

令和3年度

介護保険サービス事業者 集団指導 資料

介 護 医 療 院

(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 介護医療院の概要 (P1 参照)

療養病床については、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、いわゆる「療養病床の再編成」が以前から進められてきました。その流れの中で、介護医療院は、介護療養型医療施設の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入」や「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、長期の療養生活をするのにふさわしい「生活施設」の機能を兼ね備えた施設として、平成30年4月に創設されました。

重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等を対象とした施設として位置づけられたⅠ型施設と医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者を対象とした施設として位置づけられたⅡ型施設があります。

医療は提供するため、医療法の医療提供施設でもありますが、介護医療院は、病院ではなく、要介護者の長期療養及び生活を行う施設として位置づけられているということに御留意下さい。

## 2 療養棟の単位について (P3 参照)

介護医療院の指定の単位は原則として「療養棟」とするとされています。

そして、「療養棟」とは、介護医療院における看護・介護体制の1単位を指すものであるとされています。→指定介護療養型医療施設の指定の単位は診療所又は病院として行われることが原則ですが、介護医療院は、「療養棟」つまり、介護医療院が指定単位となります。

よって、病院と兼務している方については、法人として常勤であったとしても、介護医療院として常勤で勤務していないため、常勤要件を満たしていないということになります。

## 3 介護医療院の変更手続きについて (P4 参照)

介護医療院は、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、P7 介護医療院に係る変更許可・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、比較的よくあるケースだと思しますので、ご注意ください。

介護老人保健施設等開設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、許可手続きを行う一連の審査を変更日前までに終了する必要があるとございますので、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等開設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。

#### 4 人員基準関係 (P8 参照)

##### ①原則

原則として人員基準は、介護医療院の勤務状況のみで判断します。

よって、原則としては、病院の医師等が介護医療院の医師等を兼務する場合は、それぞれの人員に関する要件を満たすとともに、その医師等の員数の算定に当たっては、それぞれの勤務実態に応じて按分します。つまり、原則としては介護医療院の医師等が併設する病院で勤務する時間については、介護医療院で勤務する時間として取り扱いません。

→常勤の定義や併設する病院や診療所と兼務する従事者の常勤換算の考え方については、P10 参照

##### ②医師及び薬剤師並びに栄養士の配置基準について

介護療養型医療施設等から転換後の併設病院における医師及び薬剤師の員数の算定の特例について、厚生労働省医政局から通知が出ています。確認をお願いします。

→「介護保険施設と併設する病院における医師等の員数の算定について」(平成30年7月27日厚生労働省医政局総務課事務連絡)

なお、例外規定に該当する場合を除き、原則として医師の宿直は必要です(管理者の責務として規定)。

医師、薬剤師及び栄養士については、転換前の介護療養型医療施設では、病院又は診療所全体で医療法の基準を満たす配置をする必要がありましたが、介護医療院の場合は、介護医療院の入所者に応じて配置することとなります。

→入所者数は、前年度の入所者数の平均値が原則です。ただし、新規で許可を受ける場合は推定値となっています。特に開設した初年度については、入所者数の推定値の算出方法が月によって変わりますので、ご注意ください。

##### ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置について

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は適当数の配置ですが、特別診療費の理学療法(I)、作業療法、言語聴覚療法等を算定する場合は、それぞれ必要な配置基準を満たす必要があります。

##### ④介護職員及び看護職員の配置について

介護医療院については、基本報酬の算定要件として、基準省令の人員配置基準とは別に介護職員及び看護職員の配置基準があります。

介護報酬の算定にあたっては、許可基準を満たしつつ、基本サービス費の算定基準を満たす必要がありますので、両方の基準を確認するように注意してください。

##### ⑤夜勤体制の配置について

夜勤体制も原則としては介護医療院に従事する看護・介護職員で判断することが原則ですが、医師や

薬剤師の人員配置基準と同様に、介護療養型医療施設等から転換した介護医療院については、厚生労働省から通知が発出されていますので御確認ください。

なお、診療報酬では、看護師の夜勤時間は7.2時間を上限とする規定がありますが、介護医療院では、そのような規定はありません。

「保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について」  
(平成30年9月28日 厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)

## 5 設備基準関係 (P11 参照)

### ①療養病床等からの転換により経過措置により開設した場合の留意事項

療養室の面積は、入所者1人あたり8㎡以上のところ療養病床等からの転換の場合は、6.4㎡以上で良いとされています。しかしこの取扱いは、経過措置ですので、大規模改修（増築や全面的な改築をいいます。）を行う際は、原則の面積基準である入所者1人あたり8㎡以上に改修する必要がありますので、御留意願います。

### ②施設及び設備の共有について

当該取扱いは、病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について（平成30年3月27日付け医政発0327第31号・老発0327第6号）に示されています。

原則は、各施設等を管理する者を明確にした上で、病院又は診療所に係る施設及び構造設備と介護医療院に係る施設及び設備は、それぞれの基準を満たし、かつ、各施設等の患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がない場合に限り、共用が認められますが、共有が認められない施設や構造設備も定められていますので確認をお願いします。

なお、サービス提供に支障がないかなどを審査するため、事前に共用を予定する施設についての利用計画等を提出して頂く必要があります。具体的には、事前協議及び変更許可申請が必要になります。今後、施設の設備の共用等をする場合は、あらかじめ御相談ください。

## 6 介護報酬関係

### ①身体拘束廃止未実施減算について (P18・P38 参照)

指定基準第16条第5項及び第6項並びに第47条第7項及び第8項に規定する身体的拘束等に係る取組を行っていない場合、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算されますので御留意願います。

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や、身体拘束適正化のための定期的な検討委員会の未実施、身体拘束適正化のための指針の未整備、職員への研修の未実施の場合に減算となります。

②基本報酬の算定要件について（P34 参照）

算定要件に関する記録は必ず保存して頂くようお願いします。

また、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならないものについては、その割合について、毎月記録をして頂き、所定の割合を下回った場合については、速やかに介護報酬に係る届出書を提出するようして下さい。

## 7 新型コロナウイルス感染症関連の取扱いについて（P86 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	介護医療院の概要	1
II	変更の手続きについて	4
III	人員、施設及び設備、運営に関する基準	8
IV	介護給付費について	33
V	特別診療費について	61
VI	医療保険と介護保険の給付調整	81
VII	介護医療院併設短期入所療養介護、介護医療院併設介護予防短期入所介護について	82
VIII	新型コロナウイルス感染症関連の取扱い	86

# I 介護医療院の概要

## 介護医療院とは・・・

○ 基本的性格 要介護者の長期療養・生活施設

○ 創設の経緯

療養病床については、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、いわゆる「療養病床の再編成」が以前から進められてきました。

その流れの中で、介護医療院は、介護療養型医療施設の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入」や「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、長期の療養生活をするのにふさわしい「生活施設」の機能を兼ね備えた施設として、平成 30 年 4 月に創設されました。

○ 設置根拠 介護保険法第 107 条

※生活施設としての機能重視を明確化

※医療は提供するため、医療法の医療提供施設でもある

○ 主な利用者像

I 型・・・重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等（療養機能強化型相当）

II 型・・・医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者（老健施設相当）

○介護医療院を開設できる者

介護保険法（第 107 条第 3 項第 1 項）
○地方公共団体 ○医療法人 ○社会福祉法人 ○その他厚生労働大臣が定める者
その他厚生労働大臣が定める者
○国 ○地方独立行政法人法第 61 条に規定する移行型地方独立行政法人 ○日本赤十字社 ○健康保険組合及び健康保険組合連合会 ○国民健康保険組合及び国民健康保険組合連合会 ○国家公務員共済組合及び国家公務員共済組合連合会並びに地方公務員共済組合及び 全国市町村職員共済組合連合会 ○日本私立学校振興・共済事業団 ○全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会 ○医療法第 7 条第 1 項の許可を受けて病院を開設している者 ○厚生労働大臣が介護医療院の開設者として適当であると認定した者（厚生労働大臣が 認定した介護医療院を開設する場合に限る。） ○厚生労働大臣が別に定める者
厚生労働大臣が別に定める者
○平成 30 年 4 月 1 日から平成 36 年（令和 6 年）3 月 31 日までの間に療養病床棟か らの転換を行う病院又は診療所の開設者 ○平成 18 年 7 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの間に医療療養病床又は指定介 護療養型医療施設から転換を行って介護老人保健施設を開設した者

- 病院等から転換する介護医療院の名称に関する取扱いについて（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律

【附則第 14 条】

施行日の前日において現に病院または診療所を開設しており、かつ、当該病院または診療所の名称中に病院、診療所などの「病院等に類する文字」を用いている者が、当該病院もしくは診療所を廃止して介護医療院を開設した場合又は当該病院若しくは診療所の病床数を減少させて介護医療院を開設した場合において、当該介護医療院の名称中に介護医療院という文字を用いることその他厚生労働大臣が定める要件に該当するものである間は、医療法第 3 条第 1 項の規定にかかわらず、当該介護医療院の名称中に病院等に類する文字（当該病院等を廃止または病床数を減少させた際に用いていたものに限る。）を引き続き用いることができる。

医療法  
 第 3 条 疾病の治療（助産を含む。）をなす場所であつて、病院又は診療所でないものは、これに病院、病院分院、産院、療養所、診療所、診察所、医院その他病院又は診療所に紛らわしい名称を付けてはならない。

	名称のルール	留意点
一部転換の場合	<p>「介護医療院」という文字が使用されている場合、病院等に類する文字を使用可能。</p> <p>例：〇〇病院介護医療院、介護医療院△△クリニック等</p> <p>※外来機能のみを残す場合も同上の取り扱いを認める。</p>	<p>表示等により医療機関と介護医療院との区分を可能な限り明確にすること。（フロアマップ等の館内表示でも足り、必ずしも看板等での名称表示は必要なし）</p>
全部転換の場合	<p>次のア、イを満たす場合は、病院等に類する文字を使用可能。</p> <p>ア 「介護医療院」という文字が使用されていること</p> <p>イ 地域医療支援病院その他の患者を誤認させるような文字を用いないこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法令に基づき一定の医療を担う病院等については、当該法令の規定する病院等である旨を示す呼称は使用不可。</li> <li>例：特定機能病院、地域医療支援病院、救急病院 等</li> <li>・予算事業に基づき一定の医療を担う病院等については、当該予算事業に基づく病院等である旨を示す呼称は使用不可。</li> <li>例：休日夜間急患センター、救命救急センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、総合周産期母子医療センター 等</li> <li>・その他患者に事実誤認を生じさせる恐れのある文字（診療所名または疾患名等）を含む名称は使用不可。</li> <li>例：外科、循環器科、脳卒中、マタニティ、小児 等</li> </ul>	<p>一部転換の場合と異なり、従前の病院等の機能は無くなることから、表示上虚偽の広告にならないよう配慮すること。</p> <p>（従前の病院等の名称のままとすることは不適當）</p> <p>ただし、転換前から広告していた医療機関名の看板の書き換え等については、可能な限り速やかに変更することが望ましいものの、次の新築または大規模改修までの間、広告することが認められる。</p>



## 【介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準】

### (基本方針)

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

### (定義)

第3条 この省令において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 療養床 療養室のうち、入所者一人当たりの寝台又はこれに代わる設備の部分をいう。
- 二 I型療養床 療養床のうち、主として長期にわたり療養が必要である者であつて、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるためのものをいう。
- 三 II型療養床 療養床のうち、I型療養床以外のものをいう。

#### ○ 療養棟の単位について

- 1 指定の単位は原則として「療養棟」とする。
- 2 「療養棟」とは、介護医療院における看護・介護体制の1単位を指すものである。  
なお、高層建築等の場合には、複数階(原則として2つの階)を1療養棟として認めることは差し支えないが、昼間・夜間を通して、看護・介護に支障のない体制をとることが必要である。
- 3 1療養棟の療養床数は、原則として60床以下とする。
- 4 1療養棟ごとに、看護・介護サービスの責任者を配置し、看護・介護チームによる交代勤務等の看護・介護を実施すること及び看護・介護に係る職員の詰め所(以下「サービス・ステーション」という。)等の設備等を有することが必要である。ただし、サービス・ステーションの配置によっては、他の看護・介護単位とサービス・ステーションを共用することは可能である。
- 5 例外的に、療養棟を2棟以下しか持たない介護医療院については、療養室単位で開設許可を受け、又は変更することができるものとする。

---

## II 変更の手続について

---

### 1 介護医療院管理者承認申請

#### (1) 内容

管理者を変更しようとするときは、変更前に、承認を受ける必要があります。

なお、承認を受け、変更したときは、その日から10日以内に変更届を提出してください。

#### (2) 提出期限

**変更前に申請し、承認を受けて変更すること**（承認を受けてから変更することとなりますので、変更予定日から余裕をもって提出してください。）

#### (3) 提出先

県（施設所在地所管の振興局）

#### (4) 提出書類

- ① 管理者承認申請書（別記第8号様式）
- ② 添付書類（医師免許証の写し、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（管理者に関するものに限る。）、その他指定する関係書類）

### 2-1 介護医療院の開設許可事項変更申請に係る事前協議等

#### (1) 内容

次の2-2の開設許可事項変更許可申請に先だって、介護老人保健施設等開設許可事務処理要領に基づき、事前協議等を行う。

#### (2) 変更許可申請が必要な変更事項

次の事項を変更しようとするときは、変更許可が必要

- ① 敷地の面積及び平面図
- ② 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備概要
- ③ 施設共用の有無及び共用の場合の利用計画
- ④ 運営規程（入所定員の増加に関する部分に限る。）
- ⑤ 協力病院の変更

#### (3) 必要な手続き

- ① 入所定員を増加する場合は、設置計画及び事前協議
- ② 入所定員を増加する場合以外は、事前協議

#### (4) 提出書類

- ① 設置計画
  - ・ 変更設置計画書（別記第1号様式）
  - ・ その他指定する関係書類
- ② 事前協議
  - ・ 変更事前協議書（別記第6号様式）
  - ・ その他指定する関係書類

(5) 提出期限

変更の計画が定まったら、なるべく早く提出（審査に時間を要する場合がありますので、余裕をもって提出してください。）。

(6) 提出先

県（施設所在地所管の振興局）

## 2-2 介護医療院の開設許可事項変更申請

(1) 内容

入所定員その他厚生労働省令で定める事項（2-1(2)参照）を変更しようとする場合は、変更前先だって、変更許可申請を行う。

(2) 提出書類

- ① 開設許可事項変更申請書（別記第7号様式）
- ② その他指定する関係書類
- ③ 手数料（構造設備の変更を伴う場合のみ。33,000円（県証紙））

(3) 提出期限

変更前に申請すること（許可を受けてから変更することとなりますので、変更予定日から逆算して余裕をもって提出してください。）

(4) 提出先

県（施設所在地所管の振興局）

## 3 変更届出

(1) 内容

下記の事項について変更があった場合は、変更の日から10日以内に県に届け出る必要がある。

- 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。）
- ④ 併設する施設がある場合にあっては、当該併設する施設の概要
- ⑤ 施設の管理者の氏名、生年月日及び住所
- ⑥ 運営規程（ただし、従業員の職種、員数及び職務内容の変更は、特例通知により年1回の提出）
- ⑦ 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（協力歯科機関を含む。）
- ⑧ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

(2) 提出書類

- ① 変更届出書（別記第4号様式）
- ② その他指定する関係書類

(3) 提出期限

変更日から10日以内

(4) 提出先

県（施設所在地所管の振興局）

**【関係書類等ダウンロード先】**

- 管理者承認申請、開設許可事項変更申請、変更届出書

<https://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/careprov/todokede/todokede.html>

- 開設許可事項変更申請に係る事前協議等

[https://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/careprov/todokede/todokedeyousiki/jizenkyougi/rouken\\_iryuin\\_jizen000.htm](https://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/careprov/todokede/todokedeyousiki/jizenkyougi/rouken_iryuin_jizen000.htm)

<介護医療院に係る変更許可・届出手続き一覧>

	介護保険法施行規則第 138 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っては、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)				○	従業員の職種、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員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 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				○	

### Ⅲ 人員、施設及び設備、運営に関する基準

#### 1 従業者の員数

人員配置 (指定基準)	介護医療院 (Ⅰ)	介護医療院 (Ⅱ)	医療機関併設型 介護医療院 (Ⅰ)	医療機関併設型 介護医療院 (Ⅱ)	併設型小規模 介護医療院 (Ⅰ・Ⅱ)
医師 (常勤換算)	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	48:1	100:1	併設される医療機関の医師により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。
<p>介護療養型医療施設等から<b>転換後の併設病院</b>における医師の員数の算定の特例について、厚生労働省から通知あり（薬剤師についても同じ。）。</p> <p>→「介護保険施設と併設する病院における医師等の員数の算定について」（平成30年7月27日 厚生労働省医政局総務課事務連絡）</p>					
医師の宿直	<p>原則として、医師の当直が必要だが、例外として下記のいずれかの要件を満たし、サービス提供に支障がない場合には、不要</p> <p>① II型療養床のみを有する。</p> <p>② 医療法施行規則第9条の15の2に定める場合と同様に、入所者の病状が急変した場合においても当該介護医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められている場合</p> <p>③ 医療機関併設型介護医療院であり、同一又は隣接敷地にある病院又は診療所との連携が確保されており、入所者の病状が急変した場合に、病院又は診療所の医師が、速やかに診察を行う体制が確保されている場合。</p>				
薬剤師 (常勤換算)	150:1	300:1	150:1	300:1	併設される病院の医師若しくは薬剤師又は診療所の医師により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	適当数		適当数		併設される病院の医師若しくは理学療法士等又は診療所の医師により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。
<p>特別診療費の理学療法（Ⅰ）、作業療法、言語聴覚療法等を算定する場合は、それぞれ必要な配置基準を満たす必要がある（後述）。</p>					

看護職員 (常勤換算)	6:1		6:1		6:1
介護職員 (常勤換算)	5:1	6:1	5:1	6:1	6:1
	介護医療院サービス費の算定に当たっては、別に定める正看護師の比率、介護職員数を満たす必要がある(後述)。				
看護・介護職員の夜勤体制	① 30:1 以上かつ 2 以上 ② 看護職員が 1 以上	① 30:1 以上かつ 2 以上 ② 看護職員が 1 以上	左に同じ(介護医療院と併設医療機関の入院患者の合計が 19 人以下かつ併設医療機関で夜勤を行う看護・介護職員の数が 1 以上の場合、夜勤職員を置かないことができる。		
	介護療養型医療施設等から転換した介護医療院における夜勤職員の員数の算定の特例について、厚生労働省から通知あり。 →「保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について」 (平成 30 年 9 月 28 日 厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)				
栄養士又は管理栄養士	定員 100 以上で 1 人	定員 100 以上で 1 人	併設の医療機関の栄養士又は管理栄養士による栄養管理が適切に行われるときは置かないことができる。		
介護支援専門員	100:1 (施設で 1 以上)	100:1 (施設 1 以上)	相当数		
診療放射線技師	相当数	併設施設との職員の兼務を行うこと等により配置しないことも可能	併設施設との職員の兼務を行うこと等により配置しないことも可能		
調理員、事務員等	相当数	併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により配置しないことも可能	併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により配置しないことも可能		

## 2 用語の定義

### ① 常勤換算方法

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

この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護医療院サービスに従事する勤務時間の延数であり、例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護医療院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、介護医療院サービスに係る勤務時間数だけを算入することとなるものであること。

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

#### ② 勤務延時間数

勤務表上、介護医療院サービスの提供に従事する時間として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従業者一人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

#### ③ 常勤

当該介護医療院における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

また、当該施設に併設され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であることとする。

例：介護医療院の管理者と併設される通所リハビリテーションの管理者の兼務＝常勤

介護医療院の看護職員が併設医療機関の看護職員の職務を兼務する場合＝非常勤

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

#### ④ 専ら従事する（専従）

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

【参考】病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について（平成 30 年 3 月 27 日 医政発 0327 第 31 号・老発 0327 第 6 号）（抜粋）

##### 1 介護保険施設等の範囲について



本通知における介護保険施設等とは、介護保険法(平成9年法律第123号)又は老人福祉法(昭和38年法律第133号)に規定する介護医療院、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設(中略)とすること。

#### 4 人員について

- (1) 病院又は診療所の医師、看護師その他の従業者と介護保険施設等の医師、薬剤師、看護師その他の従業者とを兼務するような場合は、それぞれの施設の人員に関する要件を満たすとともに、兼務によって患者等に対する治療その他のサービスの提供に支障がないように注意すること。
- (2) 病院又は診療所に係る施設及び構造設備と介護保険施設等に係る施設及び設備との共用、建物の転用により、従業者の人員配置に変更のあるときは、医療法等に定める所要の変更手続を要すること。
- (3) 従業者数の算定に当たっては、それぞれの施設における勤務実態に応じて按分すること。ただし、管理者が常勤を要件とする場合について、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つては、当該者を常勤とみなして差し支えないこと。

### 3 施設及び設備に関する基準

第5条 介護医療院は、次に掲げる施設を有しなければならない。

療養室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養室の定員は、四人以下とすること。</li> <li>・入所者一人当たりの床面積は、八平方メートル以上とすること。 (療養病床、療養型老健からの転換の場合は、6.4㎡以上。ただし大規模改修を行うまで。)</li> <li>・地階に設けてはならないこと。</li> <li>・一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。</li> <li>・入所者のプライバシーの確保に配慮した療養床を備えること。(※)</li> <li>・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。</li> <li>・ナース・コールを設けること。 ※多床室の場合は、家具、パーテーション、カーテン等の組み合わせにより、室内を区分することで、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているにすぎない場合は、プライバシーの十分な確保とは言えない。</li> </ul>
診察室	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 医師が診察を行う施設を有すること</li> <li>(2) 喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設(以下この号及び第四十五条第二項第二号において「臨床検査施設」という。)</li> <li>(3) 調剤を行う施設</li> </ol> <p>(2)の規定にかかわらず、臨床検査施設は、人体から排出され、又は採取された検体の微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査及び生化学的検査(以下「検体検査」という。)の業務を委託する場合にあつては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。</p> <p>(療養型老健からの転換の場合は、近隣の医療機関又は薬局と連携することによりサービス提供に支障がない場合にあつては、(2)、(3)を置かなくてよい。)</p>

	(4) 臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第九条の七から第九条の七の三までの規定を準用する。
処置室	<p>(1) 入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設 ※診察室における「医師が診察を行う施設」と兼用可能</p> <p>(2) 診察の用に供するエックス線装置（定格出力の管電圧（波高値とする。）が十キロボルト以上であり、かつ、その有するエネルギーがメガ電子ボルト未満のものに限る。第四十五条第二項第三号イにおいて「エックス線装置」という。） ※診療の用に供するエックス線装置にあっては、医療法、医療法施行規則等において求められる防護に関する基準を満たすものであること。 (療養型老健からの転換の場合は、近隣の医療機関等との連携によりサービス提供に支障がない場合にあっては、(2)を置かなくてよい。)</p>
機能訓練室	<p>内法による測定で四十平方メートル以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、併設型小規模介護医療院にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。 (機能訓練室、談話室、食堂、レクリエーション・ルーム等を区画せず、一つのオープンスペースとすることは差し支えない。)</p>
談話室	・入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。
食堂	内法による測定で、入所者一人当たり 1 m <sup>2</sup> 以上
浴室	<p>(1) 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること (2) 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。 (病床を有する診療所が、診療所の病床を令和6年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合、(2)については、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した設備を設けることとする。)</p>
レクリエーションルーム	レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
洗面所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
便所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
サービス・ステーション	看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接してサービス・ステーションを設けること。
調理室	食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けること。
洗濯室又は洗濯場	－
汚物処理室	汚物処理室は、他の施設と区別された一定のスペースを有すれば足りること。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・焼却炉、浄化槽、その他の汚物処理設備及び便槽を設ける場合には、療養室、談話室、食堂、調理室から相当の距離を隔てて設けること。</li> <li>・床面積を定めない施設については、各々の施設の機能を十分に発揮し得る適当な広さを確保するよう配慮すること。</li> <li>・薬剤師が介護医療院で調剤を行う場合には、薬剤師法の規定により、調剤所が必要となること。</li> </ul>

【参考】病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について（平成 30 年 3 月 27 日 医政発 0327 第 31 号・老発 0327 第 6 号）（抜粋）

1 介護保険施設等の範囲について

本通知における介護保険施設等とは、介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)又は老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)に規定する介護医療院、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設（中略）とすること。

2 病院又は診療所と介護保険施設等との併設について

(1) 病院又は診療所と介護保険施設等との区分について

**病院又は診療所と介護保険施設等とを併設**（病院又は診療所の同一敷地内又は隣接する敷地内（公道をはさんで隣接している場合を含む。）に介護保険施設を開設していることをいう。）**する場合には、患者等に対する治療、介護その他サービスに支障がないよう、表示等により病院又は診療所と介護保険施設等との区分を可能な限り明確にすること。**

(2) 病院又は診療所に掛かる施設及び構造設備と介護保健施設等に係る施設及び設備との共用について

① **病院又は診療所に係る施設及び構造設備と介護保険施設等に係る施設及び設備は、それぞれの基準を満たし、かつ、各施設等の患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がない場合に限り、共用が認められること。**ただし、この場合にあっても、各施設等を管理する者を明確にしなければならないこと。また、**次に掲げる施設等の共用は、認められないこと。**

イ 病院又は診療所の診察室(一の診療科において、二以上の診察室を有する病院又は診療所の当該診療科の一の診察室を除く。)と介護保険施設等の診察室(介護医療院にあつては、医師が診察を行う施設を言う。)又は医務室

ロ 手術室

ハ 処置室（機能訓練室を除く。）

ニ 病院又は診療所の病室と介護医療院等の療養室又は居室

ホ エックス線装置等

なお、**イ、ハ及びホについて、病院又は診療所に併設される介護保険施設等が介護医療院の場合にあつては、共用は認められることとする。**

ただし、**イについては現に存する病院又は診療所（介護療養型医療施設等から転換した介護老人保健施設を含む。）の建物の一部を介護医療院に転用する場合に共用を認めるものとし、介護医療院に係る建物を新たに設置する場合は原則、共用は認められないものの実情に応じて、個別具体的に判断されたい。**

② **①の判断に当たっては、共用を予定する施設についての利用計画等を提出させるなどにより、十分に精査すること。**

③ 共用を予定する病院又は診療所に係る施設及び構造設備に対して医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 27 条の規定に基づく使用前検査、使用許可を行うに当たっては、

共用することによって同法に定める基準を下回ることのないよう十分に注意すること。

- ④ 現に存する病院又は診療所に係る施設及び構造設備と現に存する介護保険施設等に係る施設及び設備とを共用する場合には、医療法等に定める所要の変更手続を要すること。

(構造設備の基準)

第6条 介護医療院の構造設備の基準は、次のとおりとする。

- 一 介護医療院の建物（入所者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。以下同じ。）は、耐火建築物（建築基準法（昭和二十五年法律第二百一号）第二条第九号の二に規定する耐火建築物をいう。以下この条及び第四十五条において同じ。）とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす二階建て又は平屋建ての介護医療院の建物にあっては、準耐火建築物（建築基準法第二条第九号の三に規定する準耐火建築物をいう。以下この条及び第四十五条において同じ。）とすることができる。
- イ 療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設（以下この項及び第四十五条第四項において「療養室等」という。）を二階及び地階のいずれにも設けていないこと。
- ロ 療養室等を二階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。
- (1) 当該介護医療院の所在地を管轄する消防長（消防本部を設置しない市町村にあっては、市町村長。第四十五条第四項において同じ。）又は消防署長と相談の上、第三十二条第一項の規定による計画に入所者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。
- (2) 第三十二条第一項の規定による訓練については、同項の計画に従い、昼間及び夜間において行うこと。
- (3) 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。
- 二 療養室等が二階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ一以上設けること。
- 三 療養室等が三階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を二以上設けること。ただし、前号の直通階段を建築基準法施行令（昭和二十五年政令第三百三十八号）第二百二十三条第一項の規定による避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。
- 四 診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずることとし、放射線に関する構造設備については、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第三十条、第三十条の四、第三十条の十三、第三十条の十四、第三十条の十六、第三十条の十七、第三十条の十八（第一項第四号から第六号までを除く。）、第三十条の十九、第三十条の二十第二項、第三十条の二十一、第三十条の二十二、第三十条の二十三第一項、第三十条の二十五、第三十条の二十六第三項から第五項まで及び第三十条の二十七の規定を準用する。この場合において、同令第三十条の十八第一項中「いずれか及び第四号から第六号までに掲げる措置」とあるのは、「いずれか」と読み替えるものとする。
- 五 階段には、手すりを設けること。
- 六 廊下の構造は、次のとおりとすること。
- イ 幅は、一・八メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、二・七メートル以上とすること。（内法）
- ロ 手すりを設けること。
- ハ 常夜灯を設けること。
- 七 入所者に対する介護医療院サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。
- 八 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

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

#### ※経過措置

療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所が当該療養病床を平成 36 年(令和 6 年) 3 月 31 日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合は、以下の経過措置が適用される。(介護療養型老人保健施設からの転換も同様)

- (1) 建物の耐火構造 基準省令第 6 条第 1 項第 1 号の規定は適用せず、建築基準法の基準によるものでよいとする。(大規模改修までの間)
- (2) 屋内の直通階段及びエレベーター 屋内の直通階段を 2 以上設けること。ただしエレベーターが設置されているもの又は 2 階以上の各階における療養室の床面積の合計がそれぞれ 50 m<sup>2</sup> (主要構造部が耐火構造であるか、または不燃材料で造られている建築物にあっては 100 m<sup>2</sup>) 以下のものについては、屋内の直通階段を 1 とすることができる。
- (3) 廊下幅 片廊下 1.2m 中廊下 1.6m (大規模改修までの間)

## 4 運営に関する基準

(内容及び手続の説明及び同意)

第7条 介護医療院は、介護医療院サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第二十九条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得なければならない。

(提供拒否の禁止)

第8条 介護医療院は、正当な理由がなく介護医療院サービスの提供を拒んではならない。

※ 基準省令第8条は、原則として入所申込に対して応じなければならないことを規定したものであり、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を禁止するものである。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、入院治療の必要がある場合その他入所者に対し自ら適切な介護医療院サービスを提供することが困難な場合である。

(サービス提供困難時の対応)

第9条 介護医療院は、入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

(受給資格等の確認)

第10条 介護医療院は、介護医療院サービスの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

2 介護医療院は、前項の被保険者証に法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護医療院サービスを提供するように努めなければならない。

(要介護認定の申請に係る援助)

第11条 介護医療院は、入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、当該申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

2 介護医療院は、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の三十日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

(入退所)

第12条 介護医療院は、その心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他医療等が必要であると認められる者を対象に、介護医療院サービスを提供するものとする。

2 介護医療院は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、介護医療院サービスを受けるとの必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

3 介護医療院は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（法第八条第二十四項に規定する指定居宅サービス等をいう。第二十八条において同じ。）の利用状況等の把握に努めなければならない。

4 介護医療院は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

※ 医師、薬剤師、看護・介護職員、介護支援専門員等による居宅における生活への復帰の可否の検討は、病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであること。

- 5 前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 介護医療院は、入所者の退所に際しては、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(サービスの提供の記録)

第 13 条 介護医療院は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、入所者の被保険者証に記載しなければならない。

- 2 介護医療院は、介護医療院サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

(利用料等の受領)

第 14 条 介護医療院は、法定代理受領サービス（法第四十八条第四項の規定により施設介護サービス費（同条第一項に規定する施設介護サービス費をいう。以下この項及び第四十六条第一項において同じ。）が入所者に代わり当該介護医療院に支払われる場合の当該施設介護サービス費に係る介護医療院サービスをいう。以下同じ。）に該当する介護医療院サービスを提供した際には、入所者から利用料（施設介護サービス費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）の一部として、当該介護医療院サービスについて法第四十八条第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該介護医療院サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に介護医療院サービスに要した費用の額とする。次項及び第四十六条において「施設サービス費用基準額」という。）から当該介護医療院に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。

- 2 介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- 3 介護医療院は、前二項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。

一 食事の提供に要する費用（法第五十一条の三第一項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第二項第一号に規定する食費の基準費用額（同条第四項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該介護医療院に支払われた場合は、同条第二項第一号に規定する食費の負担限度額）を限度とする。）

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

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

利用者等が選定する特別な療養室の提供に係る基準

- (1) 特別な居室の定員が、1 人又は 2 人であること。
- (2) 当該介護医療院の特別な居室の定員の合計数を介護保険法施行規則第 138 条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所者等の定員で除し得た数だが、おおむね 100 分の 50 を超えないこと。
- (3) 特別な療養室の入所者等の 1 人当たりの面積が、8 m<sup>2</sup>以上であること。
- (4) 特別な居室の施設、設備等が、利用料の他に特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払を入所者等から受けるのにふさわしいものであること。
- (5) 特別な療養室の提供が、利用者への情報提供を前提として入所者等の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われるものでないこと。

(6) 特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に定められていること。

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

利用者等が選定する特別な食事の提供に係る基準

イ 特別な食事の内容等について

- (1) 利用者が選定する特別な食事が通常の食事の提供に要する費用の額では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、指針第2号口に規定する食事の提供に係る利用料の額を超えて必要な費用につき支払を受けるのにふさわしいものであること。
- (2) 次に掲げる配慮がなされていること。
  - (i) 医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士による利用者ごとの医学的及び栄養学的な管理が行われていること。
  - (ii) 食堂、食器等の食事の提供を行う環境についての衛生管理がなされていること。
  - (iii) 特別な食事を提供することによって特別な食事以外の食事の質を損なわないこと。

#### 五 理美容代

六 前各号に掲げるもののほか、介護医療院サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの（具体的な範囲等については「通所介護等における日常生活に要する費用の取り扱いについて（平成12年老企第54号参照）

4 前項第一号から第四号までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとする。

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

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第15条 介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した介護医療院サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に対して交付しなければならない。

（介護医療院サービスの取扱方針）

第16条 介護医療院は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

2 介護医療院サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

3 介護医療院の従業者は、介護医療院サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

4 介護医療院は、介護医療院サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

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

6 介護医療院は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回



- 以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - 三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- 7 介護医療院は、自らその提供する介護医療院サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

※身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

※身体的拘束適正化のための指針（第6項第2号）

介護医療院が整備する「身体的拘束適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

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

※身体的拘束適正化のための従業者に対する研修（第6項第3号）

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

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

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

（施設サービス計画の作成）

- 第17条 介護医療院の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下この条及び第二十八条において「計画担当介護支援専門員」という。）は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
  - 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を

明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

- 4 計画担当介護支援専門員は、前項の規定による解決すべき課題の把握（次項及び第九項において「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護医療院サービスの目標及びその達成時期、介護医療院サービスの内容、介護医療院サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する介護医療院サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下この項において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。）をいう。第十一項において同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（第二号において「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
  - 一 定期的に入所者に面接すること。
  - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
  - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
  - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。（診療の方針）

第18条 医師の診療の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行う。
- 二 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行う。
- 三 常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- 四 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行う。
- 五 特殊な療法、新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならな

い。

六 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはならない。  
ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合においては、この限りではない。

（必要な医療の提供が困難な場合等の措置等）

第19条 介護医療院の医師は、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、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、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

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

3 介護医療院の医師は、入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行わなければならない。

4 介護医療院の医師は、入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

（機能訓練）

第20条 介護医療院は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他適切なリハビリテーションを計画的に行わなければならない。

（栄養管理）

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

（※令和6年3月31日までの間は努力義務）

【留意事項】

介護医療院の入所者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

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

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

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

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

（口腔衛生の管理）

第20条の3 介護医療院は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことがで

きるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

(※令和6年3月31日までの間は努力義務)

【留意事項】

介護医療院の入所者に対する口腔衛生の管理について、令和3年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。

- (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回以上行うこと。
- (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すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。
  - イ 助言を行った歯科医師
  - ロ 歯科医師からの助言の要点
  - ハ 具体的方策
  - ニ 当該施設における実施目標
  - ホ 留意事項・特記事項
- (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うこと。

(看護及び医学的管理の下における介護)

- 第21条 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行われなければならない。
- 2 介護医療院は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない。
  - 3 介護医療院は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
  - 4 介護医療院は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
  - 5 介護医療院は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
  - 6 介護医療院は、前各項に定めるほか、入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければならない。
  - 7 介護医療院は、その入所者に対して、入所者の負担により、当該介護医療院の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはならない。

(食事の提供)

- 第22条 入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われなければならない。
- 2 入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならない。

(相談及び援助)

- 第23条 介護医療院は、常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければならない。

(その他のサービスの提供)

- 第24条 介護医療院は、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めるものとする

2 介護医療院は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

(入所者に関する市町村への通知)

第25条 介護医療院は、介護医療院サービスを受けている入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

一 正当な理由なしに介護医療院サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

二 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(管理者による管理)

第26条 介護医療院の管理者は、専ら当該介護医療院の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該介護医療院の管理上支障のない場合は、同一敷地内にある他の事業所若しくは施設等又はサテライト型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第一百条第四項に規定するサテライト型特定施設をいう。）若しくはサテライト型居住施設（同令第一百三十一条第四項に規定するサテライト型居住施設をいう。）の職務に従事することができるものとする。

(管理者の責務)

第27条 介護医療院の管理者は、当該介護医療院の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

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

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

(計画担当介護支援専門員の責務)

第28条 計画担当介護支援専門員は、第十七条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

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

二 入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。

三 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

四 第三十八条第二項の規定による苦情の内容等の記録を行うこと。

五 第四十条第三項の規定による事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行うこと。

(運営規程)

第29条 介護医療院は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（第三十五条第1項において「運営規程」という。）を定めておかななければならない。

一 施設の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

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

四 入所者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額

五 施設の利用に当たっての留意事項

六 非常災害対策

七 虐待の防止のための措置に関する事項

八 その他施設の運営に関する重要事項

(※虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日までの間は努力義務)

【留意事項】

従業者の職種、員数及び職務の内容(第2号)

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

(勤務体制の確保等)

第30条 介護医療院は、入所者に対し、適切な介護医療院サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

- 2 介護医療院は、当該介護医療院の従業者によって介護医療院サービスを提供しなければならない。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。
- 3 介護医療院は、従業者に対し、その資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該介護医療院は、全ての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。
- 4 介護医療院は、適切な介護医療院サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業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日までの間は努力義務)

【留意事項】

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

また、同項〔第3項〕後段は、介護医療院に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。介護医療院は、令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。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する(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)。

(5) 同条第4項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律(昭

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

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

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

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

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

([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05120.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html))

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所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。

(業務継続計画の策定等)

第30条の2 介護医療院は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 介護医療院は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- 3 介護医療院は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(※業務継続計画の策定等の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)

**【留意事項】**

- (1) 介護医療院は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入所者が継続して介護医療院サービスの提供を受けられるよう、介護医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護医療院に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第30条の2に基づき施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。
- (2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における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」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。
  - ① 感染症に係る業務継続計画
    - イ 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
    - ロ 初動対応
    - ハ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）
  - ② 災害に係る業務継続計画
    - イ 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
    - ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
    - ハ 他施設及び地域との連携
- (3) 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。
- (4) 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災



害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

(定員の遵守)

第31条 介護医療院は、入所定員及び療養室の定員を超えて入所させてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(非常災害対策)

第32条 介護医療院は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

2 介護医療院は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

(衛生管理等)

第33条 介護医療院は、入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。

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

一 当該介護医療院における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二 当該介護医療院における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

三 当該介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施すること。

四 前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

3 介護医療院の管理者は、次に掲げる業務を委託する場合は、医療法施行規則第九条の八、第九条の九、第九条の十二、第九条の十三、別表第一の二及び別表第一の三の規定を準用する。この場合において、同令第九条の八第一項中「法第十五条の二の規定による人体から排出され」とあるのは「人体から排出され」と、同条第二項中「法第十五条の二の規定による検体検査」とあるのは「検体検査」と、第九条の九第一項中「法第十五条の二の規定による医療機器又は医学的処置若しくは手術」とあるのは「医療機器又は医学的処置」と、第九条の十二中「法第十五条の二の規定による第九条の七に定める医療機器」とあるのは「医薬品医療機器等法第二条第八項に規定する特定保守管理医療機器」と、第九条の十三中「法第十五条の二の規定による医療」とあるのは「医療」と読み替えるものとする。

一 第五条第二項第二号口及び第四十五条第二項第二号口に規定する検体検査の業務

二 医療機器又は医学的処置の用に供する衣類その他の繊維製品の滅菌又は消毒の業務

三 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第二条第八項に規定する特定保守管理医療機器の保守点検の業務

四 医療の用に供するガスの供給設備の保守点検の業務（高圧ガス保安法（昭和二十六年法律第二百四号）の規定により高圧ガスを製造又は消費する者が自ら行わなければならないものを除く。

（※感染症の予防及びまん延防止のための訓練は、令和6年3月31日までの間は努力義務）

【留意事項】

感染症の予防及びまん延の防止のための訓練

平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年2回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

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

（協力病院）

第34条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

（掲示）

第35条 介護医療院は、当該介護医療院の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、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を掲示しなければならない。

2 介護医療院は、前項に規定する事項を記載した書面を当該介護医療院に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。

（秘密保持等）

第36条 介護医療院の従業員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 介護医療院は、従業員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

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

（居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止）

第37条 介護医療院は、居宅介護支援事業者又はその従業員に対し、要介護被保険者に当該介護医療院を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

2 介護医療院は、居宅介護支援事業者又はその従業員から、当該介護医療院からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

（苦情処理）

第38条 介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

2 介護医療院は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関し、法第二十三条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 介護医療院は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

5 介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関する入所者からの苦情に関して連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下この項及び次項において同じ。）が行う法第七十六条第一項第三号の規定による調査に協力するとともに、連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

6 介護医療院は、連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を連合会に報告しなければならない。

(地域との連携等)

第39条 介護医療院は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならない。

2 介護医療院は、その運営に当たっては、提供した介護医療院サービスに関する入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

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

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

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

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

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

3 介護医療院は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

4 介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(虐待の防止)

第40条の2 介護医療院は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 当該介護医療院における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二 当該介護医療院における虐待の防止のための指針を整備すること。

三 当該介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(※虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日まで努力義務)

#### 【留意事項】

#### 36 虐待の防止

基準省令第40条の2は虐待の防止に関する事項について規定したものである。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、介護医療院は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

#### ・虐待の未然防止

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

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

・虐待等の早期発見

介護医療院の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるように、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、介護医療院は当該通報の手续が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）

は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的を開催することが必要である。また、施設外の虐待防止の専門家を選任として積極的に活用することが望ましい。

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

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

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

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

イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針(第2号)

介護医療院が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方

ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項

- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修（第3号）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該介護医療院における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

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

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第4号）

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

（会計の区分）

第41条 介護医療院は、介護医療院サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

（記録の整備）

第42条 介護医療院は、従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

一 施設サービス計画

二 第十二条第四項の規定による居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録

三 第十三条第二項の規定による提供した具体的なサービスの内容等の記録

四 第十六条第五項の規定による身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

五 第二十五条の規定による市町村への通知に係る記録

六 第三十八条第二項の規定による苦情の内容等の記録

七 第四十条第三項の規定による事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

（電磁的記録等）

第55条 介護医療院及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第十条第一項（第五十四条において準用する場合を含む。）及び第十三条第一項（第五十四条において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

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

## IV 介護給付費について

### 1 加算・減算の適用要件

#### (1)-1 基本報酬

##### 【従来型】

	I 型介護医療院						特別介護医療院	
	(I)		(II)		(III)		従来型個室	多床室
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室		
要介護 1	714	825	704	813	688	797	655	757
要介護 2	824	934	812	921	796	905	756	861
要介護 3	1,060	1,171	1,045	1,154	1,029	1,137	979	1,081
要介護 4	1,161	1,271	1,144	1,252	1,127	1,236	1,071	1,175
要介護 5	1,251	1,362	1,233	1,342	1,217	1,326	1,157	1,259

	II 型介護医療院						特別介護医療院	
	(I)		(II)		(III)		従来型個室	多床室
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室		
要介護 1	669	779	653	763	642	752	608	714
要介護 2	764	875	748	859	736	847	700	806
要介護 3	972	1,082	954	1,065	943	1,054	897	1,003
要介護 4	1,059	1,170	1,043	1,154	1,032	1,143	982	1,086
要介護 5	1,138	1,249	1,122	1,233	1,111	1,222	1,056	1,161

##### 【ユニット型】

	I 型介護医療院		II 型介護医療院	特別介護医療院	
	(I)	(II)		I 型	II 型
要介護 1	842	832	841	791	800
要介護 2	951	939	942	893	896
要介護 3	1,188	1,173	1,162	1,115	1,104
要介護 4	1,288	1,271	1,255	1,209	1,194
要介護 5	1,379	1,361	1,340	1,292	1,272

## (1) - 2 各サービス費の算定要件

### 【I型介護医療院サービス費】

	I型介護医療院サービス費(I)		I型介護医療院サービス費(II)		I型介護医療院サービス費(III)
	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院	併設型小規模介護医療院以外
I型療養床を有すること	○	○	○	○	○
看護職員の数	6:1	6:1	6:1	6:1	6:1
うち看護師の最低割合	2割以上	要件なし	2割以上	要件なし	2割以上
介護職員の数	4:1	6:1	4:1	6:1	5:1
定員超過・人員基準違反なし	○	○	○	○	○
リハビリテーションの実施	○	○	○	○	○
地域に貢献する活動の実施	○	○	○	○	○
算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合</u>	100分の50以上	100分の50以上	100分の50以上	100分の50以上	100分の50以上
算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の割合</u>	100分の50以上	100分の50以上	100分の30以上	100分の30以上	100分の30以上
算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>ターミナルケア実施者の割合</u>	100分の10以上	100分の10以上	100分の5以上	100分の5以上	100分の5以上

※ 地域に貢献する活動とは、以下の考え方によるものとする。

- a 地域との連携については、基準省令第39条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、I型介護医療院を算定すべき介護医療院においては、自らの創意工夫によってさらに地域に貢献する活動を行うこと。
- b 当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護医療院の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

※ 重篤な身体疾病を有する者とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- a NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態
- b Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態または連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態
- c 各週二日以上的人口腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する



状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。

- (a) 常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
- (b) 透析アミロイド症で毛根管症候群や運動機能障害を呈するもの
- (c) 出血性消化器病変を有するもの
- (d) 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの

d Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態

e 連続する三日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態

f 単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態

g 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「咽頭ファイバースコープ」をいう。）により誤嚥が認められる。（咽頭侵入が認められる場合を含む。）状態

※ 身体合併症を有する認知症高齢者とは、次のいずれかに適合する者をいう。

a 認知症であって、悪性腫瘍と診断されたもの

b 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断されたもの

- (a) パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）
- (b) 多系統萎縮種（線状体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
- (c) 筋萎縮性側索硬化症
- (d) 脊髄小脳変性症
- (e) 広範脊柱管狭窄症
- (f) 後縦靭帯骨化症
- (g) 黄色靭帯骨化症
- (h) 悪性関節リウマチ

c 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ b、Ⅳ又は M に該当するもの

※ 経管栄養の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、過去 1 年間に経管栄養が実施されていたものであって、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和 2 年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）は、経管栄養が実施されている者として取り扱う。また、喀痰吸引の実施とは、過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成 30 年度から令和 2 年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成 30 年度から令和 2 年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）は、喀痰吸引が実施されている者として取り扱う。

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

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

【Ⅱ型介護医療院サービス費】

	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)		Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)
	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院	併設型小規模介護医療院以外	併設型小規模介護医療院以外
Ⅱ型療養床を有すること	○	○	○	○
看護職員の数	6:1	6:1	6:1	6:1
介護職員の数	4:1	6:1	5:1	6:1
定員超過・人員基準違反なし	○	○	○	○
(A)算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合</u>	(A) 100分の20 以上	(A)×19÷定員 100分の20 以上	(A) 100分の20 以上	(A) 100分の20 以上
又は	又は	又は	又は	又は
(B)算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の割合</u>	(B) 100分の15 以上	(B)×19÷定員 100分の15 以上	(B) 100分の15 以上	(B) 100分の15 以上
(C)算定日が属する月の前3月間の入所者のうち、 <u>著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状、行動若しくは意思疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者(日常生活自立度Ⅳ以上)の占める割合</u>	(C) 100分の25 以上	(C)×19÷定員 100分の25 以上	(C) 100分の25 以上	(C) 100分の25 以上
ターミナルケア体制の整備	○	○	○	○

※ 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とは、認知症高齢者の日常生活自立度のランク M に該当するもの。

【特別介護医療院サービス費】

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

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

## **(2) 夜勤減算 (25 単位を減算)**

以下のいずれかに該当する月においては、入所者の全員について、所定単位数が減算される。

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

※ 夜勤を行う職員（看護職員または介護職員）の定義

夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時を含む連続する 16 時間で、事業所ごとに設定）において夜勤を行う職員

入所者等の数 = 短期入所の利用者数 + 入所者数

### ○夜勤職員基準

(1) (ユニット型以外) I 型介護医療院、II 型介護医療院、特別介護医療院の場合

(一) 夜勤を行う看護・介護職員の数が入所者等の数に対して 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ 2 以上

(二) 夜勤を行う看護職員の数 が 1 以上

(2) ユニット型施設の場合

(一) 夜勤を行う看護・介護職員の数が入所者等の数に対して 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ 2 以上

(二) 夜勤を行う看護職員の数 が 1 以上

(三) 2 つのユニットごとに夜勤を行う看護又は介護職員の数 が 1 以上である

※ 上記に限らず、次のいずれにも適合している場合であって、常時、緊急時における併設される医療機関との連絡体制を整備している場合、夜勤を行う看護・介護職員を置かないことができる。

a 併設型小規模介護医療院であること。

b 併設医療機関で夜勤を行う看護又は介護職員の数 が 1 以上であること。

c 入所者、入院患者の数の合計が 19 人以下であること。

## **(3) 定員超過利用減算 (70/100)**

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

ただし、災害や虐待の受け入れなど、やむを得ない理由によって定員超過利用が発生した場合には、その翌月から減算を直ちに行うことはしません。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超過利用が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から減算を行います。災害等が生じた時期が月末で、その翌月も定員超過利用が継続することがやむを得ない場合は、さらに 1 月遅れの取り扱いとなります。

※月平均の入所者数は、暦月で計算し、小数点以下を切り上げる。

## **(4) 人員基準欠如減算**

① 看護職員、介護職員の数 が基準に満たない場合 (70/100)

- ・ 1 割を超えて減少した場合は、該当月の翌月から解消月まで

- ・ 1割の範囲内で減少した場合は、該当月の翌々月から解消日まで（翌月の末日に人員基準を満たしていれば減算は行わない。）
- ② 医師、薬剤師、介護支援専門員の数基準に満たない場合は、該当月の翌々月から解消日まで（翌月の末日に人員基準を満たしていれば減算は行わない。）  
すべての入所者等について所定単位数 70%減算となる。
- ③ 看護師の看護職員の必要数に対する割合が基準に満たない場合
  - ・ 看護職員の必要数のうち、看護師が2割未満の場合、I型（Ⅲ）、I型特別介護医療院、ユニット型I型（Ⅲ）及びユニット方型I型特別介護医療院の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

#### **(5) ユニットケア体制未整備減算（1日につき 97/100）**

- 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。
  - ② ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置する。
- ※ ある月（暦月）において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、入所者全員について、1日につき所定単位数 97%に相当する単位が算定される。（翌月の末日に人員基準を満たしていれば減算は行わない。）

#### **(6) 身体拘束廃止未実施減算（1日につき 10%減算）**

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・100

指定基準第16条第5項及び第6項並びに第47条第7項及び第8項に規定する基準第16条

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

6 介護医療院は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

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

- ※ 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や、身体拘束適正化のための定期的な検討委員会の未実施、身体拘束適正化のための指針の未整備、職員への研修の未実施等を行っていた場合に、入所者全員について1日につき所定単位数の10%を減算する。

記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。

### **(7) 安全管理体制未実施減算（1日につき5単位を減算）**

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・100の2

介護医療院基準第40条第1項に規定する基準

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

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

※ 安全管理体制未実施減算については、介護医療院基準第40条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

### **(8) 栄養管理に係る減算（1日につき14単位を減算）**

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・100の3

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

第4条 法第111条第2項の規定により介護医療院に置くべき医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、次のとおりとする。

6 栄養士又は管理栄養士 入所定員100以上の介護医療院にあつては、1以上

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

※ 栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護医療院基準第20条の2（介護医療院基準第54条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）。

### **(9) 療養環境減算（25単位を減算）**

イ 療養環境減算（I）

療養室に隣接する廊下幅が、1.8m未満（中廊下の場合は2.7m未満）※内法測定

ロ 療養環境減算（II）

療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満

#### **(10) 夜間勤務等看護加算**

イ 夜間勤務等看護（Ⅰ） 23単位

- ・ 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数に対して1.5又はその端数を増すごとに1以上、かつ、2以上であること。

ロ 夜間勤務等看護（Ⅱ） 14単位

- ・ 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数に対して2.0又はその端数を増すごとに1以上、かつ2以上であること。

ハ 夜間勤務等看護（Ⅲ） 14単位

- ・ 夜勤を行う看護又は介護職員の数が入所者等の数に対して1.5又はその端数を増すごとに1以上、かつ、2以上であること。
- ・ 夜勤を行う看護職員の数1以上であること。

ニ 夜間勤務等看護（Ⅳ） 7単位

- ・ 夜勤を行う看護又は介護職員の数が入所者等の数に対して2.0又はその端数を増すごとに1以上、かつ、2以上であること。

##### ○留意事項

※ 夜間勤務を行う職員数は、1日平均夜勤職員数とする。

「1日平均夜勤職員数」とは、暦月ごと夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間帯を含めた連続する16時間をいう）における延夜勤時間数を当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算出し、小数点第3位以下は切り捨てる。

#### **(11) 若年性認知症患者受入加算（1日につき120単位）**

若年性認知症入所者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者）に対して介護保険施設サービスを行った場合は1日につき120単位を所定単位に加算する。ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。

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

#### **(12) 外泊時の費用（1日につき362単位）**

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

##### ○留意事項

- ・ 入所者の外泊の期間中にそのまま退所した場合、退所した日の外泊時の費用は算定可。
- ・ 入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降についての外泊時の費用は算定不可。
- ・ 入所者の外泊期間中で、かつ、外出時の費用の算定期間中は、当該入所者が使用していた者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であるが、その場合は、入院又は外泊時の費用の算定はできない。
- ・ 1回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）までの外泊時の費用の算定が可能。このように月を連続してまたがる場合にのみ最大で12日分の算

定ができ、毎月ごとに6日分の外泊時の費用の算定ができるものではない。

- ・ 「外泊」には、入所者の親族の家における宿泊、子供またはその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。
- ・ 外泊の間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。

### **(13) 試行的退所サービス費（1日につき 800 単位）**

退院が見込まれる者をその居宅において試行的に退院させ、介護医療院が居宅サービスを提供する場合に、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日に月800単位を算定する。

- ・ 試行的退院に係る初日及び最終日は算定しない。
- ・ 外泊時費用を算定する場合は算定しない
- ・ 1回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても連続して算定できるのは6日以内とする。
- ・ 試行的退所サービスの提供を行うにあたっては、その病状及び身体の状態に照らし、退院して居宅において生活ができるかどうかについて、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退院して、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。
- ・ 介護医療院の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービス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所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ること。
- ・ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
  - イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
  - ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
  - ハ 家屋の改善の指導
  - ニ 当該入院患者の介助方法の指導

### **(14) 他科受診時費用（1日につき 362 単位）**

- ・ 介護医療院に入院中の患者が、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合は、当該他医療機関は当該費用を算定できない。
- ・ 上記にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合（当該介護医療院に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関において診療行為が行われた場合に限る。）以下のとおり所定単位数に代えて算定する。
  - a 1月に4日を限度。
  - b 入院患者に対し専門的な診療が必要な場合（当該介護医療院に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し他の病院または診療所において当該診療が行われた場合。
  - c 他医療機関が特別の関係※にないこと。
    - ※ 「特別な関係」とは、以下に掲げる関係をいう。

ア 当該医療機関と当該他の医療機関の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該医療機関と当該他の医療機関は特別の関係にあると認められる。

- (イ) 当該医療機関の開設者が、当該他の医療機関の開設者と同一の場合
- (ロ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者と同一の場合
- (ハ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者の親族等の場合
- (ニ) 当該医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の医療機関の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
- (ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該医療機関が、当該他の医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

イ 「医療機関」とは、病院又は診療所をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げるものをいう。

- (イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者
- (ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの
- (ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

#### **(15) 従来型個室に引き続き入所する場合の費用の算定**

転換前の介護療養型医療施設において、平成17年9月30日において従来型個室に入院している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入院するもの（平成17年9月1日から同月30日までの間に特別な室料を支払っていないもの）に対しては、当分の間介護療養型医療施設における多床室の単位を算定する。

介護療養型医療施設から介護医療院へ転換した場合であって、引き続き従来型個室に入所する者に対して、Ⅰ型介護医療院サービス費、Ⅱ型介護医療院サービス費、特別介護医療院サービス費を算定する場合、当分の間、介護療養型医療施設に係る多床室に相当する単位を算定する。

#### **(16) 従来型個室の入所者に対し多床室の費用として算定ができる場合**

- イ 感染症等により、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入院期間が30日以内であるもの
- ロ 病室の面積が6.4㎡以下の従来型個室に入院する者
- ハ 著しい精神疾患等により、同室の他の入院患者の心身状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者

#### **(17) 初期加算（30単位/日）**

入院した日から起算して30日以内の期間

- ※ 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できない。
- ※ 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係  
当該入所者が過去3月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の場合は、過去1月間とする）の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できる。
- ※ 当該介護医療院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。

### **(18) 再入所時栄養連携加算（1 回につき 200 単位）**

定員超過利用・人員基準欠如に該当していない施設に入所している（一次入所）者が退所し、病院または診療所に入院した場合であって、退院後に再度当該介護医療院に入所（二次入所）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護医療院の管理栄養士が当該病院また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、入所者一人につき 1 回を限度として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。
- ※ 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、退院後直ちに当該施設に入所した場合を対象とすること。
- ※ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。

### **(19) 退所時指導等加算**

#### イ 退所時等指導加算

##### (一) 退所前訪問指導加算（1 回につき 460 単位）

入所期間が 1 月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、退所後に生活する居宅を訪問して、入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中 1 回（入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められる入所者にあつては、必要に応じて 2 回）を限度に算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該入所者の同意を得て、社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

##### (二) 退所後訪問指導加算（1 回につき 460 単位）

入所者の退所後 30 日以内に入所者の居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後 1 回を限度に算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該入所者の同意を得て、社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

- ※ 退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないことに留意する。
  - ・ 退所して病院又は診療所に入院した場合
  - ・ 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

##### (三) 退所時指導加算（1 回につき 400 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おいて、退所時に入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として算定する。

※ 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
- ・ 退所するもの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、起立動作、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

(四) 退所時情報提供加算（1 回につき 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で、入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、入所者の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に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

※ 退所時情報提供加算は次の場合には算定できない

- ・ 退所して病院又は診療所に入院した場合
- ・ 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

(五) 退所前連携加算（1 回につき 500 単位）

入所期間が 1 月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して入所者の診療状況を示す文書を添えて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、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った場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として算定する。

※ 退所前連携加算は次の場合には算定できない

- ・ 退所して病院又は診療所に入院した場合
- ・ 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

□ 訪問看護指示加算（1 回につき 300 単位）

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

○ 留意事項

- ・ 介護医療院から交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は 1 月であるものとみなすこと。
- ・ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- ・ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機

能型居宅介護事業所に交付しても差し支えないこと。

- ・ 交付した訪問看護指示書の写しを診療記録等に添付すること
- ・ 訪問看護の支持を行った介護医療院は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

## (20) 栄養マネジメント強化加算（1日につき11単位）

次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。

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

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

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

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

ホ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

### ○ 留意事項

① 栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準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 常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。

イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3

月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。)の平均を用いる(ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。)。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第 2 位以下を切り上げるものとする。

- ③ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第 4 に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。
- ④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。
- イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。
  - ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週 3 回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。
- ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。
- ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所(入院)する場合は、入所中の栄養管理に関する情報(必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性(嚥下食コード)、食事上の留意事項等)を入所先(入院先)に提供すること。
- ⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。
- ⑥ 大臣基準に規定する厚生労働省への情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、L I F E への提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(P D C A サイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

## **(21) 経口移行加算(1日につき 28 単位)**

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

180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

○ 留意事項

① 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイから八までの通り、実施するものとする。

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

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

ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイから二までについて確認した上で実施すること。

イ 全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。)

ロ 刺激なくとも覚醒を保っていられること。

ハ 嚥下反射が見られること(唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。

ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

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

は算定できないものとする。

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

## **(22) 経口維持加算**

- ① 経口維持加算（Ⅰ）1月につき400単位
  - ② 経口維持加算（Ⅱ）1月につき100単位
- イ ①については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、1月につき所定単位を加算する。ただし、栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。
- ロ ②については、協力医療機関を定めている介護医療院が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、食事の観察及び会議等に、医師（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第4条第1項第1号に規定する医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、加算する。
- ※ 摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められる（咽頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む）者を対象とする
  - ※ 月1回以上、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経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。
  - ※ 当該計画の作成及び見直しを行った場合については、入所者又はその家族の同意を得ること。

## **(23) 口腔衛生管理加算**

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

- ① 口腔衛生管理加算（Ⅰ）1月につき90単位
- ② 口腔衛生管理加算（Ⅱ）1月につき110単位

### **【厚生労働大臣が定める基準】**

- イ ①については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
  - (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
  - (3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔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。

□ ②については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

※ 口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、同意を得たうえで行うこと。

※ 歯科医師の指示を受け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（口腔衛生管理に関する実施記録）を別紙様式3を参考に作成し、当該施設に提出すること。

※ 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。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(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。

#### **(24) 療養食加算（1食につき6単位 ※（介護予防）短期入所療養介護は8単位）**

イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士に管理されていること。

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

ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準（定員超過利用・人員基準欠如に該当していない）に適合する介護医療院において行われていること。

【別に厚生労働大臣が定める療養食】

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食

#### **(25) 在宅復帰支援機能加算（1日につき10単位）**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しており、次に掲げる基準のいずれにも適合していること。

イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。

ロ 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

【別に厚生労働大臣が定める基準】 大臣基準告示・9 1

イ 算定日が属する月の前 6 月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなった者（入所期間が 1 月間を超えていた者に限る）の占める割合が 100 分の 30 以上

ロ 退所者の退所後 30 日以内に退所者の居宅を訪問すること又は居宅介護支援事業所から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が 1 月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

## **(26) 緊急時施設診療費**

入所者の病状が著しく変化した場合に緊急やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。

### ① 緊急時治療管理（1 日につき 518 単位）

- ・ 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合
- ・ 同一の入所者について 1 月につき 1 回、連続する 3 日を限度として算定する。
- ・ 緊急時治療管理と特定治療は同時に算定できない。

※ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。

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

### ② 特定治療

医科診療報酬点数表第 1 章及び第 2 章において、高齢者の医療の確保に関する法律第 57 条第 3 項に規定する保健医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第 1 章及び第 2 章に定める点数に 10 円を乗じて得た数を算定する。

## **(27) 認知症専門ケア加算**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして県に届け出た介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 日につき次に掲げる単位を加算する。ただし、いずれか一方を算定する場合は、その他の加算は算定しない。

イ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1 日につき 3 単位）

ロ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1 日につき 4 単位）

【厚生労働大臣が定める基準】

イ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- ・ 入所者の総数のうち、日常生活に支障を来す恐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、20 人以上である場合は、1 に、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、チームとして認知症のケアを実施していること。
  - ・ 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に開催していること。
- 認知症専門ケア加算（Ⅱ）
- ・ イのいずれにも該当していること。
  - ・ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を 1 名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
  - ・ 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、計画に従い、研修を実施または予定していること。
- ※ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- ※ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- 【厚生労働大臣が定める者】  
日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者

## **(28) 認知症行動・心理症状緊急対応加算（1 日につき 200 単位）**

- 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護医療院サービスを行った場合は、入所日から起算して 7 日を限度として所定単位数を加算する。
- ※ 認知症の行動・心理症状とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
  - ※ 次に係る者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算を算定できないものであること。
    - a 病院または診療所に入院中の者
    - b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
    - c 短期入所生活（療養）介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用中の者
  - ※ 判断を行った医師は、診療録等に症状、診断の内容等を記録しておくこと。
  - ※ 当該加算の算定に当たっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養にふさわしい設備を整備しておくこと。
  - ※ 当該加算は、当該入所者が入所前 1 月の間に、当該施設に入所したことがない場合及び過去 1 月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できる。

## **(29) 重度認知症疾患療養体制加算**

- イ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）（要介護 1, 2 →1 日につき 140 単位）  
（要介護 3, 4, 5 →1 日につき 40 単位）
- ① 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の合計数が 4 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、入所者等の数を 4 で除した数（その数が 1 未満の場合は 1 とし、端数は切り上げる。）から入所者等の数を 6 で除した数（端数は切り上げる。）を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。

- ② 専任の精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ1名以上配置されており、共同して介護医療院サービスを提供していること。
- ③ 入所者等がすべて認知症の者であり、届出の前3月において日常生活に支障を来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者の割合2分の1以上であること。
- ④ 近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週4回以上行う体制が確保されていること。
- ⑤ 届出の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

□ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)(要介護1, 2 → 1日につき200単位)

(要介護3, 4, 5 → 1日につき100単位)

- ① 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数が4又はその端数を増すごとに1以上
- ② 専従の精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び作業療法士がそれぞれ1名以上配置されており、共同して介護医療院サービスを提供していること。
- ③ 60㎡以上の床面積を有し、専用の機会及び器具を備えた生活機能回復訓練室を有していること。
- ④ 入所者等がすべて認知症の者であり、届出の前3月において日常生活に支障を来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者の割合が2分の1以上であること。
- ⑤ 近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週4回以上行う体制が確保されていること。
- ⑥ 届出の前3月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

### **(30) 排せつ支援加算**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとし都道府県知事に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・71の3

イ ①については、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。

□ ②については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

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

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

ハ ③については、イ(1)から(3)まで並びに□(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること

#### (経過措置)

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。

#### ○ 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第71号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。
- ③ 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ④ 大臣基準第71号の3イ(1)の評価は、別紙様式6を用いて、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 大臣基準第71号の3イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第71号の3イ(1)から(3)までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。
- ⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医

師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

- ⑦ 大臣基準第 71 号の 3 イ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑧ 大臣基準第 71 号の 3 イ(2)の「排せつに介護を要する入所者」とは、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 大臣基準第 71 号の 3 イ(2)の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、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、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者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 大臣基準第 71 号の 3 イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、P D C Aの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- 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。
- ⑯ 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。

### (31) 自立支援促進加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・71の4

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも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。
- ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ニ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること

#### ○ 留意事項

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

画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

- ③ 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の 4 に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ④ 大臣基準第 71 号の 4 イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式 7 を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。
- ⑤ 大臣基準第 71 号の 4 ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式 7 を用いて、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。
- ⑧ 大臣基準第 71 号の 4 ホにおいて、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。
- ⑨ 大臣基準第 71 号の 4 ニ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の課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。その際、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。
- ⑩ 大臣基準第 71 号の 4 ヒ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。

### (32) 科学的介護推進体制加算

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

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】 大臣基準告示・92 の 2

イ ①については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

ロ ②については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イ(1)に規定する情報、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

#### ○ 留意事項

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第92号の2に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ② 大臣基準第92号の2イ(1)及びロ(1)の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
  - イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する(Plan)。
  - ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。
  - ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特長やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。

- 二 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。
- ④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

### **(33) 長期療養生活移行加算**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護医療院が、次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合にあっては、入所した日から起算して90日以内の期間に限り、長期療養生活移行加算として、1日につき所定単位数を加算する。

イ 療養病床に1年以上入院していた者であること。

ロ 介護医療院への入所に当たって、当該入所者及びその家族等が、日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設としての取組について説明を受けていること。

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・100の5

入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

#### ○ 留意事項

- ① 長期療養生活移行加算は、療養病床に1年以上入院していた者に対して、介護医療院サービスを提供した場合に算定できるものである。
- ② 療養病床から介護医療院に直接入所した者に対して算定できるものであり、療養病床を有する医療機関から転換を行って介護医療院を開設した場合は、転換を行った日が起算日となる。
- ③ 療養病床との違いを含め、生活施設としての取組について、入所者やその家族等に説明するとともに、質問、相談等に丁寧に応じること。説明等を行った日時、説明内容等はを記録をしておくこと。
- ④ 入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、介護医療院で合同の行事を実施する場合には、地域住民等に周知すること。また、地域の行事や活動等に入所者やその家族等及び職員が参加できるように取り組むこと。

### **(34) 安全対策体制加算**

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医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

【別に厚生労働大臣が定める基準】施設基準・68の7

イ 介護医療院基準第四十条第一項に規定する基準に適合していること。

ロ 介護医療院基準第四十条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。

ハ 当該介護医療院内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

#### ○ 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。

また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

### **(35) サービス提供体制強化加算**

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

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

【別に厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・100の6

イ ①については、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) 介護医療院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) 介護医療院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) 提供する介護医療院サービスの質の向上に資する取組を実施していること。

(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ ②については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護医療院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。

ハ ③については、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) 介護医療院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) 介護医療院の看護・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医療院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。

#### 【計算方法】

- ・ 職員の割合は、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。（療養病床からの転換の場合、療養病床の実績を用いても構わない。）
  - ⇒ ただし、新規事業所などで前年度の実績が6月に満たない事業所については、届出日の属する月の前3月の平均を用いる。そのため、新規事業者及び事業を再開した事業者については、開始4月日以降届出が可能となる。
  - ⇒ 各月の、前月の末日時点において資格を有する場合に、当該月に資格を有するものと取り扱う。例えば、仮に4月1日に介護福祉士の資格を取得したものであれば3月末日には資格を有していないため、4月の有資格者には含まない。（加算Ⅱ・Ⅲにかかる勤続年数の場合でも同様の取扱い）
  - ⇒ 前3月の実績で要件を満たすものとして届出を行った場合、届出後も直近3月間の職員の割合を毎月記録し、所定の割合を下回った場合については直ちに届出を行うこと。

#### 【勤続年数の取扱い】

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

#### ○ 留意事項

提供する介護医療院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。

## V 特別診療費について

### 1 感染対策指導管理 6 単位/日

施設全体として常時感染対策をとっている場合に算定できる。

- イ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
- ロ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。  
れるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

○ 留意事項

(施設基準)

- ① 院内感染防止対策委員会が設置され、対策がなされていること
- ② 院内感染対策委員会が月1回程度、定期的開催
- ③ 院内感染対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、介事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。
- ④ 各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成され活用されている体制がとられていること。
- ⑤ 施設内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各療養室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、認知症の利用者等が多い等、その特性から療養室に消毒液を設置することが適切でない判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

### 2 褥瘡対策指導管理

イ 褥瘡対策指導管理(Ⅰ) 6 単位

ロ 褥瘡対策指導管理(Ⅱ) 10 単位

- 1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、常時褥瘡対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者(日常生活の自立度が低い者に限る。)について、1日につき所定単位数を算定する。
- 2 ロについては、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)に係る別に厚生労働大臣が定める基準を満たす介護医療院において、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のない場合に、1月につき所定単位数を算定する。

#### 【別に厚生労働大臣が定める基準】

褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。

○ 留意事項

(個別項目)

- (1) 褥瘡対策指導管理(Ⅰ)に係る特別診療費は、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり

度)」(「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について)(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知老健第102-2号)における障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)をいう。)ランクB以上に該当する利用者又は入所者(以下「利用者等」という。)について、常時褥瘡対策をとっている場合に、利用者等の褥瘡の有無に関わらず、算定できるものであること。なお、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」のランクは、当該褥瘡対策をとっている介護医療院において、利用者等ごとに判断するものであること。また、褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

(2) 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)に係る特別療養費は、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)の算定要件を満たす介護医療院において、サービスの質の向上を図るため、以下の①から④までを満たし、多職種の間により、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)を算定すべき入所者(以下において単に「入所者」という。)が褥瘡対策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対策の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた実施計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「P D C A」という。)の構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行った場合に算定するものである。

① 施設入所時及びその後少なくとも3月に1回、別添様式3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の評価を実施すること。施設入所時の評価は、新たに本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に入所した者については、当該者の施設入所時における評価を、新たに本加算の算定を開始しようとする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、介護記録等に基づいて、施設入所時における評価を行うこと。

② 褥瘡対策等に係る情報の提出については、「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下「L I F E」という。)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」(令和3年3月16日老老発0316第4号)を参照されたい。

③ ①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに褥瘡対策に関する診療計画を作成し、少なくとも3月に1回見直していること。褥瘡対策に関する診療計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別添様式3を用いて、作成すること。なお、褥瘡対策に関する診療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対策に関する診療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。また、褥瘡対策に関する診療計画の見直しは、褥瘡対策に関する診療計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、P D C Aの推進及びサービスの向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。なお、褥瘡対策に関する診療計画に基づいた褥瘡対策を実施する際には、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。

④ ①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別添様式 3 を用いて評価を実施するとともに、別添様式 3 に示す持続する発赤（d 1）以上の褥瘡の発症がないこと。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

（施設基準）

- ① 褥瘡対策に係る専任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- ② 「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」ランク B 以上に該当する利用者等につき、別紙様式 3 を参考として、褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること。なお、診療計画については、見直しが必要であれば、その都度に計画を修正する必要があること。また、日常生活自立度が J1～A2 である利用者等については、当該計画書の作成を要しないものであること。なお、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別添様式 5（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）を用いて褥瘡対策に関する診療計画を作成することも差し支えないこと。
- ③ 利用者等の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

### 3 初期入所診療管理 250 単位／入所中 1 回

入所者に対して、その入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入所中 1 回（診療方針に重要な変更があった場合にあっては、2 回）を限度として所定単位数を算定する。

イ 医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。

ロ 病名、症状、予定される検査の内容及びその日程並びに予定されるリハビリテーションの内容及びその日程その他入所に関し必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。

ハ 当該診療計画が入所した日から起算して 2 週間以内に、入所者に対し文書により交付され説明がなされるものであること。

※ 当該入所者が過去 3 月間（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Ⅲ、Ⅳ又は M に該当する場合は 1 月間とする。）の間に、当該初期入所診療管理に係る特別診療費を請求する介護医療院に入所したことがない場合に限り、算定できる。

※ 同一施設内の医療機関から介護医療院に入所した場合は、特別診療費の算定の対象としない。

※ なお、当該介護医療院の入所前の医療機関における入院後 6 か月以内に、入所者の病状の変化等により診療計画を見直さざるを得ない状況になり、同様に診療計画を作成し、文書を用いて入所者に説明を行った場合には、1 回に限り算定できる。

○ 留意事項

（施設基準）

- ① 初期入所診療管理については、入所の際に、医師、看護職員、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、入所者に対し、別添様式 4 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、栄養状態、日常生活の自立の程度（認知症の評価を含む。）等のアセスメント及びリハビリテーション計画、栄養摂取計画等について、入所後 2 週間

以内に説明を行い、入所者又はその家族の同意を得ること。

- ② 初期入所診療管理において求められる入所の際に必要と判断する医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から医師が必要と判断する検査が含まれるものであること。
- ③ 入所時に、治療上の必要性から入所者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- ④ 医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる入所者については、その家族等に対して行ってよいこと。
- ⑤ 説明に用いた文書は、入所者（説明に対して理解ができないと認められる入所者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

#### 4 重度療養管理 125 単位/日

要介護4又は5に該当するものであって次のいずれかに該当する状態にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、所定単位数を算定する。

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
  - ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
  - ハ 中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態ニ 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
  - ニ 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
  - ホ 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
  - ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ※ 当該加算を算定する場合にあっては、当該処置を行った日、当該処置の内容等を診療録に記載しておくこと。

##### ○ 留意事項

##### (施設基準)

重度療養管理を算定できる利用者の状態は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続し、かつ、当該処置を行っているものであること。

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

ア イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは当該月において1日あたり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。

イ ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ ハの「中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態」については、中心静脈注射を実施し、かつ、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を24時間以上持続投与している状態であること。

エ ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

- a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病

- b 常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
- c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
- d 出血性消化器病変を有するもの
- e 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- f うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

オ ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90mmHg 以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度が 90%以下の状態で、常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ への「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号に掲げる身体障害者障害程度等級表の 4 級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

## 5 特定施設管理 250 単位/日（個室の場合は+300 単位、二人部屋の場合は+150 単位）

介護医療院において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している入所者に対して介護医療院サービスを行う場合に、所定単位数を算定する。

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

※ 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者については、CD4 リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば所定の単位数を算定できる

## 6 重症皮膚潰瘍管理指導 18 単位/日

以下の施設基準に適合している介護医療院において、重症皮膚潰瘍を有している者に対して計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、所定単位数を算定する。

施設基準

- イ 第二号に掲げる褥瘡対策指導管理の基準を満たしていること。
- ロ 重症皮膚潰瘍を有する入所者について皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っていること。
- ハ 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

○ 留意事項

（個別項目）

- (1) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別診療費は、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している利用者等に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定できるものであること。
- (2) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別診療費を算定する場合は、当該利用者の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載すること。
- (3) 褥瘡対策に関する基準をみたしていること。

（施設基準）

- (1) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。
- (2) 個々の利用者等に対する看護計画の策定、利用者等の状態の継続的評価、適切な医療用具の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (3) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。
- (4) 重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出は別添様式 5 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## **7 薬剤管理指導 350 単位/回（入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合は+20 単位/月、疼痛緩和のための薬学的管理の場合は+50 単位）**

介護医療院の薬剤師が、医師の同意を得て、薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導を行った場合に、週 1 回に限り、月に 4 回を限度として算定する。（算定する日の間隔は 6 日以上とする。）

介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に、1 月につき所定単位数に 20 単位を加算する。

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

### 施設基準

- イ 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。
- ロ 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- ハ 利用者又は入院患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

### ○ 留意事項

#### （個別項目）

- (1) 薬剤管理指導に係る特別診療費は、介護医療院の薬剤師が医師の同意を得て、薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導（服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に、週 1 回に限り算定できる。ただし、算定する日の間隔は 6 日以上とする。なお、本人への指導が困難な場合にあつては、その家族等に対して服薬指導を行った場合であっても算定できる。
- (2) 当該介護医療院の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を利用者等に面接・聴取し、当該介護医療院及び可能な限り医療提供施設における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。
- (3) 薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。
- (4) 当該介護医療院の薬剤師が利用者等ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低三年間保存する。

利用者等の氏名、生年月日、性別、入所年月日、退所年月日、要介護度、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容（重複投薬、配合禁忌等に関する確認等を含む。）、利用者等への指導及び利用者等からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日その他の事項。

- (5) 30 号告示別表 2 の 7 の注 2 の加算の算定に当たって、厚生労働省への情報の提出につ



いては、「科学的介護情報システム（Long-term careInformation system For Evidence）」（以下「L I F E」という。）を用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方（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（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。

- (6) 30号告示別表2の7の注3の加算は、特別な薬剤の投薬又は注射が行われている利用者等（麻薬を投与されている場合に限る。）に対して、通常の薬剤管理指導に加えて当該薬剤の服用に関する注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。
- (7) 薬剤管理指導に係る特別診療費を算定している利用者等に投薬された医薬品について、当該介護医療院の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者等の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。
  - ① 医薬品緊急安全性情報
  - ② 医薬品等安全性情報
- (8) 30号告示別表2の7の注3の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次に掲げる事項についての記載がされていなければならない。
  - ① 麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）
  - ② 麻薬に係る利用者等への指導及び利用者等からの相談事項
  - ③ その他麻薬に係る事項
- (9) 薬剤管理指導及び30号告示別表2の7の注3に掲げる指導を行った場合は必要に応じ、その要点を文書で医師に提供する。
- (10) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

#### （施設基準）

- (1) 薬剤指導管理に係る特別診療費を算定しようとする介護医療院において、次に掲げる区分に応じ、当該区分に掲げる薬剤師の数が配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。
  - ① 医療機関と併設する介護医療院 常勤換算方法で、2人から当該併設医療機関に基準上必要とされる数を減じて得た数以上（その数が、I型療養床の利用者等の数を150で除した数に、II型療養床の利用者等の数を300で除した数を加えて得た数に満たないときは、I型療養床の利用者等の数を150で除した数に、II型療養床の利用者等の数を300で除した数を加えて得た数以上）
  - ② 医療機関と併設しない介護医療院 常勤換算方法で、1人以上
- (2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、薬剤師が配置されていること。ただし、医療機関と併設する介護医療院にあっては、介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、併設する医療機関の医薬品情報管理室及びそこに配置される薬剤師と兼ねることができる。
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する

情報提供を行っていること。

- (4) 当該介護医療院の薬剤師は、利用者等ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき適切に利用者等に対し指導を行っていること。
- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
- (6) 届出に関しては、以下のとおりとする。
  - ① 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添様式 6 を用いること。
  - ② 当該介護医療院に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）、勤務時間を別添様式 7 を用いて提出すること。
  - ③ 調剤、医薬品情報管理又は利用者等へ薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨を）、及び併設する医療機関との兼務の有無を備考欄に記載する。④ 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

## 8 医学情報提供

### イ 医学情報提供（Ⅰ） 220単位/回

- ・ 併設型小規模介護医療院の入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該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入所者の紹介を行った場合、所定単位数を算定する。
- ・ 併設型小規模介護医療院を除く介護医療院の場合は、病院に紹介を行った場合、所定単位数を算定する。

### ロ 医学情報提供（Ⅱ） 290単位/回

- ・ 併設型小規模介護医療院の入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該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入所者の紹介を行った場合、所定単位数を算定する。
- ・ 併設型小規模介護医療院を除く介護医療院の場合は、診療所に紹介を行った場合、所定単位数を算定する。

### ○ 留意事項

#### （個別項目）

- (1) 医学情報提供に係る特別診療費は、医療機関間の有機的連携の強化等を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を交互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。
- (2) 介護医療院が、退所する利用者等の診療に基づき医療機関での入院治療の必要性を認め、利用者等の同意を得て、当該機関に対して診療状況を示す文書を添えて利用者等の紹介を行った場合にそれぞれの区分に応じて算定する。
- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、別添様式 1 に定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、利用者等又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該利用者等に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。
- (4) 提供される内容が、利用者等に対して交付された診断書等であり、当該利用者等より自費を徴収している場合又は意見書等であり意見書の交付について公費で既に相応の評

価が行われている場合には、医学情報提供に係る特別診療費は算定できない。

- (5) 1退所につき1回に限り算定できる。当該介護医療院の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を利用者等に面接・聴取し、当該介護医療院及び可能な限り医療提供施設における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

## 9 理学療法

イ 理学療法（Ⅰ） 123単位/回

ロ 理学療法（Ⅱ） 73単位/回

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

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

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

注5 専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

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

○ 理学療法（Ⅰ）を算定する施設基準

- (1) 理学療法士が適切に配置されていること。
- (2) 利用者又は入院患者の数が理学療法士を含む従事者の数に対して適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要が器械及び器具が具備されていること。

○ 理学療法（Ⅱ）を算定する施設基準

・ 理学療法（Ⅰ）以外の介護医療院

○ 留意事項

（個別項目）

理学療法

- ① 理学療法（Ⅰ）に係る特別診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院において、理学療法（Ⅱ）に係る特別診療費は、それ以外の介護医療院において算定するものであり、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、種々の運動療法・実用歩行訓練・活動向上訓練・物理療法等を組み合わせて個々の利用者等の状態像に応じて行った場合に算定する。
- ② 理学療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は理学療法士の監視下で行われるものである。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- ③ 届出施設である介護医療院において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても算定できる。
- ④ 理学療法に係る特別診療費は、利用者等に対して個別に 20 分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。
- ⑤ 理学療法に係る特別診療費の所定単位数には、徒手筋力検査及びその他の理学療法に付随する諸検査が含まれる。
- ⑥ 理学療養（Ⅰ）における理学療法にあつては、1 人の理学療法士が 1 人の利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、理学療法士と利用者等が 1 対 1 で行った場合にのみ算定する。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については、1 回として算定することができる。
- ⑦ 別に厚生労働大臣が定める理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法の施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院であつて、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し事前に指示を行い、かつ理学療法士が、従事者とともに訓練を受ける全ての利用者等の運動機能訓練の内容等を的確に把握するとともに、事後に従事者から医師又は理学療法士に対し当該療法に係る報告が行なわれる場合に限り、理学療法（Ⅱ）に準じて算定する。なお、この場合に監視に当たる理学療法士が理学療法を行った場合は、理学療法（Ⅰ）を算定することができる。
- ⑧ 理学療法（Ⅰ）の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。ただし、理学療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後 3 か月に 1 回以上利用者等に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。
- ⑨ 理学療法（Ⅱ）とは、個別的訓練（機械・器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等を組み合わせて行なう個別的訓練を含む。）を行う必要がある利用者

等に行う場合であって、従事者と利用者等が1対1で行った場合に算定する。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

#### 理学療法及び作業療法に係る加算等

- ① 理学療法及び作業療法の注3に掲げる加算（②及び③において「注3の加算」という。）は、理学療法（I）又は作業療法に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして介護医療院が届出をした指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、当該注3に掲げる場合に限り算定するものであること。
- ② 注3の加算に関わるリハビリテーション計画は、利用者者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ③ 注3の加算は、以下のイ及びロに掲げるとおり実施した場合に算定するものであること。
  - イ 利用時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。
  - ロ 作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ていること。
- ④ 理学療法及び作業療法の注4に掲げる加算（⑤及び⑥において「注4の加算」という。）は、理学療法又は作業療法を算定する指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士、作業療法士、看護職員等が利用者に対して、看護職員又は介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導（以下「入所生活リハビリテーション管理指導」という。）を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものであること。
- ⑤ 注4の加算を算定すべき入所生活リハビリテーション管理指導を行った日においては、理学療法及び作業療法に係る実施回数に含まず、特別診療費の所定単位数は算定できないものである。
- ⑥ 注4の加算を算定する場合にあつては、入所生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

#### 理学療法及び作業療法の注6並びに言語聴覚療法の注4に掲げる加算

- ① 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ② サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（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きリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。

（施設基準 理学療法Ⅰ）

- (1) 専任の医師及び専従する理学療法士がそれぞれ1人以上勤務すること。ただし、医療機関と併設する介護医療院の理学療法士については、サービス提供に支障がない場合には、理学療法士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。

「専従する理学療法士」について（厚生労働省に確認）

- ・ 理学療法を提供している時間帯は、理学療法以外の業務に従事しない。
- ・ 1人の理学療法士が1日（例えば9時～18時）勤務する必要がある。
- ・ 理学療法士は1日勤務する必要があるが、常勤・非常勤を問わない（1週間のうち、月水金のそれぞれ1日勤務する非常勤職員、火木のそれぞれ1日勤務する非常勤職員の組み合わせでも可。）

- (2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは介護医療院については100平方メートル以上、併設型小規模介護医療院については45平方メートル以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

- (3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること（サービス提供に支障がない場合には、作業療法に係る訓練室と共有としても構わないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具

- (4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- (5) 届出に関する事項

- ① 理学療法（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添様式8を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤及び専従・非専従の別）及び勤務時間について、別添様式7を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有するものである場合はその旨を備考欄に記載すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

## 10 作業療法 123単位/回

注2から注6までについて、理学療法の注2から注6と同様

- 作業療法を算定する施設基準

- (1) 作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) 利用者又は入所者の数が作業療法士を含む従事者の数に対して適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

○ 留意事項

(個別項目)

作業療法

- ① 作業療法に係る特別診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院において、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、総合的に個々の利用者等の状態像に応じて作業療法を行った場合に算定する。
- ② 作業療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は作業療法士の監視下で行われるものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- ③ 届出施設である介護医療院において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても算定できる。
- ④ 作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、作業療法士と利用者等が1対1で20分以上訓練を行った場合にのみ算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。
- ⑤ 作業療法の所定単位数には、日常生活動作検査その他の作業療法に付随する諸検査が含まれる。
- ⑥ 作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業機能検査をもとに、作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成する必要がある。ただし、作業療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上利用者等に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

理学療法及び作業療法に係る加算等

理学療法に記載

理学療法及び作業療法の注6並びに言語聴覚療法の注4に掲げる加算

理学療法に記載

(施設基準)

- (1) 7の(1)〔理学療法(Ⅰ)〕を準用する。この場合において、「理学療法士」とあるのは、「作業療法士」と読み替える。
- (2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは75平方メートル以上すること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- (3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること(サービス提供に支障がない場合には、理学療法に係る訓練室と共有としても構わないものとする。)。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、家事用設備、各種日常生活活動訓練用器具

(4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(5) 届出に関する事項

7の(5)〔理学療法（I）〕を準用する。

## 11 言語聴覚療法 203 単位/回

注2、注3及び注4について、理学療法の注2、注5及び注6と同様

○ 言語聴覚療法を算定する施設基準

- (1) 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- (2) 利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対して適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要が器械及び器具が具備されていること。

○ 留意事項

（個別項目）

- ① 言語聴覚療法に係る特別診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者等に対して言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。
- ② 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士により実施された場合に算定する。
- ③ 言語聴覚療法にあつては、利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と利用者等が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。
- ④ 言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。ただし、言語聴覚療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、言語聴覚療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上利用者等に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

理学療法及び作業療法の注6並びに言語聴覚療法の注4に掲げる加算

理学療法に記載

（施設基準）

(1) 言語聴覚療法

- ① 専任の医師が1名以上勤務すること。
- ② 専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。ただし、医療機関と併設する介護医療院の常勤の言語聴覚士については、サービスに支障がない場合には、言語聴覚士



が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。

- ③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及びに必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

個別療法室（8平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療法室に該当しないものとする。）。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器、杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴カスクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- ④ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(2) 届出に関する事項

- ① 言語聴覚療法の施設基準に係る届出は、別添様式8を用いること。  
② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤及び専従・非専従の別）並びに勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。  
③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

## 12 集団コミュニケーション療法 50単位/回

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

○ 集団コミュニケーション療法を算定する施設基準

- (1) 言語聴覚士が適切に配置されていること。  
(2) 利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対して適切なものであること。  
(3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。  
(4) 当該療法を行うにつき必要が器械及び器具が具備されていること。

○ 留意事項

(個別項目)

- ① 集団コミュニケーション療法に係る特別診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者等に対し、集団で言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。  
② 集団コミュニケーション療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士の監視下で行われるものについて算定する。  
③ 集団コミュニケーション療法に係る特別診療費は、1人の言語聴覚士が複数の利用者等に対して訓練を行うことができる程度の症状の利用者等であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる利用者等に対し、言語聴覚士が複数の利用者等に対して20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護

医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、同時に行う利用者等の数については、その提供時間内に担当する言語聴覚士により、適切な集団コミュニケーション療法が提供できる人数以内に留める必要があり、過度に利用者等の数を多くして、利用者1人1人に対応できないということがないようにする。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる訓練が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

- ④ 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに、効果判定を行い、集団コミュニケーション療法実施計画を作成する必要がある。ただし、集団コミュニケーション療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上利用者等に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

(施設基準)

(1) 集団コミュニケーション療法

- ① 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。  
② 専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士を1人以上配置すること。  
③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及びに必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法室(8平方メートル以上)を1室以上有していること(集団コミュニケーション療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。ただし、言語聴覚療法における個別療養室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする。)。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器、杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具(主なもの)

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料(絵カード他)

- ④ リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は利用者等毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(2) 届出に関する事項

9の(2)〔言語聴覚療法〕を準用する。

**13 摂食機能療法 208単位/日**

摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月4回を限度として算定。

- 留意事項

(個別項目)

- ① 摂食機能療法に係る特別診療費は、摂食機能障害を有する利用者等に対して、個々の利用者等の状態像に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障害を有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。
- ② 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

#### 14 短期集中リハビリテーション 240 単位/日

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。

○ 留意事項

(個別項目)

- ① 短期集中リハビリテーションにおける集中的なリハビリテーションとは、1週につき概ね3日以上実施する場合をいう。
- ② 短期集中リハビリテーションは、当該入所者が過去3月間に、介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、入所者が過去3月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、4週間以上の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者の場合及び入所者が過去3月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、4週間未満の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、以下に定める状態である者の場合はこの限りでない。
  - ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者
  - イ 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1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、当該加算を算定することができる。

#### 15 認知症短期集中リハビリテーション 240 単位/日

入所者のうち、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、1週に3日を限度して所定単位数を算定する。

○ 認知症短期集中リハビリテーションを算定する施設基準

- (1) 当該リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
- (2) 入所者の数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

○ 留意事項

(個別項目)

- ① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準とする。
- ② 認知症短期集中リハビリテーションに係る特別診療費は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
- ④ 当該リハビリテーションにあつては、1人の医師又は理学療法士等が1人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
- ⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護医療院サービス費に含まれる。
- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はM M S E (Mini Mental State Examination) 又はH D S - R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね5点~25点に相当する者とする。
- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者毎に保管されること。
- ⑧ (1)~(8)の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該加算を算定することができる。
- ⑨ 認知症短期集中リハビリテーションに係る特別診療費は、当該利用者が過去3月間の間に、当該加算を算定したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、入所者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算をしたことがあっても、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために医療機関に入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、当該加算を算定することができる。

## 16 精神科作業療法 220 単位/日

- 精神科作業療法を算定する施設基準
  - (1) 作業療法士が適切に配置されていること。
  - (2) 入所者又は利用者の数が作業療法士又は言語聴覚士の数に対し適切なものであること。
  - (3) 当該作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

○ 留意事項

(個別項目)

- ① 精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は利用者等 1 人当たり 1 日につき 2 時間を標準とする。
- ② 精神科作業療法に係る特別診療費は、1 人の作業療法士が 1 人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定する。この場合の 1 日当たりに対処する利用者等の数は、概ね 25 人を 1 単位として、1 人の作業療法士の取扱い利用者等の数は 1 日 3 単位 75 人以内を標準とする。
- ③ 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の利用者等の診療録に記載すること。
- ④ 当該療法に要する消耗材料、作業衣等については、当該介護医療院の負担となるものである。

(施設基準)

- (1) 専任の作業療法士が 1 人以上必要であること。
- (2) 利用者等の数は、作業療法士 1 人に対しては、1 日 75 人を標準とすること。
- (3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士 1 人に対して 75 平方メートルを基準とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準 (例示)
手工業	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木工	作業台、塗装具、工具等
印刷	印刷器具、タイプライター等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

- (5) 精神科を担当する医師の指示の下に実施するものとする。
- (6) 届出に関する事項
  - ① 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添様式 9 を用いること。
  - ② 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様 (常勤・非常勤、専従・非専従の別) 及び勤務時間を別添様式 7 を用いて提出すること。
  - ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

**17 認知症入所精神療法 330 単位/週**

○ 留意事項

(個別項目)

- ① 認知症入所精神療法とは、回想法又は R・O・法 (リアリティー・オリエンテーション法) を用いて認知症の利用者等の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。
- ② 認知症入所精神療法とは、精神科医師の診療に基づき対象となる利用者等ごとに治療計画を作成し、この治療計画に従って行うものであって、定期的にその評価を行う等の計画

的な医学的管理に基づいて実施しているものである。

- ③ 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定する。なお、この場合、精神科を担当する医師が、必ず1人以上従事していること。
- ④ 1回に概ね10人以内の利用者等を対象として、1時間を標準として実施する。
- ⑤ 実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記載する。

## VI 医療保険と介護保険の給付調整

- 介護医療院の基本サービス費には、基本的な医療サービスを提供する費用も含まれています。ただし、専門の医療を必要とする場合には他保健医療機関へ転医又は対診を求めることを原則としています。
- 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保健医療機関への受診については、以下のように定められています。

イ) 基本的な考え方	<p>a 介護医療院に入所中の患者が、当該入所の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護医療院以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。</p> <p>b 介護医療院サービス費を算定している患者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。</p> <p>c 他保険医療機関は、以下の①から⑩までに規定する診療を行った場合には、当該患者の入所している介護医療院から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入所介護医療院名」、「受診した理由」、「診療科」及び「○他○介（受診日数：○日）」と記載する。</p> <p style="margin-left: 40px;">①初・再診料、②短期滞在手術等基本料1、③検査、④画像診断、 ⑤精神科専門療法、⑥処置、⑦手術、⑧麻酔、⑨放射線治療、 ⑩病理診断</p>
ロ) 費用の算定	<p>介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとする。</p>

- 保険医療機関が算定できる費用については、下記告示の別紙2を参照
  - ・ 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年4月28日 老老発第0428001号・保医発第0428001号 ※最終改正：令和2年3月27日 保医発0327第3号）

---

## Ⅶ 介護医療院併設短期入所療養介護、 介護医療院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らない。

### 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医療院の入所者としてみなした場合における介護医療院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る。

### 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する。

#### （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らない。

#### （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らない。

#### （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に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らない。

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らない。

#### （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妥当適切に行わなければならない。



- ・ 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らない。
- ・ 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らない。
- ・ 事業者は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- ・ 事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- ・ 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

#### 【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らない。
- ・ 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らない。
- ・ 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らない。
- ・ 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らない。

#### (7) 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らない。
- ・ 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らない。
- ・ 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らない。
- ・ 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らない。

#### (8) 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なければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 指定短期入所療養介護（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」「従業員の研修」「協力病院」「従業員及び従業員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)

#### (9) 勤務体制の確保等

- ・ 事業者は、介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、全ての介護従業者(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。
- ・ 事業者は、適切な指定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介護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日までの間は努力義務)

#### (10) 業務継続計画の策定等

- ・ 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定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、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- ・ 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- ・ 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(※業務継続計画の策定等は、令和6年3月31日までの間は努力義務)

#### (11) 定員の遵守

利用者を当該介護医療院の入所者とみなした場合において、入所定員及び療養室の定員を超えることとなる利用者に対してサービス提供を行ってはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

#### (12) 衛生管理等

事業者は、当該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、次に掲げる措置を講じなければならない。

- ① 当該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、従業員に周知徹底を図ること。
- ② 当該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 当該事業所において、従業員に対し、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実施すること。

(※感染症の予防及びまん延の防止のための措置は、令和6年3月31日まで間は努力義務)

(13) 掲示

- ① 指定短期入所療養介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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らない。
- ② 前項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る。

(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らない。

(15) 虐待の防止

指定訪問介護事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- ① 当該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、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 当該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 当該事業所において、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。

（※虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日までの間は努力義務）

(16) 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、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第十一条第一項（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。）及び第百八十一条第一項（第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、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- ② 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、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

---

## Ⅷ 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いについて」（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よろしくお願いいたします。

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。

過去の実地指導における不適合事項一覧(介護医療院)

不適合事項 (項目)	不適合事項 (詳細)	根拠法令	指導内容
報酬	初期加算について	報酬基準4ト 報酬留意第2の8(16)	医療保険適用の療養病床から介護医療院に転換した場合、初期加算を算定する場合は転換前の医療保険適用の療養病床の入院日が起算日となるが、介護医療院に転換した日である令和2年4月1日を起算日として初期加算を算定している者が複数確認された。ついては、医療保険適用の療養病床から介護医療院に転換し、開設した令和2年4月以降に初期加算を算定している者に係る起算日及び算定期間について、自主点検を行い、その結果を報告すること。 自主点検の結果、算定要件を満たさないものがある場合は、対象者及び当該対象者の保険者に十分に説明した上で、介護報酬の自主返還(過誤調整)を行うこと。
報酬	栄養マネジメント加算について	報酬基準4ヌ 報酬留意第2の8(20) 大臣基準第65号	低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更(経管栄養法から経口栄養法への変更等)の必要性がある者に対する栄養状態のモニタリングについては、おおむね2週間ごとに行う必要があるが、低栄養状態のリスクの高い者であるにもかかわらず、前回のモニタリングから1ヶ月後に、モニタリングを実施していったため、低栄養状態のリスクの高い者に対するモニタリングの間隔について見直しを行うこと。 なお、栄養補給方法の変更(経管栄養法から経口栄養法への変更等)の必要性がある者を算定対象者全員について確認し、同様の事例がある場合は、上記と同様に対応すること。 また、栄養スクリーニングを行った結果、低栄養状態のリスクに変更があった者については、栄養ケア計画の見直しが必要である旨留意すること。
報酬	理学療法(Ⅰ)に係るリハビリテーションに関する記録について	特別診療留意第3の7	リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は入所者等ごとに同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である必要があるが、訓練時の入所者の状態は記載されているものの、訓練内容が記載されていないものがあったため、漏れることなく記載すること。

報酬基準: 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第21号)

報酬留意: 指定居宅サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日老企第40号)

特別診療留意: 特別診療費の算定に関する留意事項について(平成30年4月25日 老老発0425第2号)

大臣基準: 厚生労働大臣が定める基準(平成27年3月23日厚生労働省告示第95号)