

介護サービス事業者

のための運営の手引き

(令和5年度版)

介護医療院

短期入所療養介護

介護予防短期入所療養介護

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出るが大変多い制度です。この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。

相模原市 福祉基盤課

目次

項目	頁
基準条例及び条例施行規則の規定方法の変更について	1
条例の性格、基本方針等	2
介護医療院の人員基準について	5
介護医療院の施設及び設備に関する基準について	9
介護医療院の運営について	11
関係法令等について	36
介護報酬請求上の注意点について	43
1 介護医療院サービス費	43
2 特別診療費	94
3 居住費（滞在費）・食費の負担軽減制度について	112

基準条例及び条例施行規則の規定方法の変更について

本市では、介護サービス事業者等の基準条例及び条例施行規則について、これまでは各基準省令を一条ずつ具体的に言い換える形式で条例に規定し、市の基準としていましたが、平成31年4月より、各基準省令と同一の基準を市の基準とする場合は、各基準省令を引用する形式とし、具体的な基準は条例に規定しないこととしました。

介護療養型医療施設及び（介護予防）短期入所療養介護の基準条例及び条例施行規則を次のとおり廃止及び制定しております。

廃止（平成31年3月31日）	制定（平成31年4月1日）
相模原市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例	相模原市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成31年相模原市条例第13号)
相模原市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例	
相模原市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例	
相模原市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則	相模原市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成31年相模原市規則第27号)
相模原市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例施行規則	
相模原市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例施行規則	

条例により引用した基準省令

1 介護療養型医療施設

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年厚生労働省令第5号)

2 (介護予防)短期入所療養介護

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)

介護予防サービス指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)

なお、条文中「省令」と記載があるものに関しては、原文のとおり記載しております。

市ホームページ、条例等の掲載場所

相模原市公式ホームページ(URL : <http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/>) [ページ番号 1007035]
 子育て・健康・福祉 介護・介護予防
 事業者向け情報(「介護サービス事業者等の基準条例等について」)

条例の性格等

条例の性格

条例は、介護医療院がその目的を達成するために必要な最低限の基準を定めたものであり、介護医療院の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めなければなりません。

介護医療院サービスを行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、介護医療院の開設許可又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、

相当の期限を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、

当該相当の期限内に勧告に従わなかった場合は、開設者名、当該勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、

正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかった場合は、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができます。（の命令をした場合には開設者名、命令に至った経緯等を公示しなければなりません。）

なお、の命令に従わない場合には、当該許可を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて許可の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができます。

ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに許可を取り消すことができます。

次に掲げるとき、その他の介護医療院が自己の利益を図るために基準に違反したとき

ア 介護医療院サービスの提供に際し、入所者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき

イ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して当該施設を紹介することの代償として、金品その他財産上の利益を供与したとき

ウ 居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退所者をを紹介することの代償として、金品その他財産上の利益を供与したとき

利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

その他 及び に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

運営に関する基準に従って施設の運営をすることができなくなったことを理由として開設許可が取り消された直後に再度当該施設から介護医療院の開設許可の申請がなされた場合には、当該施設が運営に関する基準を遵守することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り開設許可を行わないものとする、とされています。

1 介護医療院とは（基本方針）

「介護医療院」は、長期にわたり療養を必要とする者に対し、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の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければなりません。

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、明るく家庭的な雰囲気を持ち、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。以下同じ。）、地域包括支援センター（法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）、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りません。

介護医療院は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。

さらに、介護医療院は、介護医療院サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

「ユニット型介護医療院」は、長期にわたり療養が必要である入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、各ユニットにおいてその入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を支援しなければなりません。

また、「ユニット型介護医療院」は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域包括支援センター、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りません。

2 療養床等の定義

この条例において、次の用語の意義は、それぞれに定めるところによる。

- (1) **療養床** 療養室のうち、入所者一人当たりの寝台またはこれに代わる設備の部分を用いる。
- (2) **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って、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。（介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス）
- (3) **型療養床** 療養床のうち、型療養床以外のものをいう。（老人保健施設相当以上のサービス）

3 許可の単位等について

介護医療院の型と型サービスについては、法の規定上、介護医療院の開設許可は、一つの介護医療院を単位として行なわれることとなっているが、介護医療院サービスを行う部分として認められる単位（以下「許可の単位」という。）等については、以下のとおりです。

- 1 許可の単位は、原則として「療養棟」となります。
- 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り、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ありませんが、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す。
- 3 1療養棟の療養床数は、原則として60床以下です。
- 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制勤務等の看護・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。）等の設備を有することが必要となります。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す。
- 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ます。

4 医療機関併設型介護医療院の形態

(1) 医療機関併設型介護医療院

病院又は診療所に併設（同一敷地内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が一体的に行われているものを指すこと。以下同じ。）され、入所者の療養生活の支援を目的とする介護医療院です。

(2) 併設型小規模介護医療院

医療機関併設型介護医療院のうち、当該介護医療院の入所定員が19人以下のものです。病院又は診療所に1か所の設置とします。

医療法第1条の5

病院 医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行なう場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

診療所 医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行なう場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

5 医療法上の扱い

病院・診療所ではなくなります。

病床転換による場合、介護医療院の施設として使用する部分は、病院・診療所の施設では無くなります。病床の減少だけでなく、構造設備の変更や、施設を共用する場合の共用等について、病院・診療所の開設許可の変更手続きが必要になります。

6 介護医療院サービス費（介護報酬）

提供した介護医療院サービスのうち、保険給付されるものを介護医療院サービス費といいます。

介護医療院サービス費は、告示の単位数表に示された単位に地域加算を乗じた額の9割、8割又は7割が支給されます。

(介護医療院における介護医療院サービス等に要する費用の額は、参照。)

7 利用料等（入所者の自己負担）

介護医療院は、入所者から利用料の一部として、おおむね介護医療院サービス費の1割又は2割若しくは3割相当額、食事の提供に要する費用、居住に要する費用、入所者が選定する特別な療養室の提供に係る費用、入所者が選定する特別な食事の提供に係る費用、理美容代、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるものについて利用料として支払いを受けることができます。

8 名称の取扱い

「介護医療院」という文字を併記すれば、介護医療院の名称の中で従前の病院又は診療所の名称を継続して使用できます。

例： 病院介護医療院

名称の表示については、医療機関の一部を転換して介護医療院を併設する場合は、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必要があります。

全部転換の場合は、従前の病院又は診療所の機能が無くなるため、従前の病院又は診療所の名称のうち、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ることはできません。

介護医療院の人員基準について

介護医療院の従業者は、専ら当該介護医療院の職務に従事するものでなければなりません。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りではありません。

1 従業者の員数

(1) 医師

常勤換算方法で、介護医療院の入所者のうち 型療養床の利用者（以下「型入所者」という。）の数を48で除した数に、介護医療院の入所者のうち 型療養床の利用者（以下「型入所者」という。）の数を100で除した数を加えて得た数以上（その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数を1として計算する。）（第27条第3項により介護医療院に宿直を行なう医師を置かない場合にあつては、入所者の数を100で除した数以上（その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数を1として計算する。）とします。）

ただし、医療機関併設型介護医療院（病院又は診療所に併設され、入所者の療養生活の支援を目的とする介護医療院をいう。以下同じ。）の医師の員数の基準は、常勤換算方法で、型入所者の数を48で除した数に、型入所者の数を100で除した数を加えて得た数以上とする。

(2) 薬剤師

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

(3) 看護職員

看護職員（看護師又は准看護師をいう。）については、常勤換算方法で、介護医療院の入所者の数を6で除した数以上

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

(4) 介護職員

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

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

介護職員の数は、療養棟において実際に入所者の看護の当たっている介護職員の数である。併設医療機関又は事業所の職務に従事する場合は、当該介護医療院において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならない。介護医療院の職員の常勤換算方法における勤務時間に併設医療機関又は事業所の職務に従事する時間は従事する時間は含まれません。

(5) 理学療法士及び作業療法士又は言語聴覚士

介護医療院の実情に応じた適当数

(6) 栄養士又は管理栄養士

入所定員が100人以上の介護医療院にあつては、1以上を配置すること。ただし、同一敷地地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えありません。

(7) 介護支援専門員

1以上(入所者の数が100以上又はその端数を増すごとに1を標準とします。)

【ポイント】

- ア 専らその業務に従事する常勤の者を1人以上配置しなければなりません。したがって、入所者が100人未満の介護医療院であっても1人は配置しなければなりません。
- イ 介護支援専門員の配置は、入所者の数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであり、入所者の数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましいものです。ただし、当該増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではありません。
- ウ 入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護医療院の他の職務に従事することができるものとし、介護支援専門員が医療機関併設型介護医療院(病院又は診療所に併設され、入所者の療養生活の支援を目的とする介護医療院をいう。)の職務に従事する場合であって、当該医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができます。
- エ 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められません。ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りではありません。

(8) 診療放射線技師

介護医療院の実情に応じた適当数を配置することになりますが、併設施設との職員の兼務を行う等により適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えありません。

(9) 調理員、事務員等

介護医療院の実情に応じた適当数を配置することになりますが、併設施設との職員の兼務や業務委託等により適正なサービスを確保できる場合にあつては、配置しない場合があつても差し支えありません。

人員基準に関する厚生労働省通知

介護医療院の人員に関する基準については、一定の要件を満たすことにより、併設する医療機関等の人員と介護医療院の人員を一体的に見ることが可能です。詳細については、次の通知を確認の上、ご相談ください。

- ・病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について
- ・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
- ・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

2 併設型小規模介護医療院

併設型小規模介護医療院（医療機関併設型介護医療院のうち、入所定員が19人以下のものをいう。以下同じ。）

(1) 医師、薬剤師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

併設される医療機関が病院の場合にあつては当該病院の医師、薬剤師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士により、当該併設型小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行なわれると認められるときは、置かないことができます。（併設される医療機関が診療所の場合にあつては当該診療所の医師による管理）

(2) 介護職員

常勤換算方法で、当該併設型小規模介護医療院の入所者の数を6で除した数以上

(3) 介護支援専門員

当該併設型小規模介護医療院の実情に応じた適当数

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.2) (平成30年3月28日)

夜勤体制について

問6 夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行うものの頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出するのか。また、人員配置の算定上介護職員として届け出している看護職員についても、夜勤を行う看護職員の員数の算定においては、看護職員として算定できるのか。

(答) 貴見のとおりである。

3 用語の定義

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います。

この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護医療院サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受けている場合であつて、ある従業者が介護医療院サービスと指定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は当該介護医療院サービスに係る時間数だけを算入することとなります。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

勤務延時間数：

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

なお、従業者 1 人につき、勤務延時間に算入することができる時間は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

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います。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、入院患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、例外的に常勤の労働者が勤務すべき時間数を 30 時間として取扱うことは可能です。

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

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

専ら従事する：

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

前年度の平均値：

- ・前年度の平均値とは、当該年度の前年度（毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで）の入院患者延数を当該前年度の日数で除した数とし、この算定にあたっては小数点第 2 位以下を切り上げます。
- ・新設（再開を含む）又は増床分のベッドに関して、前年度において 1 年未満の実績しかない場合の入所者数は、新設又は増床の時点から 6 月未満の間は便宜上、ベッド数の「90%」を入所者数とし、新設又は増床の時点から 6 月以上 1 年未満の間は、「直近の 6 月における入所者延数を 6 月の日数で除して得た数」とし、新設又は増床の時点から 1 年以上経過している場合は、「直近 1 年間における入所者延数を 1 年間の日数で除して得た数」とします。
- ・減床の場合には、減床後の実績が 3 ヶ月以上あるときは、減床後の入所者延数を延日数で除した数としません。

介護医療院の施設及び設備に関する基準について

施設	基準
療養室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 の療養室の定員は 4 人以下。 ・ 内法による測定で入所者 1 名当たり 8 m²以上 ・ 地階に設けてはならない ・ 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いること。 ・ 多床室の場合は、家具、カーテン等で入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーの確保すること。 ・ ナース・コールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来たさない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えありません。
診察室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が診察を行う施設については、医師が診察を行うのに適切なものとする。 ・ 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「臨床検査施設」という。）は、病院又は診療所に設置される臨床検査施設に求められる検査基準及び構造設備基準を満たすものであること。 ・ 調剤を行う施設は、病院又は診療所に設置される調剤所に求められる基準を満たすものであること。 ・ 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は、設けないことができる。 ・ 臨床検査施設において検体検査を実施する場合は、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 9 条の 7 から第 9 条の 7 の 3 までの規定を準用する。
処置室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が処置を行う施設については、医師が処置を行うのに適切なものとする。 ・ なお、当該部分は、診察室における医師が診察を行う施設の部分と兼用することができます。 ・ 診察の用に供するエックス線装置は、医師法（昭和 23 年法律第 205 号）、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）等において求められる防護に関する基準をみたすこと。
機能訓練室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内法による測定で床面積 40 m²以上を有し、必要な器械、器具を備えること。 ・ 併設型小規模介護医療院は、機能訓練を行うのに十分な広さを有し、必要な器械、器具を備えることで足りる。
談話室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者同士や入所者とその家族と談話を楽しめる広さ。
食堂	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内法による測定で、入所者 1 人につき、1 m²以上の広さ。
浴室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者が入浴するのに適したもの。 ・ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。
レクレーション・ルーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ レクレーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
洗面所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者が利用するのに適したものとする。
便所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体の不自由な者が利用するのに適したものとする。
サービス・ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
洗濯室又は洗濯場	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の衣類等を洗濯するのに必要な器械を設置し、洗濯物を仕分けするのに必要な広さを有すること。
汚物処理室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

これらの施設は、専ら当該介護医療院の用に供するものでなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。

また、設置の義務はないが、家族相談室、ボランティア・ルーム及び家族介護教室は、介護医療院の性格等からみて設置が望ましい。

構造設備の基準

(1) 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付属の建物を除く。)は、耐火建築物(建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第29号の2に規定する耐火建築物とすること。

介護医療院の建物は、入所者が身体的、精神的に障害を有する者であることに鑑み、入所者の日常生活に使用しない付属の建物を除き耐火建築物にしなければなりません。

(2) 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。

(3) 療養室等が3階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を2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25年政令第338号)第123条第1項の規定による避難階段としての構造とする場合は、避難階段の数に参入することができます。

(4) 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は、医療法施行規則第30条等を準用する。

(5) 階段には、手すりを設けること。

(6) 廊下の構造は、次のとおりとすること。

・廊下の幅は、内法による測定で1.8m以上、ただし、中廊下(廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下)の場合は2.7m以上。

・手すりを設けること。

・常夜灯を設けること。

(7) 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設けること。

また、入所者の身体の状態等に応じた介護医療院サービスの提供を確保するため、車椅子、ギャッジベッド、ストレッチャー等を備えること。

(8) 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。

「消火設備その他の非常災害に際して必要な設備」とは、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等及び風水害、地震等の災害に際して必要な設備をいいます。

機能訓練室、談話室、食堂、レクリエーション・ルーム等を区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えありませんが、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さないよう、全体の面積は各々の施設の基準面積を合算したものの以上とします。

施設の兼用については、各々の施設の利用目的に沿い、かつ、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない程度であれば認めます。したがって、談話室とレクリエーション・ルームの兼用並びに洗面所と便所、洗濯室と汚物処理室が同一の区画にあること等は差し支えありません。

併設施設(病院又は診療所)との施設の共用

病院又は診療所に係る施設及び構造設備と介護医療院に係る施設及び設備は、それぞれの基準を満たし、かつ、各施設等の患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がない場合に限り、共用が認められます。

・病院・診療所の診察室、処置室、エックス線装置との共用は認められます。

ただし、診察室については、現に存する病院又は診療所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、個別具体的に判断します。

・病院・診療所の病室と介護医療院の療養室の共用、手術室の共用は認められません。

共用する施設については、介護医療院としての許可と医療法上の許可とが重複することになります。

・共用を予定する施設及び構造設備については、医療法に基づく使用許可等の手続きも必要となります。

(現に存する病院又は診療所に係る施設及び構造設備と共用する場合は、医療法に基づく所要の変更手続きが必要となります。)

介護医療院併設指定短期入所療養介護事業所及び介護医療院併設指定介護予防短期入所療養介護事業所並びにユニット型介護医療院の設備基準等については、市内に現存する施設がないため、掲載を省略します。

介護医療院の運営基準について

ユニット型介護療養型医療施設の運営基準等については、市内に現存する施設がないため、掲載を省略します。

(1) 内容及び手続きの説明及び同意

介護医療院サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、当該介護医療院の運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該施設から指定介護医療院サービスの提供を受けることにつき入所申込者の同意を得なければなりません。なお、当該同意については、入所申込者及び施設双方の保護の立場から書面によって確認することが必要です。

【ポイント】

重要事項を記した文書に記載しておくべきことは、

ア 運営規程の概要（施設の概要、定員、サービス内容、利用料その他費用の額、利用上の留意事項等）

イ 従業員の勤務体制

ウ 身体的拘束その他の入所者の行動を制限する行為を行う際の手続

エ 事故発生時の対応

オ 苦情処理の体制（施設担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）

カ その他入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項（法人及び施設の概要、従業員の研修、秘密保持、協力医療機関の名称及び診療科名、居宅において日常生活を営むことができるかどうかを検討する会議、入所中の病院への入院・通院の扱いなど）

重要事項を記した文書を説明した際には、内容を確認した旨及び交付したことがわかる旨の署名を得てください

サービスの提供を受けることについての同意は、重要事項を記した文書の説明確認とは別に行ってください。

(2) 提供拒否の禁止

正当な理由なく介護医療院サービスの提供を拒んではなりません。

【ポイント】

原則として、入所申込に対して応じなければなりません。

特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられています。提供を拒むことのできる正当な理由とは、

ア 入院治療の必要がある場合

イ 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

(3) サービス提供困難時の対応

入所申込者の病状等を勘案し、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などの適切な措置を速やかに講じなければなりません。

(4) 受給資格等の確認

介護医療院サービスの提供を求められた場合（入所の申込みがあった場合）は、その者の被保険者証（介護保険）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。

被保険者証に、認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して介護医療院サービスを提供するよう努めなければなりません。

(5) 要介護認定の申請に係る援助

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、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りません。

また、継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間の満了日の30日前には更新申請が行われるよう、必要な援助を行わなければなりません。

(6) 入退所

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しなければなりません。

【ポイント】

入退所に当たって留意すべきことは、

- ア 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、介護医療院サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければなりません。
- イ 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の利用状況等の把握に努めなければなりません。
- ウ 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りません。
- エ ウ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りません。
- エ 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に努めるほか、地域包括支援センター又は保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

(7) サービス提供の記録

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（介護保険）に必ず記載しなければなりません。

また、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りません。

【ポイント】

介護医療院サービスを提供した際の記録は、その完結の日から2年間又は介護給付費受領の日から5年間のいずれか長い期間、保存しなければなりません。

(8) 利用料等の受領

介護医療院は、入所者から介護医療院サービスについての入所者負担として、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の1割又は2割若しくは3割相当額の支払いを受けるものとします。

また、その他に次に掲げる費用の額の支払いを受けることができます。

食事の提供に要する費用（食費）

居住に要する費用（居住費）

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

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

理美容代

上記のほか、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（その他の日常生活費）

【ポイント】

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

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

ウ 居住費は住居環境の違いに応じて、個室は室料及び光熱水費、多床室は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案することとなります。

エ 食費は食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とします。

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

カ ~ の額に係るサービスの提供に当たっても、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用について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りません。（この場合の同意は文書（通常は、重要事項説明書）により行います。また、個々の費用ごとにそのサービス提供の希望を確認できるようにしておくこととします。）

< 事業者が入所者から徴収できる費用について（その他の日常生活費） >

入所者の選択と希望に基づいて提供される必要があります。

身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用

教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合に係る費用

健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）

預かり金の出納管理に係る費用

私物の洗濯代

保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用（お世話料、管理協力費、共益費等）の受領は認められません。

すべての入所者に対して一律に提供しているものについて、すべての入所者から費用を画一的に徴収することは認められません。

個人用の日用品については、個別の品目ごとに提供する体制を整えたうえで、入所者の要望に対応した日用品のセットを提供することは可能です。

<入所者から徴収することができない主な費用について>

介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用

介護サービスの提供に必要な消耗品にかかる費用（トロミ剤、排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋等）

他医療機関への通院にかかる費用(付添い費用を含む)

寝具、シーツ、枕カバーにかかる費用

その他、徴収にふさわしくない費用（室内エアコンの修理代、共用の雑誌代等）

キ これら介護医療院サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付することとします。

ク 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いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に不合理な差額が生じないようにします。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol. 2) (平成 30 年 3 月 28 日)

居住費について

問7 介護医療院の入所者が他の医療機関に治療等のため入院する際、療養床を引き続き確保しておくことについて施設と入所者との間に契約が成立していた場合、入所者に対し利用者負担を求めることは可能だが、当該期間中に補足給付の適用とはならないということでしょうか。

(答) 貴見のとおりである。

(9) 保険給付の請求のための証明書の交付

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いを受けた場合は、提供した介護医療院サービスの内容、費用の額その他入院患者が保険給付を請求する上で、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院患者に交付しなければなりません。

(10) 介護医療院サービスの取扱方針

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りません。

【ポイント】

ア 介護医療院サービスは、施設サービス計画に基づいて、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行わなければなりません。

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

ウ 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。）を行ってはなりません。

エ 緊急やむを得ない場合に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介護医療院の医師が診療録に記録しなければなりません。

オ 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りません。

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

体的拘束適正化検討委員会」という。)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

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

身体的拘束適正化検討委員会の責任者は、ケア全般の責任者であることが望ましいです。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の活用等が考えられます。

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

介護医療院が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものでないことに留意することが必要です。

具体的には、次のようなことを想定しています。

身体的拘束について報告するための様式をせいびすること。

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の様式に従い、身体的拘束について報告すること。

身体的拘束適正化のための委員会において、により報告された事例を集計し、分析すること。

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、当該事例の適正化と適正化柵を検討すること。

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。

適正化柵を講じた後に、その結果について評価すること。

2 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

介護医療院が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込んでください。

施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方

身体的拘束等の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

身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

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

身体的拘束発生時の対応に関する基本方針

入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

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

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

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す。

また、研修の実施内容についても記録することが必要です。

カ 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りません。

平成18年4月高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(以下「高齢者虐待防止法」という。)が施行されました。高齢者虐待防止、身体拘束廃止等の観点から虐待や身体拘束のそれ

それぞれの行為についての理解、防止のための取組みを促進し、個別のケアプランに基づいた尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られなければなりません。

(11) 施設サービス計画の作成

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なければなりません。

【ポイント】

- ア 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「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りません。
- イ 施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要です。このため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りません。
- ウ 計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければなりません。この場合、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りません。
- エ 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分認識し、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りません。

また、当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行ない得るようにすることが重要です。
- オ 計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するため、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、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（以下ここでは「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。）をいう。）の開催又は担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるものとします。なお、ここでいう他の担当者とは、医師、薬剤師、看護・介護職員、理学療法士等、管理栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指します。
- カ 施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければなりません。計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案（施設サービス計画書の第1表及び第2表に相当するもの）の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければなりません。なお、必要に応じて入所者の家族の同意を得る（通信機器等の活用により行なわれるものを含む。）ことが望ましいとされています。
- キ 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遅滞なく入所者に交付しなければなりません。なお、交付した施設サービス計画は、その完結の日から2年間又は介護給付費の受領日から5年間のいずれか長い期間保存しなければなりません。
- ク 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、計画の変更を行うこととします。なお、実施状況の把握(「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、定期的に入所者に面接をしなければなりません。また、定期的モニタリングの結果を記録しなければなりません。「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況に応じて適切に判断してください。

なお、特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておいてください。

- ケ 計画担当介護支援専門員は、入所者が要介護更新認定若しくは要介護状態区分の変更の認定を受けた場合には、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します。
- コ アからキまでは、クの変更について準用する。

(12) 診療の方針

【ポイント】

医師の診療の方針は、次に掲げるところによるほか、別に厚生労働大臣が定める基準によらなければなりません。

- ア 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います。
- イ 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います。
- ウ 常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行います。
- エ 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います。
- オ 特殊な療法、新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはなりません。
- カ 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはなりません。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35年法律第145号)第2条第17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はこの限りではありません。

(13) 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等

【ポイント】

- ア 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りません。
特に、入所者の病状が急変した場合などのように入院による治療を必要とする場合には、協力病院等の病院へ速やかに入院させることが必要です。
- イ 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りません。
- ウ 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、当該病院若しくは診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行わなければなりません。
- エ 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りません。

(14) 機能訓練

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを、計画的に行わなければなりません。

【ポイント】

リハビリテーションの提供に当たっては、入所者の心身の状況及び家庭環境等を十分に踏まえて、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて提供しなければなりません。

(15) 栄養管理

入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければなりません。

【ポイント】

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

栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。

なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

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

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

ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4において示しているので、参考とされたい。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

(16) 口腔衛生の管理

入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

【ポイント】

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

当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。

の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を

作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。

- イ 助言を行った歯科医師
- ロ 歯科医師からの助言の要点
- ハ 具体的方策
- ニ 当該施設における実施目標
- ホ 留意事項・特記事項

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

(17) 看護及び医学的管理の下における介護

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て、適切な技術をもって行わなければなりません。

【ポイント】

看護、介護に当たっては次のことに留意します。

- ア 1週間に2回以上、適切な方法により入所者を入浴させ、又は清拭しなければなりません。入浴の実施に当たっては、入所者の自立支援に資するよう、その心身の状況を踏まえて、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により行います。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清拭を実施するなど入所者の清潔保持に努めます。
- イ 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りません。排せつに係る介護に当たっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により行います。
- ウ おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身及び活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。
- エ 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りません。
「体制の整備」とは、褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定しています。例えば、
 - ・ 褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対する、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価
 - ・ 専任の褥瘡予防対策担当者の選定（看護師が望ましい）
 - ・ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームの設置
 - ・ 褥瘡対策のための指針の整備
 - ・ 職員に対する施設内職員継続教育を実施 等また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましいものであります。
- オ 入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければなりません。
- カ 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りません。

(18) 食事の提供

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つつ、適切な時間に行わなければなりません。また、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ます。

【ポイント】

- ア 個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行います。
- イ 食事は、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行うように努めることとします。
- ウ 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておきます。
- エ 食事時間は適切な時間とし、夕食時間については午後6時以降とすることが望ましく、早くても午後5時以降にします。
- オ 食事の提供に関する業務は介護医療院自らが行うことが望ましいが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができます。
- カ 食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要であります。
- キ 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があります。
- ク 食事内容については、医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければなりません。
- ケ 調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法等関係法規に準じて取り扱います。なお、食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行われなければなりません。

(19) 相談及び援助

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りません。

(20) その他のサービスの提供

適宜入所者の為のレクリエーション行事を行うよう努めます。また、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めます。

(21) 入所者に関する市町村への通知

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りません。

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。

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。

(22) 管理者による管理

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りません。

ただし、介護医療院の管理業務に支障がないときは、当該介護医療院の従業者としての職務に従事する場合、当該介護医療院と同一敷地内にある他の事業所、施設の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該介護医療院の管理業務に支障がないと認められる場合には、この限りではありません。

介護医療院の管理者は、暴力団員等（相模原市暴力団排除条例(平成23年相模原市条例第31号。以下「暴力団排除条例」という。)第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)又は暴力団員等と密接な関係を有すると認められる者であってはなりません。

(23) 管理者の責務

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りません。

また、管理者は、従業者に運営基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければなりません。

さらに、管理者は、介護医療院に医師を宿直させなければなりません。ただし、以下のいずれかの場合であって、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、この限りではありません。

型療養床のみを有する介護医療院である場合

医療機関併設型介護医療院であり同一敷地内又は隣接する敷地にある病院又は診療所との連携が確保されており、当該介護医療院の入所者の病状が急変した場合に、当該病院又は診療所の医師が速やかに診察を行なう体制が確保されている場合。

(24) 計画担当介護支援専門員の責務

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

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。

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、その内容を記録すること。

入所者の退院に際し、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。

提供した介護医療院サービスに関する苦情の内容等を記録すること。

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、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

(25) 運営規程

施設の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めなければなりません。また、運営規程はその概要を施設内で見やすい場所に掲示しなければなりません。

【ポイント】

（運営規程に定めなければならない事項）

（1）施設の目的及び運営の方針

（2）従業者の職種、員数及び職務の内容

（3）入所定員（型療養床に係る入所定員、型療養床に係る入所定員及びその合計人数をいう。）

（4）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

（5）施設の利用に当たっての留意事項

- (6) 非常災害対策
- (7) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (8) 身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行う際の手続
- (9) 事故発生時の対応
- (10) 業務に関して知り得た秘密の保持に関する事項
- (11) 苦情及び相談に対する体制
- (12) 従業者の研修の実施に関する事項
- (13) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

特に次の点に留意してください。

- ア 施設の利用に当たっての留意事項とは、入所者が介護医療院サービスの提供を受ける際に入所者が留意すべき事項(入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項等を指します。
- イ 非常災害対策とは、第 32 条の非常災害に関する具体的計画を指します。
- ウ 虐待の防止に係る、組織内の体制(責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等)や虐待又は虐待が疑われる事案(以下「虐待等」という。)が発生した場合の対応方法等を指す内容であること
- エ 施設の利用に当たっての留意事項には、当該施設における医師の宿直の有無について定めておいてください。型療養床のみを有する介護医療院である場合など医師の宿直がない施設についてはその事由について定めておいてください。

(26) 勤務体制の確保等

入所者に対して、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、当該施設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りません。

ただし、調理・洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等が認められています。

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りません。その際、全ての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第 8 条第 2 項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければなりません。

適切な介護医療院サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければなりません。

【ポイント】

- ア 原則として、月ごと療養棟ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護・介護職員等の配置、管理者との兼務関係等を明確にしなければなりません。
- イ 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護・介護職員による夜勤体制を確保すること。また、休日、夜間等においても医師との連絡が確保される体制を確保しなければなりません。
- ウ 従業者の資質向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保しなければなりません。
- エ 介護医療院に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであること。当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、同条第 3 項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級

課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。なお、当該義務付けの適用に当たっては、平成6年3月31日までの間は、努力義務とされています。介護医療院は、令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。また、新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。

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

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（資本金が3億円以下又は常時使用する従業員の数が300人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

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

（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

(27) 業務改善計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護医療院サービスの提供を継続的に実施するための計画（以下「業務改善計画」という。）を策定し、当該業務改善計画に従い必要な措置を講じなければなりません。業務継続計画に従い、事業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。

なお、業務継続計画の策定等は、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

介護医療院は、従業員に対し、業務改善計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施しなければなりません。業務継続計画に従い、事業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。

介護医療院は、定期的に業務改善計画の見直しを行い、必要に応じて業務改善計画の変更を行うものとします。

(28) 定員の遵守

入所定員及び療養室の定員を超えて入所させることはできません。ただし、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

(29) 非常災害対策

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りません。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければなりません。

【ポイント】

- ア 介護医療院の入所者の特性に鑑み、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければなりません。
- イ 「消火設備その他の非常災害に際して必要な設備」とは、消防法（昭和23年法律第186号）その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。
- ウ 介護医療院の開設者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練、の実施等の対策の万全を期さなければなりません。関係機関への通報及び連携体制とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえようような体制作りを求めることとしたものです。
- エ 「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている介護医療院にあつてはその者に行わせるものとする。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている介護医療院においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。
- オ 介護医療院の開設者が避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとしてください。

(30) 衛生管理等

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

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

- 一 介護医療院における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- 二 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 介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施すること。
- 四 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手順に沿った対応を行うこと。

【ポイント】

- ア 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求め、常に密接な連携を保つ必要があります。
- イ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じなければなりません。
- ウ 空調設備等により、施設内の適温の確保に努める必要があります。
- エ 「感染症又は食中毒が発生、又はまん延しないよう講ずるべき措置」は、具体的には次の取扱いとしてください。

感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護・介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要です。感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね3月に1回以上、定期的開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

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

なお、感染対策委員会は、運営委員会などの施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも差し支えありません。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針

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

平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療措置、行

政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や前記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

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

感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修

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

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

また、研修の実施内容については記録が必要である。

感染症の予防及びまん延の防止のための訓練

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

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

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

オ 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必要があります。

「対処等に関する手順」

感染症等が疑われる場合の管理者への報告体制、管理者からの指示

有症者等の状態に応じた協力病院等との連携

施設から市町村及び保健所への報告基準

- ・同一の感染症等による（と疑われる）死亡者又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合
- ・同一の有症者等が10名以上又は全入院患者の半数以上発生した場合
- ・通常の発生動向を上回る発生が疑われ、管理者等が報告を必要と認めた場合

検体確保の努力義務

日頃からの感染症等の防止のための措置（職員の健康管理の徹底、健康状態に応じた職員や来訪者の入院患者との接触制限、手洗いやうがいの励行等）

参考：平成17年2月22日 「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」

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

キ 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9条の8、第9条の9、第9条の12、第9条の13、別表第一の2及び別表第一の3の規定を準用する。この場合において、同令第9条の8第1項中「法第15条の2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2項中「法第15条の2の規定による検体検査」とあるのは「検体検査」と、第9条の9第1項中「法第15条の2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9条の12中「法第15条の2の規定による第9条の7に定める医療機器」とあるのは「医薬品医療機器等法第2条第8項に規定する特定保守管理医療機器」と第9条の13中「法第

15条の2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。

検体検査の業務

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

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2条第8項に規定する特定保守管理医療機器の保守点検の業務

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26年法律第204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なわなければならないものを除く。）

ク 循環式浴槽を利用している場合は、レジオネラ症防止対策を以下の管理概要に基づいて行ってください。

毎日完全に換水して浴槽を清掃すること。ただし、毎日換水できない場合でも、週1回以上完全に換水して浴槽を清掃、消毒する。

レジオネラ属菌に関する浴槽水の水質検査を定期的に行う。（水質基準は、レジオネラ属菌は、検出されないこととされている。）

- ろ過器を使用していない浴槽水及び毎日完全に換水している浴槽水は、1年に1回以上
- 連日使用している浴槽水は、1年に2回以上
- 連日使用している浴槽水でその消毒が塩素消毒でない場合は、1年に4回以上

ろ過器及び循環配管は、1週間に1回以上、ろ過器を逆洗浄したり、カートリッジの適切な消毒などによりレジオネラ属菌が増殖しにくくする。年に1回程度は、循環配管内の生物膜の状況を点検し、生物膜がある場合には、その除去を行うことが望ましい。

浴槽水の消毒に当たっては、塩素系洗剤を使用し、浴槽水中の遊離残留塩素濃度を頻繁に測定し、記録する。

集毛器は、使用日ごとに清掃し、バスケットを塩素系薬剤で消毒する。

管理記録を3年以上保存する。

「循環式浴槽におけるレジオネラ症防止対策マニュアル」（令和元年12月改正）を参照してください。

(31) 協力病院

介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力病院を定めておかなければなりません。また、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りません。

なお、選定に当たっては、必要の応じ、地域の関係団体の協力を得て行なわれるものとするほか、次の点に留意してください。

ア 協力病院は、介護医療院から自動車等による移送に要する時間がおおむね20分以内の近距離にあること。

イ 当該病院が標榜している診療科名等からみて、病状急変等の事態に適切に対応できるものであること。

ウ 協力病院に対しては、入所者の入院や休日や夜間等における対応について円滑な協力が得るため、あらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。

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

【問1】

介護保険施設等における歯科診療について、協力歯科医療機関のみが歯科診療を提供することとなるのか。

(答)

介護保険施設等における歯科診療について、歯科医療機関を選択するのは利用者であるので、利用者の意向を確認した上で、歯科診療が提供されるよう対応を行うことが必要である。

(32) 掲示

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

重要事項を記載した書面を介護医療院に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。

(33) 秘密保持等

介護医療院の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入院患者又はその家族の秘密を漏らしてはいけません。

【ポイント】

ア 過去に当該介護医療院の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければなりません。

具体的には、当該介護医療院の従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者の雇用時等に取り決め、例えば違約金について、定めを置くなどの措置を講ずべきこととします。

イ 居宅介護支援事業者等に対して、退所後の居宅における居宅介護支援計画の作成等に資するために、居宅介護支援事業者に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ、文書により入所者から同意を得ておかなければなりません。

- 入所者及びその家族から個人情報の使用に関する同意を得る場合には、少なくとも次の事項を個人情報使用同意書に記載すべきと考えます。

【個人情報の使用に関する同意書に記載すべきと考えられる事項】

- | | |
|--------------|--------------|
| ア 使用する目的 | ウ 使用する期間 |
| イ 使用する事業者の範囲 | エ 使用に当たっての条件 |

(34) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止

【ポイント】

ア 居宅介護支援事業者による介護保険施設の紹介が公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して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することは禁じられています。

イ 入所者による退所後の居宅介護支援事業者の選択が公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業員から、当該介護医療院からの退所患者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受することは禁じられています。

(35) 苦情処理

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りません。

【ポイント】

- ア 「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入院患者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示すること等です。
- イ 提供したサービスに関する入所者及びその家族からの苦情受け付けた場合は、苦情に対し介護医療院が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（介護医療院が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、内容等を記録しなければなりません。
- ウ 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければなりません。
- エ 苦情の内容等の記録は、2年間保存しなければなりません。
- オ 提供したサービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求めがあった場合又は市町村の職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければなりません。
また、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りません。
- カ 市町村からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければなりません。
- キ 提供したサービスに関する入院患者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従い必要な改善を行わなければなりません。
- ク 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければなりません。

(36) 地域との連携等

介護医療院は、その運営に当たっては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民又はボランティア団体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りません。

また、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りません。なお、「市町村が実施する事業」には、介護相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれます。

(37) 事故発生の防止及び発生時の対応

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

【ポイント】

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

事故が発生した場合の対応、市町村等へ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。

「指針」に盛り込むべき項目として想定されること

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

事故の報告され、その分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底

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

具体的に想定されること

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

事故発生の防止のための委員会

介護医療院における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護・介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておく必要がある。

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

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

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

ましいです。

事故発生の防止のための職員に対する研修

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

職員教育を組織的に浸透させていくためには、介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容については記録が必要である。

賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのためにも損害賠償保険に加入しておく必要があります。

事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者

介護医療院における事故発生を防止するための体制として、 から までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者同一の従業者が務めることが望ましい。

相模原市に報告が必要な事故

(1) 利用者が受傷又は死亡に至る事故の発生

受傷の程度は、医療機関に受診した場合を原則とする

利用者が事故発生直後に死亡した場合、又は事故発生(事故の報告の有無は問わない)からある程度の期間を経て死亡した場合

利用者が病気等により死亡しても、死因等に疑義がある場合

(2) 誤薬の発生（医師の診察又は指示を受けた場合。（利用者の体調に異変がない場合も含む。））

(3) 食中毒及び感染症(インフルエンザ、ノロウイルス等)の発生

(4) 職員(従業者)の法令違反及び不祥事等の発生

事故発生後の対応に関する苦情・トラブルが増えています！

相模原市に寄せられる入院患者や家族等からの相談・苦情で、事故発生直後の対応（救急要請等）の不手際や事業者からの謝罪に関する不満・苦情、賠償に関するトラブルなどが増えています。

事故発生直後の現場での対応方法だけでなく、その後の家族等との接し方や賠償の手続についてもマニュアル化し、誠意のある対応を行ってください。

(38) 虐待の防止

介護医療院は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければなりません。

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

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

・虐待の未然防止

施設は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があります。

第1条の2の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護施設の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・虐待等の早期発見

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

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市の窓口に通報される必要があり、指定介護療養型医療施設は当該通報の手续が迅速かつ適切に行われ、市等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。以上の観点も踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

なお、義務付けの適用に当たっては、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

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

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

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

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

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

イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

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

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

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

虐待の防止のための指針(第2号)

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

イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方

ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項

ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項

ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項

ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

チ 入院患者等に対する当該指針の閲覧に関する事項

リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

虐待の防止のための従業者に対する研修（第3号）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定介護療養型医療施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

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

虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第4号）

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

(39) 会計の区分

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りません。

なお、具体的な会計処理等の方法については、「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年3月28日老振発第18号）」により取り扱うこととします。

また、「介護医療院会計・経理準則の制定について（平成30年3月22日老発0322第8号）」も併せて確認すること。

(40) 記録の整備

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りません。入院患者に対するサービスの提供に関する記録を、指定介護療養施設サービスの提供の完結の日から2年間又は介護給付費受領の日から5年間のいずれか長い期間、保存しなければなりません。

診療録については、医師法第24条第2項の規定により、5年間保存しなければなりません。

(注意)平成25年4月1日より相模原市基準条例により、以下の基準が定められました。

(1) 施設サービス計画	介護医療院サービスの提供の完結の日から2年間又は介護給付費の受領の日から5年間のいずれか長い期間
(2) 具体的なサービスの内容等の記録	介護医療院サービスの提供の完結の日から2年間
(3) 市町村への通知に係る記録	介護医療院サービスの提供の完結の日から2年間
(4) 苦情の内容等の記録	
(5) 事故に係る記録	
(6) 介護給付費の請求、受領等に係る書類	介護給付費の受領の日から5年間
(7) 利用者又は入所者から支払を受ける利用料の請求、受領等に係る書類	
(8) 従業者の勤務の実績に関する記録	
(9) その他市長が特に必要と認める記録	

(41) 電磁的記録等

事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存、その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができる。(被保険者証及び下記の規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、電磁的記録によることはできません。)

事業者及びサービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結、その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、この省令の規定において書面を行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。

- ・「書面」とは、書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、副本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいいます。
- ・「電磁的記録」とは電子的方式、磁氣的方式その他の知覚によっては認識することが出来ない方式で作られる記録であって電子計算機による情報処理の用に供されるものをいいます。
- ・「電磁的方法」とは電子的方法、磁氣的方法その他の知覚によっては認識することが出来ない方法をいいます。

(42) 暴力団排除

介護医療院は、その運営について、次に掲げるものから支配的な影響を受けてはいけません。

相模原市暴力団排除条例(以下「暴力団排除条例」という。)第2条第2号に規定する暴力団
暴力団員等

相模原市暴力団排除条例第2条第5号に規定する暴力団経営支配法人等

相模原市暴力団排除条例第7条に規定する暴力団員等と密接な関係を有するとみとめられるもの

【ポイント】

- ア 暴力団
その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいいます。
- イ 暴力団員等
暴力団員（暴力団の構成員をいう。以下同じ。）又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいいます。
- ウ 暴力団経営支配法人等
法人その他の団体でその役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人その他の団体に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）のうちに暴力団員等に該当する者があるもの及び暴力団員等が出資、融資、取引その他の関係を通じてその事業活動に支配的な影響力を有するものをいいます。
- エ 暴力団員等と密接な関係を有すると認められるもの（第4号）
法人その他の団体にあつては、その役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者を言う。）が暴力団員等と密接な関係を有するものをいいます。

介護予防）短期入所療養介護の運営基準については、市内に現存する施設がないため、掲載を省略します。

関係法令等について

1 高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止法について	
高齢者虐待防止法の制定	介護保険制度の普及、活用が進む中、一方では高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任等が、家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となっていることを背景に平成18年4月1日に施行された。
高齢者虐待防止法による定義	高齢者虐待防止法では、「高齢者」とは65歳以上の者と定義されている。 高齢者虐待を「養護者による高齢者虐待」及び「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に分けて定義している。

養介護施設従事者等による高齢者虐待		
養介護施設等の範囲	養介護施設	老人福祉法に規定される老人福祉施設（地域密着型施設も含む）、有料老人ホーム 介護保険法に規定される介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域包括支援センター
	養介護事業	老人福祉法に規定される老人居宅生活支援事業 介護保険法に規定される居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業、介護予防支援事業
	養介護施設従事者等	「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者
高齢者虐待行為	身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれがある暴力を加えること。
	介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）	高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置等、養護を著しく怠ること。
	心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
	性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
	経済的虐待	当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
相談・通報・届出	通報等の対象	養介護施設従事者等による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者に対し、市町村への通報努力義務が規定されている。 特に当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、市町村に通報しなければならないとの義務が課されている。 発見者が養介護施設従事者等の場合であっても同様である。
	高齢者の居所と家族等の住所地が異なる場合	高齢者が入所している養介護施設の所在地と通報等を行った家族等の住所地が異なる場合、通報等への対応は、養介護施設の所在地の市町村が行うことになる。 施設に入所している高齢者が住民票を移していない場合にも、通報等への対応は施設所在地の市町村が行う。

	通報等による不利益取扱いの禁止	<p>高齢者虐待の事例を施設等の中で抱えてしまうことなく、早期発見・早期対応を図るために、以下のことが規定されている。</p> <p>刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定は、養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を妨げるものと解釈してはならないこと（この旨は、養介護者による高齢者虐待についても同様）。</p> <p>養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に、解雇その他不利益な取扱いを受けないこと。</p>
責務	保健・医療・福祉関係者の責務	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。 ・ 国及び地方公共団体が構ずる高齢者虐待防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努める必要がある。
	養介護施設の設置者の責務	<p>養介護施設の設置者は従事者に対する研修実施ほか、利用者や家族からの苦情処理体制の整備その他従事者による高齢者虐待防止のための措置を講じなければならない。</p>
高齢者虐待の防止	虐待防止に向けた取組み	<p>管理職・職員の研修、資質向上 個別ケアの推進 情報公開 苦情処理体制</p>
	身体拘束に対する考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が、他者からの不適切な扱いにより権利を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれることは許されるものではなく、身体拘束は原則としてすべて高齢者虐待に該当する行為と考えられる。 ・ ただし、高齢者本人や他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる場合など、「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議編）等において「緊急やむを得ない場合」とされているものについては、例外的に高齢者虐待にも該当しないと考えられている。 ・ 身体拘束については、運営基準に則って運用することが基本となる。

（引用資料 市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（平成18年4月厚生労働省 老健局）等）

2 身体的拘束廃止の取組みについて

【療養型条例第 17 条・第 46 条・平成 13 年 4 月 6 日老発第 1 5 5 号通知・厚生省身体拘束ゼロへの手引き等】

身体的拘束廃止の取組みについて		
身体拘束の問題点	身体拘束の弊害	<p>身体的弊害 関節の拘縮、筋力の低下、圧迫部位の褥瘡の発生、食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下、拘束状況で起こる行動による転倒や転落事故、拘束具による窒息事故など、本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という大きな目標とまさに正反対の結果を招く恐れがある。</p> <p>精神的弊害 人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感等精神的にも大きな弊害をもたらす。</p> <p>社会的弊害 介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがあり、身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人の QOL を低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせる等、社会的にも大きな問題を含んでいる。</p>
	身体拘束による悪循環	<p>認知症があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進み、二次的・三次的な障害が生じ、さらに拘束を必要とする状況が生み出される。「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに「常時」の拘束となってしまう、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の「死期」を早める結果にもつながりかねない。</p> <p>身体拘束廃止は、この「悪循環」を、高齢者の自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味している。</p>
	身体拘束の対象となる具体的な行為	<p>徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。</p> <p>点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。</p> <p>点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。</p> <p>車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト車椅子テーブルをつける。</p> <p>立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。</p> <p>脱衣やおむつはずしを制限するため、介護着（つなぎ服）を着せる。</p> <p>他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。</p> <p>自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。</p>

身体拘束廃止に向けてまず行うこと	管理者が決意し、施設が一丸となって取り組む	組織のトップである管理者、そして看護・介護部長等の責任者が「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。介護療養型医療施設においては、医師による診療録への記録等医師の指示が絶対であるため、管理者は施設全部門の取り組み状況を把握している必要がある。その上で、たとえば、管理者をトップとして、医師、看護、介護職員等全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置する等、施設全体で身体拘束廃止に向けて現場をバックアップする体制を整えることが考えられる。
	みんなで議論し、共通の意識をもつ	身体拘束廃止は個人それぞれの意識の問題でもあるが、職員みんなで意識を共有していく努力が求められ、その際に最も大事なのが「入所者（入居者）中心」という考え方である。実践に当たり、特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒防止事故の防止策や対応方針を十分に説明し、理解と協力を得なければならない。
	まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す	まず、個々の高齢者について、もう一度心身の状態についてアセスメントし、身体拘束を必要としない状態を作り出す追求をしていくことが重要である。問題行動がある場合も原因を探り、取り除くことが大切であり、又、その原因は本人の過去の生活歴にも関係するが、通常次のようなことが想定される。 スタッフの行為や言葉かけが不適当か、又はその意味が理解できない場合 自分の意志にそぐわないと感じている場合 不安や孤独を感じている場合 身体的な不快や苦痛を感じている場合 身の危険を感じている場合 何らかの意志表示をしようとしている場合 原因を除去するなどの状況改善に努めることにより、問題行動は解消する方向に向かうことがある。
	事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する	手すりをつける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなどの工夫によって、事故は相当に防ぐことが可能となる。 スタッフ全員で助け合える体制をつくり、入院患者対応で困難な状態が確認された場合は、日中・夜間・休日を含め施設の全てのスタッフが随時応援に入れるような、柔軟性のある態勢を確保することが重要である。
	常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に	身体拘束をせざるを得ない場合についても、「仕方がない」等とみなされて拘束されている人はいないか、「なぜ拘束されているのか」を考え、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討することが求められる。まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。 問題の検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束を解除し、困難が伴う場合であってもケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究機会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。 「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。

身体拘束を行わずケアを行うための3つの原則	身体拘束を誘発する原因を探り除去する	<p>身体拘束をやむを得ず行う理由として、</p> <p>徘徊や興奮状態での周囲への迷惑行為 転倒のおそれのある不安定な歩行や点滴の抜去などの危険な行動 かきむしりや体をたたき続けるなどの自傷行為 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること</p> <p>等の状況が理由とされることがあるが、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくない。したがって、その人なりの原因や理由を徹底的に探り、これらを除去するケアが必要であり、そうすることにより身体拘束を行う必要もなくなることがある。</p>
	5つの基本的ケアを徹底する	<p>起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する（アクティビティー）という5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。</p> <p>これらのケアを行う場合には、一人ひとりを見守り、接し、触れあう機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められるのである。</p>
	身体拘束をきっかけに「よりよいケア」の実現を	<p>身体拘束廃止を実現していく取り組みは、介護保険施設等におけるケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。また、身体拘束禁止規定の対象になっていない行為でも、例えば「言葉による拘束」など虐待的な行為があってはならないことは言うまでもない。</p>
緊急やむを得ない場合の対応	3つの要件を満たしていることが必要	
	切迫性	<p>利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされている可能性が著しく高いこと。</p> <p>身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束が必要となる程度まで生命又は身体が危険にされている可能性が高いことを、確認する必要がある。</p>
	非代替性	<p>身体拘束その他行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。</p> <p>利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から他に代替方法が存在しないということを確認する必要がある。また、拘束の方法自体も、本人の状態等に応じて最も制限の少ない方法により行わなければならない。</p>
一時性	<p>身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。</p> <p>「一時性」の判断を行う場合は、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。</p>	

手続きも慎重に行う	「緊急やむを得ない」状況の判断	スタッフ個人（又は数名）で行わず、施設全体として判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めおく。施設内の「身体拘束廃止委員会」といった組織において、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を原則とする。
	利用者本人、家族への説明	身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、管理者や医師、その他現場の責任者から説明を行う等、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。 仮に事前に説明し、理解している場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。
	常に観察、再検討	「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除する。この場合は、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察する等の対応をとることが重要である。
	医師による診療録への記録	緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、条例で「その態様および時間、その際の入院患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」とされ、この記録は医師により診療録に記載されなければならないとされている。 なお、記録が行われない場合は、身体拘束廃止未実施減算における減算要件に該当することに留意が必要である。
記録の義務付け	具体的な記録	厚生省「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されるような、「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」等を用い、日々の心身の状態等の観察拘束の必要性や方法に係る再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の中で直近の情報を共有する。 これらの記録は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。
	ケアマネジメントと事故防止	介護保険制度では、基本的には身体拘束によって事故防止を図るのではなくアセスメントの実施から施設サービス計画の作成、サービス提供、評価まで一貫したマネジメントの手続きを導入し、この過程において事故発生の防止対策を尽くすことにより事故防止を図ろうとする考え方である。
転倒事故など法的責任の考えか	事故発生防止のための対策を尽くしているか	仮に転倒事故等が発生した場合でも、「身体拘束」をしなかったことのみを理由として法的責任を問うことは通常は想定されていない。むしろ、施設としてケアのマネジメント過程において身体拘束以外の事故発生防止のための対策を尽くしたか否かが重要な判断基準となると考えられる。
	身体拘束の取り扱いそのもので損害賠償の責任が生ずることがある	身体拘束は、他の事故防止の対策を尽くした上でなお必要な場合、前述した3つの要件を満たすごく限定された場合にのみ許容され、緊急やむを得ないものとして身体拘束をすべき義務が施設等に生ずることがあると解される。 なお、身体拘束自体によって利用者に精神的苦痛を与えたり、身体機能を低下させ、その結果転倒、転落等の事故等を招いた場合には「身体拘束をしたことを理由に、損害賠償等の責任を問われることもある」ことに留意した上で、身体拘束を行う場合は必要最小限度とする配慮も必要である。

ケアマネジメント過程での注意	アセスメント	利用者それぞれのアセスメントの上で、転倒事故などの可能性や要因を探り、把握された場合には、利用者の尊厳保持を基本に、生活や行動の自由、自立の促進といった価値と、身体の安全という価値のバランスをきめ細かくとるという観点が重要である。また、必要に応じて再アセスメントを行い、新たな事故発生要因の発見に努めることも重要である。
	施設の設備・構造面のアセスメント	事故の可能性や要因をアセスメントするには、利用者状況のみでなく、居室の床の凸凹や照明の配置や明るさなどのアセスメントも不可欠である。
	一連の過程を利用者本人、家族に十分説明	マネジメントの目的や意義、重要性を家族に十分理解してもらうために、利用者本人、家族に十分に説明を行い、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成まで一連の過程に利用者や家族の参加を促すことが必要である。サービス提供に至るまでの過程と根拠が不明確であるならば、利用者や家族は事故という結果をもってサービスを評価せざるを得ないのである。
	サービス提供に係る記録の整備	アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成まで一連の過程やそれに基づくサービス提供の過程と根拠を常に確認できるように、記録として整備しておく必要がある。
	事故発生に係る事前の対策を講じておく	どのような場合に、どのような事故が起きやすいのか。そのパターンの把握に努め、事故防止を図る。 緊急時の対応マニュアルを作成し、かつ、実際に対応できるように訓練しておく。 損害保険に加入し、その内容を十分に確認しておく。 等の事前の対策を施設として講じておくことが最低限必要となる。
事故が発生した場合の対応	<p>事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請等、利用者の生命・身体の安全を最優先に対応する。速やかに家族に連絡を取り、その時点で明らかになっている範囲で事故の状況を説明し、当面の対応を協議する。なお、事故の状況によっては事故現場等を保存する必要、さらに市町村等への連絡を行う必要な場合もある。</p> <p>事故に至る経緯、事故の態様、事故後の経過、事故の原因等を整理・分析する。その際には、アセスメントの実施から施設サービス計画等の作成までの一連の過程やそれに基づくサービス提供に関する記録等に基づいて行う必要がある。</p> <p>利用者や家族に対し、の結果に基づいて事故にいたる経緯その他の事情を説明する。</p> <p>事故の原因に応じて、将来の事故防止対策を検討する。また、事故責任が当該施設にあると判明している場合は、損害賠償を速やかに行う。</p> <p>施設側の責任の有無に関わらず、各市町村の定める手順・書式により事故報告書の提出すること。</p>	

介護報酬請求上の注意事項について

(平成12年2月10日厚生省告示第19号、21号、平成18年3月14日厚生労働省告示第127号)

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

(平成12年2月10日厚生労働省告示第30号・厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数)

(平成12年3月31日老企第58号・特定診療費の算定に関する留意事項について)

等からの抜粋

○ 地域区分

単位数に、事業所の所在する地域区分別に設定された「1単位の単価」を乗じて算定します。(ただし、特定診療費は除く)

サービスの種類 : 介護医療院 (指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護)		
地域区分	1単位の単価	該当する市町村
4 級 地	10.54	相模原市

ユニット型介護医療院及び(介護予防)短期入所療養介護の費用等については、市内に現存する施設がないため、掲載を省略します。

1 介護医療院サービス

介護医療院サービス費について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして相模原市長に届け出た介護医療院における当該届出に係る療養棟(1又は複数の療養床(医療院条例第3条第1号に規定する療養床をいう。))により一体的に構成される場所をいう。において、介護医療院サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。(届出)

留意事項について(老企第40号 第2の8)

(1) 介護医療院サービス費の対象となるサービスの範囲については、医療保険の診療報酬点数表における入院基本料(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。)、夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算に相当するもの並びにおむつ代を含むものである。((1))

(2) 所定単位数の算定について

介護医療院においては、療養棟ごとに看護・介護サービスを提供をすることとしているが、所定単位数の算定に当たっては、各療養床の種類ごとの介護医療院サービス費のうち、看護職員等の配置等によって各1種類分け出ることとする。型療養床と型療養床の両方を有する場合は、それぞれの療養床ごとに1種類を選定して届け出ること。((2))

(1) 型介護医療院サービス費(1日につき)

基本サービス費		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
型介護医療院サービス費()	型介護医療院サービス費() 従来型個室	714	824	1,060	1,161	1,251
	型介護医療院サービス費() 多床室	825	934	1,171	1,271	1,362
型介護医療院サービス費()	型介護医療院サービス費() 従来型個室	704	812	1,045	1,144	1,233

院サービス費 ()	型介護医療院サービス費 () 多床室	813	921	1,154	1,252	1,342
型介護医療 院サービス費 ()	型介護医療院サービス費 () 従来型個室	688	796	1,029	1,127	1,217
	型介護医療院サービス費 () 多床室	797	905	1,137	1,236	1,326

厚生労働 大臣が定 める施設 基準	<p>介護医療院サービスの施設基準</p> <p>イ 型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準</p> <p>(1) 型介護医療院サービス費 () を算定すべき介護医療院サービスの施設基準</p> <p>(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。</p> <p>a 型療養床を有する介護医療院であること。</p> <p>b 当該介護医療院サービスを行う 型療養棟における看護職員の数、常勤換算方法で、入所者等（当該療養棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者をいう。以下このイにおいて同じ。）の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>c 型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>d bにより算出した看護職員の最少必要数のうち、2割以上は看護師であること。</p> <p>e 通所介護費等の算定方法第十五号（入所定員超過及び医師、薬剤師、看護職員、介護職員又は介護支援専門員が人員基準欠如になっていないこと。）に規定する基準に該当しないこと。</p> <p>f 入所者等に対し、生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること。</p> <p>g 地域に貢献する活動を行っていること。</p> <p>h 次のいずれにも適合していること。</p> <p>ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、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の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>イ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、略痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>i 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上であること。</p> <p>ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。</p> <p>イ 入所者等又は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。</p> <p>ウ 医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ、入所者等又は家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。</p> <p>(二) 併設型小規模介護医療院が行なう介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。</p> <p>a (一)a、b、f及びgに該当するものであること。</p> <p>b 型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>c 通所介護費等の算定方法第十五号（入所定員超過及び医師、薬剤師、看護職員、介護職員又は介護支援専門員が人員基準欠如になっていないこと。）に規定する基準に該当しないこと。</p> <p>d 次のいずれにも適合していること。</p> <p>ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、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の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>イ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、略痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>e 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上であること。</p>
----------------------------	--

- ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- イ 入所者等又は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。
- ウ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

(2) 型介護医療院サービス費()を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスの場合にあつては、次に掲げる規定のいずれも適合していること。

- a (1)(一)aからgまでに該当するものであること。
- b 次のいずれかに適合していること。

ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、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の占める割合が100分の50以上であること。

イ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、略痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の30以上であること。

c 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の5以上であること。

ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

イ 入所者等又は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。

ウ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

(二) 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあつては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

- a (1)(二)aからcまでに該当するものであること。
- b 次のいずれかに適合していること。

ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、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の占める割合が100分の50以上であること。

イ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、略痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の30以上であること。

c 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の5以上であること。

ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

イ 入所者等又は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。

ウ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

(3) 型介護医療院サービス費()を算定すべき介護医療院サービスの施設基準(併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスに限る。)

(一) (1)(一)a、b及びdからgまで並びに(2)(一)b及びcに該当するものであること。

(二) 型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が5又はその端数を増すごとに1以上であること。

介護医療院サービスに係る別に厚生労働大臣が定める基準

イ 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()、 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()若しくは 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()に係る別に厚生労働大臣が定める基準

ユニットに属さない療養室(定員が一人のものに限る。)の入所者に対して行なわれるものであること。

ロ 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()、 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()若しくは 型介護医療院サービス費()の 型介護医療院サービス費()に係る別に厚生労働大臣が定める基準

	ユニットに属さない療養室（定員が二人以上のものに限る。）の入所者に対して行なわれるものであること。
夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準	<p>七の二 型介護医療院サービス費、 型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの夜勤を行なう職員の勤務条件</p> <p>イ 第二号八（１）（指定短期入所療養介護の夜勤を行なう職員の勤務条件）の規定を準用</p> <p>（１）介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該療養棟（１又は複数の療養床により一体的に構成される場所をいう。）における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上であること。</p> <p>（２）当該介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。</p> <p>（３）（１）及び（２）の規定に関わらず、次のいずれにも適合している介護医療院であって、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ものにあつては、夜勤を行う看護職員又は介護職員を置かないことができる。</p> <p>ア 当該指定短期入所療養介護を行なう介護医療院が、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第4条第7項に規定する併設型小規模介護医療院であること。</p> <p>イ 当該併設型小規模介護医療院に併設される医療機関（八において「併設医療機関」という。）で夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上であること。</p> <p>ウ 当該併設型小規模介護医療院の入所者、指定短期入所療養介護の利用者及び併設医療機関の入所者の数の合計が19人以下であること。</p> <p>夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、1日につき所定単位数から25単位減算する。 減算が適用された場合は、夜勤体制による加算は算定しない。</p>
定員超過（届出）	
入所者の数が運営規定に定められている利用定員を超えた場合は、1日につき所定単位の100分の70に相当する単位数を算定する。	
人員欠如（通所介護費等の算定方法第15号）	
<p>介護医療院サービスを行なう療養棟における看護職員又は介護職員の員数が、介護医療院条例に定める員数を満たさない場合</p> <p>（ア）は、他の職種の数と関係なく、各類型の介護医療院サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に100分の70</p> <p>（イ）を乗じて得た単位数が算定される。</p>	
<p>介護支援専門員の員数が、介護医療院条例に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数と関係なく、各類型の介護医療院サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数が算定される。</p>	
<p>介護支援専門員及び介護医療院サービスを行なう看護・介護職員の員数については介護医療院条例に定める員数を満たすが、看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合が2割未満である場合は、型介護医療院サービス費については、型介護医療院サービス費（ ）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。</p>	

(2) 型介護医療院サービス費(1日につき)

基本サービス費		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
型介護医療院サービス費()	型介護医療院サービス費() 従来型個室	669	764	972	1,059	1,138
	型介護医療院サービス費() 多床室	779	875	1,082	1,170	1,249
型介護医療院サービス費()	型介護医療院サービス費() 従来型個室	653	748	954	1,043	1,122
	型介護医療院サービス費() 多床室	763	859	1,065	1,154	1,233
型介護医療院サービス費()	型介護医療院サービス費() 従来型個室	642	736	943	1,032	1,111
	型介護医療院サービス費() 多床室	752	847	1,054	1,143	1,222
施設基準	<p>別に厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>□ 型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準</p> <p>(1) 型介護医療院サービス費()を算定すべき介護医療院サービスの施設基準</p> <p>(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。</p> <p>a 型療養床を有する介護医療院であること。</p> <p>b 当該介護医療院サービスを行う 型療養棟における看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等(当該療養棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者をいう。以下このイにおいて同じ。)の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>c 型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>d 通所介護費等の算定方法第十五号(入所定員超過及び医師、薬剤師、看護職員、介護職員又は介護支援専門員が人員基準欠如になっていないこと。)に規定する基準に該当しないこと。</p> <p>e 次のいずれにも適合していること。</p> <p>ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状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が100分の20以上であること。</p> <p>イ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、咯痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の15以上であること。</p> <p>ウ 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状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の占める割合が100分の25以上であること。</p> <p>f 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に対し、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し、医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアを行う体制であること。</p> <p>(二) 併設型小規模介護医療院が行なう介護医療院サービスの施設基準</p> <p>a (一) a、b及びfに該当するものであること。</p> <p>b 型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>c 通所介護費等の算定方法第十五号(入所定員超過及び医師、薬剤師、看護職員、介護職員又は介護支援専門員が人員基準欠如になっていないこと。)に規定する基準に該当しないこと。</p> <p>d 次のいずれかに適合していること。</p>					

	<p>ア 算定日の属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状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に、19を当該併設型小規模介護医療院における 型療養床の数で除した数との積が100分の20以上であること。</p> <p>イ 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、略痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合に、19を当該併設型小規模介護医療院における 型療養床の数で除した数との積が100分の15以上であること。</p> <p>ウ 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状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の占める割合に、19を当該併設型小規模介護医療院における 型療養床の数で除した数との積が100分の25以上であること。</p> <p>(2) 型介護医療院サービス費()を算定すべき介護医療院サービスの施設基準(併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスに限る。)</p> <p>(一) (1)(一)a、b及びdからfまでに該当するものであること。</p> <p>(二) 型療養棟における介護職員の数、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が5又はその端数を増すごとに1以上であること。</p> <p>(3) 型介護医療院サービス費()を算定すべき介護医療院サービスの施設基準(併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行なう介護医療院サービスに限る。)</p> <p>(一) (一)a、b及びdからfまでに該当するものであること。</p> <p>(二) 型療養棟における介護職員の数、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。</p>
--	---

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成30年3月28日)

基本施設サービス費の届け出について

問8 介護医療院について、型療養床と 型療養床の両方を有する場合、それぞれの療養床ごとに該当する基本施設サービス費を算定することでよいか。また、例えば、型療養床に係る療養棟が複数ある場合、療養棟ごとに異なる基本施設サービス費を算定することはできないということか。

(答) 貴見のとおりである。

問9 介護医療院の基本施設サービス費等に係る「算定日が属する月の前3月間」とは、算定を開始する月の前月を含む3月間のことをいうということか。また、例えば、算定を開始する月の前月の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行なう取扱いとして差し支えないか。

(答) ・貴見のとおりである。

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

(3) 加算

夜間勤務等看護(届出)	23単位	14単位	14単位	7単位 (日額)
<p>基準等</p>	<p>別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして市長に届け出た介護医療院については、基準に掲げる区分に従い、1日につき加算する。</p> <p>(厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準)七の二</p> <p>型介護医療院サービス費、型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービス及び型介護医療院短期入所療養介護費、型介護医療院短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準</p> <p>第二号八(3)(指定短期入所療養介護)を準用する。</p> <p>夜間勤務等看護()</p> <p>a 介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が15又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ2以上であること。</p> <p>夜間勤務等看護()</p> <p>a 介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ2以上であること。</p> <p>夜間勤務等看護()</p> <p>a 介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が15又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ2以上であること。</p> <p>b 介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。</p> <p>夜間勤務等看護()</p> <p>a 介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者の数の合計数が20又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ2以上であること。</p>			
<p>解釈・通知等</p>	<p>介護医療院サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護()から()までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めている(第7号の2/8において準用する第2号八(3))ところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。</p> <p>夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位ではなく、施設単位で職員数を届け出ること。</p> <p>夜勤を行う職員数は、1日平均夜勤職員数とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間帯数を当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。</p> <p>月平均夜勤時間帯数は、施設ごとに届出前1月又は4週間の夜勤時間帯における看護職員及び介護職員の延夜勤時間帯数を夜勤時間帯に従事した実人員で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間帯数の直近1月又は直近4週間の実績の平均値によって判断する。なお、届出直後においては、当該施設の直近3月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。</p> <p>専ら夜間勤務時間帯に従事する者(以下「夜勤専従者」という。)については、それぞれの夜勤時間帯数は基準のおおむね2倍以内であること。</p> <p>月平均夜勤時間帯数の計算に含まれる実人員及び延夜勤時間帯数には、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間帯数が16時間以下の者は除く。ただし、1日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤従事者の夜勤時間帯数が含まれる。</p> <p>1日平均夜勤職員数又は月平均夜勤時間帯数が以下のいずれかに該当する月においては、入所者の全員について、所定単位数が減算される。夜間勤務等看護加算を算定している介護医療院において、届け出していた夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様に扱うものとする。</p> <p>イ 前月において1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。</p>			

	<p>□ 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間(暦月)継続していたこと。</p> <p>ハ 前月において月平均夜勤加時間数が、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。</p> <p>ニ 月平均夜勤時間数の過去3月間(暦月)の平均が、夜勤職員基準上の基準時間を超えていたこと。</p> <p>夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。</p> <p><参考></p> <p>【夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に職員が勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出する。(厚生労働省「介護サービス関係Q & A」(平成24年6月1日・老健局総務課介護保険対策指導室事務連絡) 問888)】</p>
--	---

若年性認知症入所者受入加算(届出)	120単位(日額)
基準等	<p>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届け出た介護医療院において、若年性認知症患者に対してサービスを行なった場合に加算する。ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定できない。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>受け入れた若年性認知症患者ごとに個別の担当者を定めていること</p>
解釈通知等	<p>・受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を決め、その者を中心に、当該者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。</p>

外泊時費用	362単位(日額)
基準等	<p>入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、所定単位数に代えて、1月に6日を限度に算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。</p>
解釈通知等	<p>入所者が外泊したときの費用の算定について</p> <p>外泊時の費用の算定について、外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の外泊を行う場合は、6日と計算されること。</p> <p>(例) 外泊期間：3月1日～3月8日(8日間)</p> <p>3月1日 外泊の開始.....所定単位数を算定</p> <p>3月2日～3月7日(6日間).....1日につき362単位を算定可</p> <p>3月8日 外泊の終了.....所定単位数を算定</p> <p>入所者の外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。</p> <p>入所者の外泊の期間中で、かつ、外泊時の費用の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、外泊時の費用は算定できないこと。</p> <p>外泊時の取扱い</p> <p>イ 外泊時の費用の算定にあたって、1回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)まで外泊時の費用の算定が可能であること。</p> <p>(例) 月をまたがる入院の場合 外泊期間：1月25日～3月8日</p> <p>1月25日 外泊.....所定単位数を算定</p> <p>1月26日～1月31日(6日間).....1日につき362単位を算定可</p> <p>2月1日～2月6日(6日間).....1日につき362単位を算定可</p> <p>2月7日～3月7日.....費用算定不可</p> <p>3月8日 外泊の終了.....所定単位数を算定</p> <p>□ 「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含むものであること。</p> <p>ハ 外泊期間中は、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。</p>

試行的退所サービス費	800単位(日額)
基準等	<p>入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護医療院が居宅サービスを提供する場合に1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定する。ただし、試行的退所に係る初日及び最終日は算定できない。また、外泊時費用を算定する場合は算定できない。</p>
解釈通知等	<p>試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうかを検討すること。</p> <p>当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。</p> <p>試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、指定介護医療院の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その入所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。</p> <p>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。</p> <p>イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</p> <p>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</p> <p>ハ 家屋の改善の指導</p> <p>ニ 当該入所者の介助方法の指導</p> <p>試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。</p> <p>加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、外泊時費用の考え方を準用する。1回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは6日以内とする。</p> <p>入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において試行的退所サービス費を併せて算定することは可能であること。</p> <p>試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護医療院で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたりハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。</p>

他科受診時費用	362単位(日額)
基準等	<p>入所者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該入所者に対し他の病院又は診療所において当該診療が行われた場合は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定する。</p>
解釈通知等	<p>介護医療院に入所中の入所者が、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、他医療機関へ転医又は受診を求めることを原則とする。</p> <p>介護医療院サービス費を算定している入所者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。</p> <p>にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する入所者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合(当該介護医療院に当該診療に係る医師がいない場合に限る。)であって、当該入所者に対し当該診療が行われた場合(当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関(特別の関係にあるものを除く。))において、別途定める診療行為が行われた場合に限る。)は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護医療院サービス費は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定するものとする。</p> <p>当該所定単位数を算定した日においては、特定診療費に限り別途算定できる。</p> <p>他医療機関においての規定により費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該入所者が入所している介護医療院において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報(当該介護療養型医療施設での介護療養施設サービス費及び必要な診療科を含む。)を文書により提供する(これらに要する費用は入所者の入所している介護医療院が負担する。)とともに、診療録にその写しを添付する。</p>

	<p>にいう「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。</p> <p>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。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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。)</p> <p>イ 「医療機関」とは、病院又は診療所をいう。</p> <p>ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。</p> <p>(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者</p> <p>(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</p> <p>(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</p>
--	--

初期加算	30単位(日額)
基準等	入所した日から起算して30日以内の期間については、1日につき加算する。
解釈通知等	<p>入所者が過去3月間(日常生活自立度のランク、またはMに該当する場合は過去1月間)に当該施設に入院したことがない場合に算定。</p> <p>当該施設の短期入所療養介護利用者が日を空けることなく引き続き入所した場合は、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。</p> <p>「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、初期加算は算定できない</p>

再入所時栄養連携加算	200単位(1回)
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院に入所(以下ここでは「一次入所」という。)している者が、退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護医療院に入所(以下ここでは「二次入所」という。)する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理と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又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者一人につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める基準 定員超過入所・人員基準欠如に該当していないこと。</p> </div>
解釈通知等	<p>介護医療院の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信金導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護医療院に入所(以下「二次入所」という。)した場合を対象とすること。なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。</p> <p>当該介護医療院の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに出席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。</p> <p>指導又はカンファレンスへの出席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるが、当事者又は家族が参加する場合は、同意を得ること。</p> <p>当該栄養ケア計画について、二次入所後の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。</p>

退所前訪問指導加算		460単位(1回)
基準等	<p>入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中1回(入所後早期に退所前訪問指導の必要が認められる入所者にとっては、2回)を限度に算定する。</p> <p>入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て当該社会福祉施設等(病院、診療所、他の介護保険施設を除く)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。</p>	
解釈通知等	<p>入院期間が1月を超える入所者の退院に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退院後生活する居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行った場合に、入院中1回に限り算定するものである。</p> <p>入院後早期に退院に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合においては、1回目の訪問指導は退院を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。</p> <p>退院日に算定すること。</p> <p>退院して病院又は診療所へ入院、退院して他の介護保険施設へ入院又は入所、また、死亡退院の場合は、算定できない。</p> <p>医師、看護職員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p> <p>入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</p> <p>指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</p>	

退所後訪問指導加算		460単位(1回)
基準等	<p>入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後1回を限度として算定する。</p> <p>入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等(病院、診療所、他の介護保険施設を除く)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。</p>	
解釈通知等	<p>入所者の退院後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものであり、訪問日に算定すること。</p> <p>訪問日に算定すること。</p> <p>以下、退院前訪問指導加算 ~ のとおり</p>	

退所時指導加算		400単位(1回)
基準等	<p>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、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所者1人につき1回を限度に算定する。</p>	
解釈通知等	<p>退所時指導の内容は、次のようなものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 c 家屋の改善の指導 d 退所する者の介助方法の指導 <p>退所時指導加算は次の場合には算定できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 退所して病院又は診療所へ入院する場合 b 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 c 死亡退所の場合 <p>退所時指導加算は、医師、看護職員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p> <p>退所時指導加算は、入所者及び家族等のいずれにも行うこと。</p>	

	退所時指導加算を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。
--	--

退所時情報提供加算	500単位(1回)
基準等	<p>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、当該入所者の退所後の主治医に対して当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回を限度に算定する。</p> <p>入所者が退所後に患者の居宅でなく、他の社会福祉施設等(病院、診療所、他の介護保険施設を除く)に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定できる。</p>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、所定の様式(老企第40号別紙様式2)の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退院後の治療計画等を示す書類を添付すること。 ・退院して病院又は診療所へ入院、退院して他介護保険施設へ入院又は入所、死亡退所の場合は算定できない。

退所前連携加算	500単位(1回)
基準等	<p>入所期間が1月を超えるものが退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者1人につき1回を限度に算定する。</p>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・入院期間が1月を超える入所者の退院に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退院後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者1人につき1回に限り退院日に加算を行うものであること。 ・連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。 ・退院して病院又は診療所へ入院、退院して他介護保険施設へ入院又は入所、死亡退所の場合は算定できない。 ・医師、看護職員、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

訪問看護指示加算	300単位(1回)
基準等	<p>入所者の退所時に、介護医療院の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る。)の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。</p>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・介護医療院から交付される訪問看護指示書(様式は別途通知するところによるものとする。)に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は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、特に退院する者の求めに応じて、退院する患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録等に添付すること。 ・訪問看護の指示を行った介護医療院は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス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。

栄養マネジメント強化加算（届出）	11単位（日額）
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市長に届け出た介護医療院において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>介護医療院サービスにおける栄養マネジメント強化加算の基準</p> <p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費における規定を準用する</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 管理栄養士を常勤換算方法（介護医療院基準第2条第3項に規定する常勤換算方法をいう。）で、入所者の数を50で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を1名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。 2 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の食事観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。 3 2に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。 4 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 5 通所介護費算定方法第10号（定員超過又は介護職員、看護職員又は介護支援専門員の人員基準欠如による減算）に規定する基準のいずれにも適合しないこと。
解釈通知等	<p>栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。</p> <p>大臣基準第65号の3の1に規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士1名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。</p> <p>イ 暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすものとする。</p> <p>ロ 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。</p> <p>当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第4に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。</p> <p>低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。</p> <p>イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成す</p>

	<p>る栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。</p> <p>ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。</p> <p>なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。</p> <p>ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。</p> <p>ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事前の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。</p> <p>低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。</p> <p>大臣基準第65号の3ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>
--	---

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

問 週5回以上の食事の観察について、管理栄養士は必ず週5回以上実施する必要があるか。

(答) ・食事の観察については、管理栄養士が1日1回、週5回以上実施することを原則とする。
 ・病欠等のやむを得ない事情により管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等他職種が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。

経口移行加算	28単位(日額)
<p>基準等</p>	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し手いる場合であって、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(同意を得た日)から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。</p> <p>経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>告示27号・14及び15に規定する基準(定員超過・人員欠如)のいずれにも該当しないこと。</p> </div>
<p>解釈通知等</p>	<p>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、次の通り、実施するものとする。</p> <p>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、施設サービスにおいては、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。</p> <p>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。</p> <p>経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからハまでについて確認した上で実施すること。</p> <p>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。)</p> <p>ロ 刺激しなくても覚醒を保てられること。</p> <p>ハ 嚥下反射が見られること(唾夜嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上認められること。)</p> <p>ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾夜を嚥下しても「むせ」がないこと。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

経口維持加算	() 400単位(月額) () 100単位(月額)
<p>基準等</p>	<p>(経口維持加算 () を算定する場合)</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、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、当該計画に従って医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、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月につき所定単位数を加算する。</p> <p>ただし、栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。</p> <p>(経口維持加算 () を算定する場合)</p> <p>協力歯科医療機関を定めている介護医療院が、経口維持加算 () を算定している場合であつて、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(介護医療院に配置された医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 告示27号・14及び15に規定する基準(定員超過・人員欠如)のいずれにも該当しないこと。 2 入所者の摂食若しくは嚥下機能が医師の判断により適切に評価されていること。 3 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。 4 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされていること。 5 2から4までについて、医師、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して実施する体制が整備されていること。 </div>
<p>解釈通知等</p>	<p>経口維持加算()については、次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。</p> <p>イ 現に経口により食事を摂取している者であつて、摂食機能障害(食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」、 「食物テスト(food test)」、 「改訂水飲みテスト」 などを含む。以下同じ。) 頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。) ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る(以下同じ。)。</p> <p>ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護医療院サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>ハ 当該経口維持計画に基づき栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。</p> <p>経口維持加算()における食事の観察及び会議等の実施に当たっては医師(指定介護療養型医療施設に配置された医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に</p>

	<p>基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。</p> <p>経口維持加算()及び経口維持加算()の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。</p> <p>「管理体制」とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。</p>
--	--

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

問 経口維持加算()の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価(水飲みテストなど)で嚥下機能評価でも可能か

(答) 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト(「水砕片飲み込み検査」、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」等を含む。)頸部硬直法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影をいう。)、内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。)等により誤嚥が認められる場合に算定出来るものである。

令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.3)

問94 水飲みテストとはどのようなものか。

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

口腔衛生管理加算	()90単位 ()110単位 (月額)
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、いずれかの加算を算定している場合は、他の加算は算定しない。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>イ 口腔衛生管理加算() 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科医師の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。</p> <p>(2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。</p> <p>(3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。</p> <p>(4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。</p> <p>(5) 通所介護費等算定方法第15号(定員超過・人員基準欠如による減算)に該当しないこと。</p> <p>ロ 口腔衛生管理加算() 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p>
解釈通知等	<p>口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。</p> <p>当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。</p> <p>歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科</p>

	<p>医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべく事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的な助言及びその他必要と思われる事項を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。</p> <p>当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険による対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。</p> <p>厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>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。</p>
--	--

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

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

(答) 両加算ともに、施設と雇用関係にある歯科衛生士（常勤、非常勤を問はない。）または協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

問 口腔衛生管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行なった場合も算定できるのか。

(答) 利用者ごとに口腔ケアを行なうことが必要である。

問 口腔衛生管理体補助加算及び口腔衛生管理加算に当たって作成することとなっている「利用者又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

(答) ・施設ごとに計画を作成することとなる。
 ・なお、口腔衛生管理加算の算定にあたっては、当該計画に合わせて入所者ごとに「口腔衛生に関する実施記録」を作成・保管することが必要である。

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

問97 歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月2回以上実施されている場合に算定できることとされているが、月途中から介護保険施設に入所した者について、入所月は月2回に満たない場合であっても算定できるのか。

(答) 月途中からの入所であっても、月2回以上口腔衛生等の管理が実施されていない場合には算定できない。

問98 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月2回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は2回分の実施とするのか。

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

療養食加算(届出)	6単位(1回)
基準等	<p>次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして市長に届け出た介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として、所定単位数を加算する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。 2 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。 3 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準(定員超過入所・人員基準欠如(看護師比率に係る部分を除く)に該当していないこと。)に適合する介護医療院において行われていること。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める療養食</p> <p>疾病治療の直接手段として医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、特別な場合の検査食</p> </div>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者等告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。 ・疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。))、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。 ・前記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。 ・減塩食療法等について <ul style="list-style-type: none"> 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0g未滿の減塩食をいうこと。 ・肝臓病食について <ul style="list-style-type: none"> 肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいうこと。 ・胃潰瘍食について <ul style="list-style-type: none"> 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。 ・貧血食の対象者となる入所者等について <ul style="list-style-type: none"> 療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。 ・高度肥満症に対する食事療法について <ul style="list-style-type: none"> 高度肥満症(肥満度が+70%以上又はBMI(Body Mass Index)が35以上)に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。 ・特別な場合の検査食について <ul style="list-style-type: none"> 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。 ・脂質異常症食の対象となる患者等について <ul style="list-style-type: none"> 療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140

	<p>mg/dl 以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg/dl 未満、若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl 以上である者であること。</p> <p>なお、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能である。</p>
--	--

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

問 濃厚流動食のみの提供の場合は、3食として理解してよいか。

(答) ・1日給与量の指示があれば、2回で提供しても3回としてもよい。

在宅復帰支援機能加算	10単位(日額)
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院であって、次に掲げる基準のいずれにも該当している場合にあっては、1日につき所定単位数を加算する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 入所者の家族との連絡調整を行っていること。 2 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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた者に限る。)の占める割合が3割を超えていること。 2 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する込みであることを確認し、記録していること。 </div>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するにあたり、入所者及びその家族に対して、次に掲げる支援を行うこと。 <ul style="list-style-type: none"> 退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。 必要時応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居宅地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。 ・本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。 <ul style="list-style-type: none"> 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言 家屋の改善に関する相談援助 退所する者の介助方法に関する相談援助 ・在宅復帰支援機能加算の算定を行なった場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

緊急時施設診療費に関する事項	
基準等	<p>入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行なわれる次に掲げる医療行為につき算定する。</p> <p>(1)緊急時治療管理(1日につき) 518単位</p> <p>注1 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行なったときに算定する。</p> <p>2 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度とする。</p> <p>(2)特定治療</p> <p>注 医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療(別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院において行なわれる場合を除く。)</p>

	<p>働大臣が定めるものを除く。)を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。</p> <p>厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療の内容は次のとおり</p> <p>指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護医療院サービスのツ(2)の厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療</p> <p>医科診療報酬点数表第2章第7部により点数の算定されるリハビリテーション、同章第9部により点数の算定される処置(同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)、同章第10部により点数の算定される手術及び同章第11部により点数の算定される麻酔のうち、次に掲げるものとする。</p> <p>イからホ (略)</p>
<p>解釈通知 (29)</p>	<p>入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護医療院において緊急その他やむを得ない事情により施設診療を行なうときがあるので、緊急時施設診療費は、このような場合に行われる施設診療を評価するために設けられていること。</p> <p>緊急時治療管理</p> <p>イ 緊急時治療管理は、入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、1日につき518単位を算定すること。</p> <p>ロ 緊急時治療管理は、1日に連続する3日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、例えば、1月に連続しない11日を3回算定することは認められないものであること。</p> <p>ハ また、緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできないこと。</p> <p>ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること</p> <p>a 意識障害又は昏睡</p> <p>b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪</p> <p>c 急性心不全(心筋梗塞を含む。)</p> <p>d ショック</p> <p>e 重篤な代謝障害</p> <p>f その他薬物中毒等で重篤なもの</p> <p>特定治療</p> <p>イ 特定治療は、介護医療院においてやむを得ない事情により行なわれるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じて得た額を算定すること。</p> <p>ロ 算定できないものは、利用者等告示第74の2号に示されていること。</p> <p>ハ ロの具体的取扱いについては、診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。</p>

認知症専門ケア加算(届出)	() 3単位(日額) () 4単位(日額)
<p>基準等</p>	<p>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市長に届け出た介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行なった場合は、当該基準に掲げる基準に従い、1日につき加算する。ただし、認知症専門加算()を算定している場合は、認知症専門加算()は算定せず、いずれかのみ算定する。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>認知症専門加算()を算定する場合</p> <p>1 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、日常生活に支障を来たすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。</p> <p>2 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者(短期入所療養介護を提供する場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める者を含む。)を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症のケアを実施していること。</p> <p>3 当該事業所又は施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期</p>

	<p>的に開催していること。</p> <p>認知症専門加算（ ）を算定する場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 認知症専門ケア加算（ ）の基準のいずれにも適合すること。 2 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を認知症専門ケア加算（ ）の基準に加え1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 3 当該事業所又は施設における介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。 <p>（厚生労働大臣が定める者）</p> <p>日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者</p>
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者は、日常生活自立度のランク、又はMに該当する患者を指すものとする。 ・「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す。 ・入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 ・「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

認知症行動・心理症状緊急対応加算		200単位（日額）
基準等	<p>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には、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。</p>	
解釈通知等	<p>「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。</p> <p>本加算は、在宅で療養を行っている入所者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護医療院に一時的に入所することにより、当該入所者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。</p> <p>本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護医療院への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、入所者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。</p> <p>本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。</p> <p>次に掲げる者が、直接、当該施設へ入院した場合には、当該加算は算定できないものであること。</p> <ol style="list-style-type: none"> a 病院又は診療所に入院中の者 b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 <p>判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たった留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。</p> <p>当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。</p> <p>当該加算は、当該入所が入所前1月の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できることとする。</p>	

重度認知症疾患療養体制加算	(日額)
<p>基準等</p>	<p>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市長に届け出た介護医療院において、入所者に対して、介護医療院サービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) 重度認知症疾患療養体制加算()</p> <p>(一) 要介護1又は要介護2 140単位</p> <p>(二) 要介護3、要介護4又は要介護5 40単位</p> <p>(2) 重度認知症疾患療養体制加算()</p> <p>(一)要介護1又は要介護2 200単位</p> <p>(二)要介護3、要介護4又は要介護5 100単位</p> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <p>指定短期入所療養介護における重度認知症疾患療養体制加算の基準</p> <p>イ 重度認知症疾患療養体制加算()の基準</p> <p>(1) 看護職員の数が、常勤換算方法で、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入所者(以下この号において「入所者等」という。)の数の合計数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、そのうち当該介護医療院における入所者等の数を四をもって除した数(その数が一に満たないときは、一とし、その数に一に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)から当該介護医療院における入所者等の数を六をもって除した数(その数が一に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。)を減じた数の範囲内で看護職員とすることができる。</p> <p>(2) 当該介護医療院に専任の精神保健福祉士(精神保健福祉士法(平成九年法律第百三十一号)第二条に規定する精神保健福祉士をいう。口において同じ。)及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ一名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院短期入所療養介護を提供していること。</p> <p>(3) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前三月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の割合が二分の一以上であること。</p> <p>(4) 近隣の精神科病院(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第百二十三号)第十九条の五に規定する精神科病院をいう。以下この 及び口において同じ。)と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院(同法に基づくものに限る。口において同じ。)させる体制が確保され、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が週四回以上行われていること。</p> <p>(5) 届出を行った日の属する月の前三月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。</p> <p>ロ 重度認知症疾患療養体制加算()の基準</p> <p>(1) 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数が四又はその端数を増すごとに一以上</p> <p>(2) 当該介護医療院に専ら従事する精神保健福祉士及び作業療法士がそれぞれ一名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対し介護医療院短期入所療養介護を提供していること。</p> <p>(3) 六十平方メートル以上の床面積を有し、専用の器械及び器具を備えた生活機能回復訓練室を有していること。</p> <p>(4) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前三月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから特に介護を必要とする認知症の者の割合が二分の一以上であること。</p> <p>(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が確保され、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が週四回以上行われていること。</p> <p>(6) 届出を行った日の属する月の前三月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。</p>
<p>解釈・通知等</p>	<p>イ 重度認知症疾患療養体制加算については、施設単位で体制等について届け出ること。</p> <p>ロ 施設基準第21号の3イ(3)及び施設基準第21号の3ロ(4)の基準において、入所者等が全て認知症の者とあるのは、</p>

	<p>入所者等が全て認知症と確定診断されていることをいう。ただし、入所者については、入所後3か月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE (Mini Mental State Examination) において23点以下の者又はHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において20点以下の者を含むものとする。短期入所療養介護の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。なお、認知症の確定診断を行った結果、認知症でないことが明らかになった場合には、遅滞なく適切な措置を講じなければならない。</p> <p>ハ 施設基準第21の3号イ(3)の基準において、届出を行った日の属する月の前三月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) ()に掲げる数÷()に掲げる数</p> <p>() 届出を行った日の属する月の前三月における認知症高齢者の日常生活自立度のランク b 以上に該当する者の延入所者数</p> <p>() 届出を行った日の属する月の前三月における認知症の者の延入所者数</p> <p>ニ 施設基準第21の3号ロ(4)の基準において、届出を行った日の属する月の前三月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから特に介護を必要とする認知症の者の割合については、以下の式により計算すること。</p> <p>(a) ()に掲げる数÷()に掲げる数</p> <p>() 届出を行った日の属する月の前三月における認知症高齢者の日常生活自立度のランク 以上に該当する者の延入所者数</p> <p>() 届出を行った日の属する月の前三月における認知症の者の延入所者数</p> <p>ホ 施設基準第21の3号ロ(3)の基準における生活機能回復訓練室については、「介護医療院条例解釈」(平成30年3月22日第1号)のとおり、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、生活機能回復訓練室については、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。</p> <p>ヘ 施設基準第21の3号イ(4)及び施設基準第21の3号ロ(5)の基準で規定している医師が診察を行う体制については、連携する近隣の精神科病院に勤務する医師が当該介護医療院を週四回以上訪問し、入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を行っていること。ただし、老人性認知症疾患療養病棟(介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号)第四条第二項に規定する病床により構成される病棟を有する病院の当該精神科病床)の全部又は一部を転換し開設した介護医療院にあっては、当該介護医療院の精神科医師又は神経内科医師が入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を週四回以上行うことで差し支えない。なお、その場合であっても、近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制が確保されている必要がある。</p>
--	---

排せつ支援加算	() 10単位 () 15単位 () 20単位(月額)
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次にいずれかの加算を算定している場合においては、他の加算は算定しない。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>イ 排せつ支援加算() 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>(2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>(3) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。</p> <p>ロ 排せつ支援加算() 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>

	<p>(1) イ(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>(一) イ(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。</p> <p>(二) イ(1)の評価の結果、施設入所時におむつを使用していた者であって、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。</p> <p>ハ 排せつ支援加算() イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>
<p>解釈・通知等</p>	<p>排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の間により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(36)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>排せつ支援加算()は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(排せつ支援加算()又は()を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。</p> <p>本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。</p> <p>大臣基準第71号の3イの評価は、別紙様式6を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込みについて実施する。</p> <p>大臣基準第71号の3イの施設入所時の評価は、大臣基準第71号の3イからまでの要件に適合しているものとして市長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。</p> <p>又はの評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師がの評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。</p> <p>大臣基準第71号の3イの評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>大臣基準第71号の3イの「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版(平成30年4月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。</p> <p>大臣基準第71号の3イの「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。</p> <p>支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中</p>

	<p>に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにしてください。</p> <p>支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。</p> <p>当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。</p> <p>大臣基準第71号の3イにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。</p> <p>その際、P D C Aの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。</p> <p>排せつ支援加算()は、排せつ支援加算()の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。</p> <p>排せつ支援加算()は、排せつ支援加算()の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。</p>
--	--

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

問84	<p>排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考に、失禁に関するガイドラインに、以下のものは含まれるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・EBMに基づく尿失禁ガイドライン（平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班） ・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会） ・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会） ・便失禁診療ガイドライン（平成29年 日本大腸肛門病学会）
-----	--

(答) いずれも含まれる。

問77	<p>排せつ支援加算について、「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、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない」とされているが、1)「支援を継続して実施」を満たすためには、2)支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、その場合、加算の算定はいつまで可能か。3)「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。</p>
-----	---

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

自立支援促進加算	300単位(月額)
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>自立支援促進加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。 ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。 ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 ニ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。
解釈・通知等	<p>自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく自立支援の促進(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(37)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。</p> <p>本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。</p> <p>このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。</p> <p>本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の4に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。</p> <p>大臣基準第71号の4イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式7を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。</p> <p>大臣基準第71号の4ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて、訓練の提供に係る事項(離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等)の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。</p> <p>当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。 b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。 c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。

	<p>d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。</p> <p>e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。</p> <p>f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。</p> <p>大臣基準第71号の4口において、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>大臣基準第71号の4八における支援計画の見直しは、支援計画に実施上にあたっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。</p> <p>その際、P D C Aの推進及びケアの向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。</p> <p>大臣基準第71号の4二の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>
--	---

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

問84 本加算の目的にある「入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図ること」とはどのような趣旨か。

(答) これまで、

- 寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害は、適切なケアを行うことにより、回復や重度化防止が期待できること
- 中重度の要介護者においても、離床時間や座位保持時間が長程、ADLが改善すること

等が示されており（第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページ等参照）さらに、日中の過ごし方を充実したものとすることで、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていくこと、さらには、機能障害があってもADLおよびIADLを高めて、社会参加につなげていくことが重要である。

介護保険は、尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供することを目的とするものであり、本加算は、これらの取組を強化し行っている施設を評価することとし、多職種で連携し、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援等の観点から作成した支援計画に基づき、適切なケアを行うことを評価することとしたものである。

【問5】 「個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。

【答】 具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最後まで尊厳の保持に資する取組を求めるものである。

なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明する必要があるが、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があるにも関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。

【問6】 支援計画の実施（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月老企第40号第2の5（37）

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

【答】具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであることを踏まえ、いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床等の支援を一定時間実施することを求めるものである。

したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っていることなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきでない場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要である。

なお、

- － 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は、有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が低い傾向にある（（第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページを参照）とのデータもあることを参考に、一定の時間を確保すること。
- － 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むことも重要である。

【問7】 支援計画の実施にあたっては、原則として「食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する」とこととされるが、具体的にどのような取組が求められるのか。

【答】具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、

- － 個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定
- － 慣れ親しんだ食器等の使用
- － 管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。

また、

- － 警官栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきでない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようすること。
- － 入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮することといった取り組みを想定している。

なお、衛生面に十分配慮のうえ、本人の状況を踏まえつつ、調理から喫食まで120分以内の範囲にできるように配膳することが望ましいが、結果的に喫食出来なかった場合にレトルト食品の常備食を提供すること等も考えられること。

【問8】 支援計画の実施にあたっては、原則として「排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用すること」とされているが、具体的にどのような取組が求められるのか。

【答】排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。

このため、本加算は、日中の通常のケア（*）において、多床室でポータブルトイレを使用している利用者がいないことを想定している。

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

なお「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは

- － トイレで排せつするためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支

援計画を作成し定期的に見直すことや

- 一 入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつリズムや、本人のQOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえ、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないこと

を想定している。

【問9】 支援計画の実施にあたっては、原則として「入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴し、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること」とされているが、具体的にどのような取組が求められるのか。

【答】 尊厳の保持の観点から、全ての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽（個人浴槽を除く。）を利用している入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、

- 一 入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定することや
- 一 本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること
- 一 脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮すること

等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。

また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。

なお、重度の要介護者に対して職員1人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは2人以上の複数の職員で行うことを想定している。

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

【答】 個々の入所者や家族の希望を叶えるといった視点が重要であり、例えば

- 一 起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること
- 一 趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること

等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。

例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会参加することが本人の暮らしの支援につながると考えられる。

なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物（仏壇や家具、家族の写真等）を持ち込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。

科学的介護推進体制助算	() 40単位 () 60単位 (月額)
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、他の加算は算定しない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>イ 科学的介護推進体制助算 () 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p> <p>ロ 科学的介護推進体制助算 () 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(1)に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じて施設サービスを見直すなど、サービスの提供に当たって、イ(1)に規定する情報、イ(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p> </div>
解釈通知等	科学的介護推進体制助算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71号の5に掲げる要件を

満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

大臣基準第71号の5イ及びロの情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する(Plan)。

ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。

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

ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

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

科学的介護推進体制、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について

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

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

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

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

* サービス利用開始時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算

* サービス利用終了時に情報提出が必要な加算：科学的介護推進体制加算

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

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

長期療養生活移行加算		60単位（月額）
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合にあつては、入所した日から起算して90日以内の期間に限り、長期療養生活移行加算として、1日につき所定単位数を加算する。</p> <p>イ 療養病床に1年以上入院していた者であること。</p> <p>ロ 介護医療院への入所に当たって、当該入所者及びその家族等が、日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設としての取組について説明を受けていること。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。</p>	
解釈通知等	<p>長期療養生活移行加算は、療養病床に1年以上入院していた者に対して、介護医療院サービスを提供した場合に算定できるものである。</p> <p>療養病床から介護医療院に直接入所した者に対して算定できるものであり、療養病床を有する医療機関から転換を行って介護医療院を開設した場合は、転換を行った日が起算日となる。</p> <p>療養病床との違いを含め、生活施設としての取組について、入所者やその家族等に説明するとともに、質問、相談等に丁寧に応じること。説明等を行った日時、説明内容等はを記録しておくこと。</p> <p>入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、介護医療院で合同の行事を実施する場合には、地域住民等に周知すること。また、地域の行事や活動等に入所者やその家族等及び職員が参加できるように取り組むこと。</p>	

安全対策体制加算		20単位
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <p>入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。</p>	
解釈通知等	<p>安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。</p> <p>安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。令和3年10月31日までの間にあつては、研修を受講予定（令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和3年4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。</p> <p>また、組織的な安全対策を実施するにあつては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。</p>	

サービス提供体制強化加算（届出）	<input type="checkbox"/> 22単位（日額） <input type="checkbox"/> 18単位（日額） <input type="checkbox"/> 6単位（日額）
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院が、入所者に対し介護医療院サービスを行なった場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき加算する。ただし、いずれかの区分の加算を算定している場合においては、その他の区分の加算は算定しない。</p> <p>（厚生労働大臣が定める基準）</p> <p>イ サービス提供体制強化加算（ ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>（1）次のいずれかに適合すること。</p> <p>（一） 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。</p> <p>（二） 介護医療院の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。</p> <p>（2）提供する介護医療院サービスの質の向上に資する取組を実施していること。</p> <p>（3）通所介護費等算定方法第15号（定員超過・人員基準欠如による減算）に規定する基準のいずれにも適合すること。</p> <p>ロ サービス提供体制強化加算（ ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>（1）介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。</p> <p>（2）イ（3）に該当するものであること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算（ ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>（1）次のいずれかに適合すること。</p> <p>（一） 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>（二） 介護医療院の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。</p> <p>（三） 指定短期入所療養介護又は介護医療院サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>（2） イ（3）に該当するものであること。</p>
解釈・通知等	<p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。</p> <p>この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、入所者等への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。</p> <p>前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。</p> <p>介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。</p> <p>前年度の実績が6月に満たない事業所にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。</p> <p>勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。</p> <p>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を含めることができるものとする。</p> <p>介護医療院サービスを患者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。</p> <p>提供する介護医療院の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。</p> <p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ L I F E を活用した P D C A サイクルの構築

	<ul style="list-style-type: none"> ・ICT・テクノロジーの活用 ・高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化 ・ケアに当たり、居室の定員が2以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること <p style="margin-left: 20px;">実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。</p>
--	--

介護職員処遇改善加算（届出）	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員処遇改善加算（ ）…介護報酬総単位数の2.6%の単位数 ・介護職員処遇改善加算（ ）…介護報酬総単位数の1.9%の単位数 ・介護職員処遇改善加算（ ）…介護報酬総単位数の1.0%の単位数
-----------------------	--

基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は令和6年3月31日までの間、所定単位数に加算します。ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。</p> <p style="margin-left: 20px;">厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 介護職員処遇改善加算（ ）…次の～のいずれにも適合すること。</p> <p style="margin-left: 20px;">退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づいて適切な措置を講じていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">事業所において、の賃金改善計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営状況等を理由に事業の継続が著しく困難となった場合であって、介護職員の基準水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直した上で賃金改善を行う場合には、その内容について市長に届け出ること。</p> <p style="margin-left: 20px;">事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。</p> <p style="margin-left: 20px;">算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法、その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p> <p style="margin-left: 20px;">事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 介護職員の任用における職責または職務内容等の要件（賃金も含む。）を定めていること。 (2) (1)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 (3) 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施または研修機会を確保していること。 (4) (3)について全ての介護職員に周知していること。 (5) 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。 (6) (5)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。 <p style="margin-left: 20px;">の届出に係る計画の期間中に実施する介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p> <p>ハ 介護職員処遇改善加算（ ）イ から まで、(1)から(4)まで及び に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>ニ 介護職員処遇改善加算（ ）…次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p style="margin-left: 20px;">イの から 及び までに掲げる基準に適合すること。</p> <p style="margin-left: 20px;">次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 <ol style="list-style-type: none"> a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定め
------------	---

ていること。

b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること

(2) 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

b aについて全ての介護職員に周知していること。

キャリアパス要件

・キャリアパス要件

次のイ、ロ及びハの全てに適合すること。

イ 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

ロ イに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われているものを除く。）について定めていること。

ハ イ及びロの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

・キャリアパス要件

次のイ及びロの全てに適合すること。

イ 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び一又は二に掲げる具体的な計画を策定し、当該計画にかかる研修の実施又は研修の機会を確保していること。

一 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。

二 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

ロ イについて、全ての介護職員に周知していること。

・キャリアパス要件

次のイ及びロの全てに適合すること。

イ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の一から三までのいずれかに該当する仕組みであること。

一 経験に応じて昇給する仕組み

「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。

二 資格等に応じて昇給する仕組み

「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

三 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

ロ イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

介護職員処遇改善加算加算の職場環境等要件

届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての介護職員に周知していること。

介護職員処遇改善加算の算定要件

加算（ ） キャリアパス要件、キャリアパス要件、キャリアパス要件、職場環境等要件の全てを満たすこと。

加算（ ） キャリアパス要件、キャリアパス要件、職場環境等要件の全てを満たすこと。

加算（ ） キャリアパス要件又はキャリアパス要件のどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこと。

【国Q & A】平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

問 介護職員の資質向上の支援に関する計画には、具体的にどのような内容が必要か。

(答)

当該計画については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針や事業者が求める介護職員像及び介護職員のキャリア志向に応じて適切に設定されたい。

また、計画の期間は必ずしも賃金改善実施期間と合致しなくても良い。なお、目標を例示すれば、次のようなものが考えられる

利用者のニーズに応じた良質なサービス提供するために、介護職員が技術・能力（例：介護技術、コミュニケーション能力、協働性、問題解決能力、マネジメント能力等）の向上に努めること。

事業所全体での資格等（例：介護福祉士、介護職員基礎研修、訪問介護員研修等）の取得率向上

問 賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

(答)

賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。

問 介護職員の任用における職責又は職務内容等の定めには、最低限どのような内容が必要か。

(答)

職責や職務内容等については、特に基準等を設けておらず、事業者の運営方針等に基づいて設定することが必要である。

問 介護職員処遇改善加算の届出は毎年必要か。平成27年度に加算を算定しており、平成28年度にも加算を算定する場合、再度届け出る必要があるのか。

(平成27年度介護報酬改定Q & A (Vol. 2) にて一部改正)

(答)

介護職員処遇改善加算を算定しようとする事業所が前年度も加算を算定している場合、介護職員処遇改善計画書は毎年提出する必要があるが、既に提出された計画書添付書類については、その内容に変更（加算取得に影響のない軽微な変更を含む）がない場合は、その提出を省略させることができる。

問 介護職員処遇改善計画書の作成について、当該計画の内容が変更になった場合は、改めて都道府県知事等に届け出る必要があるのか。また、当該計画は、事業年度を超えて作成することはできないと解してよろしいか。

(答)

加算を算定する際に提出した介護職員処遇改善計画書等に変更があった場合には、必要な事項を記載した変更の届出を行う。なお、加算取得に影響のない軽微な変更については、必ずしも届け出を行う必要はない。

また、介護職員処遇改善計画は収入額・支出額等を各年度、見直しをする必要があるため、各年毎に作成することが必要である。

問 実績報告で賃金改善額が加算額を下回った場合、これまでの交付金と同様、返還する必要があるのか。

(答)

加算の算定要件は、賃金改善額が加算による収入額を上回ることであり、加算による収入額を下回るとは想定されないが、仮に加算による収入額を下回っている場合は、一時金や賞与として支給されることが望ましい。

なお、悪質な事例については、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

問 期限までに実績報告が行われなかった場合は、実施期間中の当該加算は全額返還となるのか。

(答)

加算の算定要件で実績報告を行うこととしており、指定権者が実績報告の提出を求める等の指導を行っているにも関わらず、実績報告の提出を行わない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となる。

問 加算は、事業所ごとに算定するため、介護職員処遇改善加算の算定要件である介護職員処遇改善計画書や実績報告書は、（法人単位ではなく）事業所ごとに提出する必要があるのか。

(答)

<p>加算は、事業所毎に算定をするため事業所毎の届出が原則となるが、介護サービス事業所等を複数有する介護サービス事業者等（法人である場合に限る。）である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、介護職員処遇改善計画書は、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一の就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。</p>	
<p>問 介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額に反映しないとありますが、利用料には反映されるのか。</p>	
<p>(答)</p> <p>介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の算定には含まない。また、利用者には通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額の1割を請求することになる。</p>	
<p>問 介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。</p>	
<p>(答)</p> <p>介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。</p>	
<p>問 複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。</p>	
<p>(答)</p> <p>これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。</p>	
<p>【国Q & A】平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2)</p>	
<p>問 一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日までに在籍している者のみに支給する（支給日前に退職した者には全く支払われない）」という取扱いは可能か。</p>	
<p>(答)</p> <p>処遇改善加算の算定要件は、賃金改善に要する額が処遇改善加算による収入を上回ることであり、事業所（法人）全体での賃金改善が要件を満たしていれば、一部の介護職員を対象としないことは可能である。</p> <p>ただし、この場合を含め、事業者は、賃金改善の対象者、支払いの時期、要件、賃金改善額等について、計画書等に明記し、職員に周知すること。</p> <p>また、介護職員から加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について書面を用いるなど分かりやすく説明すること。</p>	
<p>問 処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の取組に要した費用を賃金改善として計上して差し支えないか。</p>	
<p>法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。</p> <p>研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員に賃金に上乗せして支給すること。</p> <p>介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。</p>	
<p>(答)</p> <p>処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。</p> <p>当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。</p>	
<p>問 介護職員が派遣労働者の場合であっても、処遇改善加算の対象となるのか。</p>	
<p>(答)</p> <p>介護職員であれば派遣労働者であっても、処遇改善加算の対象とすることは可能であり、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、対象とする派遣労働者を</p>	

<p>働者を含めて作成すること。</p> <p>(厚生労働省「平成29年度介護報酬改定に関するQ&A」 キャリアパス要件 について)</p>
<p>問 キャリアパス要件 と既存のキャリアパス要件 との具体的な違い如何。</p>
<p>(答)</p> <p>キャリアパス要件 については、職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備することを要件としているが、昇給に関する内容を含めることまでは求めていないものである。一方、新設する介護職員処遇改善加算(以下「加算」という。)の加算() (以下「新加算()」という。)の取得要件であるキャリアパス要件 においては、経験、資格又は評価に基づく昇給の仕組みを設けることを要件としている。</p>
<p>問 昇給の仕組みとして、それぞれ『経験 資格 評価のいずれかに応じた昇給の仕組みを設けること』という記載があるが、これらを組み合わせて昇給の要件を定めてもいいか。</p>
<p>(答)</p> <p>お見込みの通りである。</p>
<p>問 昇給の方式については、手当や賞与によるものでも良いのか。</p>
<p>(答)</p> <p>職級の方式は、基本給による賃金改善が望ましいが、基本給、手当、賞与等を問わない。</p>
<p>問 資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを有する」とあるが、具体的にはどのような仕組みか。</p>
<p>(答)</p> <p>本案件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。</p>
<p>問 キャリアパス要件 による昇給の仕組みについて、非常勤職員や派遣職員はキャリアパス要件 による昇給の仕組みの対象となるか。</p>
<p>(答)</p> <p>キャリアパス要件 による昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となりうるものである必要がある。</p> <p>また、介護職員であれば派遣職員であっても、派遣先と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の賃上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。新加算()の取得にあたっては本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件 について、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣労働者についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。</p>
<p>問 キャリアパス要件 の昇給の基準として「資格等」が挙げられているが、これにはどのようなものが含まれるのか。</p>
<p>(答)</p> <p>「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の終了を想定している。また、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組み」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事業所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。</p> <p>また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。</p>
<p>問 『一定の基準に基づく定期に昇給を判定する仕組み』とあるが、一定の基準とは具体的にどのような内容を指すのか。また、『定期に』とは、どの程度の期間まで許されるのか。</p>
<p>(答)</p>

	<p>昇給の判定基準については、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。</p>
問	<p>キャリアパス要件 を満たす昇給の仕組みを設けたが、それによる賃金改善総額だけでは、加算の算定額を下回る場合、要件は満たさないこととなるのか。</p>
(答)	<p>キャリアパス要件 を満たす昇給の仕組みによる賃金改善では加算の算定額に満たない場合においても、当該仕組みによる賃金改善を含め、基本給、手当、賞与等による賃金改善の総額が加算の算定額を上回っていればよい。</p>
問	<p>新加算()取得のため就業規則等の変更を行う際、役員会等の承認を要するが、平成29年度について、当該承認が計画書の提出期限の4月15日までに間に合わない場合、新加算()を算定できないのか。</p>
(答)	<p>計画書に添付する就業規則等について、平成29年度については、4月15日の提出期限までに内容が確定していない場合には、その時点での暫定のもの添付することとしてよい。ただし、その内容に変更が生じた場合、確定したものを6月30日までに指定権者に提出すること。</p>
問	<p>平成29年4月15日までに暫定のものとして添付した就業規則等につき、役員会等の承認が得られなかった場合や、内容に変更が生じた場合、新加算()は算定できないのか。</p>
(答)	<p>事業所や法人内部において承認が得られなかった場合や、内容に変更が生じ、結果としてキャリアパス要件 を満たさない場合については、新加算()は算定できないが、新加算()以外の区分の算定要件を満たしていれば変更届を提出の上、当該区分の加算を取得できる。また、内容の変更が軽微で、変更後の内容がキャリアパス要件を満たす内容であれば、変更届の提出を要することなく、新加算()を取得できる。</p>
	<p>平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)</p>
問	<p>外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。</p>
(答)	<p>介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、EPAによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。</p>
	<p>平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6)</p>
問	<p>最低賃金を満たしているのかを計算するにあたっては、介護職員処遇改善加算により得た加算額を最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるのか。</p>
(答)	<p>介護職員処遇改善加算により得た加算額を、最低賃金額と比較する賃金に含むか否かについては、当該加算額が、臨時に支払われる賃金や賞与等として支払われておらず、予定し得る通常の賃金として、毎月労働者に支払われているような場合には、最低賃金額と比較する賃金に含めることとなるが、当該加算の目的等を踏まえ、最低賃金を満たした上で、賃金の引上げを行っていただくことが望ましい。</p>
	<p>上記以外のQ & Aについては、各年度の介護報酬改定に関するQ & Aを参照</p>

介護職員等特定処遇改善加算(届出)	介護職員等特定処遇改善加算()…介護報酬総単位数の1.5%に相当する単位数 介護職員等特定処遇改善加算()…介護報酬総単位数の1.1%に相当する単位数
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は、所定単位数に加算します。ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。</p> <p>厚生労働省が定める基準</p> <p>イ 介護職員等特定処遇改善加算()…次の ~ のいずれにも適合すること。</p> <p>介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(1) 介護福祉士であって、経験及び技能を有する介護職員と認められる者(以下「経験・技能のある介護職員」という。)のうち1人は、賃金改善に要する費用の見込額が月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等特定処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでない。</p> <p>(2) 事業所における経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均を上回っていること。</p> <p>(3) 介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、介護職員以外の職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。ただし、介護職員以外の職員の平均賃金額が介護職員(経験・技能のある介護職員を除く。)の平均賃金額を上回らない場合はその限りでないこと。</p> <p>(4) 介護職員以外の職員の賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円を上回らないこと。</p> <p>事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等特定処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。</p> <p>事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。</p> <p>サービス提供体制強化加算()又は()を届け出ていること。</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算()から()までのいずれかを算定していること。</p> <p>の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。以下この号において同じ。)及び当該職員の処遇改善に要する費用を全ての職員に周知していること。</p> <p>の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。</p> <p>ロ 介護職員等特定処遇改善加算()…イ から まで及び から までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施</p> <p>賃金改善の考え方</p> <p>賃金改善は、基本給、手当、賞与等(退職手当を除く。)のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うものとします。また、安定的な処遇改善が重要であることから、基本給による賃金改善が望ましいです。</p> <p>賃金改善に係る賃金水準の比較の考え方</p> <p>賃金改善は、特定加算を取得していない場合の賃金水準と、特定加算を取得し実施される賃金水準との差分を用いて算出します。</p> <p>賃金改善に係る留意点</p> <p>特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施に合わせて、算定基準イ(介護福祉士の配置要件)、イ(現行加算要件)、イ(職場環境等要件)及びイ(見える化要件)を満たす必要があります。</p>

配分対象と配分方法

賃金改善の対象となるグループ

a 経験・技能のある介護職員

介護福祉士であって、経験・技能を有する介護職員と認められる者をいう。具体的には、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、他の法人における経験や、当該職員の業務や技能等を踏まえ、各事業所の裁量で設定することとします。

b 他の介護職員

経験・技能のある介護職員を除く介護職員をいう。

c その他の職種

介護職員以外の職員をいう。

事業所における配分方法（基本的には、「算定基準」のとおり。）

a 経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善に要する費用の見込額が平均月額8万円以上又は賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。なお、小規模事業所等で加算額全体が少額である等、設定することが困難な場合は合理的な説明を求めることとします。

b 経験・技能のある介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均と比較し高いこと。

c 他の介護職員の賃金改善に要する費用の見込額の平均が、その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額の平均の2倍以上であること。

d その他の職種の賃金改善に要する費用の見込額が年額440万円を上回らないこと。

賃金改善以外の要件

（介護福祉士の配置等要件）

サービス提供体制強化加算（ ）又は（ ）を算定していること。

（現行加算要件）

介護職員処遇改善加算（ ）から（ ）までのいずれかを算定していること。

（職場環境等要件）

届出の計画に係る計画の期間中に実施する処遇改善（賃金改善を除く。）の内容を全ての職員に周知していること。

（見える化要件）

特定加算に基づく取組について、ホームページへ掲載等により公表していること。具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用し、特定加算の取得状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。

（特定加算の算定要件）

イ 特定加算（ ）は、介護福祉士の配置等要件、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

ロ 特定加算（ ）は、現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件の全てを満たすこと。

賃金改善方法の周知について

事業所は、賃金改善を行う方法等について、職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知してください。

また、介護職員から処遇改善加算・特定加算に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、「賃金項目を特定した上で行うもの」となっていることもあり、書面を用いるなど分かりやすく説明してください。毎年介護職員から、事業所は処遇改善加算を算定しているようだが、賃金改善がなされているか分からないので確認したいとの問合せが多いので、周知についてよろしくお願いします。

【国Q & A】2019年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

問 介護職員等特定処遇改善加算は、勤続10年以上の介護福祉士がいなければ取得できないのか。

<p>(答)</p> <p>介護職員等特定処遇改善加算については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の介護職員処遇改善加算()から()までを取得していること ・ 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること ・ 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること <p>を満たす事業所が取得できることから、勤続10年以上の介護福祉士がいなくても取得可能である。</p>
<p>問 職場環境等要件について、届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容を全ての職員に周知していることとあるが、毎年度新たな取組を行わなければならないのか。</p>
<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員等特定処遇改善加算における職場環境等要件については、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性向上のための業務改善の推進」及び「やりがい・働きがいの醸成」について、それぞれ1つ以上(令和3年度は、6つの区分から3つの区分を選択し、選択した区分でそれぞれ1つ以上)の取組を行うことが必要である。 ・ 職場環境等要件については、令和3年度改定において、計画期間における取組の実施が求められることとされたが、これは毎年度新たな取組を行うことまで求めるものではなく、前年度と同様の取組を当該年度に行うことで、当該要件を満たすことも可能であること。 <p>(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)にて一部改正)</p>
<p>問 ホームページ等を通じた見える化については、情報公表制度を活用しないことも可能か。</p>
<p>(答)</p> <p>事業所において、ホームページを有する場合、そのホームページを活用し、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員等特定処遇改善加算の取得状況 ・ 賃金改善以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を公表することも可能である。
<p>問 経験・技能のある介護職員について、勤続10年以上の介護福祉士を基本とし、介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年の考え方については、事業所の裁量で設定できることとされているが、どのように考えるのか。</p>
<p>(答)</p> <p>「勤続10年の考え方」については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤続年数を計算するにあたり、同一法人のみだけでなく、他法人や医療機関等での経験等も通算する ・ すでに事業所内で設けられている能力評価や等級システムを活用するなど、10年以上の勤続年数を有しない者であっても業務や技能等を勘案して対象とする <p>など、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。</p>
<p>問 経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいなくても想定されるのか。その場合、月額8万円の賃金改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上となる者を設定・確保することは必要か。</p>
<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 経験・技能のある介護職員については、勤続年数10年以上の介護福祉士を基本とし、各事業所の裁量において設定することとなり、処遇改善計画書及び実績報告書において、その基準設定の考え方について記載することとしている。 ・ 今回、公費1000億円程度(事業費2000億円程度)を投じ、経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うという介護職員等特定処遇改善加算の趣旨を踏まえ、事業所内で相対的に経験・技能の高い介護職員を「経験・技能のある介護職員」のグループとして設定し、その中で月額8万円の賃金改善となる者等を設定することが基本となる。 ・ ただし、介護福祉士の資格を有する者がいない場合や、比較的新たに開設した事業所で、研修・実務経験の蓄積等に一定期間を要するなど、介護職員間における経験・技能に明らかな差がない場合などは、この限りでない。なお、このような「経験・技能のある介護職員」のグループを設定しない理由についても、処遇改善計画書及び実績

	<p>報告書に具体的に記載する必要がある。</p> <p>・どのような経験・技能があれば「経験・技能のある介護職員」のグループに該当するかについては、労使でよく話し合いの上、事業所ごとに判断することが重要である。</p>
問	月額8万円の処遇改善を計算するに当たり、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。
(答)	月額8万円の処遇改善の計算に当たっては、介護職員等特定処遇改善加算にもよる賃金改善分で判断するため、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分とは分けて判断することが必要である。
問	処遇改善後の賃金が、役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上かを判断するにあたっての賃金に含める範囲はどこまでか。
(答)	「経験・技能のある介護職員」のうち設定することとしている「月額8万円の処遇改善」又は「処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上」の処遇改善となる者に係る処遇改善後の賃金額については、手当等を含めて判断することとなる。なお、「月額8万円」の処遇改善については、法定福利費等の増加分も含めて判断し、処遇改善後の賃金「440万円」については、社会保険料等の事業主負担その他の法定福利費等は含まずに判断する。
問	その他の職種の440万円の基準を判断するにあたって、賃金に含める範囲はどこまでか。
(答)	その他の職種の440万円の基準については、手当等を含めて判断することとなる。なお、法定福利費等は含めない。
問	その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算はどのように行うのか。
(答)	その他の職種の440万円の基準についての非常勤職員の給与の計算に当たっては、常勤換算方法で計算し賃金額を判断することが必要である。
問	小規模な事業所で開設したばかりである等、設定することが困難な場合に合理的な説明を求める例として、8万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する場合が挙げられているが、「一定期間」とはどの程度の期間を想定しているのか。
(答)	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定するにはこれまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、時間を要する可能性があるが、規程の整備等については適切にご対応いただきたい。 ・当該地域における賃金水準や経営状況等、それぞれ状況は異なることから、「一定期間」を一律の基準で定めることや計画を定めて一定の期間で改善を求めることは適切でない。
問	各グループの対象人数に関して、「原則として常勤換算方法による」とされているが、どのような例外を想定しているのか。
(答)	各グループにおける平均賃金改善額を計算するに当たっては、経験・技能のある介護職員及び他の介護職員については、常勤換算方法による人数の算出を求めている。一方で、その他の職種については、常勤換算方法のほか、実人数による算出も可能であり、各事業所における配分ルールにも影響することも踏まえ、労使でよく話し合いの上、適切に判断されたい。
問	平均改善額の計算にあたり、母集団に含めることができる職員の範囲はどこまでか。
(答)	賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員についても、平均改善額の計算を行うにあたり職員の範囲に含めることとなる。
問	介護職員等特定処遇改善加算については、法人単位の申請が可能とされているが、法人単位での取扱いが認められ

<p>る範囲はどこまでか。</p> <p>(答)</p> <p>法人単位での取扱いについては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月額8万円の処遇改善となる者又は処遇改善後の賃金が役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上となる者を設定・確保 ・経験・技能のある介護職員、他の介護職員、その他の職種の設定が可能である。 ・また、法人単位で月額8万円の処遇改善となる者等の設定・確保を行う場合、法人で一人ではなく、一括して申請する事業所の数に応じた設定が必要である。なお、事業所の中に、設定することが困難な事業所が含まれる場合は、実態把握に当たりその合理的理由を説明することにより、設定の人数から除くことが可能である。 ・なお、取得区分が()、()と異なる場合であっても、介護職員等特定処遇改善加算の取得事業所間においては、一括の申請が可能である(未取得事業所や処遇改善加算の非対象サービスの事業所、介護保険制度外の事業所については一括した取扱いは認められない。)。 <p>【国Q&A】2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)</p>
<p>問 情報公表制度の報告対象外でかつ事業所独自のホームページを有しない場合、見える化要件を満たすことができず、特定加算を算定できないのか。</p>
<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見える化要件を満たすには、特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していることを求めている。 ・具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用していることを原則求めているが、この制度の対象となっていない場合は、外部の者が閲覧可能な形で公表することが必要である。その手法としては、ホームページの活用に限らず、事業所・施設の建物内の入口付近など外部の者が閲覧可能な場所への掲示等の方法により公表することも可能である。
<p>問 2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成31年4月12日)問6に「月額8万円の処遇改善を計算するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による賃金改善分と分けて判断することが必要」とされているが、「役職者を除く全産業平均賃金(440万円)以上か」を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することは可能か。</p>
<p>(答)</p> <p>経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額平均8万円以上又は賃金改善後の賃金が年額440万円以上となる者(以下このQ&Aにおいて「月額8万円の改善又は年収440万円となる者」という。)を設定することを求めている。この年収440万円を判断するに当たっては、現行の介護職員処遇改善加算による改善を含めて計算することが可能である。</p>
<p>問 経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定することについて、「現に賃金が年額440万円以上の者がいる場合にはこの限りでない」とは、具体的にどのような趣旨か。</p>
<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の特定加算については、公費1000億円(事業費2000億円程度)を投じ、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準(=440万円)を目指し、介護職員の更なる処遇改善を行うものである。 ・特定加算による改善を行わなくとも、経験・技能のある介護職員のグループ内に、既に賃金が年額440万円以上である者がいる場合には、当該者が特定加算による賃金改善の対象となるかに関わらず、新たに月額8万円の改善又は年収440万円となる者を設定しなくても、特定加算の算定が可能である。
<p>問 事業所における配分方法における「ただし、その他の職種の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合はこの限りでないこと。」とはどのような意味か。</p>
<p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定加算については、介護職員の処遇改善という趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とする柔軟な運用を認めることとしており、この具体的な配分方法として、他の介護職員の平均賃金改善額については、その他の職種の平均賃金改善額の2倍以上となることを求めている。

	<p>・ただし、その他の職種^①の平均賃金額が他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合においては、柔軟な取扱いを認め、両グループの平均賃金改善額が等しくなる（1：1）までの改善を可能とするものである。</p> <p>なお、その他の職種全体では他の介護職員の平均賃金額を上回る場合であっても、その他の職種のうち、他の介護職員の平均賃金額を上回らない職種については、当該職種に限り、他の介護職員と平均賃金改善額が等しくなるまでの改善を行うことも可能である。</p> <p style="text-align: right;">（令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（vol.1）にて一部改正）</p>
問	<p>介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に運営している場合であっても、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を2人設定する必要があるのか。また、その場合の配分ルール（グループ間の平均賃金改善額 2:1:0.5）はどのような取扱いとなるのか。</p>
	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所において、介護給付のサービスと介護予防・日常生活支援総合事業を一体的に行っており、同一の就業規則等が適用される等労務管理が同一と考えられる場合は、法人単位の取扱いを適用するのではなく、同一事業所とみなし、 - 月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定すること - 配分ルールを適用すること <p>により、特定加算の算定が可能である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なお、介護給付のサービスと予防給付のサービス（通所リハビリテーションと予防通所リハビリテーションなど）についても同様である。 ・また、特別養護老人ホーム等と併設されている又は空所利用型である短期入所生活介護、介護老人保健施設等と短期入所療養介護についても、同様に判断することが可能であるとともに、これらについては、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等が特定加算を算定している場合において、短期入所生活介護等においても、同じ加算区分を算定することが可能である。（短期入所生活介護等において特定加算（ ）を算定する場合は、体制等状況一覧表における「併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算の届出状況」（あり/なし）の欄について、「あり」と届け出ること。） <p style="text-align: right;">（令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（vol.1）にて一部改正）</p>
問	<p>本部の人事、事業部等で働く者など、法人内で介護に従事していない職員について、「その他職種」に区分し、特定加算による処遇改善の対象とすることは可能か。</p>
	<p>（答）</p> <p>特定加算の算定対象サービス事業所における業務を行っている^②と判断できる場合には、その他の職種に含めることができる。</p>
問	<p>事業所内での配分方法を定めるにあたり、「他の介護職員」を設定せず、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることは想定されるのか。</p>
	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所毎に、「経験・技能のある介護職員」のグループを設定することが必要であるが、介護職員の定着が進み、勤続年数が長くなったこと等により、当該事業所で働く介護職員全てが、「経験・技能のある介護職員」であると認められる場合には、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」のみの設定となることも想定される。 ・この場合における配分ルールについては、当該事業所における「経験・技能のある介護職員」の平均賃金改善額が、「その他の職種」の平均賃金改善額の2倍より高いことが必要である。 <p style="text-align: right;">（令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（vol.1）にて一部改正）</p>
問	<p>特定加算によって得られた加算額を配分ルール（グループ間の平均賃金改善額が2:1:0.5）を満たし配分した上で、更に事業所の持ち出しで改善することは可能か。</p>
	<p>（答）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所において、特定加算による処遇改善に加え、事業所の持ち出しで処遇改善を行うことは可能である。 ・この場合においては、特定加算による賃金改善分について配分ルールを満たしていることを確認するため、実績報告書における賃金改善所要額、グループごとの平均賃金改善額等においては、特定加算による賃金改善額を記載のうえ、持ち出しにより更なる賃金改善を行った旨付記すること（改善金額の記載までは不要）。

	<p>問 看護と介護の仕事を0.5ずつ勤務している職員がいる場合に、「経験・技能のある介護職員」と「その他の職種」それぞれに区分しなければならないのか。</p> <p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務時間の全てでなく部分的であっても、介護業務を行っている場合は、介護職員として、「経験・技能のある介護職員」、「他の介護職員」に区分することは可能。なお、兼務職員をどのグループに区分するか、どのような賃金改善を行うかについては、労働実態等を勘案し、事業所内でよく検討し、対応されたい。 <p>問 介護サービスや総合事業、障害福祉サービス等において兼務している場合、配分ルールにおける年収はどのように計算するのか。</p> <p>(答)</p> <p>どのサービスからの収入かに関わらず、実際にその介護職員が収入として得ている額で判断して差し支えない。</p> <p>【国Q&A】2019年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 4)</p> <p>問 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書において、介護職員(職員)の賃金の総額を計算するに当たり、「なお、これにより難しい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により前年度の(介護職員)の賃金の総額を推定するものとする」とされているが、「これにより難しい合理的な理由がある場合」とは、例えばどのような場合を想定しているのか。</p> <p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これにより難しい合理的な理由がある場合としては、例えば <ul style="list-style-type: none"> - 前年の10月に事業所を新設した等サービス提供期間が12ヶ月に満たない場合、 - 申請する前年度において職員の退職などにより職員数が減少し、基準額となる賃金総額として適切でない場合、 - 前年(1~12月)の途中から事業規模の拡大又は縮小を行い、申請年度においては、変更後の事業規模で実施する予定である等、当該年度の賃金総額として適切な規模に推定する必要がある場合 <p>等を想定している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なお、具体的な推計方法については、例えば <ul style="list-style-type: none"> - サービス提供期間が12ヶ月に満たない場合は、12ヶ月サービスを提供していたと仮定した場合における賃金水準を推計すること - 事業規模を拡大した場合は、比較時点にいない職員について、当該職員と同職であって、勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計すること <p>等が想定される。</p> <p>また、複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業所において、当該申請に係る事業所等に増減があった場合は、変更の届出が必要とされているが、例えば、事業所が増加することにより、職員も増えた場合における推計方法は、当該職員と同職であって勤務年数等が同等の職員の賃金水準で推計し、前年度(前年の1~12月)の賃金総額を推計することが想定される。</p> <p>問 介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書における「前年度における介護サービス事業者等の独自の賃金改善額」には、どのようなものを記載するのか。</p> <p>(答)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書を提出する前年度において介護サービス事業者等が、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した賃金改善額(初めて処遇改善加算を取得した年度(交付金を取得している場合については交付金を初めて取得した年度)以降に、新たに行ったものに限る。手当や定期昇給によるものなど賃金改善の手法は問わない。)について、記載することを想定している。 ・なお、このため、加算額を上回る賃金改善を行うために実施した「以前から継続している賃金改善」についても記載することは可能である。 <p>問 「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善の対象とし、賃金改善を行っていた経験・技能のある介護職員が、年度の途中で退職した場合には、改めて別の職員について、「月額8万円以上」又は「年額440万円以上」の改善を行わなくてはならないか。</p> <p>(答)</p>
--	--

- ・特定処遇改善加算の配分に当たっては、賃金改善実施期間において、経験・技能のある介護職員のグループにおいて、月額8万円の改善又は年収440万円となる者を1人以上設定することが必要であるが、予定していた者が、賃金改善実施期間に退職した場合等においては、指定権者に合理的な理由を説明することにより、当該配分ルールを満たしたものと扱うことが可能である。
- ・なお、説明に当たっては、原則、介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書の「月額8平均8万円又は改善後の賃金が月額440万円となった者<特定>」欄の「その他」に記載することを想定している。

問 介護サービスと障害福祉サービス等を両方実施しており、職員が兼務等を行っている場合における介護職員の賃金総額はどのように計算するのか。

(答)

- ・介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書に、職員の賃金を記載するにあたり、原則、加算の算定対象サービス事業所における賃金については、常勤換算方法により計算することとしており、同一法人において介護サービスと障害福祉サービスを実施しており、兼務している職員がいる場合においても、介護サービス事業所における賃金について、常勤換算方法による計算をし、按分し計算することを想定している。
- ・一方で、計算が困難な場合等においては実際にその職員が収入として得ている額で判断し差し支えない。

【国Q&A】令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)

問 特定加算の介護職員間の平均の賃金改善額の配分ルールが見直されたとのことであるが、具体的な取扱いはどうなるのか。

(答)

- ・特定加算について、事業所内でのより柔軟な配分を可能とする観点から、平均賃金改善額について、「経験・技能のある介護職員」は、「その他の介護職員」と比較し、「2倍以上」から「より高くする」ことに見直すものである。
- これに伴い、配分ルールの見直しを行う場合は、労使でよく話し合いの上、設定されたい。
- ・なお、「月額8万円の改善又は改善後の賃金が月額400万円以上」の者は、引き続き設定する必要があることに留意されたい。

問 2019年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.4) (令和2年3月30日)問4において、「これにより難しい合理的な理由がある場合」の例示及び推計方法例が示されているが、勤続年数が長い職員が退職し、勤続年数の短い職員を採用した場合等は、これに該当するのか。またどのように推計するのか。

(答)

- ・賃金改善の見込額と前年度の介護職員の賃金の総額との比較については、改善加算及び特定加算による収入額を上回る賃金改善が行われていることを確認するために行うものであり、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したことにより、前年度の介護職員の賃金の総額が基準額として適切でない場合は、「これにより難しい合理的な理由がある場合」に該当するものである。
- ・このような場合の推計方法について、例えば、前年度の介護職員の賃金の総額は、
 - 退職者については、その者と同職であって勤続年数等が同等の職員が、前年度在籍していなかったものと仮定した場合における賃金総額を推定する
 - 新規採用職員については、その者と同職であって勤続年数等が同等の職員が、前年度在籍したものと仮定した場合における賃金総額を推定する
 等が想定される。
- ・具体的には、
 - 勤続10年の者が前年度10人働いていたが、前年度末に5人退職し
 - 勤続1年目の者を今年度当初に5人採用した場合には、
 仮に、勤続年数が同一の者が全て同職であった場合、前年度、
 - 勤続10年の者は5人在籍しており、
 - 勤続1年の者は15人在籍していたものとして、
 賃金総額を推計することが想定される。

問 処遇改善計画書において「その他の職種(C)には、賃金改善前の賃金が別に年額440万円を上回る職員の賃金を含まないこと。」との記載があるが、年額440万円を上回る職員は「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」についてどのように取り扱うのか。

(答)

2019年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.1)(平成31年4月13日)問13のとおり、平均賃金額の計算における母集団には、賃金改善を行う職員に加え、賃金改善を行わない職員も含めることとしており、年額440万円を上回る職員も、「前年度の一月当たりの常勤換算職員数」に含めることとなる。

問 処遇改善計画書の作成時においては、特定加算の平均の賃金改善額の配分ルールを満たしており、事業所としても適切な配分を予定していたものの、職員の急な退職等によりやむを得ず、各グループに対して計画書通りの賃金改善を行うことができなくなった結果、配分ルールを満たすことができなかった場合、どのような取扱いとすべきか。

(答)

- ・職員の退職等のやむを得ない事情により、配分ルールを満たすことが困難になった場合は、実績報告にあたり、合理的な理由を求めることとする。 (令和2年度実績報告書においては、申出方法は問われないが、令和3年度においては、「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に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老発0316第4号)でお示した実績報告書(様式3-1)の「その他」に記載されたい。)
- ・なお、その場合でも、特定加算による収入額を上回る賃金改善が必要である。

【国Q&A】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に関するQ&A

問 処遇改善計画書及び実績報告書において基準額1、2(前年度の(介護職員の)賃金の総額)及び基準額3(グループ別の前年度の平均賃金額)の欄が設けられているが、実績報告書の提出時において、基準額1、2及び3に変更の必要が生じた場合について、どのように対応すればよいか。

(答)

- ・処遇改善加算及び特定加算(以下「処遇改善加算等」という。)については、原則、当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額が、処遇改善加算等による収入額を上回る必要があり、実績報告においてもその点を確認しているところ。
- ・当該事業所における処遇改善加算等により賃金改善を行った総額については、
前年度の賃金の総額(基準額1、2)
処遇改善加算又は特定加算による賃金改善を含めた当該年度の賃金の総額
を比較し計算することとしているが、
について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合や、
について経営状況等が変わった場合、以下の取扱いが可能である。
< について職員構成や賃金改善実施期間等が変わることにより、修正が必要となった場合 >
当該年度において、勤続年数が長い職員が退職し、職員を新規採用したこと等により、前年度と職員構成等が変わった場合や賃金改善実施期間が処遇改善計画書策定時点と変わった場合等に、処遇改善計画書に記載した前年度の賃金の総額が、
と比較するに当たっての基準額として適切ではなくなる場合がある。
通常は、処遇改善計画書の変更の届出を行い、基準額1、2の額を推計することにより修正することとなるが、この場合は、実績報告書の提出時において、変更前後の基準額と合理的な変更理由を説明することで差し支えない。
(令和2年度実績報告書においては、説明方法は問われないが、令和3年度においては、「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に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老発0316第4号)でお示した実績報告書(様式3-1)の「その他」に記載されたい。)
なお、これは、基準額3についても同様であるとともに、推計方法は、令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(令和3年3月19日)問22を参考にされたい。
< について経営状況等が変わった場合 >
サービス利用者数の減少などにより経営が悪化し、一定期間収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況により、賃金水準を引き下げざるを得ない場合は、特別事情届出書を届け出ること、計画書策定時点と比較し「加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額」が減少し、実績報告書において賃金改善所要額が加算総額を下回ることも差し支えない。

なお、賃金水準を引き下げた要因である特別な状況が改善した場合には、平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成27年4月30日)問56のとおり、可能な限り速やかに賃金水準を引下げ前の水準に戻す必要があること。

上記以外のQ&Aについては、各年度の介護報酬改定に関するQ&Aを参照

介護職員等ベースアップ等支援加算 (届出)	介護報酬総単位数の0.5%
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は、所定単位数を加算します。</p> <p>厚生労働大臣が定める基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。</p> <p>介護職員等ベースアップ支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。</p> <p>事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。</p> <p>介護職員処遇改善加算()から()までのいずれかを算定していること。</p> <p>の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。</p>

(3) 減算

身体拘束廃止未実施減算（届出）	（日額） 入所者全員から1日につき減算
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は所定単位数から100分の10に相当する単位数を減算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>介護医療院基準第16条第5項（同条4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）及び同条第6項に規定する基準に適合していないこと。</p> <p><参考></p> <p>介護医療院基準第16条第5項</p> <p>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。</p> <p>第6項</p> <p>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。</p> <p>（1）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>（2）身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>（3）介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p> </div> <p>介護医療院基準第16条第5項に規定する記録の記載は、介護医療院の医師が診療録に記載しなければなりません。</p> <p>なお、当該記録は、介護医療院基準第42条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p>
解釈通知等	<p>施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、医療院条例第16条第5項の記録を行っていない場合及び同条第6項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を相模原市長に提出した後、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相模原市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算する。</p> <p><参考></p> <p>【事実が生じた月とは、相模原市長に改善計画が提出された月となる（（厚生労働省「介護サービス関係Q&A」（平成24年6月1日・老健局総務課介護保険指導室事務連絡）問681））】</p>

安全管理体制未実施減算	5単位（日額）
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、安全管理体制未実施減算として、1日につき5単位を所定の単位数から減算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>介護医療院サービスにおける安全管理体制未実施減算の基準</p> <p>介護医療院基準第40条第1項（事故発生の防止）に規定する基準に適合していること。</p> </div>
解釈通知等	<p>安全管理体制未実施減算について</p> <p>安全管理体制未実施減算については、介護医療院基準第40条第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。</p> <p>なお、同項第4号に掲げる安全対策を適切に実施するための担当者は、令和3年改正省令の施行の日から起算して6月を経過するまでの間、経過措置として、当該担当者を設置するよう努めることとしているため、当該期間中、当該減算は適用しない。</p>

栄養管理に係る減算		14単位 (日額)
基準等	<p>栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、1日につき14単位を所定の単位数から減算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>介護医療院サービスの注5の厚生労働大臣が定める基準</p> <p>介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び介護医療院基準第20条の2(栄養管理)(介護医療院基準第54条において準用する場合を含む。)に規定する基準に適合していること。</p> </div>	
解釈通知等	<p>栄養管理に係る減算について</p> <p>栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護医療院基準第20条の2(介護医療院基準第54条において準用する場合を含む。)に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)</p>	

療養環境減算(届出)		25単位	25単位 (日額)
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護医療院について、療養環境減算として、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき25単位を所定の単位から減算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>介護医療院における療養環境減算に係る施設基準</p> <p>イ 療養環境減算(1)</p> <p>介護医療院の療養室(省令第5条第2項第1号に規定する療養室をいう。)に隣接する廊下の幅が、内法による測定で、1,8メートル未満であること。(両側に療養室がある廊下の場合にあっては、内法による測定で、2,7メートル未満であること。)</p> <p>ロ 療養環境減算()</p> <p>介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満であること。</p> </div>		
解釈通知等	<p>療養環境減算について</p> <p>イ 療養環境減算(1)は、当該介護医療院の療養室に隣接する廊下の幅が、内法による測定で壁から測定して、1,8メートル未満である場合に算定する。なお、両側に療養室がある廊下の場合にあっては、内法による測定で壁から測定して、2,7メートル未満である場合に算定する。</p> <p>ロ 療養環境減算()は、当該介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である場合に算定する。療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。</p> <p>療養棟ごとの適用について</p> <p>療養環境減算(1)については、各療養棟を単位として評価を行なうものであり、設備基準を満たす療養棟とそうでない療養とがある場合には、同一施設であっても、基準を満たさない療養棟において、療養環境減算(1)を受けることとなります。</p>		

2 特別診療費

厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）

厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数

厚生労働大臣が定める特別診療費に係る指導管理等及び単位数は、別表第二に定めるとおりとする。

特別診療費
入所者又は利用者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行った場合に、別に厚生労働大臣が定める単位数に10円を乗じて得た額を算定する。

特別診療費について（老企第40号第2の8(28)）

厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）

感染対策指導管理	6単位（日額）
基準等	<p>別に厚生労働大臣が定める基準を満たす、指定短期入所療養介護事業所（居宅基準に規定する指定短期入所療養介護事業所をいし、介護老人保健施設、病院、診療所及び老人性認知症患者療養病棟であるものを除く。以下別表第二において同じ。）、介護医療院において、常時感染防止対策を行う場合に指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者について算定する。</p> <p>〔厚生労働大臣が定める基準〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 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。
解釈通知等	<p>施設全体として常時感染対策をとっている場合に算定する。</p> <p>（施設基準等）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関において、老企第58号別添様式2を参考として、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。 ・当該医療機関において、院内感染対策委員会が月1回程度、定期的に行われていること。 <p>施設内感染対策委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤師等の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。） ・当該医療機関内にある検査部において、各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感知情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染対策委員会において十分に活用されている体制がとられていること。 <p>当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が医療機関の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院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、各病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、認知症患者が多い等、その特性から病室に消毒液を設置することが適切でないとは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。

褥瘡対策指導管理	() 6単位(日額) () 10単位(日額)
<p>基準等</p>	<p>褥瘡対策指導管理費()については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、常時褥瘡対策を行う場合において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者(日常生活の自立度が低い者に限る。)について、1日につき所定所定単位数を算定する。</p> <p>褥瘡対策指導管理費()については、褥瘡対策指導管理()に係る別に厚生労働大臣が定める基準を満たす介護医療院において、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のない場合に、1月につき所定単位数を算定する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>〔厚生労働大臣が定める基準〕</p> <p>褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること</p> </div>
<p>解釈通知等</p>	<p>(1) 褥瘡対策指導管理()に係る特別診療費は、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準の活用について」(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知老健第102-2号)におけるランクB以上に該当する患者について、常時褥瘡対策をとっている場合に算定する。</p> <p>また、褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。</p> <p>(2) 褥瘡対策指導管理()に係る特別療養費は、褥瘡対策指導管理()の算定要件を満たす介護医療院において、サービスの質の向上を図るため、以下の から までを満たし、多職種共同により、褥瘡対策指導管理()を算定すべき入所者(以下この において単に「入所者」という。)が褥瘡対策を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく褥瘡対策の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた実施計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「P D C A」という。)の構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行った場合に算定するものである。</p> <p>施設入所時及びその後少なくとも3月に1回、別添様式3を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについての評価を実施すること。</p> <p>施設入所時の評価は、新たに本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に入所した者については、当該者の施設入所時における評価を、新たに本加算の算定を開始しようとする月において既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づいて、施設入所時における評価を行うこと。</p> <p>褥瘡対策等に係る情報の提出については、「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下「L I F E」という。)を用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(L I F E)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)を参照されたい。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p> <p>の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに褥瘡対策に関する診療計画を作成し、少なくとも3月に1回見直していること。褥瘡対策に関する診療計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別添様式3を用いて、作成すること。なお、褥瘡対策に関する診療計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡対策に関する診療計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。</p> <p>また、褥瘡対策に関する診療計画の見直しは、褥瘡対策に関する診療計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。その際、P D C Aの推進及びサービスの向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。</p> <p>なお、褥瘡対策に関する診療計画に基づいた褥瘡対策を実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p> <p>の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌</p>

	<p>月以降に別添様式3を用いて評価を実施するとともに、別添様式3に示す持続する発赤（d1）以上の褥瘡の発症がないこと。</p> <p>ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。</p>
	<p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該介護医療院において、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。 ・当該介護医療院における日常生活の自立度ランクB以上に該当する入所者につき、老企第58号別添様式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、老企第40号別紙様式5（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）を用いて褥瘡対策に関する診療計画を作成することも差し支えありません。 ・患者の状態に応じて、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。

初期入所診療管理	250単位（1回）
基準等	<p>介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、入所者に対して、その入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入所中1回（診療方針に重要な変更があった場合にあっては、2回）を限度として所定単位数を算定する。</p>
	<p>(厚生労働大臣が定める基準)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 病名、症状、予定される検査及び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。 3 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。
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該入所者が過去3月間（ただし、認知症である老人の日常生活自立度判定基準（平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知老健第135号）におけるランク、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。 ・同一施設内の医療機関から介護医療院へ入所した入所者にあつては、算定の対象としない。 ・なお、入所後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。
	<p>(施設基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所の際に、医師、看護師、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、患者に対し、老企第58号別添様式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、入院後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 ・初期入院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、院内感染対策の観点から必要と医師が判断する検査が含まれるものであること。 ・入所時に治療上の必要性から入所者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。 ・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もよい。 ・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患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。

重度療養管理	125単位(日額)
基準等	<p>指定短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護を受けている利用者（要介護4又は要介護5に該当する者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、算定する。</p> <p>(厚生労働大臣が定める状態)</p> <p>次のいずれかに該当する状態</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 2 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 3 中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態 4 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 5 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 6 膀胱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（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に掲げる身体障害程度等級表の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
解釈通知等	<p>要介護4又は要介護5に該当する者であって、厚生労働大臣の定める状態にある利用者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、当該処置を行った日について算定できるものである。当該加算を算定する場合にあっては、当該処置を行った日、当該処置の内容等を診療録に記載しておくこと。</p> <p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定できる患者の状態は、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（基準等の1から6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 1の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは当該月において1日あたり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 2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 3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 4の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」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。 <ul style="list-style-type: none"> 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2次性副甲状腺機能亢進症のもの f うっ血性心不全（NYHA 度以上）のもの オ 5の「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」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 6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、当該患者に対して、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。

特定施設管理	250単位(日額)
基準等	1 指定短期入所療養介護事業所、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利用者又は入所者に対して指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを行う場合に算定する。 2 個室又は2人部屋において後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを行う場合は、個室の場合にあっては1日300単位、2人部屋にあっては150単位を加算する
解釈通知等	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、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250単位(日額)を算定できるものであり、さらに、個室又は2人部屋においてサービスを提供している場合(利用者等の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除く。)、個室の場合にあっては1日300単位、2人部屋にあっては150単位をそれぞれ加算するものとする。

重症皮膚潰瘍管理指導(届出)	18単位(日額)
基準等	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市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者であって重症皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定する。 (厚生労働大臣が定める施設基準) 1 褥瘡対策指導管理の基準(褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。)を満たしていること。 2 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なっていること。 3 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。
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> 重症な皮膚潰瘍(Sheaの分類 Ⅱ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するものであること。 当該患者の皮膚潰瘍が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。 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。 (施設基準等) <ul style="list-style-type: none"> 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。 個々の患者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。 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。 重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出は老企第58号別添様式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。

薬剤管理指導（届出）	350単位（1回） 薬学的管理指導を行った場合：50単位（1回）
基準等	<p>1 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出たものにおいて、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、週1回に限り、月に4回を限度として所定単位数を算定する。</p> <p>2 介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に、1月につき所定単位数に20単位を加算する。</p> <p>3 疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投薬又は注射が行われている利用者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定単位数に50単位を加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>（厚生労働大臣が定める施設基準）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 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。 3 入所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。 <p>（厚生労働大臣が定める特定診療費に係る特別な薬剤） 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬。</p> </div>
解釈・通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該施設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の把握を含む。）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。本人への指導が困難な場合にあっては、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。 ・当該施設の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者に面接・聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。 ・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。 ・当該施設の薬剤師が患者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3年間保存する。 入所者の氏名、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。）、入所者への指導及び入所者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項。 ・2の加算の算定に当たって、厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討（Plan）、当該検討に基づく処方（Do）、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価（Check）、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。 ・3の加算は、特別な薬剤の投薬又は注射が行われている入所者（麻薬を投与されている場合）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。 ・薬剤管理指導に係る特定診療費を算定している入所者に投薬された医薬品について、当該医療機関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、速やかに当該患者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。 医薬品緊急安全性情報 医薬品等安全性情報 ・3の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

	<p>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)</p> <p>麻薬に係る入所者への指導及び患者からの相談事項</p> <p>その他麻薬に係る事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導及び3に掲げる指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供する。 ・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。 ・当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療料につき区分して届出を受理して差し支えない。 <p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算方法で、2名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。(医療機関と併設する介護医療院) ・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。 ・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。 ・当該医療機関の薬剤師は、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、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。 ・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。 ・届出に関しては、以下のとおりとする。 <p>薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、老企58号別添様式6を用いること。</p> <p>当該医療機関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)及び勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。</p> <p>調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤管理指導、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を(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。。</p> <p>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。</p>
--	---

医学情報提供	() 220単位	() 290単位
基準等	<p>医学情報提供()については、併設型小規模介護医療院(介護医療院基準第4条第7項に規定する併設型小規模介護医療院をいう。以下ここにおいて同じ。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院(併設型小規模介護医療院を除く。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に算定する。</p> <p>医学情報提供()については、併設型小規模介護医療院である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院(併設型小規模介護医療院を除く。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に算定する。</p>	

<p>解釈通知等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医学情報提供に係る特定診療費は、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相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。 ・医療機関が、退院する患者の診療に基づき他の医療機関での入院治療の必要性を認め、患者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患者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。 ・紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、老企第58号別添様式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、患者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患者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。 ・提供される内容が、患者に対して交付された診断書等であり、当該患者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診療報酬、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定診療費は算定できない。 ・1退院につき1回に限り算定できる。
--------------	--

<p>リハビリテーションの通則（理学療法、作業療法、言語聴覚療法等）</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションは、利用者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。 ・理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、利用者1人につき1日合計4回に限り算定し、集団コミュニケーション療法は1日につき3回、摂食機能療法は、1日につき1回のみ算定する。 ・リハビリテーションの実施に当たっては、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。）の指導のもとに計画的に行うべきものであり、特に訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。また、その実施は以下の手順により行うこととする。 <ul style="list-style-type: none"> イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図るものとする。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができる。 ロ 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、利用者の状態を定期的に記録する。 ハ 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すとともに、その内容を利用者又はその家族に説明し、その同意を得る。 ニ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。

<p>理学療法〔届出〕</p>	<p>() 123単位(1回)</p>	<p>() 73単位(1回)</p>
<p>基準等</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 理学療法()については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定し、理学療法()については、それ以外の指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者若しくは入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。 2 理学療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回（作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回）に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位を算定する。 3 理学療法()に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た、指定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()を算定すべき理学療法を行った場合に、利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用し 	

	<p>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3の規定により加算する場合はこの限りでない。</p> <p>4 指定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を行う療養棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、作業療法の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。</p> <p>5 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法()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。</p> <p>6 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、作業療法の注6又は言語聴覚療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <p>理学療法()を算定すべき理学療法の施設基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 理学療法士が適切に配置されていること。 2 利用者又は入所者の数が理学療法士を含む従事者の数に対し、適切なものであること。 3 当該療法を行うにつき、十分な専用施設を有していること。 4 当該療法を行うにつき、必要な器械及び器具が具備されていること。 </div>
<p>解釈通知等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法()に係る特定診療費は、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届出を行った医療機関において、理学療法()に係る特定診療費は、それ以外の医療機関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の状態像に応じて行った場合に算定する。 ・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にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。 ・届出施設である医療機関において、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。 ・理学療法に係る特定診療費は、利用者に対して個別に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療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。 ・理学療法に係る特定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。 ・理学療法()における理学療法にあつては、1人の理学療法士が1人の利用者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、理学療法士と利用者が1対1で行った場合のみ算定する。なお、利用者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。 ・別に厚生労働大臣が定める理学療法()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届出を行った医療機関であつて、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し事前に指示を行い、かつ理学療法士が、従事者とともに訓練を受ける全ての利用者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()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()を算定することができる。 ・理学療法()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。 ・理学療法()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。)を行う必要がある患者に行う場合であつて、従事者と患者が1対1で行った場合に算

	<p>定する。なお、患者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。</p>
	<p>(施設基準等)</p> <p>理学療法()を算定する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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(理学療法に係る訓練室と連続した構造の場合は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。 ・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(作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は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 ・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)は患者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。 ・届出に関する事項 理学療法()の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。 当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士、及びその他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)並びに勤務時間を老企第58号別添様式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。 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。

作業療法（届出）	123単位（1回）
<p>基準等</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、作業療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。 2 作業療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回(理学療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。 3 作業療法に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、利用者が作業療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、理学療法の3の規定により加算する場合はこの限りでない。 4 指定短期入所療養介護事業所において、作業療法士等が指定短期入所療養介護を行う療養棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、理学療法の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。 5 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、専従する常勤作業療法士を2名以上配置して作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。 6 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、理学療法の注6又は言語聴覚療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <p>作業療法を算定する場合の施設基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、適切なものであること。 3 当該療法を行うにつき、十分な専用施設を有していること。 4 当該療法を行うにつき、必要な器械及び器具が具備されていること。 </div>
<p>解釈通知等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法に係る特定診療費は、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届出を行った医療機関において、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、総合的に個々の患者の状態像に応じて作業療法を行った場合に算定する。 ・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た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にあっても、作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。 ・届出施設である医療機関において、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、所定単位数により算定できる。 ・作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の患者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、作業療法士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合のみ算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者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。 ・作業療法の所定単位数には、日常生活動作検査及びその他の作業療法に付随する諸検査が含まれる。 ・作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業能力検査をもとに、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回以上患者に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

(施設基準等)

- ・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。

- ・治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、75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。

- ・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(理学療法に係る訓練室と連続した構造の場合は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、和室、各種日常生活活動加訓練用器具

- ・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)は患者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。

- ・届出に関する事項

作業療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。

当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士、及びその他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)並びに勤務時間を老企第58号別添様式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。

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。

理学療法及び作業療法に係る加算を算定するに当たっての留意点

- ・理学療法及び作業療法の3に掲げる加算は、理学療法()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と医療機関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3に掲げる場合に限り算定するものであること。

- ・理学療法及び作業療法の3の加算に関わるリハビリテーション計画は、入所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。

- ・理学療法及び作業療法の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 入院時に、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、多職種共同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、入所者又はその家族に説明し、その同意を得ていること。

- ・理学療法及び作業療法の4に掲げる加算は、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、理学療法士又は作業療法士等が入院又は入所中の患者に対して、看護職員若しく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「入院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。

- ・理学療法及び作業療法の4の加算を算定すべき入院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特定診療費の所定単位数は算定できないものである。

- ・理学療法及び作業療法の4の加算を算定する場合にあっては、入院生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

理学療法及び作業療法の注6並びに言語聴覚療法の注4に掲げる加算を算定するに当たっての留意点

厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下「LIFE」という。)を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成(Plan)、当該計画に基づくリハビリテーションの実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

言語聴覚療法(届出)	203単位(1回)
基準等	<p>1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、言語聴覚療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。</p> <p>2 言語聴覚療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回(理学療法と作業療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。</p> <p>3 指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置して言語聴覚療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。</p> <p>4 介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、1月につき1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、理学療法又は作業療法の注6の規定により加算する場合はこの限りでない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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適切なものであること。 3 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。 4 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。 </div>
解釈・通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・言語聴覚療法に係る特定診療費は、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患者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。 ・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。 ・言語聴覚療法は、患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が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又は入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活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り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分を超える場合には、1回として算定することができる。 ・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を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回以上患者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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が1名以上勤務すること。 ・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、サービス提供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。 ・次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。 </div>

	<p>ア 専用の療教室</p> <p>個別療教室（8㎡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当しないものとする。）。なお、当該療教室は、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。</p> <p>イ 必要な器械・器具（主なもの）</p> <p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者等により閲覧が可能であるようにすること。 ・届出に関する事項 <p>言語聴覚療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。</p> <p>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、専従・非専従の別）及び勤務時間を老企58号別添様式7を用いて提出すること。</p> <p>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。</p>
--	--

理学療法及び作業療法の注6並びに言語聴覚療法の注4に掲げる加算を算定するに当たっての留意点	
<p>厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。</p> <p>サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。</p> <p>提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。</p>	

集団コミュニケーション療法〔届出〕	50単位（1回）
基準等	<ol style="list-style-type: none"> 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、集団コミュニケーション療法を行った場合に、所定単位数を算定する。 2 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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>（厚生労働大臣が定める施設基準）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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適切なものであること 3 当該療法を行うにつき、十分な専用施設を有していること 4 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。 </div>

<p>解釈通知等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、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複数の患者に対し、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。 ・ 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。 ・ 集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、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患者に対し、言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定する。同時に行なう患者数については、その提供時間内を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、過度に患者数を多くして、患者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、患者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。 ・ 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、開始時その後3か月に1回以上患者に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。 ・ 専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。 ・ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。 <p>ア 専用の療養室</p> <p>集団コミュニケーション療法室(8㎡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。</p> <p>イ 必要な器械・器具(主なもの)</p> <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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)は患者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。 <p>・ 届出に関する事項</p> <p>集団コミュニケーション療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。</p> <p>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、専従・非専従の別)及び勤務時間を老企58号別添様式7を用いて提出すること。</p> <p>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。</p> </div>
--------------	---

摂食機能療法	208単位(日額)
基準等	指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者であって摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月に4回を限度として所定単位数を算定する。
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> 摂食機能療法に係る特定診療費は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者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。 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士又は看護師、准看護師、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。

短期集中リハビリテーション	240単位(日額)
基準等	介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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、当該施設に入院したことがない場合に限り算定できる。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

認知症短期集中リハビリテーション〔届出〕	240単位(日額)
基準等	<p>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市長に届け出た介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者のうち、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入院した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、1週に3日を限度として所定単位数を算定する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。 </div>

<p>解釈通知等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症短期集中リハビリテーションは、認知症患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。 ・当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）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。 ・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。 ・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人の患者等に対して行った場合にのみ算定する。 ・当該リハビリテーション加算は、患者等に対して個別に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、指定介護療養施設サービス費に含まれる。 ・当該リハビリテーションの対象となる患者等はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね5点～25点に相当する者とする。 ・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。 ・短期集中リハビリテーションを算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーションを算定することができる。 ・当該リハビリテーションは、当該患者等が過去3月間の間に、当該リハビリテーション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。
--------------	--

精神科作業療法（届出）	220単位（日額）
<p>基準等</p>	<p>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市長に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、精神科作業療法を行った場合に算定する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>（厚生労働大臣が定める施設基準）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 </div>

解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・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患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。 ・1人の作業療法士は、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日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日3単位75人以内を標準とする。 ・精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載すること。 ・当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該医療機関の負担となるものである。 <p>(施設基準等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。 ・患者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人を標準とすること。 ・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。 ・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。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>作業名</th> <th>器具等の基準(例示)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手工芸</td> <td>織機、編機、ミシン、ろくろ等</td> </tr> <tr> <td>木工</td> <td>作業台、塗装具、工具等</td> </tr> <tr> <td>印刷</td> <td>印刷器具、タイプライター等</td> </tr> <tr> <td>日常生活動作</td> <td>各種日常生活動作用設備</td> </tr> <tr> <td>農耕又は園芸</td> <td>農具又は園芸用具等</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科を標準する医療機関であって、精神科を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。 ・届出に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式9を用いること。 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)及び勤務時間を老企第58号別添様式7を用いて提出すること。 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。 	作業名	器具等の基準(例示)	手工芸	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
作業名	器具等の基準(例示)												
手工芸	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												

認知症老人入院精神療法	330単位(週額)
基準等	指定短期入所療養介護事業所、介護医療院において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービスを受けている利用者又は入所者に対して、認知症老人入院精神療法を行った場合に算定する。
解釈通知等	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症老人入院精神療法とは、回想法又はR・O・法(リアリティー・オリエンテーション法)を用いて認知症患者の情動の安定、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。 ・認知症老人入院精神療法にあつては、精神科医師の診療に基づき対象となる患者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。 ・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ものである。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。 ・1回に概ね10人以内の患者を対象として、1時間を標準として実施するものである。 ・実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記入するものである。

3 介護保険施設等における居住費（滞在費）・食費の負担軽減制度について（補足給付）

低所得者（生活保護受給者、市町村民税世帯非課税者）については、食費及び居住費の負担限度額が設定され、入所者の負担が軽減されています。負担限度額を超えた部分については、介護保険から「補足給付」が行われます。

具体的には、下記の（Ａ）と（Ｂ）の差額が、特定入所者介護（支援）サービス費として施設に直接支給されます。

（Ａ）厚生労働大臣の定める基準費用額と施設の定める額を比較して低い方の額

（Ｂ）負担限度額と実際の入所者又は入所者が負担する額を比較して高い方の額

なお、第1段階から第3段階までの入所者から、負担限度額を超えて入所者負担を徴収した場合は、補足給付は行われません。

利用者 負担段階	居住費				食費
	従来型個室 ¹	多床室	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	
第1段階	490円 (320円)	0円	820円	490円	300円
第2段階	490円 (420円)	370円	820円	490円	390円 (600円)
第3段階	1,310円 (820円)	370円	1,310円	1,310円	650円 (1,000円)
第3段階	1,310円 (820円)	370円	1,310円	1,310円	1,360円 (1,300円)
第4段階	負担限度額はありません (金額は施設との契約によります)				
標準費用額	1,668円	377円	1,668円	2,006円	1,445円 ²

1 短期入所療養介護を利用の場合は（ ）内の金額となります。

2 令和3年8月からの金額。（令和3年7月までは1,392円）

その他、詳細については、相模原市ホームページをご確認ください。