の検査食

※ 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。

※定員超過利用・人員基準欠如に該当する場合は算定不可。

※「療養食加算」に係る介護報酬 Q & A

（問 1）【食事せん交付の費用：介護老人保健施設】

療養食加算にかかる食事せん交付の費用は、介護報酬において評価されていると解してよいか。

（答 1）

御指摘のとおりである。

（問 2）【食事せんの発行頻度：短期入所療養介護】

ショートステイを数回利用する場合、療養食加算の食事せんはその都度発行となるのか。

（答 2）

短期入所生活（療養）介護の利用毎に食事せんを発行することになる。

- 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

29. かかりつけ医連携薬剤調整加算 【介護老人保健施設】

入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者 1 人につき 1 回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

- (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 〈100 単位〉
- (2) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 〈240 単位〉
- (3) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 〈100 単位〉

① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- (2) 入所後一月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。
- (3) 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

② かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)を算定していること。
- (2) 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

③ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。
- (2) 当該入所者に六種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて一種類以上減少させること。
- (3) 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて一種類以上減少していること

【留意事項】

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)は、入所者の薬物療法について、入所中の総合的な評価並びに入所時及び退所時における当該入所者の主治の医師との連携を評価するものであること。
- ② 入所後1月以内に、別紙様式8を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。
- ③ 入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。
- ④ 総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)、「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」(厚生労働省)及び日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)等を参考にすること。
- ⑤ 退所時又は退所後1月以内に、別紙様式9を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合に、当該入所者一人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。
- ⑥ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。また、令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定(令和3年4月以降、受講申込書などを持っている場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、10月31日までに研修を受講して

いない場合には、4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。

- ⑦ 令和3年3月31日までに入所した者について、処方内容の変更について主治の医師と合意しており、③、⑤及び⑥を満たす場合は、算定できる。

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。
- ② 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。
- ③ 厚生労働省への情報の提出は、入所期間が3月を超えると見込まれる入所者について、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。
- ② 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入所者に対して、入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行い、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させ、かつ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して1種類以上減少している場合に、当該入所者一人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。
- ③ 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
- ④ 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- ⑤ 当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

30. 認知症専門ケア加算【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に専門的な認知症ケアを行なった場合には、1日につき所定単位数を加算する。ただし、認知症専門加算(Ⅰ)と認知症専門加算(Ⅱ)を同時に算定することはできない。

認知症専門ケア加算(Ⅰ)：3単位/日

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ・ 入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者。以下「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。
 - ・ 認知症介護に係る専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修)を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合は、1以上、対

象者の数が20人以上である場合は、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症のケアを実施していること。

- ・ 当該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で開催していること。なお、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。

認知症専門ケア加算（Ⅱ）：4 単位／日

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
 - ・ 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修）を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
 - ・ 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

31. 所定疾患施設療養費 【介護老人保健施設】

所定疾患施設療養費（Ⅰ）：239 単位／日

- 次に掲げる基準のいずれにも適合する介護老人保健施設において、対象となる入所者（・肺炎の者・尿路感染症の者・带状疱疹の者・蜂窩織炎の者）に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定する。ただし、肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できる。
 - ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録等に記載していること。
 - ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

【留意事項】

- 所定疾患施設療養費（Ⅰ）は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定する者であるので、1月に連続しない1日を7回算定することは認められないものであること。
- 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。
- 算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。
- 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当

たつては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）：480 単位／日

- 次に掲げる基準のいずれにも適合する介護老人保健施設において、対象となる入所者（・肺炎の者・尿路感染症の者・带状疱疹の者・蜂窩織炎の者）に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定する。ただし、肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できる。
 - ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録等に記載していること。
 - ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
 - ③ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

【留意事項】

- 所定疾患施設療養費（Ⅱ）は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する10日を限度とし、月1回に限り算定する者であるので、1月に連続しない1日を10回算定することは認められないものであること。
- 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。
- 算定する場合にあつては、診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。

また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。
- 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。

※ 所定疾患施設療養費（Ⅱ）についてのQ&A

（問1）

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

(答)

差し支えない。

(問2)

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

(答)

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

32. 緊急短期入所受入加算【短期入所療養介護】〈90 単位/日〉

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

- 「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。
- 介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。
- やむを得ない事情により、当該介護支援専門員と事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合で、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても算定できる。
- 本加算の算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができること。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。

- 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録すること。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。
- 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

33. 重度療養管理加算 【短期入所療養介護】

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

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

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

34. 総合医学管理加算 【短期入所療養介護】<275 単位>

治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。

(総合医学管理加算の基準)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- ① 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ② 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ③ 利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

【留意事項】

- 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。
- 本加算は、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と連携し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として、指定短期入所療養介護事業所により短期入所療養介護が行われた場合に7日を限度として算定できる。利用にあたり、医療機関における対応が必要と判断される場合にあつては、速やかに医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはからう必要がある。
- 利用にあたり、診断等に基づき、診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- 算定する場合にあつては、診療方針、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。
- 利用終了日から7日以内に、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、主治の医師からの当該利用者に係る問合せに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。
- 主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。

35. リハビリテーションマネジメント計画情報加算【介護老人保健施設】〈33単位〉

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

- (1) 入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

【留意事項】

- 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リハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとにを行うものであること。

36. 褥瘡マネジメント加算 【介護老人保健施設】

※介護保健施設サービス費（I）及びユニット型介護保健施設サービス費（I）を算定してい

る介護老人保健施設が対象

次の基準（大臣基準）に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、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) 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位
- (2) 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13単位

※ 令和3年3月31日において改正前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っている施設であって、改正後の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていないものにおける改正前の褥瘡マネジメント加算（3月に1回を限度として10単位）の算定については、令和4年3月31日までの間は、なお従前の例によることができる。この場合において、改正前の「褥瘡マネジメント加算」は「褥瘡マネジメント加算（Ⅲ）」と読み替える。

（褥瘡マネジメント加算の基準）

（ア） 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 入所者又は利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (2) (1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- (3) 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
- (4) (1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること

（イ） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) (ア)(1)から(4)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) (ア)(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。

【留意事項】

- ① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「PDCA」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の2イに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。
- ③ 大臣基準（ア）（1）の評価は、留意事項通知別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ④ 大臣基準（ア）（1）の施設入所時の評価は、大臣基準第①から④までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。
- ⑤ 大臣基準（ア）（1）の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ⑥ 大臣基準（ア）（2）の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、留意事項通知別紙様式5を用いて、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑦ 大臣基準（ア）（3）において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑧ 大臣基準（ア）（4）における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）は、褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に留意事項通知別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に留意事項通知別紙様式5に示す持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

- ⑩ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること

※ 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるように必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。

37. 排せつ支援加算 【介護老人保健施設】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。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

※ 令和3年3月31日において改正前の排せつ支援加算に係る届出を行っている施設であって、改正後の排せつ支援加算に係る届出を行っていないものにおける改正前の排せつ支援加算(支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき100単位)の算定については、令和4年3月31日までの間は、なお従前の例によることができる。この場合において、改正前の「排せつ支援加算」は「排せつ支援加算(Ⅳ)」と読み替える。

(排せつ支援加算の基準)

(ア) 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6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者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3月に1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。

(イ) 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) (ア)(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) (ア) (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) (ア) (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。

(ウ) 排せつ支援加算 (Ⅲ)

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

【留意事項】

- ① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の間により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成 (Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施 (Do)、当該支援内容の評価 (Check) とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し (Action) といったサイクル (以下「PDCA」という。) の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 排せつ支援加算 (Ⅰ) は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準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 (ア) (1) の評価は、別紙様式 6 を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの 3 か月後の見込みについて実施する。
- ⑤ 大臣基準 (ア) (1) の施設入所時の評価は、大臣基準第 (ア) (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 (ア) (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。
- ⑧ 大臣基準第 (ア) (2) の「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30 年 4 月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者

をいう。

- ⑨ 大臣基準（ア）(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、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。
- ⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護保健施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑪ 支援計画の作成に当たっては、要因分析の結果と整合性がとれた計画を個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑬ 大臣基準（ア）(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、排尿又は排便の状態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おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、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、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

※ 排せつ支援加算(Ⅳ)は、令和3年3月31日において、令和3年度改定前の排せつ支援加算に係る届出を行う施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和3年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。

38. 自立支援促進加算【介護老人保健施設】＜300単位＞

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人

保健施設において、継続的に入所者ごとの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。

(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。

- (ア) 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6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。
- (イ) (ア)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。
- (ウ) (ア)の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- (エ) 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

【留意事項】

- ① 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく自立支援の促進(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。
- ③ 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準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(ア)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(イ)の支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて、訓練の提供に係る

- 事項（離床・基本動作、A D L動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。
- ⑥ 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。
- a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。
 - 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、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。
- ⑦ 大臣基準（イ）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（ウ）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た課題（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、P D C Aの推進及びケアの向上を図る観点から、L I F E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（エ）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。

39. 科学的介護推進体制加算【介護老人保健施設】

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

- (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

（科学的介護推進体制加算の基準）

(ア) 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。

(イ) 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) (ア) (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、(ア) (1)に規定する情報、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【留意事項】

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準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（ア）(1)及び（イ）(1)の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（P D C Aサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - (1) 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。
 - (2) サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。
 - (3) L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。
 - (4) 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。

40. 安全対策体制加算【介護老人保健施設】<20単位>

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都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

（安全対策体制の基準）

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

- ② 介護老人保健施設基準第 36 条第 1 項第 4 号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
- ③ 当該介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

【留意事項】

- 安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。
- 安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。令和 3 年 10 月 31 日までの間にあっては、研修を受講予定（令和 3 年 4 月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和 3 年 10 月 31 日までに研修を受講していない場合には、令和 3 年 4 月から 10 月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。
- 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。

41. サービス提供体制強化加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設〔指定短期入所療養介護事業所〕が、入所者〔利用者〕に対し介護保健施設サービス〔指定短期入所療養介護〕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

※ 〔 〕内は短期入所療養介護の場合の規定

（サービス提供体制強化加算の基準）【介護老人保健施設】

（ア）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。

- (一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。
- (二) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。
- (2) 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。
- (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

(イ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

(ウ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
 - (二) 介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。
 - (三) 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7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

(サービス提供体制強化加算の基準) 【短期入所療養介護】

(ア) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所にあつては、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (一) 次のいずれかに適合すること。
 - a 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。

- b 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 100 分の 35 以上であること。

(二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

(イ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所にあつては、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (一) 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。
- (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

(ウ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所にあつては、次に掲げる基準のいずれにも適合すること

- (一) 次のいずれかに適合すること。
 - a 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。
 - b 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 100 分の 75 以上であること。
 - c 指定短期入所療養介護を行う介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の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 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること
- (二) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【留意事項】

- 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。

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。

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してすること。

- 前年度の実績が6月に満たない事業所にあつては、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。

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。

- 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。
- 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。
- 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。
- 介護保健施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。
- 提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

(例) ・ L I F Eを活用したP D C Aサイクルの構築

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

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

42. 各種加算の留意点

●留意点

1. ミスによる報酬返還を防止するため、単位数表・解釈通知・関連する告示・厚生労働省が発したQ & A等をよく確認すること。
2. 加算には複数の要件と必須とされる記録がある。要件等は、単位数表、解釈通知その他の通知類及びQ & A等に分散しているため注意すること。
3. 明文上必須とされている要件や記録については、加算算定要件を満たしていることが事後的に確認できなければならない。事後調査等で、加算算定時点に要件に合致していないこと

が判明した場合は、加算全体が無効になる。

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

●説明と同意

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

●サービス提供と加算

1. 各種加算には一定の必要要件があるが、これは加算算定を行うための要件に過ぎない。よって、これらの要件を満たさないという理由で、各種サービスの提供ができないということではない。単に、加算算定ができないというだけである。この場合、各種該当サービスは基本報酬の範疇で行われると考えられる。
2. 原則として入所者全員に算定するものとされている加算については、入所者全員について算定要件を満たすよう努める必要がある。個々に算定要件を満たしていない場合は当該入所者については算定できない。

●加算の届出と算定開始月

1. 加算等については、届出受理日の翌月（受理日が1日の場合はその月）から算定を開始する。
2. 施設の体制等が加算等の基準に該当しなくなった場合は、その日から加算の算定はできない。また、その旨を速やかに届け出なければならない。

Ⅶ 介護老人保健施設の都道府県知事が承認する管理者について

介護老人保健施設は、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入所施設であり、介護老人保健施設の管理者は、医療法第15条第1項の規定が準用され、病院の管理者と同様の責務が求められており、介護保険法第95条第1項により、医師に管理させなければならないこととなっています。

介護老人保健施設の開設者は、管理者が知事の承認を受けた場合、すみやかに医師である当該管理者に施設の管理を行わせることができるよう所要の措置を講じてください。

なお、管理者を変更しようとする場合は、あらかじめ承認申請を行い、知事の承認を受ける必要がありますので、変更事由が生じた場合は、速やかに県に連絡してください。

<参考>

○ 介護保険法第95条第1項

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

Ⅷ 介護老人保健施設の変更手続きについて

- 1 介護老人保健施設（介護医療院）の他のサービスと異なる点
 - ・ 介護老人保健施設（介護医療院）は、他のサービスのような「指定」ではなく「許可」制
 - ・ 県が定める「介護老人保健施設等開設許可事務処理要領」により事前協議が必要
 - ・ 許可申請の際に手数料（県証紙）を徴収

- 2 変更許可手続きについて
 - ・ 介護保険法第94条第2項（第107条第2項）の規定により、次の事項を変更しようとするときには、許可が必要
 - ①敷地の面積及び平面図
 - ②建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに施設及び構造設備の概要
 - ※審査手数料 33,000 円（県証紙）が必要となります。
 - ③施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画
 - ④運営規程（入所定員の増加に係るもののみ。）
 - ※従業者の職種、員数及び職務内容については、年1回の変更届で良いとしています。
 - ⑤協力病院の変更

 - ・ 「介護老人保健施設開設許可事務処理要領」により事前協議が必要
設置計画書（④に該当する場合のみ）→事前協議 → 変更許可申請
 - ・ 施設整備等の補助金を受けている場合は財産処分の手続きに留意
（県の承認後でなければ改修を行えない場合がある。また、内容によっては補助金返還の必要が生じるので、早めに確認してください。担当：長寿社会課介護保険班）

特に②については、変更許可の事由に該当するかどうかや、手数料の取扱いについて確認させていただきますので**必ず事前に**御相談下さい。

<介護老人保健施設に係る変更許可・届出手続き一覧>

	介護保険法施行規則第136条第1項に定める開設許可事由	開設許可事務 処理要領		介護保険法		備考
		設置 計画	事前 協議	変更 許可	変更 届	
1	施設の名称及び開設の場所				○	
2	開設者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名、生年月日、住所及び職名				○	
3	開設の予定年月日					
4	開設者の登記事項証明書又は条例等				○	当該許可に係る事業に関するものに限る。
5	敷地の面積及び平面図		○	○		
	敷地周囲の見取図					
6	併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要				○	
7	建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに施設及び構造設備の概要		○	○		手数料が必要
8	施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画		○	○		
9	入所者の予定数					
10	施設の管理者の氏名、生年月日及び住所			承認	○	事前承認が必要
11	運営規程(入所定員の増加)	○	○	○		
	運営規程(上記以外)				○	従業者の職種、員数及び職務内容の変更は特例通知により年1回の届出
12	入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要					
13	当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態					
14	協力病院の変更		○	○		
	協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容(協力歯科医療機関を含む。)				○	
15	法第94条(第107条)第3項各号に該当しないことを誓約する書面					管理者変更時の変更届出には添付が必要
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号				○	

Ⅸ 新型コロナウイルス感染症関連の取扱い

新型コロナウイルス感染症関連の取扱いについては、厚生労働省の以下のページに掲載されていますので確認願います。

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」のまとめ

URL : <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000045312/matome.html#0400>

新型コロナウイルス感染症の患者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等が想定されます。

この場合について、介護報酬、人員、施設・設備及び運営基準などについては、柔軟な取扱いを可能とします。なお、具体的な取扱いについては、「令和元年度台風第19号に伴う災害における介護報酬等の取扱について」（令和元年10月15日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）における取扱いの考え方も参考にして頂きますようお願いいたします。

なお、新型コロナウイルス感染症に伴い学校が休校等になることにより、一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、介護報酬の減額を行わない等の柔軟な取扱いは可能です。

<介護老人保健施設関係抜粋>

⑤-1

Q：都道府県等が、公衆衛生対策の観点から入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業等を要請した場合、介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る施設基準において、「算定日が属する月の前6月間」等の指標の算出に当たって使用する月数に、その期間を含む月は含めないとする取扱いは可能か。

A：可能である。

⑤-2

Q：介護老人保健施設が感染拡大防止の観点から特に必要と考えられることから、自主的に入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業を行った場合、⑤-1と同様の考え方でよいか。

A：貴見のとおり。

ただし、入退所を一時停止する期間及び休業する理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておくこと。

なお、新型コロナウイルス感染の疑いや濃厚接触の疑いがない者の入退所については、地域の感染状況も踏まえながら従前どおり行うよう努めること。

⑧-6

Q：⑤-1及び⑤-2について、入所又は退所の一時停止に関して、感染状況等を踏まえ一部の地域からの入所や一部の地域への退所のみ停止している場合も同じ取扱いの対象となるという理解でよいか。

A：貴見のとおり。

なお、その場合であっても、自主的に一時停止等を行う場合は、一時停止等を行う期間及び理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておくこと。

過去の実地指導における不適合事項一覧(介護老人保健施設 ※短期入所療養介護を含む。)

不適合事項 (項目)	不適合事項 (詳細)	根拠法令	指導内容
報酬	退所時情報提供加算、退所前連携加算又は訪問看護指示加算算定対象者の同意について	報酬基準 注2、注3、注4	退所時情報提供加算算定対象者に係る退所後の主治の医師に対して当該算定対象者の紹介を行う場合又は退所前連携加算算定対象者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該算定対象者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供する場合は訪問看護指示加算算定対象者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問看護事業者又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、訪問看護指示書を交付する場合は、加算算定対象者の同意を得なければならないが、加算算定対象者の同意を得た記録がなかったものがあったため、今後、同様の場合は、加算算定対象者の同意を得た旨記録すること。
報酬	退所時情報提供加算算定対象者の記録の保管について	報酬留意事項 第2の6(19)②	退所時情報提供加算算定対象者について、退所後の主治の医師に対して当該加算算定対象者を紹介するに当たって当該加算算定対象者又は主治の医師に交付した文書の写しを診療録に添付する際は、入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を併せて添付しなければならないが、当該添付書類が添付されていないものがあったため、今後は当該加算算定対象者又は主治の医師に交付した文書の写しを診療録に添付すること。
報酬	排せつ支援加算に係る記録の整備について	報酬基準 2 ム 報酬留意事項 第2の6(38)	排せつ支援加算の記録を確認したところ、記載内容の改善が必要と認められたので、改善を図ること。
報酬	緊急短期入所受入加算について	報酬留意事項 第2の3(10)	緊急短期入所受入加算については、緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存するなどして、適切な緊急利用に努める必要があるが、緊急利用者にかかる変更前の居宅サービス計画が保存されていないものがあったため、今後は、変更前の居宅サービス計画など緊急利用者である旨を示す書類を保存しておくこと。

指定基準：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3月31日厚生省令第40号)

指定留意事項：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について(平成12年3月17日老企第44号)

施設基準：厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年3月23日厚生労働省令第96号)

報酬基準：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2月10日厚生省告示第19号)

報酬留意事項：指定居宅サービスに要する費用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)