

介護保険事業者 指定基準と報酬体系

介 護 医 療 院

(介護予防) 短期入所療養介護

令和2年度

長寿社会課介護サービス指導室

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	25
V	特別診療費について	47
VI	医療保険と介護保険の給付調整	64
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	65
VIII	新型コロナウイルス感染症関連の取扱い	68

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

<p style="margin: 0;">介護保険法（第 107 条第 3 項第 1 項）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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
<p style="margin: 0;">その他厚生労働大臣が定める者</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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
<p style="margin: 0;">厚生労働大臣が別に定める者</p> <ul style="list-style-type: none"> ○平成 30 年 4 月 1 日から平成 36 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附けてはならない。

	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"> ・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。 例：特定機能病院、地域医療支援病院、救急病院 等 ・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。 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 ・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。 例：外科、循環器科、脳卒中、マタニティ、小児 等 	<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。

(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、従業者の職種、員数及び職務内容の変更は、特例通知により年1回の提出）
- 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

<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転換後の併設病院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)。 →「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	相当数		相当数		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
<p>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)。</p>					
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	<p>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。</p> <p>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別について、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 7 月 27 日 厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)</p>		
栄養士	定員 100 以上で 1 人	定員 100 以上で 1 人	<p>併設の医療機関の栄養士により置かないことができる。</p> <p>栄養マネジメント加算を算定する場合は、介護医療院において常勤の管理栄養士 1 名以上の配置が必要(併設医療機関との兼務の管理栄養士は不可 後述)。</p>		
介護支援専門員	100:1 (施設で 1 以上)	100:1 (施設 1 以上)	適当数		
診療放射線技師	適当数	併設施設との職員の兼務を行うこと等により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	適当数	併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により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者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。)で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護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。

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、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）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮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

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"> ・療養室の定員は、四人以下とすること。 ・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。) ・地階に設けてはならないこと。 ・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。 ・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。(※) ・入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。 ・ナース・コールを設けること。 <p>※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。</p>
診察室	<p>(1) 医師が診察を行う施設を有すること</p> <p>(2) 喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設（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。）</p> <p>(3) 調剤を行う施設</p> <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っては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。</p> <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っては、(2)、(3)を置かなくてよい。)</p>
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。）</p> <p>※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。</p> <p>(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。</p> <p>(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	<p>・入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。</p>
食堂	<p>内法による測定で、入所者一人当たり 1㎡以上</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"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。

【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師越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

□ 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二百一十号)第二条第九号の二に規定する耐火建築物をいう。以下この条及び第四十五条において同じ。)とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす二階建て又は平屋建ての介護医療院の建物にあつては、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つて、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つては、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) 第三十二条の規定による訓練については、同条の計画に従い、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 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 m²（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 m²）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
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㎡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。）を召集して行う会議をいう。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りハビリテーションを計画的に行わなければならない。

(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 その他施設の運営に関する重要事項

(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。

(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員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。

(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員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員に対し、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を定期的実施すること。

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

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ロ及び第四十五条第二項第二号ロ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。

(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。

(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、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
- 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者に対し、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者から、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收受してはならない。

(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も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及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 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。

(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

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	698	808	688	796	672	780	639	740
要介護 2	807	916	795	903	779	887	739	843
要介護 3	1,041	1,151	1,026	1,134	1,010	1,117	960	1,061
要介護 4	1,141	1,250	1,124	1,231	1,107	1,215	1,052	1,155
要介護 5	1,230	1,340	1,212	1,320	1,196	1,304	1,137	1,238

	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	653	762	637	746	626	735	593	698
要介護 2	747	857	731	841	720	830	684	789
要介護 3	953	1,062	936	1,046	925	1,035	879	984
要介護 4	1,040	1,150	1,024	1,134	1,013	1,123	963	1,066
要介護 5	1,118	1,228	1,102	1,212	1,091	1,201	1,037	1,141

【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	825	815	824	774	783
要介護 2	933	921	924	875	878
要介護 3	1,168	1,153	1,142	1,095	1,084
要介護 4	1,267	1,250	1,234	1,188	1,173
要介護 5	1,357	1,339	1,318	1,271	1,251

(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	○	○	○	○	○
(A)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	(A)100分の50以上 又は	100分の50以上
(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、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	(B)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	左記の割合× 19÷定員 100分の10以上	100分の5以上	左記の割合× 19÷定員 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。

- 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。
- 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。
- 当該基準については、平成30年度に限り平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしているところであるが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましいものであること。また、すでに当該基準に適合する活動を実施している介護医療院においては、更に創意工夫を行うよう努めることが望ましい。

- ※ 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 各週二日以上的人工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、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者については、経管栄養が実施されている者として取り扱う。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、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されている者については、喀痰吸引が実施されている者として取り扱う。
- ※ 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。

【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 又は	(A)×19÷定員 100分の20 以上 又は	(A) 100分の20 以上 又は	(A) 100分の20 以上 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>	又は (C) 100分の25 以上	又は (C)×19÷定員 100分の25 以上	又は (C) 100分の25 以上	又は (C) 100分の25 以上
ターミナルケア体制の整備	○	○	○	○

※ 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、退所時指導当加算、低栄養リスク改善加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算、在宅復帰支援機能加算、特別診療費、移行定着支援加算、排せつ支援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。
- ハ 前月において月平均夜勤時間数が、夜勤職員基準上の基準時間を 1 割以上上回っていたこと。
- ニ 月平均夜勤時間数の過去 3 月間の平均が、夜勤職員基準上の基準時間を超えていたこと。

※ 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) 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

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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。
- ・ 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。

(11) 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況に照らし、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成すること。
- ・ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
 - 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

(12) 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

(13) 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。

(14) 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

(15) 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 M に該当する者の場合は、過去 1 月間とする）の間に、当該介護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。

(16) 再入所時栄養連携加算（1 回につき 400 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。

- ※ 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。

(17) 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。

(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。
- ・ 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において、試行的に退所させる場合で、当該入所者の試行的な退所時に、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、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として算定する。

※ 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回に限り算定します。

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します。

※ 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します。

○ 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。

(18) 栄養マネジメント加算 (1日につき14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ついて、1日につき所定単位を加算する。

イ 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。

ロ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ハ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること。

ニ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し必要に応じて当該計画を見直していること。

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 栄養ケア・マネジメントは、入所者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること

また、栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施すべきものであること。

② 施設に常勤の管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。なお、調理業務の委託先にのみ管理栄養士が配置されている場合は、当該加算を算定できないこと。

→ 同一敷地内に併設される病院と兼務している管理栄養士を配置している場合、算定不可(次の③ただし書きで認められているのは、介護保険施設との兼務のみ)

③ 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定できること。

ただし、施設が同一敷地内に1の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定出来ることとする。

④ サテライト型施設を有する介護保険施設(以下この号において「本体施設」という。)に

あつては、次の取扱いとすること。

イ 本体施設に常勤の管理栄養士を1名配置している場合(本体施設の入所者数とサテライト型施設(1施設に限る。)の入所者数の合計数に対して配置すべき栄養士の員数が1未満である場合に限る。)であつて、当該管理栄養士が当該サテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト型施設においても算定できることとする。

ロ 本体施設に常勤の管理栄養士を2名以上配置している場合であつて、当該管理栄養士がサテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト施設(1施設に限る。)においても算定できることとする。

ハ イ又はロを満たす場合であり、同一敷地内に1の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であつて、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定出来ることとする。

⑤ 栄養ケア・マネジメントについては、以下のイからトまでに掲げるとおり、実施すること。

イ 入所者ごとの低栄養状態のリスクを、施設入所時に把握すること(以下「栄養スクリーニング」という。)

ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとの解決すべき課題を把握すること(以下「栄養アセスメント」という。)

ハ 栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法等)、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、栄養ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、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。

ニ 栄養ケア計画に基づき、入所者ごとに栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の変更の必要性、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)があれば直ちに当該計画を修正すること。

ホ 入所者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載すること。当該モニタリング間隔の設定に当たっては、低栄養状態のリスクの高い者及び栄養補給方法の変更の必要性がある者(経管栄養法から経口栄養法への変更等)については、おおむね二週間ごと、低栄養状態のリスクが低い者については、おおむね三月ごとに行うこと。なお、低栄養状態のリスクが低い者も含め、少なくとも月一回、体重を測定するなど、入所者の栄養状態の把握を行うこと。

ヘ 入所者ごとに、おおむね三月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。

ト 指定介護老人福祉施設基準第八条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当

該記録とは別に栄養マネジメント加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

- ⑥ 栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から栄養マネジメント加算は算定を開始するものとする。
- ⑦ 栄養ケア・マネジメントを実施している場合には、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養管理が行われるため、検食簿、喫食調査結果、入所者の入退所簿及び食料品消費日計等の食事関係書類(食事箋及び献立表を除く。)、入所者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票は、作成する必要がないこと。

(19) 低栄養リスク改善加算 (1 月につき 300 単位)

- ・ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ・ 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- ・ 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- ・ 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- ・ 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- ・ 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- ・ 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- ・ 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- ・ 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月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、原則として算定しないこと。

(20) 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、栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

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、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。
- イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員 その他の職種の者が

共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること(栄養ケア計画と一体のものとして作成すること)。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護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。

□ 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ることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。

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

□ 刺激しなくても覚醒を保ていられること。

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ずること。

(21) 経口維持加算

① 経口維持加算 (I) 400 単位

② 経口維持加算 (II) 100 単位

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、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位を加算する。※経口移行加算を算定している場

合、栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

□ 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。

ハ 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が作成された日の属する月から起算して6月を超えた場合であっても、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための摂取を進めるための特別な管理が必要とされる者に対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

※ 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を作成する。

※ 当該計画については、入所者又はその家族の同意を得ること

※ 6月を超えて実施する場合、医師又は歯科医師の指示は、おおむね1月ごとに受けるものとする。※会議について、やむを得ず参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで算定可能とする。

(22) 口腔衛生管理体制加算（1月につき30単位）

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、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき30単位を加算する

【厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・68

イ 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の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

□ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※ 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他日常的な口腔ケアの実施に当たり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。

※ 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。

イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題

□ 当該施設における目標

ハ 具体的方策

ニ 留意事項

ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況

ヘ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）

ト その他必要と思われる事項

※ 医療保険において、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された月であっても口腔衛生管理体制加算を算定するが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者

の口腔ケア・マネジメントに係る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。

(23) 口腔衛生管理加算（1月につき 90 単位）

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、次に掲げるいずれの基準にも該当する場合に、一月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。

- イ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行うこと。
- ロ 歯科衛生士が、イにおける入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- ハ 歯科衛生士が、イ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。

【厚生労働大臣が定める基準】大臣基準告示・69

- イ 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の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
 - ロ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ※ 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ケア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ケア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ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケア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。
- ※ 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）

- 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、脾臓病食、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・91

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。
 - ・ 従業者に対し、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行っていること。
- 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」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」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Ⅴ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 専従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、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) 移行定着支援加算（1日につき93単位）

次に掲げる基準のすべてに該当している介護医療院について、令和3年3月31日までの間、届出を行った日から起算して1年までの期間に限り、所定単位数を加算する。

- ① 療養病床から転換を行って開設した介護医療院又は介護療養型老人保健施設が令和6年3月31日までの間に当該介護療養型老人保健施設の全部または一部を廃止するとともに開設した介護医療院であること。
- ② 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- ③ 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、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

(31) 排せつ支援加算（1月につき100単位）

排せつに支援を要する入院患者であって、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と医師又は医師と連携した看護師が判断したものに対して、介護医療院の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入院患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た場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、同一入院期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない。

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 本加算は、すべての入所者について、必要に応じて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って排せつの状態を改善することを評価したもので

ある。したがって、例えば、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、職員が適切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。

- ② 「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」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が「一部介助」又は「全介助」と評価されるものをいう。
- ③ 「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、当該排尿又は排便に係る状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が 6 月以内に「全介助」から「一部介助」以上、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。
- ④ ③の見込みの判断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③の見込みの判断を行う際、利用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。
- ⑤ 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、それに基づいた支援計画を別紙様式 6 の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成にかかわる職種は、③の判断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、介護医療院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。
- ⑥ 支援計画の作成に当たっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、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。
- ⑦ 当該支援計画の実施に当たっては、計画の作成に関与したものが、入所者又はその家族に対し、現在の排せつに係る状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれからの説明を理解したうえで支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認したうえで行うこと。
- ⑧ 本加算の算定を修了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録したうえで、入所者又はその家族に説明すること。

(32) サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして指定権者に届け出て、基準に掲げる区分に従い 1 日につき所定単位数を加算する。

- ① サービス提供体制強化加算 (I) イ 18 単位/日
- ② サービス提供体制強化加算 (I) □ 12 単位/日
- ③ サービス提供体制強化加算 (II) 6 単位/日

④ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位/日

【算定要件】

- ① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ
介護職員の総数のうち介護福祉士が100分の60以上
- ② サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ
介護職員の総数のうち介護福祉士が100分の50以上
- ③ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
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
- ④ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)
利用者に直接提供する職員(看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)の総数のうち3年以上の勤続年数のある者が100分の30以上

※ 人員基準欠如・定員超過に該当している場合は算定不可。

【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月目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。

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 6単位/日

褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。

※ 日常生活の自立度ランクB以上に該当する者に対し、常時褥瘡対策をとっている場合に算定。

○ 留意事項

(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。
- 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Ⅴ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に際して必要な医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から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つては、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 123 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
- 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つては、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 ヘの「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（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。）

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。
- (6) 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
- (7) 30号告示別表2の7の注2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
- (8) 薬剤管理指導及び30号告示別表2の7の注2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。
- (9) 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つて

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、別の診療所での診療の必要を認め、別の診療所に対して、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、別の病院に照会を行った場合、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、診療所に照会を行った場合、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
- (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。

○ 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っては、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って、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って、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っては、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。

(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5までについて、理学療法の注2から注5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）

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

(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及び注3について、理学療法の注2及び注5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。

(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。

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っては、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MMS E (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね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

○ 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) 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日当たりに取扱う利用者等の数は、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/日

○ 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: 2em;">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：平成30年3月30日 保医発0330第2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を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

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い方針

【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 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)

(10) 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。

(11) 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身体的拘束等の禁止

居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者又はその従業員に対し、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。

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>

注：令和2年8月現在第14報までがまとめられています。

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。

緊急短期入所受入加算の臨時的な取扱いについては、別添資料※のとおり。

※新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第12報）別紙資料を抜粋

事務連絡
令和2年2月17日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
高齢者支援課
振興課
老人保健課

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

今般、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」（令和2年2月17日）が公表されたところです。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ので、管内市町村、サービス事業所等に周知を図るようよろしくお願い致します。

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を参考にして頂きますようよろしくお願い致します。

別添

事務連絡
令和元年 10 月 15 日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
高齢者支援課
振興課
老人保健課

令和元年台風第 19 号に伴う災害における
介護報酬等の取扱いについて

今般の令和元年台風第 19 号に伴う災害について、被災地域が広範に及ぶとともに、緊急的な対応が必要であることから、介護報酬等の取扱いについて、下記のとおり整理することといたしました。

つきましては、管内市町村及びサービス事業所等への周知を徹底して頂きますよう、よろしく願いいたします。

なお、事業所等が被災したことにより、一時的に指定等に係る基準（以下「指定等基準」という。）、介護報酬の基本サービス費や加算の算定要件を満たすことができなくなる場合等がありますが、以下に示すものは例示であり、その他の柔軟な取扱いを妨げるものではないことを申し添えます。

記

1. 各サービス共通事項

(1) 新たに介護が必要になった場合の要介護認定の取扱い

被災等により他の市町村に避難した者について、新たに介護が必要となった場合は、避難先の市町村において要介護認定の事務を代行し、事後的に避難元の市町村に報告する等の柔軟な取扱いとしても差し支えない。

その際、認定の重複を避けるため、可能な範囲であらかじめ避難前の市町村と連絡をとる等、適切な対応を図られたい。

- (2) 避難所や避難先の家庭等において居宅サービスを提供した場合
避難所や避難先の家庭等で生活している要介護者及び要支援者に対して居宅サービスを提供した場合においても、介護報酬の算定は可能である。
サービスの提供に当たっては、市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所等との連携を図り、できる限りケアプランに沿って、必要な介護サービスを確保するよう努めること。
- (3) 被災等のために介護保険施設等の入所者が、一時的に別の介護保険施設や医療機関等に避難している場合
別の介護保険施設や医療機関等に一時的に避難している場合、原則として、避難先の施設等へ入所・入院等を行い、避難先の施設等が施設介護サービス費や診療報酬を請求すること。
ただし、一時的避難の緊急性が高く手続が間に合わない等やむを得ない場合に、これまで提供されていたサービスを継続して提供できていると保険者が判断したときは、避難前の介護保険施設等が施設介護サービス費等を請求し、避難先の介護保険施設や医療機関等に対して、必要な費用を支払う等の取扱いとしても差し支えない。
- (4) やむを得ない理由により、避難者を居室以外の場所で処遇した場合
被災等による避難者が介護保険施設等に入所した場合において、やむを得ない理由により、当該避難者を静養室や地域交流スペース等居室以外の場所で処遇を行ったときは、従来型多床室の介護報酬を請求することとして差し支えない。なお、本来処遇されるべき場所以外の場所におけるサービス提供が長期的に行われることは適切ではないため、適切なサービスを提供可能な受け入れ先等の確保に努めること。
- (5) 認知症専門ケア加算の算定要件について今般の災害等やむを得ない事情により、新規利用者の受け入れ等を行った事業所については、認知症専門ケア加算の要件の算出の際、当該利用者数等を除外して差し支えない。
- (6) サービス提供体制強化加算の算定要件について今般の被災等により、介護職員等の増員や新規利用者の受け入れ等を行った事業所については、サービス提供体制強化加算の有資格者等の割合の計算の際、当該職員及び利用者数等を除外して算出してもよい。また、サービス提供体制強化加算の算定要件として定期的な会議の開催を求めているサービスについ

ては、今般の被災等により、やむを得ず当該要件を満たすことができなくなった場合についても、当該加算の算定は可能である。

(7) サービス事業所等が被災したことにより、一時的に指定等基準や介護報酬の算定要件に係る人員基準を満たすことができなくなる場合

指定等基準や基本サービス費に係る施設基準、基準以上の人員配置をした場合に算定可能となる加算（看護体制加算など）、有資格者等を配置した上で規定の行為を実施した場合に算定可能となる加算（個別機能訓練加算など）については、利用者の処遇に配慮した上で柔軟な対応が可能である。

(8) 被災したことにより賃金改善実施期間内の処遇改善が困難な場合における処遇改善加算（介護予防・日常生活支援総合事業において介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算相当の事業を実施している場合を含む。）の取扱いについて

① 賃金改善計画における賃金改善実施期間内の賃金改善が困難な場合

賃金改善計画における賃金改善実施期間を令和元年10月以降までに設定している処遇改善加算の申請事業者においては、被災したことにより、当該計画期間中の賃金改善の実施が困難となる事例も想定されるところである。

こうした事業者については、被災したことに伴い、賃金改善計画内の処遇改善加算の従業者への支給が困難となり、かつ期間を超えて処遇改善加算の従業者への支給がなされることが見込まれる場合、都道府県等の判断において、当該年度の賃金改善実施期間を超えて従業者に対して支給された処遇改善加算の額を賃金改善額として認めて差し支えないものとする。

② 実績報告書の取扱い

①の場合の事業者の実績報告書の取扱いについては、各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに、都道府県知事等に対して実績報告書を提出することとなっているが、今般の被災状況を踏まえ、都道府県等の判断において、提出期限を適宜延長することができるものとする。

2. サービス種別

(1) 訪問介護

① 特定事業所加算

㊦ 特定事業所加算の算定要件である定期的な会議の開催やサービス提

供前の文書による指示・サービス提供後の報告について、今般の被災等により、やむを得ず当該要件を満たすことができなくなった場合についても、当該加算の算定は可能である。

① 今般の被災等により、介護職員等の増員や新規利用者の受け入れ、サービス提供回数の増等を行った事業所については、特定事業所加算の有資格者等の割合や重度要介護者等の割合の計算及び配置すべきサービス提供責任者の員数の計算の際、当該職員及び利用者数等を除外して算出してもよい。

② その他

今般の被災等により、訪問介護等に従事する介護職員が不足した場合、例えば、一時的に通所介護事業所の職員（介護職員初任者研修修了者）を代わりに従事させるときは、通常、介護保険法第75条等に規定する届出を行う必要があるが、緊急性の高さに鑑み、届出時期の猶予等の柔軟な運用を図り、被災者等のサービスの確保に努められたい。

なお、平成11年4月20日の全国課長会議において、「運営規程の内容のうち『従業者の職種、員数及び職務の内容』については、その変更の届出は1年のうちの一定の時期に行うことで足りる」旨の周知を行っており、適宜参照されたい。

(2) 通所介護・認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護・療養通所介護

今般の被災等により、通所介護事業所等の浴槽等の入浴設備が損壊し、入浴サービスが提供できなくなった場合であっても、事業所が利用者のニーズを確認し、清拭・部分浴など入浴介助に準ずるサービスを提供していると認められるときは、入浴介助加算又は入浴介助体制加算の算定が可能である。

(3) 介護予防通所リハビリテーション

今般の被災等により、介護予防通所リハビリテーションが休業し、利用者に対して、介護予防サービス・支援計画に基づく適切な利用回数等のサービスが提供できなかった場合には、当該利用者については、日割り計算を行うこととする。

一方、休業の影響を受けず、適切な利用回数等のサービスを提供された利用者については、日割り計算は行わない。

日割り計算の方法は、月の総日数から、災害の影響により休業した期間（定期休業日を含む。）を差し引いた日数分について請求することとする。

なお、介護予防通所リハビリテーションが燃料の調達が困難であったために、送迎に支障が生じたことにより、適切な利用回数等のサービスが提供できなかった場合も、同様の取扱いとする。

(4) 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション

・社会参加支援加算の算定要件について

今般の災害等やむを得ない事情により、新規利用者の受け入れ等を行った事業所については、社会参加支援加算の要件の算出の際、当該利用者数等を除外して差し支えない。

(5) 通所介護・通所リハビリテーション

・中重度者ケア体制加算の算定要件について

今般の災害等やむを得ない事情により、新規利用者の受け入れ等を行った事業所については、中重度者ケア体制加算の要件の算出の際、当該利用者数等を除外して差し支えない。なお、通所介護の認知症加算についても同様である。

(6) 介護予防通所リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション・通所型サービス（総合事業）

・事業所評価加算の算定要件について

今般の災害等やむを得ない事情により、新規利用者の受け入れ等を行った事業所については、事業所評価加算の基準の要件の算出の際、当該利用者数等を除外して差し支えない。

(7) 短期入所生活介護

短期入所生活介護における長期利用者に対する減算（自費利用などを挟み実質連続 30 日を超える利用者について基本報酬を減算するもの）について、今般の被災により、在宅に戻れずやむを得ず短期入所生活介護を継続している場合には、適用しない取扱いが可能である。

(8) （介護予防）福祉用具貸与

被災前に使用していた福祉用具が滅失又は破損した場合は、再度、貸与を受けることが可能である。

(9) 特定（介護予防）福祉用具販売

被災前に購入していた特定（介護予防）福祉用具が滅失又は破損し、再

度同一の福祉用具を購入する場合には、介護保険法施行規則第70条第2項に定める「特別の事情がある」ものとして、当該購入に係る費用に対し保険給付することは可能である。

(10) 居宅介護支援

① 介護支援専門員が担当する件数が40件を超えた場合

被災地や被災地から避難者を受け入れた場合について、介護支援専門員が、やむを得ず一時的に40件を超える利用者を担当することになった場合においては、40件を超える部分について、居宅介護支援費の減額を行わないことが可能である。

② 利用者の居宅を訪問できない場合

被災による交通手段の寸断等により、利用者の居宅を訪問できない等、やむを得ず一時的に基準による運用が困難な場合は、居宅介護支援費の減額を行わないことが可能である。

③ 特定事業所集中減算

被災地において、ケアプラン上のサービスを位置付ける上で、訪問介護事業所の閉鎖などにより、やむを得ず一時的に特定の事業所にサービスが集中せざるを得ない場合、減算を適用しない取扱いが可能である。

(11) 介護保険施設（※）

① 避難前と避難後で別のケアを行っている場合

避難前の施設等においてユニットケアを受けていた利用者が、避難先において従来型個室などの異なる環境でサービスを受けている場合、避難前の施設等において提供していたサービス（ユニットケア）を継続して提供していると判断できるときは、従前の算定区分により請求して差し支えない。

ただし、本来処遇されるべき場所以外の場所におけるサービス提供が長期的に行われることは適当ではないため、適切なサービスを提供できる受け入れ先等の確保に努めること。

② ユニット型個室を多床室として使用した場合

避難者を受け入れて入所させた施設において、これまでユニット型個室として使用していた部屋を多床室として利用した場合、これまで提供してきたユニットケアが継続して提供していると判断できるときは、これまでの利用者の了解を得た上で、これまでの利用者及び被災者の双方について、ユニット型個室の区分により請求して差し支えない。

ただし、本来処遇されるべき場所以外の場所におけるサービス提供が

長期的に行われることは適当ではないため、適切なサービスを提供できる受け入れ先等の確保に努めること。

③ 被災地における施設基準の考え方について

被災地の介護保険施設が、災害等やむを得ない事情により要介護者を入所又は入院させたことにより、指定等基準、基本施設サービス費及び加算に係る施設基準について、被災前にこれらを満たしていた介護保険施設が、当該基準を満たさなくなった場合であっても、当面の間、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない。

④ 被災地以外における施設基準の考え方について

被災地以外の介護保険施設が、災害等やむを得ない事情により要介護者を入所又は入院させた場合にあっては、指定等基準、基本施設サービス費及び加算に係る施設基準については、当面の間、被災地から受け入れた入所者又は入院患者を除いて算出することができる。

(※) 介護老人保健施設、病院、診療所及び介護医療院により行われる（介護予防）短期入所療養介護を含み、①及び②については（介護予防）短期入所生活介護を含む。

事務連絡
令和2年6月1日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
高齢者支援課
振興課
老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等
の臨時的な取扱いについて（第12報）

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取扱いについては、「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」（令和2年2月17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。以下、「第1報」という。）等でお示ししているところです。

本日、通所系サービス事業所（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護。以下、同じ。）と短期入所系サービス事業所（短期入所生活介護、短期入所療養介護。以下、同じ。）については、介護支援専門員と連携の上、利用者からの事前の同意が得られた場合には、新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、別紙に従い、介護報酬を算定することを可能としたことから、管内市町村、サービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。また今回の取扱いについてわかりやすくお伝えする観点から参考資料を作成いたしましたのであわせてご確認ください。

I 通所介護費等の請求単位数について

1 通所系サービス事業所が提供するサービスのうち、通所介護、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護においては、表1の算定方法により算定される回数について、通所リハビリテーションにおいては、表2の算定方法により算定される回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。(例：提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分が2時間以上3時間未満である場合、4時間以上5時間未満の報酬区分を算定。)

※ 訪問・電話によるサービス提供については、本取扱いの対象外（サービス提供回数に訪問・電話によるサービスは含まない。）とする。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

表1 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

群	報酬区分	算定方法
A群	2時間以上3時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	3時間以上4時間未満	
	4時間以上5時間未満	
B群	5時間以上6時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）、8時間以上9時間未満については延長加算（10時間以上11時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、9時間以上10時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能
	6時間以上7時間未満	
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	

表2 通所リハビリテーション

群	報酬区分	算定方法
A群	1時間以上2時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	2時間以上3時間未満	
B群	3時間以上4時間未満	サービス提供回数を6で割った数（端数は切上げ）と2回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の増報酬区分を算定可能
	4時間以上5時間未満	
	5時間以上6時間未満	
C群	6時間以上7時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：6時間以上7時間未満については延長加算（8時間以上9時間未満）、7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、8時間以上9時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能。
	7時間以上8時間未満	

- 2 なお、通所系サービス事業所が1ヶ月の間に複数の報酬区分を算定する場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)について、その算定方法に従って2区分上位の報酬区分を算定すること。その際の算定にあたっては、サービス提供回数全てを算定基礎として算定を行うこと。

(例)

- i 3時間以上4時間未満を7回、7時間以上8時間未満を3回提供する場合
3時間以上4時間未満の報酬区分について1回、2区分上位の報酬を算定が可能。
- ii 3時間以上4時間未満を3回、7時間以上8時間未満を7回提供する場合
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(3+7) \div 3$)、2区分上位の報酬を算定が可能。
- iii 3時間以上4時間未満を5回、7時間以上8時間未満を5回提供する場合
7時間以上8時間未満の報酬区分について4回(≐ $(5+5) \div 3$)、2区分上位の報酬を算定が可能。

※ サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる、2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。

- 3 また通所リハビリテーションにおいてリハビリテーション提供体制加算を算定している場合、同加算は本特例により算定する基本報酬区分に応じた算定とする。
(例：提供したサービス時間が3時間以上4時間未満の場合、同加算は12単位算定するが、2区分上位の報酬区分に応じた基本報酬を算定した場合、リハビリテーション提供体制加算は5時間以上6時間未満の報酬区分に応じた20単位の算定となる。)

※ 療養通所介護については、居宅サービス計画上の報酬区分が3時間以上6時間未満～6時間以上8時間未満である場合、月1回まで3時間以上6時間未満の報酬区分から6時間以上8時間未満の区分算定が可能である。

II 短期入所生活介護費等の請求単位数について

- 1 短期入所生活系サービス事業所が提供するサービス日数を3で除した数(端数切上げ)回数分について、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。
- ※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

2 なお、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間（短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数（端数切上げ）と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。

3 また、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、緊急短期入所受入加算を算定することができないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日と比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

Ⅲ 留意事項

I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、

- ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること
- ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと
- ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること

に留意すること。

I. 通所系サービス

通所系サービス事業所（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護。）が提供するサービスのうち、一定のルールに基づき算出された回数について、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の報酬区分を算定する取扱いを可能とする。

例) 通所介護（通常規模型・要介護3）の場合

- 報酬区分を、「2時間以上3時間未満」～「4時間以上～5時間未満」のA群、「5時間以上～6時間未満」～「延長時（13時間以上14時間未満）」のB群に2分。

A群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	347単位
3時間以上4時間未満	472単位
4時間以上5時間未満	495単位

サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。

B群	
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位
6時間以上7時間未満	784単位
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算（9時間以上10時間未満）	952単位
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002単位
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052単位
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102単位
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152単位

1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供(居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合)、電話による安否確認(利用者の意向等を確認した上で、健康状態、直近の食事の内容や時間、直近の入浴の有無や時間、当日の外出の有無と外出先、希望するサービスの提供内容や頻度等について、電話により確認した場合)は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まれない。

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き) A群・B群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

A群

サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) 通常規模型・要介護3の場合

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	347単位
3時間以上4時間未満	472単位
4時間以上5時間未満	495単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
4時間以上5時間未満	495単位
5時間以上6時間未満	765単位
7時間以上8時間未満	784単位

B群

1ヶ月のサービス提供回数(算定基礎)を3で除した数(端数切上げ)と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例2) 通常規模型・要介護3、1ヶ月のサービス提供回数が13回の場合

→ 1ヶ月のサービス提供回数 $13 \div 3 \approx 5$ 回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位
6時間以上7時間未満	784単位
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,052単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,102単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,152単位
延長加算(14時間以上15時間未満)	1,152単位

(例2)の場合

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位
8時間以上9時間未満	902単位
延長加算(9時間以上10時間未満)	952単位
延長加算(10時間以上11時間未満)	1,002単位
延長加算(11時間以上12時間未満)	1,052単位
延長加算(12時間以上13時間未満)	1,102単位
延長加算(13時間以上14時間未満)	1,152単位
延長加算(14時間以上15時間未満)	1,152単位
※上位区分がないため、左記と同単位	1,152単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き)

A群とB群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に複数群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が最も多い報酬区分 (同数の場合は長い方の報酬区分) の算定方法を用い、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群内の報酬区分が最も多い報酬区分である場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が最も多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数が、当該サービス提供回数が最も多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分であって、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分 (サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く) から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例3) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が7回、「7時間以上8時間未満」が3回の場合
→ サービス提供回数が最も多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」(A群)であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位

(例4) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合
→ サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」(B群)であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

(例5) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
→ サービス提供回数と同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」(B群)について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで




2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

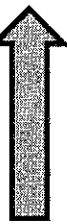
例) 通所介護の場合 (続き)

(例6) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が2回、「4時間以上5時間未満」が2回、「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回の場合
 → サービス提供回数と同数であることから、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」(B群)について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービスの提供回数 $8 \text{回} \div 3 \approx 3 \text{回}$ 。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位
居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月2回まで 

2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (10時間以上11時間未満)	1,002単位
2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

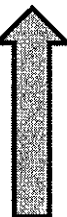
月1回まで 

同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

1ヶ月の間に同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合、サービス提供回数が多い報酬区分(同数の場合は長い方の報酬区分)で、2区分上位の報酬区分を算定する。また、B群の報酬区分を組み合わせる場合は、サービス提供回数全てを算定基礎として算定する。(なお、サービス提供回数が多い報酬区分について、その算定方法で求められる2区分上位の報酬区分を算定できる回数があるが、当該サービス提供回数が多い報酬区分における実際のサービス提供回数を上回る場合には、サービス提供回数が最も多い報酬区分と同じ群の報酬区分を除外して、実際にサービス提供した報酬区分のうち、より長い報酬区分(サービス提供回数が最も多い報酬区分を除く)から、その差の回数分、2区分上位の報酬区分の算定を行うこと。)

(例7) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「3時間以上4時間未満」が7回、「4時間以上5時間未満」が3回の場合
 → サービス提供回数が多い報酬区分は「3時間以上4時間未満」であるため、月1回「5時間以上6時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	472単位

月1回まで 

2区分上位の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	765単位

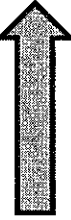
新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所介護の場合 (続き)

(例8) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が3回、「7時間以上8時間未満」が7回の場合
 → サービス提供回数が多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで

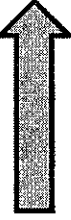


2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

(例9) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数と同数であることから、長い方の報酬区分である「7時間以上8時間未満」について、サービス提供回数全て(10回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数10回÷3≒4回。上限4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月4回まで



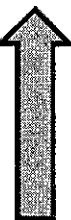
2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

(例10) 通所介護・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「5時間以上6時間未満」が2回、「6時間以上7時間未満」が2回、「7時間以上8時間未満」が2回、「8時間以上9時間未満」が2回の場合

→ サービス提供回数と同数であることから、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」について、サービス提供回数全て(8回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数8回÷3≒3回。月3回まで2区分上位の報酬区分で算定可能であるが、最も長い報酬区分である「8時間以上9時間未満」の提供回数は2回のみであることから、①「8時間以上9時間未満」の2区分上位の報酬区分で2回算定、②同じB群で、「8時間以上9時間未満」を除き最も長い報酬区分である「7時間以上8時間未満」にて2区分上位の報酬区分で1回算定が可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
8時間以上9時間未満	902単位

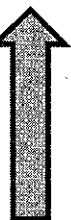
月2回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (10時間以上11時間未満)	1,002単位

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	887単位

月1回まで



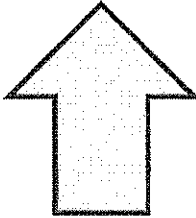
2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算 (9時間以上10時間未満)	952単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーション（通常規模型・要介護3）の場合

- 報酬区分を、「1時間以上2時間未満」～「2時間以上～3時間未満」のA群、「3時間以上～4時間未満」～「5時間以上～6時間未満」のB群、「6時間以上～7時間未満」～「延長加算（13時間以上14時間未満）」のC群に3分。

A群		居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
		1時間以上2時間未満	390単位
		2時間以上3時間未満	457単位



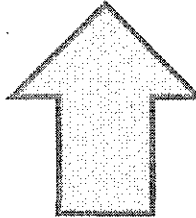
サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分を算定可能。

B群		居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
		3時間以上4時間未満	599単位
		4時間以上5時間未満	684単位
		5時間以上6時間未満	803単位



1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数（端数切上げ）と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

C群		居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
		6時間以上7時間未満	929単位
		7時間以上8時間未満	993単位
		延長加算（8時間以上9時間未満）	1,043単位
		延長加算（9時間以上10時間未満）	1,093単位
		延長加算（10時間以上11時間未満）	1,143単位
		延長加算（11時間以上12時間未満）	1,193単位
		延長加算（12時間以上13時間未満）	1,243単位
		延長加算（13時間以上14時間未満）	1,293単位



1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数（端数切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

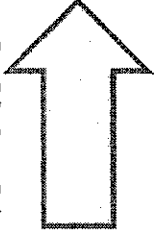
※ 利用者が複数の事業所を利用している場合は、各事業所において、各サービス提供回数を算定基礎として算定を行う。

※ 訪問によるサービス提供(居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供了場合)、電話等による居宅の療養状況(健康状態、居宅の療養環境、当日の外出の有無と外出先、希望するリハビリテーション)サービスの提供内容や頻度等について、電話等により確認した場合の確認は、本取扱いの対象外とし、サービス提供回数に含まれない。

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (通常規模・要介護3の場合) A群・B群・C群それぞれにおいて、以下の方法に基づき算定。

A群 サービス提供回数のうち、月1回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	月1回まで	2区分上位の報酬区分	単位数
1 時間以上 2 時間未満	390単位		3 時間以上 4 時間未満	599単位
2 時間以上 3 時間未満	457単位		4 時間以上 5 時間未満	684単位

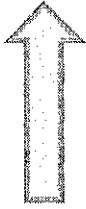
B群 1ヶ月のサービス提供回数を6で除した数 (端数切上げ) と2回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例1) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数 $13 \div 6 \div 3 \div 3$ 回。3回と2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	(例1) の場合	2区分上位の報酬区分	単位数
3 時間以上 4 時間未満	599単位		5 時間以上 6 時間未満	803単位
4 時間以上 5 時間未満	684単位		6 時間以上 7 時間未満	929単位
5 時間以上 6 時間未満	803単位		7 時間以上 8 時間未満	993単位

C群 1ヶ月のサービス提供回数を3で除した数 (端数切上げ) と4回を比較し、少ない方の数について2区分上位の報酬区分にて算定可能。

(例2) サービス提供回数が13回の場合 → 1月のサービス提供回数 $13 \div 3 \div 5 \div 5$ 回。5回と4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数	(例2) の場合	2区分上位の報酬区分	単位数
6 時間以上 7 時間未満	929単位		延長加算 (8 時間以上 9 時間未満)	1,043単位
7 時間以上 8 時間未満	993単位		延長加算 (9 時間以上 10 時間未満)	1,093単位
延長加算 (8 時間以上 9 時間未満)	1,043単位		延長加算 (10 時間以上 11 時間未満)	1,143単位
延長加算 (9 時間以上 10 時間未満)	1,093単位		延長加算 (11 時間以上 12 時間未満)	1,193単位
延長加算 (10 時間以上 11 時間未満)	1,143単位		延長加算 (12 時間以上 13 時間未満)	1,243単位
延長加算 (11 時間以上 12 時間未満)	1,193単位		延長加算 (13 時間以上 14 時間未満)	1,293単位
延長加算 (12 時間以上 13 時間未満)	1,243単位		延長加算 (13 時間以上 14 時間未満)	1,293単位
延長加算 (13 時間以上 14 時間未満)	1,293単位		※ 上位区分がないため、左記と同単位	1,293単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

例) 通所リハビリテーションの場合 (続き)

A群とB群又はB群とC群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例3) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が8回、「7時間以上8時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「2時間以上3時間未満」であるため、月1回「4時間以上5時間未満」にて算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
2時間以上3時間未満	457単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
4時間以上5時間未満	684単位

(例4) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「2時間以上3時間未満」が5回、「5時間以上6時間未満」が8回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「5時間以上6時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回÷6÷3回。3回と上限2回を比較し、少ない方の2回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
5時間以上6時間未満	803単位

月2回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993単位

同じ群の報酬区分を組み合わせてサービス提供する場合

サービス提供回数が最も多い報酬区分で算定する。

(例5) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「1時間以上2時間未満」が8回、「2時間以上3時間未満」が5回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「1時間以上2時間未満」であるため、月1回「3時間以上4時間未満」で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
1時間以上2時間未満	390単位

月1回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
3時間以上4時間未満	599単位

(例6) 通所リハ・通常規模型・要介護3、1ヶ月の提供回数は「6時間以上7時間未満」が5回、「7時間以上8時間未満」が8回の場合
 → サービス提供回数が最も多い報酬区分は「7時間以上8時間未満」であるため、サービス提供回数全て(13回)をもとに、1ヶ月のサービス提供回数13回÷3÷5回。5回と上限4回を比較し、少ない方の4回まで2区分上位の報酬区分で算定可能。

居宅サービス計画上の報酬区分	単位数
7時間以上8時間未満	993単位

月4回まで



2区分上位の報酬区分	単位数
延長加算(9時間以上10時間未満)	1,093単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

Ⅱ. 短期入所系サービス

- 短期入所系サービス事業所(短期入所生活介護、短期入所療養介護。)における1ヶ月のサービス提供日数を3で除した数(端数切上げ)の日数分につき、緊急短期入所受入加算を算定する取扱いを可能とする。
- なお、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護等を緊急に行った場合は、通常どおり、指定短期入所生活介護等を行った日から起算して7日間(短期入所生活介護に限り、利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とし算定を行うが、その算定以降、継続して短期入所生活介護等を提供する場合は、残り日数を3で除した日数(端数切上げ)と通常どおり算定した日数との合計が短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日になるまで、追加で緊急短期入所受入加算を算定する。

例) 短期入所生活介護の場合

(例1) 短期入所生活介護、単独型(Ⅰ)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が10日、加算取得なしの場合

→ 1月のサービス提供日数10日 ÷ 3 ÷ 4日であるため、4日間緊急短期入所受入加算を算定可能。

基本報酬 (10日分)	+	緊急短期入所受入加算 (4日分)	=	合計
7,650単位		360単位		8,010単位

(例2) 短期入所生活介護、単独型(Ⅰ)、要介護3、1ヶ月のサービス提供日数が25日、加算取得なし、緊急受入を行った場合

① 利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がない場合

→ 短期入所生活介護を行った日から起算して7日間は、通常どおり緊急短期入所受入加算が算定可能。

→ 残り日数(18日)を3で除した日数は6日であるため、通常どおり算定した日数(7日)と合計して13日分算定が可能。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (13日分)	=	合計
19,125単位		1,170単位		20,295単位

② 利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合

→ 短期入所生活介護を行った日から起算して14日間は、通常どおり緊急短期入所受け入れ加算が算定可能。

→ 残り日数(11日)を3で除した日数は4日であるが、すでに通常どおり算定した日数が14日であるため、追加算定は不可。

基本報酬 (25日分)	+	緊急短期入所受入加算 (14日分)	=	合計
19,125単位		1,260単位		20,385単位

新型コロナウイルス感染症に係る通所介護・短期入所生活介護における報酬上の取扱い

○ また、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、緊急短期入所受入加算を算定できないため、まず認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定し、同加算を算定できない日数を3で除した日数(端数切上げ)と、短期入所生活介護については14日、短期入所療養介護については7日を比較して少ない日数につき、緊急短期入所受入加算の算定を可能とする。

例) 短期入所生活介護の場合

(例3) 短期入所生活介護、単独型 (I)、要介護3、1月のサービス提供日数が30日、認知症行動・心理症状緊急対応加算を7日間算定した場合
 → 残り日数 (認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定できない日数 (23日) を3で除した日数 (8日) と14日を比較して少ない日数 (8日) につき、緊急短期入所受入加算を算定可能。

基本報酬 (30日分)	+	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日分)	+	緊急短期入所受入加算 (8日分)	=	合計
22,950単位		1,400単位		720単位		25,070単位

Ⅲ. 留意事項

- I・IIによる算定を行う場合は、必ず介護支援専門員と連携し、以下に留意すること。
 - ・ 利用者から事前の同意を得ること。
 - ・ 通所介護計画等と居宅サービス計画におけるサービス提供回数等との整合性を図ること。
 - ・ 当該取扱い等の実施により、区分支給限度基準額の取扱いに変更はないこと。
 - ・ 当該取扱いにおける請求にあたっては、居宅介護支援事業所が作成する給付管理票及び居宅サービス事業所が作成する介護給付費明細書のそれぞれに反映させる必要があること。