令和５年度

指定介護保険事業者のための**運営の手引き**

介護老人保健施設

短期入所療養介護／
介護予防短期入所療養介護

横須賀市福祉こども部指導監査課

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ること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 。

主な根拠法令の略称と正式名称

厚令40　指定介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準　（平成11年厚生省令第40号）

厚告19　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）

厚告21　指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）

厚告27　厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法　（平成12年厚生省告示第27号）

厚告29　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　（平成12年厚生省告示第29号）

厚告94　厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号）

厚告95　厚生労働大臣が定める基準(平成27年厚生労働省告示第95号)

厚告96　厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)

厚告127　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号)

老企36　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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援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１日老企第36号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

老企40　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に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について　（平成12年３月８日老企第40号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

老企44　介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について（平成12年３月17日老企第44号　厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

基準の条例委任について

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」及び「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、これまで、国が省令で定めていた介護サービス事業者の人員、施設、設備及び運営に関する基準等を横須賀市の条例で定めることとなりました。

このことに伴い、横須賀市では、指定介護保険サービス事業等に関する基準を定めた条例（以下「基準条例」という。）を制定し、平成 25 年４月１日に施行しました。

市内の介護サービス事業者においては、平成 25 年４月１日以後、基準条例で定められた基準に従い、その基準を満たしたうえで、指定介護保険サービス事業・施設の運営を行うこととなります。

横須賀市では、基準のほとんどを国の省令（厚生労働省令）基準と同一の内容としていますが、一部の基準について、国の省令基準と異なる内容（独自基準）を定めています。

基準条例等は、以下のホームページ等にてご確認ください。

○　横須賀市ホームページ（https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/index.html）

→　健康福祉・子育て教育
→　福祉
→　介護・高齢者福祉
→　介護保険サービス事業者
→　条例・規則・解釈
→　介護保険サービス事業等の人員等に関する基準等を定める条例の施行について
(https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2615/kaigo-osirase/20130401jourei.html)

目　次

項目	頁
Ⅰ　介護老人保健施設の概要	*1*
1　介護老人保健施設とは（趣旨、基本方針）	*1*
2　入所対象者	*2*
3　サービスの内容	*2*
4　介護保健サービス費（介護報酬）	*3*
5　利用料等（入所者の自己負担）	*3*
Ⅱ　介護老人保健施設の人員基準	*4*
1　職員の専従	*4*
2　医師	*4*
3　薬剤師	*5*
4　看護師、准看護士及び介護職員	*5*
5　支援相談員	*6*
6　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	*6*
7　栄養士又は管理栄養士	*6*
8　介護支援専門員	*7*
9　調理員、事務員その他の従業者	*7*
10　用語の定義	*7*
Ⅲ　介護老人保健施設の施設及び施設の基準	*10*
1　介護老人保健施設の施設基準	*10*
2　介護老人保健施設の構造設備の基準	*13*
3　設備の共用	*13*
Ⅳ　介護老人保健施設の運営基準	*14*
1　介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について	*14*
2　内容及び手続の説明及び同意	*14*
3　提供拒否の禁止	*16*
4　サービス提供困難時の対応	*16*
5　受給資格等の確認	*16*
6　要介護認定の申請に係る援助	*17*
7　入退所	*17*
8　サービスの提供の記録	*18*
9　利用料等の受領	*18*
10　保険給付の請求のための証明書の交付	*23*
11　介護保健施設サービスの取扱方針	*23*
12　施設サービス計画の作成	*27*
13　診療の方針	*30*
14　必要な医療の提供が困難な場合等の措置等	*30*
15　機能訓練	*38*
16　栄養管理	*38*
17　口腔衛生の管理	*39*
18　看護及び医学的管理の下における介護	*39*
19　食事	*41*
20　相談及び援助	*42*
21　その他のサービスの提供	*42*
22　入所者に関する市町村への通知	*42*
23　管理者による管理、管理者の責務	*42*
24　計画担当介護支援専門員の責務	*43*
25　運営規程	*43*
26　勤務体制の確保等	*44*
27　業務継続計画の策定	*47*
28　定員の遵守	*48*
29　非常災害対策	*48*
30　衛生管理等	*49*
31　協力病院等	*52*
32　掲示	*53*
33　秘密保持等	*53*
34　居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	*54*
35　苦情処理等	*54*
36　地域との連携等	*55*
37　事故発生の防止及び発生時の対応	*55*
38　虐待の防止	*57*
39　会計の区分	*59*
40　記録の整備	*59*
41　電磁的記録等について、電磁的方法について	*59*
Ⅴ　介護老人保健施設併設短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護	*63*
1　趣旨、基本方針	*63*
2　人員、設備に関する基準	*63*
3　運営に関する基準	*63*
（1）対象者	*63*
（2）心身の状況等の把握	*63*

項目	頁
（３）短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の開始及び終了	63
（４）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供	63
（５）サービスの提供の記録	63
（６）短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の取扱方針	63
（７）身体的拘束等の禁止	64
（８）短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の作成	64
（９）運営規程	64
(10) 定員の遵守	64
(11) 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止	65
(12) 短期入所療養介護における食費の設定	65
(13) その他	65
参考１　高齢者虐待防止について	
参考２　身体的拘束廃止の取り組みについて	
参考３　夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準	
参考４　勤務形態一覧表の作成方法、常勤換算の算出方法	
Ⅵ　介護保健施設サービスに要する費用等	75
１　介護保健施設サービス費	75
２　短期入所療養介護費	146
３　介護予防短期入所療養介護費	160
４　地域区分	160
５　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）	168
６　減算の取扱い	169

Ⅰ　介護老人保健施設の概要

1　介護老人保健施設とは（趣旨、基本方針）

「介護老人保健施設」は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものです。

「ユニット型介護老人保健施設」は、施設の全部において少数の「ユニット」ごとに入居者の生活が営まれ、この中で入居者に対する支援が行われる介護老人保健施設のことをいいます。この施設の特徴は、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位とを一致させたケアであるユニットケアを行うことにあります。

≪介護老人保健施設　基本方針≫

（1）　介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければなりません。

（2）　介護老人保健施設は、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保健施設サービスの提供に努めなければなりません。

（3）　介護老人保健施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域及び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。）、居宅サービス事業を行う者、他の介護保険施設その他の保険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。

（4）　介護老人保健施設は、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。

（5）　介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法（以下「法」という。）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りません。

≪ユニット型介護老人保健施設　基本方針≫

（1）　ユニット型介護老人保健施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しつつ、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければなりません。

（2）　ユニット型介護老人保健施設は、地域及び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、居宅サービス事業を行う者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

（3）　ユニット型介護老人保健施設は、入居者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。

（4）　ユニット型介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供するに当たっては、法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければなりません。

≪ 介護老人保健施設の種類≫

- **介護老人保健施設**

  ユニット型に該当しない施設はここに分類されます。

- **ユニット型介護老人保健施設**

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

● **介護療養型老人保健施設**

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

（報酬を算定するに当たっての基準等については、Ⅵ参照）

● **小規模介護老人保健施設等**

① サテライト型小規模介護老人保健施設

・ サテライト型小規模介護老人保健施設とは、当該施設の開設者により設置される当該施設以外の介護老人保健施設又は病院若しくは診療所（以下「本体施設」という。）との密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員２９人以下の施設です。

・ 本体施設と密接な連携を確保する具体的な要件とは、本体施設と近距離であること（自動車等による移動に要する時間がおおむね２０分以内）、本体施設の医師等又は協力病院が、入所者の病状急変等の事態に適切に対応できる体制を採ることをいいます。

・ 原則として、本体施設に１か所の設置とします。本体施設の医師の配置等により、入所者の医学的管理等の処遇が適切に行われると認められるときは、本体施設に２か所以上の設置を認めることもあります。

② 医療機関併設型小規模介護老人保健施設

・ 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。）され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員２９人以下の介護老人保健施設であって、サテライト型小規模介護老人保健施設以外のものをいいます。

・ 病院又は診療所に１か所の設置とします。

③ 分館型介護老人保健施設

・ 「分館型介護老人保健施設の整備について」（H12.09.05　老振第 53 号）に示された従来から整備してきた施設です。

・ 介護老人保健施設の開設者が当該介護老人保健施設と一体として運営するものとして開設する介護老人保健施設であって、過疎地域自立促進特別措置法等に規定する地域に整備された施設です。

２　入所対象者

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者者が入所対象となります。

「要介護状態」にある者とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活において、常時介護を要すると見込まれる状態であって、厚生労働省令で定める「要介護状態区分」（要介護１～５）のいずれかに該当する者をいいます。

３　サービスの内容

介護保健施設サービス

（例）
- 心身の諸機能の維持・回復や日常生活の自立を助けることを目的とした計画的なリハビリテーション
- 入浴・排泄、体位変換等の介護サービス
- 医学的管理の下における診察・投薬等の医療サービス
- レクリエーションや行事等のサービス
- 入所者の栄養状態や嗜好を考慮した食事サービス

４　介護保健施設サービス費（介護報酬）

提供した介護保健施設サービスのうち、保険給付されるものを介護保健施設サービス費といいます。

介護保健施設サービス費は、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。

（介護老人保健施設における介護保健施設サービス等に要する費用の額等は、Ⅵ参照）

５　利用料等（入所者の自己負担）

介護老人保健施設は、入所者から、利用料の一部として、概ね介護保健施設サービス費の１割、２割又は３割相当額の支払を受けます。また、食事の提供に要する費用、居住に要する費用、入所者が選定する特別な療養室の提供に係る費用、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。（「Ⅳ　９　利用料等の受領」参照）

Ⅱ　介護老人保健施設の人員基準

Point！

（1）人員基準とは、あくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。入所者に対して適切なサービスを提供できるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。

（2）医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員（(予防)短期入所療養介護は除く）、夜勤職員の人員基準欠如の場合、減算になる場合があります。

（3）減算要件に該当しなくても、１日でも人員基準欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算にならなければ人員基準欠如があってもよい」と考えず、人員基準を遵守してください。

Attention

○　資格が必要な職種については、資格証の原本を確認してください。

○　資格証の写しは、雇用契約書等と共に事業所ごとに保管してください。

○　勤務形態一覧表を作成し、必要な人員が確保されていることを確認してください。

１　職員の専従

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

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

２　医師

常勤換算方法で入所者の数を１００で除して得た数以上の員数の配置が必要です。

Point！

（1）介護老人保健施設は、常勤の医師を１人以上配置します。

したがって、入所者１００人未満の介護老人保健施設にあっても常勤の医師１人の配置が確保されていなければなりません。

（2）ただし、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち１人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師１人とあるのは、常勤換算で医師１人として差し支えありません。

（3）サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設（以下「サテライト型小規模介護老人保健施設等」という。）並びに分館型介護老人保健施設については、次のとおりとしてください。

①　サテライト型小規模介護老人保健施設等

サテライト型小規模介護保健施設と一体として運営される本体施設又は医療機関併設型小規模介護保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、これを置かないことができます。

②　分館型介護老人保健施設

当該分館型介護老人保健施設と一体として運営される基本型介護老人保健施設に配置されている医師が配置されるときに限り、非常勤職員をもって充てても差し支えありません。

たとえば、入所者３０人分の分館型介護老人保健施設にあっては、０．３人分の勤務時間を確保してください。

（4）（1）～（3）にかかわらず、介護医療院又は病院若しくは診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている介護老人保健施設（医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。）にあっては、必ずしも常勤の医師の配置は必要ではありません。

したがって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延べ時間数が基準に適合すれば差し支えありません。

ただし、このうち１人は、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師としな

ければなりません。

なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておきます。

（５）介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えありません。

指導事例

- 医師の人員基準を満たしていない月があるので、常に基準を満たす配置を行うこと。
- 医師の勤務状況が確認できる書類等に不備があるので、整備すること。

３　薬剤師

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

Point！

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

Attention

○　施設と直接雇用契約を締結した職員を配置してください。

○　標準（入所者の数を３００で除した数以上）を満たす配置を行ってください。

指導事例

- 薬剤師の人員基準を満たしていないので、常に基準を満たす配置を行うこと。
- 薬剤師の配置をしていないので、配置すること。

４　看護師、准看護師及び介護職員

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

Point！

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

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

① 常勤職員が基準省令によって算定される員数の７割程度確保されていること。

② 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が、常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。

また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所の職務に従事する時間は含まれません。

Attention！

標準（看護職員は「７分の２」程度、介護職員は「７分の５」程度）を満たす配置を行ってください。

指導事例

- 看護職員の数が、看護・介護職員の総数の７分の２に満たないので、総数の７分の２程度を確保すること。
- 看護・介護職員の総数を確認したところ、必要数２７人以上に対して、配置は２６人であり不足となっている。翌月以降は、２７人となっており、人員欠如減算とはならないが、安定した施設運営のためにも職員の増員が求められる。

５　支援相談員

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

Point！

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

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

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

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

６　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

常勤換算方法で、入所者の数を１００で除して得た数以上必要です。

Point！

（１）介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において、指定訪問リハビリテーションのサービス提供に当たることは差し支えありません。

（２）ただし、介護老人保健施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の常勤換算方法における勤務延時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間を含むことはできません。

（３）サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）又は、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設医療機関に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるサービス提供が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

指導事例

・　理学療法士・作業療法士が、他の事業と兼務しており、人員基準を満たしていない状態が数ヶ月続いていた。人員基準を下回った月の翌々月から人員欠如が解消されるに至った月までは、減算（30%）して報酬請求をしなければならないが、基本額で請求していたので、正しい実績で請求すること。

７　栄養士又は管理栄養士

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

Point！

（１）入所定員が１００以上の介護老人保健施設においては、常勤職員を１人以上配置します。
　ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養指導等の業務に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えありません。

（２）入所定員が１００人未満の介護老人保健施設においても常勤職員の配置に努めることとします。

（３）サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設、療養病床１００以上の介護医療院及び病床数が１００以上の病院に限る。）又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、本体施設又は併設医療機関及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

８　介護支援専門員

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

Point！

（１）その業務に専ら従事する常勤の者を１人以上配置する必要があります。なお、入所者の数が１００名未満の施設にあっても１人は配置されていなければなりません。

（２）入所者の数が１００人又はその端数を増すごとに１人を標準とするものであるので、入所者の数が１００人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい配置となります。なお、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げません。

（３）入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の職務に従事することができます。

（４）兼務を行う場合、当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務の勤務時間として算入することができます。

（５）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。

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

（７）サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設、介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）又は病院（指定介護療養型医療施設に限る。）に限る。）の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

指導事例

- 介護支援専門員の勤務実態（介護支援専門員の氏名及びその登録番号）が届出と相違するにもかかわらず変更の届出がなされていないことが認められたので、変更届を提出すること。
- 介護支援専門員について、施設サービス計画の作成等に支障を生じている場合は、兼務は認められないので、改めること。

９　調理員、事務員等その他の従業者

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

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

１０　用語の定義

（１）**常勤換算方法**

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

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、３０時間以上の勤務で、常勤換算の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します。

（２）**勤務延時間数**

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

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

（３）**常勤**

当該介護老人保健施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が３２時間を下回る場合は３２時間を基本とする）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、入所者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従事者が勤務すべき時間数を３０時間として取り扱うことを可能とします。

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。

（例）老健と通リハを兼務する場合
それぞれの勤務時間の合計が常勤の従事者が従事すべき時間に達している　⇒　常勤兼務

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となります。

（４）**専ら従事する**

原則として、サービス提供時間帯を通じて介護保健施設サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間をいうものであり、常勤・非常勤の別を問いません。

（５）**入所者の数**

前年度の平均値とします。ただし、新規に許可を受ける場合は推定数によります。

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

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

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

一部ユニット型介護老人保健施設のユニット部分とユニット以外の部分（従来型個室又は多床室）を、別々の施設として許可を受けた場合の人員に関する基準の取扱いについて

（１）常勤について：

【H23.9.30 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等の一部を改正する省令の施行に伴う指定、介護報酬等の取扱いについて（疑義解釈）問９】

介護職員以外の従業者が双方の施設を兼務する場合、双方の施設の勤務時間の合計が、当該施設において定められている常勤の職員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。

（２）前年度の平均値について：

【H24.3.30 平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａvol.2　問 43】

別施設として許可を受けた当該年度については、双方の施設を一体として前年度の実績に基づき入所者数の「前年度平均値」を算出します。

翌年度については、別施設として許可された以後の実績に基づいて、それぞれの入所者数の「前年度平均値」を算出します。

ただし、看護職員の数の算定根拠となる入所者数の「前年度平均値」については、翌年度以降についても、双方の施設を一体として算出することとして差し支えありません。

Ⅲ 介護老人保健施設の施設及び設備の基準

介護老人保健施設の施設及び構造設備は、入所者等の心身機能の改善や日常生活の質の向上のため、十分ゆとりを持ったものでなければなりません。主な設置基準は次のとおりです。

1　介護老人保健施設の施設基準

種類	施　設	
介護老人保健施設	療養室	・定員は４人以下とすること ・８㎡以上/人の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること ・地階に設けてはならないこと ・１以上の出入り口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・寝台等の設備を備えること ・入所者の身回り品を保管できる設備を備えること ・ナースコールを設けること ただし、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、入所者の動向を検知できる見守り機器を設置することで代用しても差し支えありません。
	談話室	・入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有していること ・ソファー、テレビ、その他の共用娯楽設備等を備えること
	食堂	・２㎡×定員数以上の面積を有していること
	浴室	・身体の不自由な者の入浴に適したものとすること ・一般浴槽のほか、介助が必要な方に適した特別浴槽を設けること
	ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝﾙｰﾑ	・レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること
	洗面所	・療養室のある階ごとに設けること
	便所	・療養室のある階ごとに設けること ・身体の不自由な者の使用に適したものとすること ・ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること
	汚物処理室	・他の施設と区別された一定のスペースを有すること
ユニット型介護老人保健施設	療養室	・定員は１人とすること ※夫婦で療養室を利用する場合などサービスの提供上必要と認められる場合は、２人部屋とすることができる。この場合、２１．３㎡以上の面積を有すること。 ・いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること ※１のユニットの入居定員は、おおむね１０人以下としなければならない。 ・１０．６５㎡以上の面積を有していること （療養室内に洗面所が設けられているときはその面積を含み、療養室内に便所が設けられているときはその面積を除く。） ・地階に設けてはならないこと ・１以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること ・寝台等の設備を備えること ・入居者の身の回りの品を保管できる設備を備えること ・ナースコールを設けること ただし、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、入所者の動向を検知できる見守り機器を設置することで代用しても差し支えありません。

		＜ユニット型個室的多床室について＞ 　ユニットに属さない療養室を改修してユニットを造る場合は、「ユニット型個室的多床室」の基準を適用できます。（P12 参照）
	共同生活室	・いずれかのユニットに属し、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること ※他の入居者が、共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動できること ※当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること ・２㎡×当該ユニットの入居定員数以上の面積を有していること ・必要な設備及び備品を備えること
	洗面所	・療養室ごとに設けることが望ましい。 ただし、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。この場合にあっては、共同生活室内の１か所に集中して設けるのではなく、２か所以上に分散して設けることが望ましい。なお、療養室ごとに設ける方式と、共同生活室ごとに設ける方式とを混在させても差し支えない。 ・身体の不自由な者の使用に適したものとすること
	便所	・療養室ごとに設けることが望ましい。 ただし、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。この場合にあっては、共同生活室内の１か所に集中して設けるのではなく、２か所以上に分散して設けることが望ましい。なお、療養室ごとに設ける方式と、共同生活室ごとに設ける方式とを混在させても差し支えない。 ・身体の不自由な者の使用に適したものとすること ・ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること
	浴室	・身体の不自由な者の入浴に適したものとすること ・一般浴槽のほか、入浴に介助が必要な方に適した特別浴槽を設けること ・療養室のある階ごとにあるのが望ましい
	汚物処理室	・設けること
	談話室 ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝﾙｰﾑ	（基準なし）
介護老人保健施設・ユニット型共通	診察室	・医師が診察を行うのに適切なもの
	機能訓練室	・１㎡×定員数以上の面積を有していること ※　サテライト型小規模介護老人保健施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合は、４０㎡以上の面積を有すること ・必要な器械、器具を備えていること
	ｻｰﾋﾞｽｽﾃｰｼｮﾝ	・療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること
	調理室	・食器・調理器具などの消毒設備、保管設備 、防虫及び防鼠の設備を設けること
	洗濯室 又は洗濯場	・設けること

	その他	・調剤師が調剤を行う場合には、薬剤師法の規定により、調剤所が必要となること。 ・余力がある場合には、相談室、ボランティアルーム、家族介護教室を設置することが望ましいものであること。 ・焼却炉、浄化槽、その他の汚物処理設備及び便槽を設ける場合には、療養室、談話室、食堂及び調理室から相当の距離を隔てて設けること。 ・事務室、倉庫、リネン庫、理美容室、会議室、職員用施設（更衣室、食堂等）等も必要に応じて設けること
通所リハ	通所リハビリを行うにふさわしい専用の部屋	・当該部屋等の面積と通所者用に確保されている食堂の面積との合計が、通所定員１人あたり３㎡以上の面積を有していること

≪認知症専門棟（認知症専門ケア加算を算定することができる施設の基準）≫

〔厚告96　五十九〕

（１）日常生活に支障を来たすおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者と他の利用者を区別していること。

（２）以下に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。

ア　専ら日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（※）を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の入所者・利用者に利用させるものでないこと。

イ　入所定員は、４０人を標準とすること。

ウ　入所定員の１割以上の数の個室を有すること。（特別な療養室の提供に係る費用は徴収できません。）

エ　療養室以外の生活の場として入所定員１人当たりの面積が２㎡以上のデイルームを設けていること。

オ　当該認知症入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設（家族介護教室）であって、３０㎡以上の面積を有するものを設けること。

（３）単位ごとの入所者の数について、１０人を標準とすること。

（４）単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を置いていること。

（※）「日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とは、「自立度判定基準」によりランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいいます。

≪ユニット型個室的多床室の基準（経過措置）≫〔老企44 第５　３（２）④ｂ〕

令和３年４月１日に現に存するユニット型介護老人保健施設（基本的な設備が完成しているものを含み、令和３年４月１日以降に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。）において、ユニットに属さない療養室を改修してユニットが造られている場合、下記の要件を満たせば、「ユニット型個室的多床室」となります。（ユニット型介護保険施設サービス費Ⅰ（ⅲ若しくはⅳ）を算定できます。）

・　床面積が、１０．６５㎡（洗面所や収納設備等は含み、便所は除く。）以上であるもの。

・　入居者の視線が遮断され、プライバシーが十分に確保されていれば、天井と壁の間に一定の隙間が空いていても差し支えない。

・　壁については、可動でないもので、プライバシー確保に適切な素材であること。

※　多床室を仕切って窓のない療養室を設けた場合は個室的多床室としては認められない。

※　療養室への入口が、複数の療養室で共同である場合、カーテンなどで仕切られているに過ぎず、十分なプライバシー確保がされていない場合は、個室的多床室としては認められない。

※　入居者へのサービス提供上必要と認められる場合に２人部屋とするときは、２１．３㎡以上を標準とすること。

なお、表中（Ｐ10）の療養室の要件を満たしていれば、「ユニット型個室」となります。（ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅰ若しくはⅱ）を算定できます。）

指導事例

・　機能訓練室の一部に執務スペースが設けられており、許可時と異なった使用となっているので、速やかに変更許可申請を提出すること。
　また、施設内の掲示も実際の用途に合わせて変更すること。

・　診療室が物置として使用されているので、早急に適切な状態に回復させること。

・　ナースコールが設置されていない療養室が認められたので、設置すること。

２　介護老人保健施設の構造設備の基準

（１）階段

・階段の傾斜は緩やかにすること。

・手すりは、原則として両側に設けること。

（２）廊下

・廊下の幅は、内法寸法（手すりから測定する。）で片廊下１．８ｍ以上、中廊下(※1)２．７ｍ以上とすること。

・ただし、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、片廊下１．５ｍ以上、中廊下１．８ｍ以上として差し支えないこと。

・手すりは、原則として両側に設けること。

・常夜灯を設けること。

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

※２「療養室等」…　一般型介護老人保健施設においては、

療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーションルーム、便所等

ユニット型介護老人保健施設においては、

共同生活室、浴室、便所等、入所者が日常継続的に使用する施設

３　施設の共用

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

≪併設施設との共用が認められない施設≫

・療養室

・診察室

なお、一部ユニット型施設がユニット部分とユニット以外の部分を別施設として許可を受けた場合は、居室又は療養室、共同生活室、洗面設備、便所を除き、入所者へのサービス提供に支障がない場合、ユニット型施設と従来型施設における共用を認めることとします。

また、病院又は診療所との併設の場合は、次に掲げる施設等の共用は認められません。

〔H30.03.27　医政発 0327 第 31 号/老発 0327 第６号　医政局長/老健局長通知「病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について」〕

イ　病院又は診療所の診察室（１の診療科において、２以上の診察室を有する病院又は診療所の当該診療科の１の診察室を除く。）と介護老人保健施設の診察室又は医務室

ロ　手術室

ハ　処理室（機能訓練室を除く。）

ニ　病院又は診療所の病室と介護医療院等の療養室又は居室

ホ　エックス線装置等

Ⅳ　介護老人保健施設の運営基準

※**【共通】**・・・・・・「介護老人保健施設」「ユニット型介護老人保健施設」共通の運営基準等
※**【老健】**・・・・・・「介護老人保健施設」の運営基準等
※**【ユニット】**・・・「ユニット型介護老人保健施設」の運営基準等

１　介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について　【共通】

介護保健施設サービスの提供に当たっては、法 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、施設単位でＰＤＣＡサイクル構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければなりません。

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

２　内容及び手続の説明及び同意　【共通】

介護保健施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要など、入所申込者のサービスの選択に必要な重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、サービス提供の開始について入所申込者の同意を書面で得なければなりません。

Point！

（１）以下の項目について、重要事項を記した文書に記載していなければなりません。
　ア　法人、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービス等）
　イ　運営規程の概要（施設概要、定員、サービス内容及び利用料その他費用の額、利用上の留意事項等）
　ウ　従業者の勤務の体制
　エ　事故発生時の対応
　オ　苦情処理の体制（苦情処理の体制及び手順や施設の担当、市町村・国民健康保険団体連合会などの相談・苦情窓口等を記載）
　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（従業者の研修、秘密保持、協力医療機関、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・通院の扱い等）
（２）わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧に説明を行います。
（３）サービスの提供を受けることについての同意は、入所申込者及び施設双方の保護の立場から、別途契約書等の書面によって確認しなければなりません。

指導事例

- 契約書・重要事項説明書を適切に作成し、利用者、事業者双方で保管すること。
- 運営規程と重要事項説明書の記載が不整合のため、整合性を図ること。
- 重要事項説明書に記載すべき項目について、記載されていない項目があるので記載すること。
- 利用者に対し、口頭説明のみで重要事項書を交付していないので、交付すること。
- 利用者が交付を受けたことが確認できる文言の記載がなかったので、説明を受け、同意したことに加えて、交付を受けたことが確認できる文言が必要
- 説明者の署名等記入がないものがあるので、記入すること。
- 利用者と交わした契約書について、記載漏れ等がないよう留意すること。
　契約日の記載がない。
　同意日が空欄となっている。
　契約書に、利用者の氏名が未記入である。
　事業者の契約印が押印されていない。
　説明及び同意・交付について、署名がないもの、印がないものがある。
　契約期間の記入に不備がある。

Attention！

（1）重要事項の説明・同意について

重要事項を説明したこと、同意を得たこと、文書を交付したことを書面によって確認しなければなりません。
また、運営規程と重要事項説明書の記載内容について整合性が取れていることを確認してください。

（2）介護老人保健施設の広告について

介護老人保健施設については、広告することができる事項が制限されています。
また、虚偽の内容の広告は禁止されています。

〔介護保険法第98条〕

介護老人保健施設に関しては、文書その他いかなる方法によるかを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。

一　介護老人保健施設の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項
二　介護老人保健施設に勤務する医師及び看護師の氏名
三　前二号に掲げる事項のほか、厚生労働大臣の定める事項
（厚生労働大臣の定める事項）
・施設及び構造設備に関する事項
・職員の配置員数
・提供されるサービスの種類及び内容（医療の内容に関するものを除く。）
・利用料の内容
四　その他都道府県知事の許可を受けた事項

○具体的な取り扱いについては次のとおりです。
〔H13.02.22　老振発10 老健局振興課長通知「介護老人保健施設に関して広告できる事項について」〕

１　施設及び構造設備に関する事項
介護老人保健施設の施設及び設備構造に関する事項について、その内容を広告できること。具体的には以下の内容のものについて広告できること。
イ　療養室（広さ、個人用ロッカー、洗面所等の設備）
ロ　機能訓練室（広さ、機械・器具等の設備）
ハ　痴呆専門棟を有する介護老人保健施設については、その旨及び定員、施設設備
ニ　食堂（広さ、設備等）
ホ　談話室、レクリエーション・ルーム（広さ、テレビ・ソファー等の設備）
ヘ　浴室（特別浴槽等の設備）
ト　当該介護老人保健施設の協力病院及び協力医療機関
チ　当該介護老人保健施設に在宅介護支援センターを設置している場合は、その旨及びその事業内容等
リ　当該介護老人保健施設に訪問看護ステーション又は特別養護老人ホーム等を併設している場合は、その旨及びその事業内容等
ヌ　その他特色ある施設（ボランティア・ルーム、家族介護教室等の設置状況）

２　職員の配置員数
介護老人保健施設に配置される職員の職種ごとの員数を広告できること。広告できる職員の員数は、常勤換算した場合の員数とすること。なお、医師又は看護師の技能、経歴、年齢又は性別に関する事項についても広告できること。

３　提供されるサービスの種類及び内容
（１）レクリエーション、理美容その他日常生活上のサービスの内容について広告できること。具体的には、以下の内容について広告できること。
イ　レクリエーションの内容
ロ　生活上のサービスの内容…入浴回数、機能訓練の回数等
（２）指定通所リハビリテーション又は指定短期入所療養介護等を実施している介護老人保健施設については、その旨を広告できること。この場合においては、指定通所リハビリテーションの定員数及びその実施時間についても広告できること。
（３）利用料の徴収できる「特別な療養室」を有する施設については、その旨及びその室数について広告できること。

（４）紹介することができる他の指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、病院又は診療所等の名称について広告できること。

（５）当該介護老人保健施設によるサービスの提供に関する諸記録にかかる情報を開示することができる旨を広告できること。

（６）医療の内容に関する事項は広告できないこと。

４　利用料の内容

介護老人保健施設において徴収する利用料（日常生活費その他の費用を含む。）の費目、金額、支払方法及び領収について広告することができること。

５　その他

広告の内容は、虚偽であってはならないこと。

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

３　提供拒否の禁止　【共通】

正当な理由なく、介護保健施設サービスの提供を拒んではなりません。

Point！

（１）原則として、入所申込に対して応じなければなりません。

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

（３）入所にあたって身元保証人を求めている施設がありますが、身元保証人がいないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しません。身元保証人がいないことのみを理由に入所を拒むことや対処を求めることはできません。〔H28.03.27　全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料〕

≪提供を拒むことのできる正当な理由≫

①　入院治療の必要がある場合

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

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

４　サービス提供困難時の対応　【共通】

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

５　受給資格等の確認　【共通】

介護保健施設サービスの提供を求められた場合（入所の申込みがあった場合）は、その者の被保険者証（介護保険）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認しなければなりません。

★　介護保健施設サービスの利用に係る費用について保険給付を受けることができるのは、要介護認定を受けている被保険者に限られるものであることから、介護保健施設サービスの提供の開始に際し、入所申込者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければなりません。

また、被保険者証に、介護保健施設サービス等の適切かつ有効な利用等に関し、当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して介護保健施設サービスを提供するよう努めなければなりません。

６　要介護認定の申請に係る援助　【共通】

入所の際に、要介護認定を受けていない入所申込者について、要介護認定の申請が、既に行われているか否かを確認するとともに、当該申請が行われていない場合には、入所申込者の意思を踏まえ、速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければなりません。

また、継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間満了日の３０日前までに当該要介護認定の更新の申請が行われるよう、入所者に必要な援助を行わなければなりません。

７　入退所　【共通】

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

≪入所に当たって留意すべきこと≫

- 心身の状況及び病状並びに置かれている環境に照らし、病状が安定期にあり、施設において看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる要介護者が入所の対象になります。
- 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を**優先的に入所**させるように努めなければなりません。
- 入所に際しては、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴及び指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければなりません。
- 入所者の心身の状況及び病状や置かれている環境等に照らし、当該入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて、定期的に「検討」し、その内容等を**記録**しなければなりません。
- 上記の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従事者の間で協議しなければなりません。

≪退所に当たって留意すべきこと≫

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

Point！

（１）「優先的に入所」の取扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しなければなりません。なお、透明かつ公平な運用を図る観点から、入所に関する検討は、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議するよう努めることとします。また、当該協議の内容を**記録**することとします。

（２）入所に際しては、入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での療養へ移行する必要性があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行うことが望ましいものです。

（３）居宅において日常生活を営むことができるかどうか（居宅における生活への復帰の可否）の「検討」は、**入所後早期**に行います。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、**少なくとも３月ごと**に行います。

（４）これらの検討の経過及び結果は**記録**し、当該入所者の退所の日から**５年間保存**しなければなりません。

☞Ｐ59「４０　記録の整備」

（５）退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって、退所後の主治医、居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ります。

指導事例

- 入所判定会議において入所を不可と判断した理由の記録が不十分であったので、入所判定会議の記録については、各職種の所見を記載するとともに、入所不可と判断した理由を適切に記載すること。

８　サービスの提供の記録　【共通】

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

また、介護保健施設サービスを提供したときは、その具体的な内容等を記録しなければなりません。

Point！

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

☞Ｐ59「４０　記録の整備」

指導事例

・　サービス担当者会議、支援経過、在宅復帰に関する記録等に不備があったので、適切に記載すること。

９　利用料等の受領　【共通】

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

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

（１）利用料等の受領について

・　入所者から徴収する費用については、あらかじめ入所者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記載した**文書（重要事項説明書等）**を交付して説明を行い、文書により入所者の**同意**を得なければなりません。

・　日用品費等の基本的な積算の考え方は、**「実費相当額」**です。実費金額より多く徴収することは認められません。［老企54「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」］

（２）事業者が入所者等から徴収することができる費用について

≪徴収可能な費用≫

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

≪その他の日常生活費の例≫

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

≪その他の日常生活費についての考え方≫

・　提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係があってはなりません。
・　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）の徴収は認められません。
・　入所者又はその家族等の**自由な選択**に基づいて行われなければなりません。
・　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も可能です。（**セット販売のみは不可**。）

・　日用品等を選択しないことにより、施設が提供すべき介護保健施設サービスに支障がないようにしてください。
・　入所者又はその家族等から料金の設定に関して説明を求められた際に、品目や算定の考え方を明らかにできるようにしてください。
・　教養娯楽費（クラブ活動等）の内容にかかわらず日額等（「〇〇円/回」「〇〇円/日」）で設定することは、各々のクラブ活動に要する費用が常に同額であるとは限らず、この料金設定は実費相当額の範囲内とは認められないため、次のとおり料金設定を行ってください。
　①　あらかじめ金額を確定できるもの（金額が明確なもの）は、当該金額とする。
　②　あらかじめ金額を確定することが難しいものは、実費とする。
・　入所者が希望によって参加する活動に要する費用は、全員から一律に徴収せず、利用実態に応じて徴収してください。

Point！

ア　前記（2）①～⑥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ものです。
当該契約の内容については、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、提供するサービスの内容及び費用を記載した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を書面で得なければなりません。
イ　食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載するとともに施設の見やすい場所に掲示するか、いつでも関係者が自由に閲覧できるよう備え付けることとします。
ウ　居住費（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」を勘案することになります。
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療養室・特別な食事の提供に係る利用料（消費税の課税対象となる）については、居住費・食費と明確に区別して受領する必要があります。
カ　個々の費用ごとに、入所者又は家族の希望によるサービス提供であることを確認できるようにしておくことが必要です。

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

Attention！

日用品の提供を業者に委託している場合であっても、運営基準の遵守等については最終的に施設が責任を有します。内容の説明を文書の同意の取得等については、施設自ら行うか、施設の管理の下に委託業者に行わせることが必要です。

（3）入所者等から徴収することができない費用について

≪徴収不可能な費用≫

①　介護サービスの提供に必要な標準的な福祉用具に係る費用
②　介護サービスの提供に必要な消耗品に係る費用
③　他の医療機関への通院に係る付き添い費用
④　寝具、シーツ、枕カバーに係る費用
⑤　入所保証金

利用料等の範囲

項目	ポイント
施設サービス費 （１～３割負担）	□ 法定代理受領サービスに該当する介護保健施設サービスを提供した際の、介護保険法第48条第２項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当該施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額
食事の提供に 要する費用	□ 食材料費及び調理に係る費用に相当する額
居住に要する費用	□ ユニット型個室・従来型個室については「室料」及び「光熱水費」相当額、多床室は「光熱水費」相当額 □ 居住に要する費用の水準の設定に当たって勘案すべき事項は、次のとおり。 ・ 施設の建設費用（修繕費用、維持費用等を含み公的助成の有無についても勘案する。） ・ 近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用
入所者が選定する 特別な療養室の 提供に係る費用	□ 定員が１人又は２人であること □ 特別な療養室の施設･設備などが利用料の他に特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の支払いを入所者から受けるのにふさわしいものであること □ 居住に要する費用の追加的費用であることを入所者又はその家族に対し、明確に説明した上で契約を締結すること □ 定員のおおむね５割以内（一部ユニット型介護老人保健施設が当該施設のユニット部分とそれ以外の部分を別々の施設として許可を受けた後の当該施設については、適用しない。） □ 特別な療養室の提供が、入所者への情報提供を前提として、入所者の選択に基づいて行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われるものではないこと □ 特別な療養室の提供を行うことに伴い必要となる費用の額が、運営規程に定めてあること □ 認知症専門棟の個室等、施設療養上の必要性から利用させる場合は徴収できない □ 従来型個室の「経過措置」の対象者からは徴収はできない □ 居住に要する費用と明確に区別して受領すること
理美容代	□ 実費相当の範囲で単価を設定しておくことが望ましい
利用者等が選定 する特別な食事の 提供に係る費用	□ 利用者等が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要な費用 □ その内容が通常の食事の提供に要する費用の額では提供が困難な高価な材料を使用し、特別な調理を行うなど、食事の提供に係る利用料の額を超えて必要な費用につき支払いを受けるのにふさわしいものであること □ 医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士による利用者等ごとの医学的及び栄養学的な管理が行われていること □ 食堂、食器等の食事の提供を行う環境についての衛生管理がなされていること □ 特別な食事を提供することによって、特別な食事以外の食事の質を損なわないこと 費用については、特別な食事を提供することに要した費用から食事の提供に要する費用を控除した額 □ 特別な食事の提供は、あらかじめ利用者等又はその家族に対し十分な情報提供を行い、利用者等の自由な選択と同意に基づき、特定の日に予め特別な食事を選択できるようにすることとし、利用者の意に反して提供されることがないようにすること □ 利用者等又はその家族への情報提供に資するために、施設の見やすい場所に次の事項を掲示すること ・施設等において、毎日、又はあらかじめ定められた日に、あらかじめ希望した利用者等に対して、利用者等が選定する特別な食事を与えること ・特別な食事の内容及び料金 □ 特別な食事を提供する場合は、当該利用者等の身体状況にかんがみ支障がないことについて、医師の確認を得る必要があること □ 特別な食事の提供に係る契約に当たっては、食事の提供に要する費用の追加的費用であることを利用者等又は家族に対し、明確に説明した上で契約を締結すること
その他の 日常生活費	1　日用品費 □ 入所者の希望によって、身の回りの品として日常生活に必要なものを施設が提供したその費用 □ 一般に日常生活に最低限必要なものであって、利用者の希望を確認せず、施設が一律に提供し、画一的に徴収することは認められない。 2　教養娯楽費 □ クラブ活動の材料費など （共用の談話室等にあるテレビ、カラオケの使用料や全員が参加する定例行事にかかる費用などは認められない。） 3　健康管理費 □ インフルエンザ予防接種費など 4　預り金の出納管理費 □ 責任者及び補助者が選定され印鑑と通帳が個々に保管されていること □ 適切な管理の確認を複数の者により常に行える体制にあること

	□ 入所者等と保管依頼書、個人別出納台帳など必要な書類が整っていること 5　私物洗濯代 □ 実費相当の範囲で単価を設定しておくことが望ましい （具体的な取扱いについては「その他の日常生活費に関しての留意点」を参照のこと	
利用料の明示	□ サービスの提供に当たっては、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を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得ること。「食費」「居住費」「特別な療養室」「特別な食事」の提供に関する同意については、文書によるものとする。	
利用料の掲示	□ 当該施設における利用料の詳細を、施設の見やすい場所に掲示するか、いつでも関係者が自由に閲覧できるように備え付けること	
領収書の交付	□ 施設サービスその他サービスの提供につき、その支払いを受ける際、領収書を交付すること □ 領収書には、支払いを受けた費用の額のうち、法第48条第2項の規定により算定した額、食事の提供に要した費用の額及び居住に要した費用の額に係るもの並びにその他の費用の額を区分して記載し、その他の費用については、個別の費用ごとに区分して記載すること	法第48条の7 施行規則 第82条
消費税	□ 原則非課税。以下の利用料については、消費税課税対象である 利用者の選定に基づく特別な療養室の提供に伴う費用 利用者の選定に基づく特別な食事の提供に伴う費用	消費税法 第6条の1

「その他の日常生活費」に関しての留意点

	項目	ポイント	根拠規定
1	「その他の日常生活費」を含め、「利用料等の受領」に関して、入所者又はその家族等に事前に十分な説明を行い、同意を得ているか。	□ 利用同意書（契約書）とは別に利用料に関しての同意書があるか。	老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準③ 介護保険施設における日常生活費等の受領について
2	「その他の日常生活費」の対象となる便宜が、入所者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われているか。	□ 入所者等の希望により、個人に対して個別の品目を提供するのが望ましい。 □ 入所者又は家族等の希望及び選択に基づき提供を行うのであればセット提供でも構わないが、セット内容に、本人が使用しない物や、希望しないものが含まれるべきではない。（選択肢の幅を広げる必要がある。）	老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準③、④
3	「日用品費」「教養娯楽費」等「その他の日常生活費」に関して、積算根拠は明らかにできるか。	□ 入所者等から説明を求められた際に、品目や算定の考え方を明らかにできるか。 □ 「教養娯楽費」に関しては、実際に施設で行っていないクラブや、レクリエーションに関して費用徴収していないか。	老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準②、③、④
4	「日用品費」「教養娯楽費」等の「その他の日常生活費」の受領は、実費相当額の範囲内で行われているか。		老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準④
5	すべての入所者に一律に提供し、すべての入所者からその費用を画一的に徴収していないか。	□「日用品費」 入所者等の希望により個人に対して個別の品目を提供するのが望ましい。 □ 利用者全員が使用できる状況にあるもの（共用物）に関しては、費用徴収できない。 □「教養娯楽費」 すべての入所者に一律に提供される共用の談話室等にあるテレビ、カラオケ設備の使用料等、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動、入所者が全員参加する定例行事における材料費については徴収することはできない。	老企54号 別紙「各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について（4）の①、② 「その他の日常生活費」に係るＱ＆Ａ 問８
6	「お世話料」「管理協力費」「共益費」「施		老企54号

	設利用補償金」といったあいまいな名目で費用徴収をしていないか。		「その他の日常生活費」の受領に係る基準②
7	「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額が、運営規程(料金表)に定めてあるか。	□「日用品費の内訳」(具体的な品目)や、教養娯楽費の対象となる便宜(クラブ活動名等)が、運営規程(料金表)に記載されているか。	老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準②、⑤
8	「その他の日常生活費とは区分される費用」に関しても、運営規程(料金表)に記載されているなど、「その他の日常生活費」同様の取扱いがされているか。	□「その他の日常生活費とは区分される費用」も含め、施設が徴収する費用に関しては、すべて、運営規程(料金表)に設定してあるか。 □ 外部事業者が入所者と直接契約を結び、その費用を徴収する場合であっても、基準省令等の遵守については最終的に施設が責任を有するものとなっていることから、そのような費用も運営規程(料金表)への記載が必要となる。 □ 料金表については、「その他の日常生活費」と「その他の日常生活費とは区分される費用」で区分がされているか。	運営基準等に係るＱ＆Ａについて(平成13年３月28日振興課事務連絡)
9	運営規程(料金表)が施設の見やすい場所に掲示されているか。		老企54号 「その他の日常生活費」の受領に係る基準⑤

※「日用品費」　…　入所者等の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合にかかる費用

※「教養娯楽費」…　入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合にかかる費用

指導事例

- 「お世話料」「管理協力費」「共益費」「施設利用補償金」といったあいまいな名目の徴収は認められないので、費用の内容を明確にすること。
- 入所者が希望によって参加する活動に要する費用（手芸の材料費、書道教室の教材費等）を全員から一律に徴収しているので、利用実態に応じて徴収すること。
- 一般的に日常生活に最低限必要と考えられる物品（歯ブラシや化粧品等の日用品）を施設がすべての利用者等に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収しているので、利用者等の希望を確認した上で提供すること。
- 日用品について、個別の選択ができず、セット販売のみとなっているので、個別の選択ができるようにすること。
- 同意書に記載されていない日用品について費用を徴収している。日常生活費等について別途受領する必要が生じたときは、その都度、説明し、同意書により確認すること。
- 介護に直接必要な用品として施設サービス費に含まれる物品の代金を受領すべきでないこと
- 入所者が施設内で死亡した際に、重要事項説明書に記載がない診断書料、死後処置料を請求・受領しているので、あらかじめ、説明し、同意を得ること。
- アルコール消毒液、トイレットペーパー等を日用品費として徴収しているが、これらは施設サービスの提供に関する費用に含まれるため、日用品費として徴収できないことに留意すること。
- 私物の洗濯代について、食事介助が必要な入所者のエプロンの洗濯代が含まれている。食事介助が必要な入所者のエプロンは介護報酬に含まれており、私物とは認められないので留意すること。
- 褥瘡のできやすい入所者に対してクッション（車イス用）を使用しているが、入所者負担としている。褥瘡予防の為に必要な物品は介護報酬に含まれており、入所者に負担を求めることは適切でない。
- 防水シーツや食事用エプロンの費用を徴収しているが、これらの費用は介護報酬に含まれているので、留意すること。
- 利用料の領収書については、作成しているが、施設で保管しており、利用者又は家族へ交付していない（利用者又は家族の請求を受けて交付している。）ので、請求の有無にかかわらず、その都度交付すること。
- 理美容業者への支払いが 1,500 円の理美容代について、2,000 円を入所者から徴収しており、500 円の

差額が生じている。この差額については、施設が提供している場所代と説明しているが、徴収が可能とされている理美容代の範囲には含まれず不適切であるので、留意すること。

・ 入院・外泊中でも居住費を徴収しているが、入院・外泊中における居住費負担の取扱いについて、重要事項説明書等に明記されていない。口頭では説明していたとのことであるが、費用負担が生じる重要事項であるから、運営規程や重要事項説明書へ明記することが必要である。

所得税の医療費控除について

〔通知等〕

○介護保険制度化での介護サービスの対価にかかる医療費控除の取扱いに係る留意点について
（H12.11.16 老振第 73 号（改正：H30 老振発 0928 第２号・老老発 0928 第３号））

○介護保険制度化での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて
（H25.01.25 老健局総務課事務連絡）

○介護保険サービスに係る医療費控除について
（H17.12.27 老健局総務課　Ｑ＆Ａ）

（１）医療費控除の対象範囲

介護老人保健施設において要した費用に係る医療費控除の対象範囲について、具体的には次の費用が対象となるものであること。

ア　施設介護サービスのうち、食事の提供及び居住以外のサービスに係る自己負担額

イ　介護老人保健施設が行う訪問看護等の居宅サービス及び介護予防訪問看護等の介護予防サービス並びに医療費控除通知の要件を満たす居住サービス及び介護予防サービスの提供に係る自己負担

ウ　食費に係る自己負担額

エ　居住に係る自己負担額

	介護報酬自己負担	居住費	食費
介護老人保健施設	対象	対象	対象
短期入所療養介護	対象	対象	対象
介護予防短期入所療養介護	対象	対象	対象

（２）領収書の記載

ア　介護老人保健施設については、利用者に対して交付する領収書において、当該施設が介護老人保健施設であるか否かの判別がつかない場合があるため、施設の名称に加えて当該施設が「介護老人保健施設」である旨を明記すること。（例「介護老人保健施設○○苑」）

イ　領収書の利用料の記載に当たっては、医療費控除対象額が明らかになるようにするため、（１）のア～エなどの区分ごとにその金額を記載すること。

なお、可能な限り利用者の利便に資するよう、医療費控除の合計金額を記載するよう努めること。

１０　保険給付の請求のための証明書の交付　【共通】

法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合には、提供したサービスの内容、費用の額その他入所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所者に交付しなければなりません。

１１　介護保健施設サービスの取扱方針　【老健】【ユニット】

【老健】

介護老人保健施設は、

（１）施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、当該入所者の心身の状況等を踏まえ、当該入所者の療養を適切に行わなければなりません。

（２）介護保健施設サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。

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

（4）介護保健施設サービスの提供に当たっては、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。

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

（6）身体的拘束等の適正化を図るため、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「テレビ電話等装置」という。）等を活用して行うことができるものとする。）を**３月に１回以上**開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

② 身体的拘束等の適正化のための**指針**を整備すること。

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

（7）自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

※（5）及び（6）①～③の措置を講じていない場合は、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となります。

【ユニット】

ユニット型介護老人保健施設は、

（1）入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして介護保健施設サービスを行わなければなりません。

（2）各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。

（3）入居者のプライバシーの確保に配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。

（4）入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、入居者の心身の状況等を常に把握しつつ、介護保健施設サービスを適切に行わなければなりません。

（5）介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければなりません。

（6）介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはなりません。

（7）身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。

（8）身体的拘束等の適正化を図るため、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「テレビ電話等装置」という。）等を活用して行うことができるものとする。）を**３月に１回以上**開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

② 身体的拘束等の適正化のための**指針**を整備すること。

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

（9）自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

※（7）及び（8）①～③の措置を講じていない場合は、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となります。

***Attention！*【老健】【ユニット】**

身体的拘束等の適正化を図るため講じるべき3つの措置

（1）身体的拘束適正化検討委員会の開催〔老企 44 第４の 11（３）〕

- 身体的拘束適正化検討委員会を**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。
- 委員会の構成メンバーは、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員など幅広い職種に構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。
- 身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など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、事故防止委員会及び感染対策委員会等、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。

・　身体的拘束適正化検討委員会の責任者は、ケア全般の責任者であることが望ましい。
・　委員会には、第三者や専門家（精神科専門医等の専門医）を活用することが望ましい。
・　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。
その際、次のガイダンス等を遵守すること。
⇒　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のためのガイダンス」
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf
⇒　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（第5.1版）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html
※　報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるものであり、決して従業者の懲罰を目的をしたものではないことに留意することが必要である。
（想定例）
①　身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
②　介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
③　身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
④　事例の分析にあたっては、身体的拘束等の発生時の状況を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
⑤　報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
⑥　適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

（２）指針の整備〔老企44 第４の11（４）〕

≪指針に盛り込むべき項目≫

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

（３）研修の実施〔老企44 第４の11（５）〕

・　介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、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、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需要である。
・　研修の実施内容については、**記録**することが重要である。
・　研修の実施は、施設内での研修で差し支えない。

Point！【ユニット】

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

Attention！【老健】【ユニット】

身体的拘束廃止の取組みについて［身体拘束ゼロへの手引き］

１　身体的拘束等について

（１）身体的拘束等の禁止について

本人の行動制限を目的とした対応であれば、それは身体的拘束等に該当します。

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を行ってはなりません。

（例）〔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」発行）〕

・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに四肢をひも等で縛る。
・自分で降りられないようにベッドを柵で囲む。
・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、ミトン型の手袋をつける。
・車いすからずり落ちたり、立ち上がったりしないようにＹ字型拘束帯や腰ベルトをつける。
・脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。

（２）緊急やむを得ない場合について

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

① **切迫性**：入所者本人または他の入所者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
② **非代替性**：身体的拘束等の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
③ **一時性**：身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

（３）身体的拘束等の弊害について

① **身体的弊害**：関節の拘縮、筋力の低下、食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの身体的弊害をもたらします。
② **精神的弊害**：人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感など、本人だけではなく家族にも精神的弊害をもたらします。
③ **社会的弊害**：介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすだけではなく、高齢者のさらなる医療的処置を生じさせるなどの社会的弊害をもたらします。

（４）身体的拘束等がもたらす悪循環について

認知症があり体力も衰えている高齢者を拘束すればますます認知症が進み、体力が衰えます。その結果、転倒などの二次的・三次的な障害が生じ、その対応のためにさらに拘束を必要とするといった、「悪循環」をもたらします。場合によっては高齢者の「死期」を早める結果にもつながりかねません。

※　身体的拘束等の廃止は、この「悪循環」を、高齢者自立促進を図る「よい循環」に変えることを意味します。

２　身体的拘束等を行う場合の留意点

（１）手続きや説明者を事前に運営規程等に明文化すること。そして、実際に身体的拘束等を行う場合には、入所者や家族に対し、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な**理解**を得ること。

（２）緊急やむを得ない場合に該当するかどうか（**切迫性**、**非代替性**、**一時性**の３つの要件をすべて満たしているか）を常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。

（３）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すること。（医師が診療録に記載すること。）

３　身体的拘束等のないケアの実現に向けて

身体的拘束等のないケアを行うには、拘束等を行わざるを得ない原因を特定し、その原因を除去するためケアを見直すことが必要です。そのためには、以下のようなことが求められます。

① 身体的拘束等を誘発する原因を探り、除去すること

必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わりや環境に問題があることも少なくありません。そうした理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが求められます。

② ５つの基本的ケアを徹底すること

起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する、という５つの基本的事項について、入所者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを十分に行い、徹底することが求められます。

③　身体的拘束等の廃止を契機に、よりよいケアを実現すること

身体的拘束等の廃止を最終ゴールとはせず、身体的拘束を廃止する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むことが求められます。

指導事例

- 身体的拘束による弊害の認識が不足している（施設職員が「身体拘束ゼロへの手引き」の存在を知らない）ので、職員研修の実施等により従事する職員の理解を深めること。
- 家族の同意を得れば身体的拘束を行うことができると考えており、３つの要件の検討を行わずに身体的拘束を行っている。３つの要件を満たし、かつ、施設内で十分な検討がなされてはじめて同意を得るべきものであり、同意だけで身体的拘束を行うことはできないことに留意すること。
- 医師が診療録に身体的拘束の実施に関する記録を残していなかったので、記録すること。
- 身体的拘束の実施に係る記録は残されていたが、切迫性、非代替性、一時性の検討が行われておらず、緊急やむを得ないとの判断が不明確であったので、適切に検討を行うこと。
- 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、検討することとされているが、再検討の記録が残されていないので、記録すること。
- 四点柵による身体的拘束を行っていたのにもかかわらず、拘束の記録に用いている「身体的拘束に関する説明書・経過観察記録」が作成されていないので、改善すること。
- 説明書に拘束開始日時は記載されているが、解除予定日時の記載がないので、記載すること。
- 改善計画が作成されていないので、作成すること。
- 身体的拘束廃止委員会を設置していないので、設置すること。
- 身体的拘束廃止委員会を設置しているが、記録がないので、記録すること。
- 身体的拘束廃止委員会を月１回開催しているが、ほとんどの事例が「継続実施」とされ、廃止に向けて代替策を検討していないので、検討し、適切に見直すこと。
- 施設の医師が、「危険を回避するため身体的拘束は仕方ない」との考えであり、３つの要件を満たさない場合であっても、医師から身体的拘束の指示を出されると実施している。常に身体的拘束廃止委員会等で検討し、施設全体で緊急やむを得ない場合か否かを判断すること。
- 身体的拘束を行っている入所者の状態を記載しているものはあるが、日々の観察を行っているとまでは言えない。早く身体的拘束を解除するためには、日々の観察を行い、「代替方法はないのか。」、「何が原因なのか。」を常に検討すること。
- 利用者または家族への説明及び同意手続がなされていない、または拘束実施後に説明等を行っている。今後は、身体的拘束実施前に利用者からの同意を得ること。
- 本人・家族向けの「身体的拘束に関する説明書」に不備があるので、改めること。
- 身体的拘束に関する説明書において、拘束開始日及び解除予定日を月単位で設定しており、日にちや時間での設定がされていないので、適切な日時で設定すること。
- 身体的拘束に関する説明書に記載されている身体的拘束の方法と異なる方法や部位の拘束を行っているので、改めること。（説明書では、チューブ（酸素吸入、胃ろう、尿管カテーテル）の抜管防止を目的に、つなぎ服使用と記載しているが、実際には、つなぎ服のほかに両手首を紐でベッド柵に縛っている。）

Attention！【老健】【ユニット】

高齢者虐待防止について

- 緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束等は高齢者虐待となります。
- 施設の職員が虐待に関する認識に欠け、虐待になりうるとの自覚に乏しいケースも見受けられるので、高齢者虐待防止研修会を定期的に実施する等、施設職員の意識啓発を図っていくことが必要です。

１２　施設サービス計画の作成　【共通】

介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
施設サービス計画は入所時に作成し、入所者の状態が変化した場合には随時計画を変更しなければなりません。

≪施設サービス計画の作成又は変更に当たって留意すべきこと≫

- 入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該入所者に対し提供される地域の住民の自発的な活動によるサービス等の利用について施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければなりません。
- 適切な方法により、入所者について、有する能力、置かれている環境等の評価を通じて当該入所者が現

に抱える問題点を明らかにし、当該入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握・アセスメント**をしなければなりません。

・　解決すべき課題の把握・アセスメントに当たっては、入所者及びその家族に**面接**を行わなければなりません。この場合、面接の趣旨を当該入所者及びその家族に対して十分に**説明**し、**理解**を得なければなりません。

・　入所者の希望、当該入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、当該入所者の家族の希望を勘案し、当該入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般における解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及び達成時期、サービスの内容及び提供上の留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければなりません。また、作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めることとします。

・　「入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者」を招集して行う**サービス担当者会議の開催**や、**担当者に対する照会**等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者の専門的な見地からの意見を求めるものとします。

　なお、サービス担当者会議はテレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとしますが、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、事前に同意を得なければなりません。

　また、その際は、次のガイダンス等を遵守することとします。

　⇒　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のためのガイダンス」
　　https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf

　⇒　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（第5.1版）」
　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html

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

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

・　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・再評価（モニタリング）**を行い、必要に応じて、計画を変更するものとします。

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

　①　定期的に入所者に面接すること。

　②　定期的にモニタリングを行い、その結果を記録すること。

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

　①　入所者が要介護更新認定を受けた場合

　②　入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

Point！

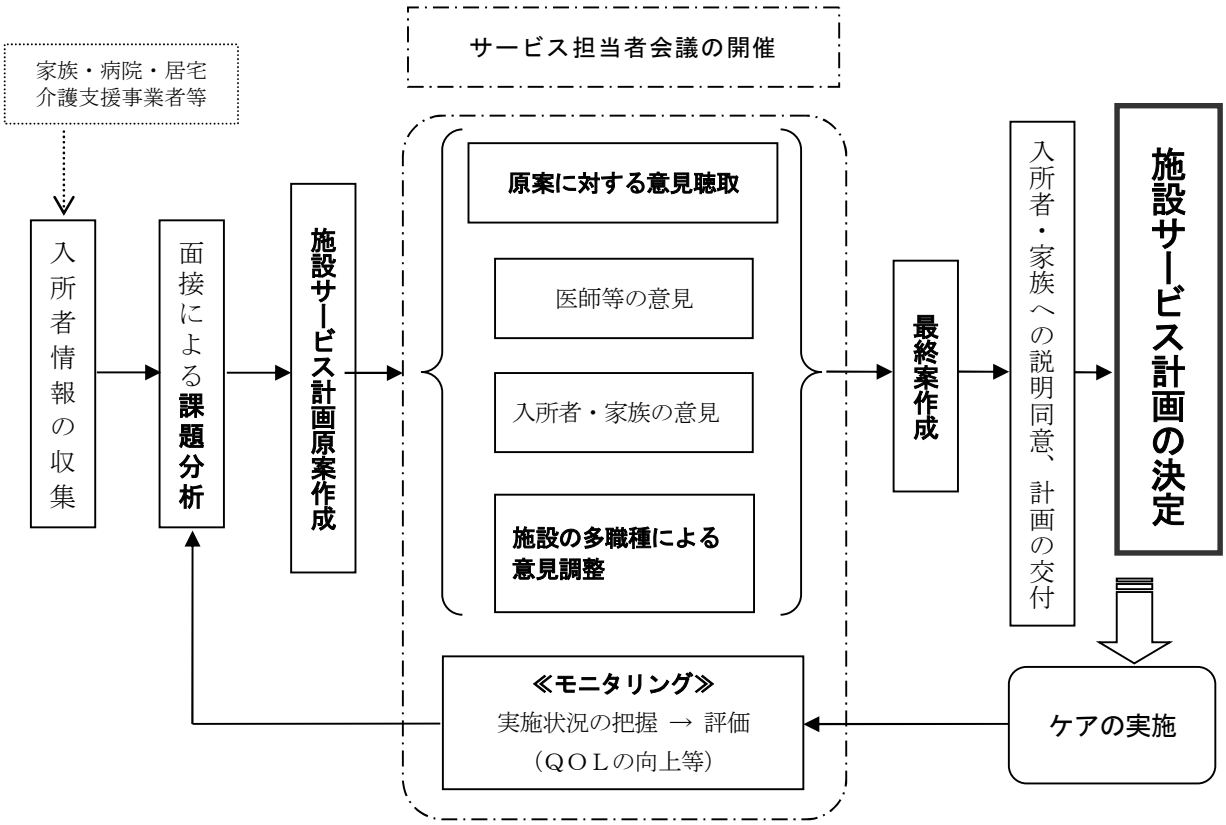
（1）「入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者」とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員及び管理栄養士等の、入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指します。

（2）説明及び同意を要する「施設サービス計画の原案」とは、施設サービス計画書の第１表及び第２表に相当するものを指します。

（3）施設サービス計画の原案について、入所者の同意が義務づけられていますが、必要に応じて入所者の家族の同意を得ることが望ましいものです。

（4）交付した施設サービス計画は、当該入所者の退所の日から５年間保存しなければなりません。

≪施設ケアマネジメントの流れ≫



指導事例

- 施設サービス計画書の作成者欄の職種が介護支援専門員以外の職種となっている。施設サービス計画の作成に関する業務は、介護支援専門員が行うこと。
- サービス提供が始まっているにもかかわらず計画が作成されていない。必ず作成した計画に基づいてサービスを提供すること。
- 利用者や家族の意向欄が空欄であるものや、「特になし」「施設にお任せします」との記載が多く、利用者や家族等からの意向の聞き取りが十分行われていないので、利用者や家族との信頼関係を強め、十分な聞き取りを行うようにすること。
- アセスメントにより、課題（異食行為、誤嚥、嚥下機能低下、身体的拘束を必要とする場合等）が抽出されているが、計画に反映できていないので、反映させること。
- 施設サービス計画の作成、変更時に、その内容を利用者又はその家族に説明し、文書により同意を得ていないので、施設サービス計画について説明し、同意を得た上で交付すること。
- アセスメント情報について、居宅サービスや病院からのサマリーをそのままファイリングすることで済ませているので、施設としてのアセスメント書式をしっかり整備すること。
- 計画を作成する際、書面の都合から課題の設定を３項目に限定しているため、アセスメントで収集した情報が活かされていないので、書式を改善すること。
- サービス担当者会議が、施設サービス計画を家族に説明し、同意を得た後に実施されている。サービス担当者会議において検討した上で計画を作成すること。
- 施設サービス計画の長期目標が、家庭復帰希望者も特養入所希望者も同じ内容となっているが、画一的に設定することなく、利用者等の意向に沿った内容とすること。
- 施設サービス計画の原案（変更後の計画も含む）についての説明を利用者又は家族に対して行っていないので、説明を行い、同意を得た上で計画を交付すること。
  また、説明・同意・交付の記録を残すこと。
- モニタリングや計画の見直しをすることなくサービスを継続しているので、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い、定期的に入所者と面接を行い、適切に計画を見直すこと。
- モニタリング結果の記録から、目標が達成されていることが確認できるが、目標の変更をせず計画を継続しているので、適切に目標を見直すこと。
- 利用者の心身の状況が大きく変化し、計画の変更が必要になっているにもかかわらず、変更していないものがあるので、検討し、適切に見直すこと。

・　身体状況に変化があっても計画が変更されていない。定期的にモニタリングを行い、骨折や褥瘡の発症等により入所者のＡＤＬが大きく変化した場合や、緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合にも、計画の変更を行うこと。
・　施設サービス計画の計画期間終了後、新たな施設サービス計画を作成しないまま介護保健施設サービスを提供しているので、適切なサービス計画を作成すること。
・　サービス担当者会議の記録を見ると、専門的見地からの意見を求めて計画の内容の調整を図っていると認められないので、留意すること。
・　サービス担当者会議を開催していない又は適切な時期に開催されていないので、適切に開催すること。
・　入所者が要介護更新認定を受けた際に、サービス担当者会議の開催、介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者に対する照会等が行われていないので、適切に行うこと。
・　見直し後の施設サービス計画の内容について入所者又はその家族に対しての説明、文書による入所者の同意、計画の交付が行われていないので、適切に行うこと。
・　３ヶ月ごとに、家族に満足度を尋ねる文書を郵送し、家族が記載して返信したものをモニタリング結果としている。（ほとんどの家族が「満足しています。」「今後もよろしくお願いします。」と記載。）目標の達成度や計画の変更の必要性の確認を行っていないので、適切なモニタリングを行うこと。

１３　診療の方針　【共通】

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

①　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、的確な診断に基づき、療養上適切に行います。
②　診察に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮し、心理的な効果をあげることができるよう適切な指導を行います。
③　常に入所者の病状、心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行います。
④　検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして適切に行います。
⑤　特殊な療法、新しい療法等については、規則で定めるもののほか行ってはなりません。
⑥　規則で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。

１４　必要な医療の提供が困難な場合等の措置等　【共通】

介護老人保健施設の医師は、

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

※　施設の医師の指示等により通院する場合は、原則として施設職員が付き添います。

Point！

≪通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点≫

・　施設の医師が判断した他の医療機関への通院は、介護保健施設サービスの一環として施設が対応する必要があります。
・　入所中に入所者が保険医療機関に受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生ずることはありません。

・　短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなります。
・　入所中に使用する「薬」の費用は、医療保険機関等の受診時に医療保険で対応できるもの等、一部を除き介護報酬に含まれます。よって、施設で提供する薬、受診時に医療保険で対応できない薬については、施設で負担し、入所者又は家族等からその費用を徴収することはできません。

≪その他の留意点≫

①　薬の持参を入所条件にすることはできません。
②　薬価の高さを理由に入所を拒否することはできません。

指導事例

・　医療機関に受診する際の交通費を利用者負担としているのは不適当であるので、改めること。

入所者の通院の取扱い　〔老企 59「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院(対診)について」〕

介護老人保健施設入所者の保険医療機関への通院、往診については、以下のように取り扱われること。

項目	内容
基本的考え方	□　介護老人保健施設は常勤医師が配置されるので、比較的安定している病状に対する医療については施設で対応できることから、入所者の傷病等からみて必要な場合には、往診・通院が認められるが、みだりに往診を求めたり、通院をさせることは認められないものであること。 □　介護老人保健施設が、入所者の診療のため保険医の往診を求めたり、保険医療機関へ通院させる場合は、施設の医師と保険医とが協力して入所者の診療に当たるべきであること。
入所者の確認	□　介護老人保健施設の入所者を保険医療機関等へ通院させる場合には、提供している介護保健施設サービスについて必要な事項が記載されている入所者の介護保険法第１２条第３項に規定する被保険者証を携えて受診させること。 □　保険医療機関においては、被保険者証等により介護老人保健施設入所者であることを確かめなければならないこと。
情報提供	□　介護老人保健施設の医師は、入所者のために往診を求め、又は入所者を病院等に通院させる場合には当該病院等の医師又は歯科医師に対し、診療状況に関する情報の提供を行うこと。 （別記様式Ｐ37 参照） □　通院先の保険医は、施設入所者を診療する場合には、施設医師から施設での診療状況に関する情報提供を受けるものとし、その情報提供により適切な診療を行わなければならないこと。 □　通院先の保険医は、施設入所者を診療した場合には、当該施設医師に対し、入所者の療養上必要な情報提供を行わなければならないこと。 □　施設医師は、入所者が往診又は通院を行った病院等の医師又は歯科医師から当該入所者の療養上に必要な情報提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならないこと。
診療報酬上の措置	□　保険医が介護老人保健施設入所者を診療した場合、施設医師への入所者の療養に関する情報の提供について「情報提供料（Ｉ）」が設けられていること。 ※　医科診療報酬点数表　「Ｂ００９情報提供料（Ｉ）」の注４部分に限ります □　したがって、介護老人保健施設で対応できる医療行為については、保険医からの情報提供により施設医師が対応することになるので、当該医療行為に係る保険請求は認められないこと。 □　なお、介護老人保健施設で通常行えない医療行為については保険請求が認められるものであること。 □　介護老人保健施設に併設して設置されている保険医療機関等における保険請求は、それ以外の保険医療機関等と異なる取り扱いとすること。
併設保険医療機関の診療報酬請求	□　介護老人保健施設入所者に対して、併設医療機関の医師が、医療保険に対して請求可能な医療行為を行った場合には、診療報酬請求の明細書に、介護老人保健施設入所者である旨及び併設保険医療機関である旨を記載すること。
歯科診療の取扱い	□　医科の場合のような施設療養と保険診察の調整の措置は原則とられていないこと。 ただし、歯科点数表「Ｂ００６－３－２がん治療連携指導料」「Ｂ０１４退院時共同指導料１」「Ｃ００３在宅患者訪問薬剤管理指導料」「Ｃ００７在宅患者連携指導料」「Ｃ００８在宅患者緊急時等カンファレンス料」は算定できないこと。

処方せんの取扱い	□ 施設医師は、保険医療機関における保険医ではないので、保険薬局における薬剤、治療材料の支給を目的とする処方せんを交付できないこと。 □ 介護老人保健施設入所者を診療した保険医は、保険薬局における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならないこと。 ただし、①悪性新生物に罹患している患者に対する抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く）、②疼痛コントロールのための医療用麻薬、③抗ウィルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る）、④インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る）、⑤在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にある者に対するエリスロポエチン又はダルベポエチン、⑥血友病患者に対する血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体、⑦自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤、⑧在宅血液透析を受けている患者に対する人口腎臓用透析液、⑨在宅血液透析を受けている患者に対する血液凝固阻止剤、⑩在宅血液析を受けている患者に対する生理食塩水 及び 医科点数表の第２章第２部第２節の在宅療養管理料において算定することができるとされている特定保険材料及び当該指導管理料の各区分の「注」において加算として算定できる材料にかかる費用はこの限りではないこと。

算定できるものについては「○」
算定できないものについては「×」

他科受診の際に医療機関で算定できる項目・できない項目

項　目	小項目（区分）	併設医療機関	その他
基本診療料	Ａ０００初診料 Ａ００１再診料 Ａ００２外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	Ｂ００９診療情報提供料（Ｉ）（注４に限る。）	×	○
	その他のもの	×	
在宅医療	Ｃ０００往診料	×	○
	その他のもの （在宅自己腹膜灌流の薬剤料、在宅療養指導管理の特定保険医療材料料および材料加算は算定可）	×	
検査	Ｄ０００～Ｄ０２７検体検査 （呼吸循環機能検査等のうち） Ｄ２０８心電図検査 Ｄ２０９負荷心電図検査 （負荷試験等のうち） Ｄ２８６肝及び腎のクリアランステスト Ｄ２８７内分泌負荷試験 Ｄ２８８糖負荷試験 上記を準用して点数の算定される特殊な検査	×	
	その他のもの	○	
画像診断		○	
投薬	以下の内服薬および外用薬の費用 ・抗悪性腫瘍剤を投与した場合の投薬の費用（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る） ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・抗ウィルス剤（Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎の効能もしくは効果を有するもの　および後天性免疫不全症候群・ＨＩＶ感染症の効能もしくは効果を有するものに限る）	○	
	その他のもの	×	
注射	以下の注射の費用 ・注射通則第６号に規定する外来化学療法加算および当該加算を算定する場合の以下の費用 Ｇ０００皮内、皮下及び筋肉内注射 Ｇ００１静脈内注射 Ｇ００２動脈注射 Ｇ００３抗悪性腫瘍剤局所持続注入 Ｇ００３－３肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 Ｇ００４点滴注射 Ｇ００５中心静脈注射 Ｇ００６埋込型カテーテルによる中心静脈栄養	○	

<table>
<tr><td rowspan="2">注射</td><td colspan="2">以下の注射薬の費用
・エリスロポエチン、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血患者の状態にあるものに投与された場合に限る。）
・抗悪性腫瘍剤（外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎の効能または効果を有するものに限る。）
・抗ウィルス剤（Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎の効能または効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群・ＨＩＶ感染症の効能または効果を有するものに限る。）
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤および血液凝固因子抗体迂回活性複合体</td><td>○</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他のもの</td><td>×</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリテーション</td><td colspan="2">Ｈ００１脳血管疾患等リハビリテーション料
Ｈ００１－２廃用症候群リハビリテーション
Ｈ００２運動器リハビリテーション料
Ｈ００４摂食機能療法
Ｈ００５視能訓練
上記を準用して点数の算定される特殊なリハビリテーション</td><td>×</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他のもの</td><td>○</td></tr>
<tr><td colspan="3">精神科専門療法</td><td>×</td></tr>
<tr><td rowspan="8">処置</td><td colspan="2">下記以外のもの</td><td>○</td></tr>
<tr><td>一般処置</td><td>Ｊ０００創傷処置（６，０００ｃ㎡以上は算定可。ただし褥瘡に係る処置は不可。）、手術後の創傷処置
Ｊ００２ドレーン法（ドレナージ）
Ｊ００７腰椎穿刺
Ｊ００８胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）
Ｊ０１０腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）
Ｊ０１８喀痰吸引
Ｊ０２２高位浣腸・高圧浣腸・洗腸
Ｊ０２２－２摘便
Ｊ０２４酸素吸入
Ｊ０２５酸素テント
Ｊ０２６間歇的陽圧吸入法
Ｊ０３２肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの。）
Ｊ０３６非還納性ヘルニア徒手整復法
Ｊ０３７痔核嵌頓整復法（脱肛含む。）</td><td rowspan="7">×</td></tr>
<tr><td>救急処置</td><td>Ｊ０４４救急のための気管内挿管
Ｊ０４５人工呼吸
Ｊ０４６非開胸的心マッサージ
Ｊ０５０気管内洗浄
Ｊ０５１胃洗浄</td></tr>
<tr><td>泌尿器科処置</td><td>Ｊ０６０膀胱洗浄（薬液注入含む。）
Ｊ０６３留置カテーテル設置
Ｊ０６８嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ｊ１１６～Ｊ１１９－４整形外科的処置（Ｊ１１７銅線等による直達牽引を除く。）</td></tr>
<tr><td>栄養処置</td><td>Ｊ１２０鼻腔栄養
Ｊ１２１滋養浣腸</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記を準用して点数の算定される特殊な処置</td></tr>
</table>

手術	下記以外のもの	○
	Ｋ０００創傷処置（長径５ｃｍ以上で筋肉、臓器に達するもの（Ｋ０００「２」「３」）を除く。） Ｋ００１皮膚切開術（長径２０ｃｍ未満のもの（Ｋ００１「１」「２」）に限る。） Ｋ００２テブリードマン（１００ｃ㎡未満のもの（Ｋ００２「１」）に　限る。） Ｋ０８９爪甲除去術 Ｋ０９０ひょう疽手術 Ｋ２８６外耳道異物除去術（複雑なもの（Ｋ２８６「２」）を除く。） Ｋ３６９咽頭異物摘出術 Ｋ４３０顎関節脱臼非観血的整復術 Ｋ６０６血管露出術	×
	上記を準用して点数の算定される特殊な手術	
麻酔	下記以外のもの	○
	Ｌ００１－２静脈麻酔 Ｌ１０５硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入 上記を準用して点数の算定される特殊な麻酔	×
放射線治療		○
病理診断		○

※　介護療養型老人保健施設については、取扱いが異なりますので注意してください。
※「特掲診療料の施設基準等」中の第十六、別表十二等を基に作成しています。

他科受診の際に医療機関で算定できる特定保険医療材料

Ｃ３００	特定保険医療材料
００１	腹膜透析液交換セット
００２	在宅中心静脈栄養用輸液セット
００３	在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
００４	在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
００５	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
００６	在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。） （１）ダイアライザー　（２）吸着型血液浄化器
００７	携帯用ディスポーザブル注入ポンプ
００８	皮膚欠損用創傷被覆材
００９	非固着性シリコンガーゼ
０１０	水循環回路セット

他科受診の際に算定できる在宅療養指導管理料関連の加算

Ｃ１５０血糖自己測定器加算
Ｃ１５１注入器加算
Ｃ１５２間歇注入シリンジポンプ加算
Ｃ１５２－２持続血糖測定器加算
Ｃ１５２－３経腸投薬用ポンプ加算
Ｃ１５３注入器用注射針加算
Ｃ１５４紫外線殺菌器加算
Ｃ１５５自動腹膜灌流装置加算
Ｃ１５６透析液供給装置加算
Ｃ１５７酸素ボンベ加算
Ｃ１５８酸素濃縮装置加算
Ｃ１５９液化酸素装置加算
Ｃ１５９－２呼吸同調式デマンドバルブ加算
Ｃ１６０在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
Ｃ１６１注入ポンプ加算
Ｃ１６２在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算
Ｃ１６３特殊カテーテル加算
Ｃ１６４人工呼吸器加算
Ｃ１６５在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
Ｃ１６６携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
Ｃ１６７疼痛管理用送信器加算
Ｃ１６８携帯型精密輸液ポンプ加算
Ｃ１６８－２携帯型精密ネブライザー加算
Ｃ１６９気管切開患者用人工鼻加算
Ｃ１７０排痰補助装置加算
Ｃ１７１在宅酸素療法材料加算
Ｃ１７１－２在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

※　指導管理料そのものは算定できません。
※　アルコール等の消毒液、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注入器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレメン等は所定点数に含まれ、別に算定できません。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関　殿

介護老人保健施設　名　　称
所 在 地
電話番号（ＦＡＸ）
医師氏名　　印

次の者は、施設の入所者であります。通院に係る病名及び病状等は次のとおりです。

入所者名	氏　　名		男 ・ 女
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭和　　年　　月　　日 生（　　歳）	
	被保険者番号		
通院に係る病名及び病状等			

（この文書を発行した際は、写しを保管しておくこと）

（平成１２年３月３１日老企第５９号より）

１５　機能訓練　【共通】

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

Point！

（１）入所者全員について、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します。

（２）機能訓練は、入所者１人について、少なくとも週２回程度実施します。

（３）機能訓練は以下の手順で行います。

・　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。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。

　なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。

・　入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録します。

・　入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。

・　リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

１６　栄養管理　【共通】

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

入所者に対する栄養管理については、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になりました。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととします。

Point！

栄養管理については、以下の手順により行うこととします。

（１）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、看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、栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス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こと。

（２）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。

（３）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。

（４）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、参考とすること。

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

１７　口腔衛生の管理　【共通】

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

入所者に対する口腔衛生の管理については、令和３年度より口腔衛生管理体制加算が廃止され、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、計画的に行うべきこととなりました。

Point！

口腔衛生の管理については、以下の手順により行うこととします。

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

（２）（１）の技術的助言及び指導に基づき、次の事項を記載した、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に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こと。

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

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

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

１８　看護及び医学的管理の下における介護　【老健】【ユニット】

【老健】

看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行われなければなりません。

≪看護、介護に当たっての留意点≫

- １週間に２回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければなりません。
- 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。
- おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければなりません。
- 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、**「褥瘡の発生を防止するための体制」**を整備しなければなりません。

  ※「褥瘡の発生を防止するための体制」の整備とは ☞ Ｐ40
- 入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければなりません。
- 入所者に対し、その負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

Point！

（１）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、心身の状況を踏まえて、特殊浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により行います。

なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。

（２）排せつに係る介護に当たっては、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実施します。

（３）おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身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。

【ユニット】

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

≪看護、介護に当たっての留意点≫

- 入居者の「日常生活における家事」を、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、それぞれの役割を持って行うことができるよう適切に支援しなければなりません。
- 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければなりません。ただし、やむを得ない場合は、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。
- 入居者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な支援を行わなければなりません。
- おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り換えなければなりません。
- 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、**「褥瘡の発生を防止するための体制」**を整備しなければなりません。☞ P40
- 入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければなりません。
- 入居者に対し、入居者の負担により、当該ユニット型介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

Point！

（1）入居者の日常生活上の活動への援助が過剰なものとなることのないよう留意する必要があります。

（2）入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することにも留意する必要があります。

（3）「日常生活における家事」には、食事の簡単な下準備や配膳、後片づけ、清掃やゴミ出しなど、多様なものが考えられます。

（4）入浴は、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければなりません。

なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。

（5）排せつに係る介護に当たっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入居者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により行います。

（6）おむつを使用せざるを得ない場合には、入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。

***Attention！*【老健】【ユニット】**

「褥瘡の発生を防止するための体制」の整備とは

褥瘡の予防に関わる**施設における整備**や褥瘡に関する**基礎的知識**を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が**配慮**することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定しています。

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

指導事例

- 入所者への入浴又は清拭を１週間に２回以上行っていないので、改めること。
- 血圧測定の実施が漏れているなど、入所者の健康管理が不十分なので、しっかり健康管理を行うこと。
- 居室の温度が１６度となっているので、温度調整を適切に行うこと。
- 褥瘡が発生している入所者に対する計画や評価が行われていないので、褥瘡対策委員会を活用するなどして褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）の選定基準を設け、褥瘡のハイリスク者に対し褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価を行うこと。

１９　食事　【老健】【ユニット】

【老健】

・　栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供しなければなりません。

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

【ユニット】

・　栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しなければなりません。

・　適切な方法により、食事の自立のために必要な支援を行わなければなりません。

・　入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者が心身の状況に応じてできる限り自立して食事を行うことができるよう必要な時間を確保しなければなりません。

・　入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、共同生活室で食事を行うことを支援しなければなりません。

Point！

【老健】【ユニット】

（１）食事の提供について

個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに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。

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

（２）調理について

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

（３）適時の食事の提供について

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

（４）食事の提供に関する業務の委託について

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

（５）療養室関係部門と食事関係部門との連携について

食事の提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事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す。

（６）栄養食事相談

入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があります。

（７）食事内容の検討について

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

※　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。

【ユニット】

（１）食事は、入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供しなければなりません。また、施設側の都合で急かせたりすることなく、入居者が自分のペースで食事をとることができるよう十分な時間を確保しなければなりません。

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

指導事例

・　療養食の献立表に、献立名、食品名、数量を明確に記載していないので、記載すること。

・　施設長及び関係職員が出席する給食委員会を定期的に開催していないので、適切に開催すること。

・　介護スタッフが立ったままで複数の入所者の食事の介助を同時に行っていたので、入所者が落ち着いてゆっくり食事が摂れる環境の整備、安全な方法での介助を行うこと。
・　職員の勤務体制に合わせて食事を提供しているので、入居者の生活リズムに合わせて食事を提供すること。

２０　相談及び援助　【共通】

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

２１　その他のサービスの提供　【老健】【ユニット】

【老健】

適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めます。

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

【ユニット】

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

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

Point！【ユニット】

（１）入居者一人ひとりの嗜好を把握した上で、それに応じた趣味、教養又は娯楽にかかる活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければなりません。

（２）ユニット型介護老人保健施設の療養室は、家族や友人が来訪・宿泊して入居者と交流するのに適した個室であることから、これらの者ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮しなければなりません。

２２　入所者に関する市町村への通知　【共通】

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

（１）正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

（２）偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

２３　管理者による管理、管理者の責務　【共通】

介護老人保健施設の管理者は、原則、市長の承認を受けた医師でなければなりません。変更があった場合も、事前に管理者承認申請を行う必要があります。

介護老人保健施設の管理者は、常勤であり、原則として専ら当該介護老人保健施設の職務に従事するものでなければなりません。

ただし、次の場合であって、当該介護老人保健施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

（１）当該施設の従業者としての職務に従事する場合

（２）当該施設と同一敷地内にある他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該施設の管理業務に支障がないと認められる場合

（３）当該施設が本体施設であって、当該本体施設のサテライト型小規模介護老人保健施設、サテライト型特定施設である指定地域密着型特定施設又はサテライト型居住施設である指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者又は従業者として勤務する場合

（４）当該施設がサテライト型小規模介護老人保健施設であって、当該施設の本体施設の管理者又は従業者として勤務する場合

管理者は、従業者の管理、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、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとします。

指導事例

・　常勤でない者が管理者となっているので、改めること。

２４　計画担当介護支援専門員の責務　【共通】

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

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

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

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

（４）当該施設が提供した施設サービスに関する苦情の内容等を記録すること。

（５）当該施設が提供した施設サービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

２５　運営規程　【老健】【ユニット】

【老健】

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

（１）施設の目的及び運営の方針

（２）従業者の職種、員数及び職務の内容

※　従業者の「員数」は日々変わる可能性があるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令で置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えありません。（重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とします。）

（３）入所定員

（４）入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額

（５）施設の利用に当たっての留意事項

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

（６）非常災害対策

消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画

（７）虐待の防止のための措置に関する事項

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が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

（８）その他施設の運営に関する重要事項

「入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」「従業者の研修」「協力病院」「従業者及び従業者の退職後の秘密保持」「苦情処理の体制・相談窓口」「事故発生時の対応」について定めておくことが望ましい。

※　運営規程の概要を施設内の見やすい場所に掲示するか、いつでも関係者が自由に閲覧できるよう備え付けなければなりません。

【ユニット】

ユニット型介護老人保健施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めなければなりません。

（１）施設の目的及び運営の方針

（２）従業者の職種、員数及び職務の内容

（３）入居定員

（４）ユニットの数及びユニットごとの入居定員

（５）入居者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額

（「介護保健施設サービスの内容」とは、入居者が、自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な

日常生活を営むことができるように、１日の生活の流れの中で行われる支援の内容を指します。）

（６）施設の利用に当たっての留意事項

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

（７）非常災害対策

消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画

（８）虐待の防止のための措置に関する事項

（９）その他施設の運営に関する重要事項

「入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」「従業者の研修」「協力病院」「従業者及び従業者の退職後の秘密保持」「苦情処理の体制・相談窓口」「事故発生時の対応」について定めておくことが望ましい。

※　運営規程の概要を施設内の見やすい場所に掲示するか、いつでも関係者が自由に閲覧できるよう備え付けなければなりません。

２６　勤務体制の確保等　【老健】【ユニット】

【老健】【ユニット】

○　入所(居)者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、当該介護老人保健施設の従業者によってサービスを提供しなければなりません。ただし、入所(居)者の処遇に直接影響を及ぼさない業務（調理・洗濯等）については、第三者への委託等が認められています。

○　従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。この場合、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、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（令和６年３月 31 日までは努力義務で差し支えありません）。

※　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、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（この場合においても、令和６年３月 31 日までは努力義務で差し支えありません）。

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

Point！【老健】【ユニット】

（１）原則として、**月ごとの勤務表**を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員等の配置等を明確にします。

（２）夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護職員又は介護職員による夜勤体制を確保する必要があります。

（３）休日・夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとる必要があります。

（４）各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に従業者の研修の機会を確保するよう努めるものとします。

Point！【老健】

夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護職員又は介護職員は療養室のある階ごとに各１以上配置を確保することが望ましいです。

Point！【ユニット】

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

（１）昼間については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

（２）夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する従業者として配置すること。

Attention！≪令和３年４月１日以降に、定員が１０を超えるユニットを整備する場合≫

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

ア　日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

ユニットごとに常時１人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する８時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を８で除して得た数が、入居者の数が１０を超えて１を増すごとに０．１以上となるように介護職員又は看護職員を配置するように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

イ　夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

２ユニットごとに１人の配置に加えて、当該２ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を１６で除して得た数が、入居者の合計数が２０を超えて２又はその端数をますごとに０．１以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

なお、介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はありません。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態に応じて最も配置が必要である必要である時間に充てるよう努めてください。

（３）ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

（４）ユニット型介護老人保健施設について、当該施設の従業者が、日常生活上の活動を適切に援助するためには、入居者との間に、いわゆる「馴染みの関係」が求められます。したがって、従業者については、原則としてユニットごとに固定的に配置することが望ましいです。

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

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

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

ユニット型介護老人保健施設とユニット型の指定短期入所生活介護事業所が併設されている場合には、研修受講者をそれぞれに２名以上配置する必要はなく、一体のものとみなして、合計２名以上の研修受講者が配置されていればよいこととします（ただし、ユニット数の合計が２ユニット以下のときには、１名でよいこととします）。

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

Attention！【老健】【ユニット】

勤務表の作成における留意点について

（１）　勤務表の作成について

・　原則として**月ごと**に勤務表を作成する必要があります。勤務実績の管理は暦月（毎月１日から末日）で行います。

・　勤務表には従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置を明確に定めなければなりません。

※　夜勤シフト勤務の時間については、勤務時間数の記載に加え、実際の勤務時間（16：00～24：00 等）を凡例等で欄外に記載し明示してください。

（２）勤務表における勤務時間について

・　勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載してください。ただし、残業時間は除きます。

・　職員の出張や休暇に係る時間は常勤・非常勤職員により取扱いが異なります。

①　常勤職員については、暦月で１月を超えるものでない限り、勤務したものとみなすことができ、常

勤換算の計算に含めることができます。

② 非常勤職員については、常勤換算の計算に含めることができません。

・ 併設される他事業や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種毎に按分する必要があります。

※ 医師が、入所者の処遇に支障がない範囲で施設の職務と同時並行的に行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所を兼務している場合は、按分する必要はありません。

※ 介護支援専門員が、入所者の支障のない範囲で施設内の他職種を兼務する場合は、按分する必要はありません。

労働関係法令の遵守について

職員の勤務体制の確保にあたっては、労働関係法令（労働基準法、労働安全衛生規則等）に定めるところにより適切に行う必要があります。労働関係法令の詳細については、所轄の労働基準監督署に確認してください。

指導事例

・ 理事長等の役員が管理者などの職に就いている場合、出勤簿が整備されていないケースがあるので、整備すること。
・ タイムカードや出勤簿等の出勤状況を確認する書類が整備されていないので、整備すること。
・ 開設法人が別所在地で運営する診療所での勤務が主で、本施設では週数回、半日の勤務となっている非常勤医師２名について、施設での出退勤の記録がなく、施設での勤務状況が確認できないので、老健における出退勤について記録すること。
・ 勤務表を作成していないなど、職員の勤務体制が明確でない。
・ 勤務表の記載が不十分（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別、職種、兼務の状況、兼務従業者の勤務時間の区分）なので、必要な項目を記載し、事業所ごと、月ごとに作成すること。
・ 辞令や雇用契約書が整備されておらず、職員の勤務場所が不明確なので、改めること。
  ・ 同一法人内で複数施設の業務を兼務しているが、辞令は１事業所名のみ。
  ・ 一部の職員の辞令について、勤務場所が記載されておらず、職員の勤務場所が不明確
  ・ 一部の職員について、雇用契約書、辞令を作成しておらず、勤務表との整合性が確認できない。
  ・ 看護職員と介護職員の兼務について、辞令等確認できる書類がない。
  ・ 事務職員を兼務している介護職員が勤務表に記載されていない。
・ 理学療法士及び作業療法士について、老人保健施設と通所リハビリ事業所の兼務となっているが、事業所ごとの勤務が区分されていないので、区分した勤務計画を作成すること。
・ 常勤とならない職員の勤務時間に有給休暇等を含んでいるので、改めること。
・ ６か月以内ごとに１回実施しなければならない夜勤職員の健康診断が実施されていないので、改めること。

Attention！【老健】【ユニット】

職場におけるハラスメント防止のための雇用管理上の措置

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 条）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、事業主が講ずべき措置の具体的内容、講ずることが望ましい取組については、次のとおりとします。

なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族から受けるものも含まれることに留意してください。

ア 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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。）において規定のとおりです。

特に留意していただきたい内容は次のとおりです。

（ア）事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第 24 号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第 30 条の２第１項の規定により、中小企業（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ましたので、適切な勤務体制の確保の観点から、必要な措置を講じてください。

イ　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、顧客からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１日で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。

介護現場では特に、入所者又はその家族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、「ア（事業主が講ずべき措置の具体的内容）」の必要な措置を講じるにあたっては、可能な限り「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です。この際、上記マニュアルや手引きについては、次の厚生労働省ホームページに掲載しているので、参考にしてください。

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

２７　業務継続計画の策定　【共通】

介護老人保健施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置（研修及び訓練（シミュレーション））を実施しなければなりません。

また、従業者に対し、業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的に実施するとともに、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

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

※　業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、３年間の経過措置が設けられており、令和６年３月31日までの間は、努力義務とされています。

Point！業務継続計画の記載項目

各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定することとします。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。

ア　感染症に係る業務継続計画

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

（イ）初動対応

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

イ　災害に係る業務継続計画

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

（イ）緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

（ウ）他施設及び地域との連携

○　研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うものとします。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年２回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することとします。また、研修の実施内容についても記録することとします、なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。

○　訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年２回以上）に実施するものとします。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えありません。

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

※　研修及び訓練を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ありません。

２８　定員の遵守　【老健】【ユニット】

【老健】

入所定員及び療養室の定員を超えて入所させることはできません。

ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

【ユニット】

ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させることはできません。

ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

指導事例

・　定員をオーバーして静養室に入所者を入れていたので、改めること。

２９　非常災害対策　【共通】

「非常災害に関する具体的な計画」を定め、非常災害時における「関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制」を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければなりません。また、訓練の実施に当たって、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。

Point！

（１）「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防法施行規則第３条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。

（２）「関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制」の整備とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。

（３）消防法第８条に規定する防火管理者又は防火管理に関する責任者を定め、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務を行わせるものとします。

（４）消防法その他の法令等に規定された設備（消火設備その他の非常災害に際して必要な設備）を確実に設置しなければなりません。

※　消防関係法令についての詳細は、所轄の消防署に確認してください。

（５）介護老人保健施設の開設者が避難、救出その他の訓練の実施に当たっては、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。

指導事例

- 非常災害に関するマニュアルが整備されていないので、避難場所、方法、経路を検討し、マニュアルを作成すること。
- 非常災害訓練の実施回数が不足しているので、避難、消火、通報訓練を年２回以上実施すること。
- 施設が定めた消防計画では、各階へ避難経路図を掲出することとされているが、実際には掲出されていないので、改めること。
- 消防計画に定められた自主点検の実施が確認できないので、施設の消防計画と齟齬のない非常災害対策を行い、記録を残すこと。
- 避難先について消防や市役所等と未調整なので、調整すること
- 消火栓の前に即時移動させることが困難な固定キャビネット等を置いているので、速やかに撤去すること。
- テレビ、棚等の備品・家具類の転倒防止策が不備なので、改めること。

３０　衛生管理等　【共通】

入所者の使用する施設、食器、その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、及び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。

Check！

例えば‥？

☐ 汚物処理室内に清潔な未使用のおむつ等を保管していませんか？

☐ 汚物の運搬を蓋のない容器で行っていませんか？

☐ 入浴後の身支度に共用のヘアブラシ等を使用していませんか？

‥など、清潔区域と不潔区域の区分を常に意識することが重要です。
清潔なものと不潔なものをきちんと区別し、共用、混在しないようにしてください。

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

（１）感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する**「感染対策委員会」**（テレビ電話等装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね３月に１回以上定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

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

（３）介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための**「研修」並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練**を定期的に実施すること。

（４）規則で定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の**「対処等に関する手順」**に沿った対応を行うこと。

Point！

≪「感染対策委員会」について≫

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

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ますが、その際は、次のガイダンス等を遵守してください。

⇒ 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のためのガイダンス」
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf

⇒ 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（第5.1版）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html

なお、この委員会は、施設の他の委員会と独立して設置運営することが必要（事故発生防止検討委員会

等相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、一体的に設置・運営することも差し支えない。）であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましいものです。また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいものです。

≪「指針」について≫

平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

平常時の対策としては、施設内の衛生管理、日常のケアにかかる感染対策等が、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課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ます。また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

「介護現場における感染対策の手引き」（厚生労働省老健局　令和３年３月版）

https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000814179.pdf

≪「研修」について≫

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

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

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

研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での職員研修で差し支えありませんが、研修の実施内容については記録が必要です。

≪「感染症の予防及びまん延の防止のための訓練」について≫

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

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

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

≪「対処等に関する手順」について≫

「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順（平成18年3月31日厚生労働省告示第268号）」を参照

（１）施設の従業者が、入所者、入居者又は入院患者について、感染症又は食中毒の発生を疑ったときは、速やかに管理者に報告する体制を整えること。

（２）管理者は、感染症若しくは食中毒の発生を疑ったとき又は前号の報告を受けたときは、従業者に対して必要な指示を行わなければならないこと。

（３）感染症又は食中毒の発生又はまん延を防止する観点から、従業者の健康管理を徹底し、従業者、来訪者等の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者及び利用者に対して手洗いやうがいを励行するなど衛生教育の徹底を図ること。

（４）医師及び看護職員は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、速やかな対応を行わなければならないこと。

（５）管理者及び医師、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者又はそれらの疑いのある者（有症者等）の状態に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図ることその他の適切な措置を講じなければならないこと。

（６）施設は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者等の状況及び各有症者等に講じた措置等を記録しなければならないこと。

（７）管理者は、次の場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村及び保健所に迅速に報告す

るとともに、市町村又は保健所からの指示を求めることその他の措置を講じなければならないこと。

① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が１週間内に２名以上発生した場合

② 同一の有症者等が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

③ ①及び②の場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者が報告を必要と認めた場合

（８）（７）の報告を行った施設は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めなければならないこと。

≪上記以外の留意点≫

ア 調理及び配膳に伴う衛生管理は、食品衛生法等関係法規に準じて行われなければならないこと。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らないこと。

イ 感染症及び食中毒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こと。

ウ 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、別途厚生労働省から通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。

エ 医薬品の管理については、当該介護老人保健施設の実情に応じ、地域の薬局の薬剤師の協力を得て行うことも考えられること。

オ 空調設備等により、施設内の適温の確保に努めること。

◎ 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すが、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ません。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事者に対し、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す。

Check！

感染症対策のために施設として必要なこと

□ 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解

□ 感染症対策に対する知識（予防、発生時の対応）の習得

□ 施設内活動の着実な実施（感染対策委員会の設置、指針とマニュアルの策定、従業者等を対象とした研修の実施、施設整備など）

□ 関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政への届出など）

□ 職員の労務管理（従業者の健康管理、従業者が罹患したときに療養に専念できる人的環境の整備など）

≪各種マニュアル等について≫

厚生労働省より、衛生管理に関する各種マニュアルが発行されています。是非ご覧いただき、施設の衛生管理対策に役立ててください。

○ 介護施設における感染対策の手引き〔厚生労働省〕
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000814179.pdf
介護現場で必要な感染症の知識や対応方法などが示されています。

○ 介護職員のための感染対策マニュアル（施設系）〔厚生労働省〕
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678255.pdf
介護現場で必要な基礎的な感染症の知識や対応方法の概要が示されています。

○ インフルエンザ（総合ページ）〔厚生労働省〕
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/infulenza/index.html
インフルエンザＱ＆Ａ、啓発ツール、報道発表資料、新型インフルエンザ情報など、各種情報が掲載されています。

○ 大量調理施設衛生管理マニュアル〔厚生労働省〕
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000139151.pdf
集団給食施設等における食中毒を予防するために、ＨＡＣＣＰ(注)の概念に基づき、調理過程に

おける重要管理事項をまとめたものです。

（注）ＨＡＣＣＰ（ハサップ）… 食品の原料の受入から製造・出荷までのすべての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法のこと。

○ レジオネラ対策のページ〔厚生労働省〕
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124204.html
不特定多数の人々が利用する施設として生活衛生対策の一環として、公衆浴場や旅館等の施設におけるレジオネラ症の蔓延を防止するための対策について掲載されています。

○ 「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（医療提供を目的とした介護保険施設版）〔一般社団法人　日本病院薬剤師会〕（平成 31 年３月）
http://www. jshp.or.jp/jyutakujigyo/roujinhoken.html

○ 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））〔厚生労働省〕（令和元年６月）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html

指導事例

- 感染対策委員会が定期的に開催されていないので、改めること。
- 感染症対策マニュアルは用意されているが、実用的でないので、平常時対策及び発生時の対応（主たる病名別）に分けて整備すること。
- 感染症対策マニュアルについて、内容の更新が行われていないので、適宜見直し、法令等の改正があればそれに沿って随時改訂すること。併せて、改訂した内容についは、その都度全職員十分な周知を行うこと。
- 看護師や薬剤師の不在時に医務室や調剤室に施錠がされていない。
  薬品等が保管されている部屋は、不在時には必ず施錠すること。
- ナースステーション等の冷蔵庫に、薬品と食品を混在して保管しているので、改めること。
- 入所者の手の届く棚に、洗剤や漂白剤等が置かれているので、改めること。
- 浴槽水の残留塩素の濃度又は水質検査が不徹底なので、適切に行うこと。
- 検食に係る原材料の保存がされていない（保存しているが、保存量が少ない）ので、きちんと保存すること。
- 入所者が、爪切り、ヘアーブラシ、タオル等を共用しているので、改めること。
- 汚物処理室に新品のおむつや洗濯済みの衣類が置かれている。不潔区域である汚物処理室には清潔なものを置かないこと。
- 汚物処理室が、洗濯室または浴室と同じスペースになっているケースがあるので、汚物処理のスペースを区分すること。
- 調理室内の汚染作業区域・非汚染作業区域の作業区分があいまいなので、きちんと区分すること。
- 調理終了後２時間以内に食事提供されていないことがあるので、改めること。
- 感染症及び食中毒の予防のための職員研修が、年１回しか開催されておらず、参加者も少なく、未受講の職員が多いので、研修の回数を増やすなど、全職員が参加できるようにすること。
- 感染症及び食中毒の予防のための職員研修の記録がないので、記録を残すこと。

３１　協力病院等　【共通】

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

Point！

（１）協力病院の選定には、次の点に留意します。
① 協力病院は、施設から自動車等による移送に要する時間が、概ね２０分以内の近距離にあること。
② 当該病院が標榜している診療科名等からみて、病状急変等の事態に適切に対応できるものであること。
③ 入所者の入院や休日夜間等における対応について、円滑な協力を得るため、あらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。
④ 協力歯科診療機関は近距離にあること。

（２）協力病院の選定は、必要に応じて地域の関係団体の協力を得て行うものとします。

３２　掲示　【共通】

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）を掲示する、若しくは記載したファイル等を施設内の見やすい場所（＝重要事項を伝えるべき介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族に対して見やすい場所。）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ができるようにする必要があります。

掲示すべき事項	留意事項
運営規程の概要	□ 掲示が必要な場所 ①玄関、ロビーなど入所者の目に触れやすい場所。 ②職員の勤務表は、各フロアに掲示するなど利用者の便宜に配慮。
従業者の勤務体制	□ 組織図およびその日の職員の勤務体制が分かるもの等。 （職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名を掲載することを求めるものではありません。）
事故発生時の対応	□ 事故発生時の対応の手順、報告体制等、措置の概要について記載。
協力病院	□ 利用者・外部の人が見ても、分かりやすい内容であること。
利用料	□ 利用料は曖昧な表示をせず、項目ごとに設定された金額を明示する。
苦情処理の概要	□ 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該介護老人保健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、入所者に介護保健施設サービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても合わせて記載する。 □ 市町村及び国民健康保険団体連合会等の相談窓口についても明示する。
提供するサービスの第三者評価の実施状況	□ 実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、業過結果の開示状況を明示する。

指導事例

- 事務室内に掲示されているので、利用者から見やすい場所に掲示すること。
  掲示場所に制限等がある場合には、最小限の項目について掲示し、その他の項目についてはファイルや冊子等にまとめ、利用者が見やすい場所に置いておくこと。

３３　秘密保持等　【共通】

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

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

Point！

≪退職者の秘密保持について「必要な措置」について≫

具体的には、従業者でなくなった後においても業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用時等に取り決め、例えば、違約金についての定めを置くなどの措置を講じます。

指導事例

- 個人情報の保護に関する規定が整備されていないので、整備すること。
- 本人の個人情報の使用につき、本人から、あらかじめ文書により同意を得ていなかったので、あらかじめ文書による同意を得ること。
- 居宅介護支援事業者等に対して情報を提供することについて、文書による入所者の同意を得ていなかったので、あらかじめ文書による同意を得ること。
- サービス提供者会議等において、利用者の家族の個人情報を用いることについて、当該家族から、文書による同意を得ていなかったので、あらかじめ文書による同意を得ること。
- 従業者及び従業者であったが者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう秘密を保持する旨の誓約書を徴するなどの必要措置を講じていないケースがあるので、必要な措置

を講じること。

- 利用者の記録等が、訪問者から見える状態で置かれていた。氏名等が読み取れるので、保管に留意すること。

３４　居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止　【共通】

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

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

３５　苦情処理等　【共通】

提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の**「必要な措置」**を講じなければなりません。

また、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければなりません。

Point！

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

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

（３）苦情の内容等の記録は、**５年間保存**しなければなりません。

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

≪市町村に苦情があった場合≫

- 提供した介護保健施設サービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求め若しくは依頼又は当該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。
- 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って、必要な改善を行わなければなりません。
- 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。

≪国民健康保険団体連合会に苦情があった場合≫

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

指導事例

- 苦情解決のマニュアル等の整備がされていないものや、苦情処理の記録が不十分なので、整備すること。
- 苦情処理体制及び手順等を明示していない。
- 苦情後の対応策、事後処理の不明なものがあるので、記録を作成し、幅広い職種の職員で具体的な改善策を総合的に検討すること。改善策を講じた後、その効果について評価するなどサービスの質の向上に向けた取り組みを行うこと。また、当該苦情の内容、改善策等について職員に周知徹底すること。
- 苦情申立て窓口として、市町村が明記されていないので、明記すること。

３６　地域との連携等　【共通】

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、地域において自発的な活動を行うもの等との連携、協力等により地域との交流に努めなければなりません。

また、提供した施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、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。

Point！

≪「市町村が実施する事業」について≫

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

３７　事故発生の防止及び発生時の対応　【共通】

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

（１）事故が発生した場合の対応、事故が発生した場合等の報告の方法等が記載された事故発生防止のための**「指針」**を整備すること。

（２）事故が発生した場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合に、これらの事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。

（３）事故発生の防止のための対策を検討する**「事故防止検討委員会」（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）**を定期的に開催すること。

（４）従業者に対し、事故発生の防止のための**「研修」**を定期的に実施すること。

（５）事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者

介護老人保健施設における事故発生を防止するための体制として、（１）から（４）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。

○　入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければなりません。

○　事故の状況及び当該事故に際して採った処置について**記録**しなければなりません。

○　入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければなりません。

Point！

≪「指針」に盛り込むべき項目≫

①　施設における介護事故防止に関する基本的考え方

②　介護事故発生の防止のための対策を検討する委員会その他の施設内の組織に関する事項

③　介護事故発生の防止のための従業者研修に関する基本方針

④　施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いもの（介護事故等）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

⑤　介護事故等発生時の対応に関する基本方針

⑥　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

⑦　その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

≪報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的≫

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、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意する必要があります。

（例）①　介護事故等について報告するための様式を整備すること。

②　介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、介護事故等について報告するための様式に従い介護事故等について報告すること。

③　事故防止検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。

④　事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。

⑤　報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

⑥　防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

≪「事故発生防止検討委員会」について≫

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

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

事故発生防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができますが、その際は、次のガイダンス等を遵守してください。

⇒ 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のためのガイダンス」
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf

⇒ 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（第5.1版）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html

なお、この委員会は、施設の他の委員会と独立して設置・運営することが必要（**感染対策委員会**等相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、一体的に設置・運営することも差し支えない。）であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましいものです。

≪「研修」について≫

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

従業者教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず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」について≫

介護老人保健施設における事故発生を防止するための体制として、（１）から（４）までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、事故防止検討委員会において安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましいものとします。

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

指導事例

- 事故発生の防止のための指針の記載が不十分（介護事故の防止のための職員研修に係る基本方針、入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針）なので、整備すること。
- マニュアルは用意されているが、作成以来見直しがされていないので、適宜見直すこと。
- 市町村に報告を行っていなかった事例があるので、速やかに報告すること。
- 入所者の家族に速やかに連絡を行っていなかった事例があるので、速やかに連絡すること。
- 入所者の家族に連絡した際の記録がないので、連絡した日時、相手方、連絡をした職員等について事故報告書に記録すること。
- 事故報告書の再発防止対策の欄に「見守り強化等」と記載があるのみで、原因分析や再発防止策の検討結果がない。記録を残し、再発防止策を職員に周知すること。
- 事故報告書の再発防止対策の欄に「検討委員会で話し合い、対策を周知したい。」との記載があるが、検討委員会で検討されていないので、検討し、対策を講じること。
- 事故報告書に「原因分析欄」がなく、報告だけの様式になっており、事故原因を分析し、今後の対応策を検討する仕組みや体制がないので、整備すること。
- 事故防止検討委員会の開催回数が、施設の指針で定めた開催回数に至っていないので、定期的に開催すること。
- 事故防止検討委員会の開催記録がないので、記録を残すこと。
- 事故発生防止のための職員研修が定期的（年２回以上及び新規職員採用時）に行われていないので、適切に実施すること。
- 受診を要する骨折、怪我等を「事故」、受診を要しない皮膚の剥離、尻もち等を「ヒヤリ・ハット」としている。利用者に被害を及ぼすことはなかったが、日常のサービスの中で事業者が「ヒヤリ」とした

り「ハッ」としたものを「ヒヤリ・ハット」として報告を挙げ、事故発生防止に努めること。
- 頻回に転倒する入所者に対して転倒予防策を検討していないので、対策を講じること。
- 療養室のドアが全開となっており、通路から丸見えの状態であるので、プライバシーの確保に配慮すること。

３８　虐待の防止　【共通】

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

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

（２）　虐待の防止のための指針を整備すること。

（３）　介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

（４）　虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

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、介護老人保健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りません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入所者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとします。

≪虐待の未然防止≫

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

≪虐待等の早期発見≫

介護老人保健施設の従業者は、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、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましいです。

また、入所者及びその家族からの虐待等に係る相談、入所者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすることとします。

≪虐待等への迅速かつ適切な対応≫

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、介護老人保健施設は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとします。以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとします。

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

Point！

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要です。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ものです。

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、複雑かつ機敏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必要です。

なお、虐待防止検討委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の

会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えありません。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができますが、その際は、次のガイダンス等を遵守してください。

⇒ 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のためのガイダンス」
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf

⇒ 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（第5.1版）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html

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

（ア）虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
（イ）虐待の防止のための指針の整備に関すること
（ウ）虐待防止のための職員研修の内容に関すること
（エ）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
（オ）従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
（カ）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
（キ）前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

（２）虐待の防止のための指針

介護老人保健施設が整備する「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します。

（ア）施設における虐待の防止に関する基本的考え方
（イ）虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
（ウ）虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
（エ）虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
（オ）虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
（カ）成年後見制度の利用支援に関する事項
（キ）虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
（ク）入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
（ケ）その他虐待の防止の推進のために必要な事項

（３）虐待の防止のための従業者に対する研修

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、各介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとします。

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

また、研修の実施は、施設内での研修で差し支えありませんが、研修の内容については記録することが必要です。

（４）虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者

介護老人保健施設における虐待を防止するための体制として、アからウまでに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。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ものとします。

３９　会計の区分　【共通】

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

Point！

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

指導事例

・　サービス事業ごとに会計が区分されていないので、区分すること。

４０　記録の整備　【共通】

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

（１）従業者に関する記録

例）勤務状況に関する記録（雇用契約書、出勤簿・タイムカード、勤務割表など）
給与に関する記録（賃金台帳、社会保険料等の控除書類など）
職員研修の記録（研修計画、受講者名簿など）
職員健康診断の記録

（２）施設及び構造設備に関する記録

例）建築設備、備品のメンテナンス等に関する記録
電気設備、空調設備、給排水衛生設備、エレベーターの点検記録など
害虫駆除実施報告書、貯水槽清掃実施証明書など

（３）会計に関する記録

例）予算書、決算書、事業計画書、事業報告書など

（４）防災に関する記録

例）消防計画書、防災訓練計画表、避難訓練実施記録など

また、次に掲げる入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、当該入所者の退所の日（個々の入所者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、入所者の死亡、入所者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日）から**５年間保存**しなければなりません。

①　施設サービス計画
②　入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについての検討の内容等の記録
③　提供した介護老人保健サービスの具体的な内容等の記録
④　身体的拘束等を行う場合は、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
⑤　市町村への通知（入所者が正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は、入所者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知）に係る記録
⑥　提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録
⑦　提供した介護保健施設サービスに関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録
⑧　医師法第 24 条第２項の規定による診療録

４１　電磁的記録等について、電磁的方法について　【共通】

○　介護老人保健施設及び介護老人保健施設サービスの提供にあたる者（以下「施設等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、施設等は、基準省令において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚におって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定され、又は想定されるもの（被保険者証並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理のように供されるものをいう。）により行うことができます。

○　入所者及びその家族等（以下「入所者等」という。）の利便性向上並びに施設等の業務負担軽減等の観点から、施設等は、基準省令の規定による交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この条例において書面で行うことが規定され、又は規定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができます。

≪電磁的記録等について≫

施設等の書面の保存に係る負担の軽減を図るため、施設等は、省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的方法により行うことができることとしたものです。

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

（２）電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

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

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

（３）その他、基準省令第 51 条第１項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、（１）及び（２）に準じた方法によること。

（４）また、電磁的記録により行う場合は、次のガイダンス等を遵守すること。

⇒　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のためのガイダンス」
https://www.mhlw.go.jp/content/000681800.pdf

⇒　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（第 5.1 版）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html

≪電磁的方法について≫

基準省令第 51 条第２項は、入所者等の利便性向上及び並びに施設等の業務負担軽減等の観点から、施設等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に入所者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものです。

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

（内容及び手続の説明及び同意）
第５条　（略）
２　介護老人保健施設は、入所申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、第５項で定めるところにより、当該入所申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該介護老人保健施設は、当該文書を交付したものとみなす。
一　電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
イ　介護老人保健施設の使用に係る電子計算機と入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
ロ　介護老人保健施設の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて入所申込者又はその家族の閲覧に供し、当該入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、介護老人保健施設の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

二　磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

３　前項に掲げる方法は、入所申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

４　第２項第一号の「電子情報処理組織」とは、介護老人保健施設の使用に係る電子計算機と入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

５　介護老人保健施設は、第２項の規定により第１項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該入所申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。

一　第２項各号に規定する方法のうち介護老人保健施設が使用するもの

二　ファイルへの記録の方式

６　前項の規定による承諾を得た介護老人保健施設は、当該入所申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該入所申込者又はその家族に対し、第１項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該入所申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

（２）電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

（３）電磁的方法による締結は、入所者等・施設等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

（４）その他、基準省令第 51 条第２項において電磁的方法によることができるとされているものは、（１）から（３）までに準じた方法によること。ただし、基準省令またはこの通知の規定により電磁的方法の定めのあるものについては、当該定めに従うこと。

（５）また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」抜粋

問６　文書の成立の 真正を 証明する手段を確保するために、どのようなものが考えられるか。

○次のような様々な立証手段を確保しておき、それを利用することが考えられる。

①継続的な取引関係がある場合

・　取引 先とのメールのメールアドレス ・本文及び日次等、送受信記録の保存（ 請求書、納品書、検収書、領収書、確認書等は、このような方法の保存のみでも、文書の成立の真正が認められる重要な一事情になり得ると考えられる。）

②新規に取引関係に入る場合

・　契約締結前段階での本人確認情報（ 指名 ・住所等及びその根拠資料としての運転免許証など）の記録・保存

・　本人確認情報の入手家庭（ 郵便受付や メールでの PDF 送付 ）の記録・保存・文書や契約の成立過程（メールやＳＮＳ上のやり取り）の保存

③電子署名や電子認証サービスの活用（ 利用時の ログインＩＤ・日時や認証結果などを記録・保存できるサービスを含む。）

○上記 ①・②については、文書の成立の真正が争われた場合であっても、例えば下記の方法により、その立証が更に容易になり得ると考えられる。また、こういった方法は 技術進歩によりさらに多様化していくことが想定される。

（ａ）　メールにより契約を締結することを 事前に 合意した場合の当該合意の保存

（ｂ）　ＰＤＦにパスワードを設定
（ｃ）　（ｂ）のＰＤＦ をメールで送付する際、パスワードを携帯電話等の別経路で伝達
（ｄ）　複数者宛のメール送信（担当者に加え、法務担当部長や 取締役等 の決裁権者を宛先に含める等）
（ｅ）　ＰＤＦを含む送信メール及びその送受信記録の長期保存

Ⅴ　介護老人保健施設併設短期入所療養介護
介護老人保健施設併設介護予防短期入所療養介護

１　趣旨、基本方針

要介護又は要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るものでなければなりません。

２　人員、設備に関する基準

介護老人保健施設として満たすべき人員、施設基準を満たしていることで足ります。

３　運営に関する基準

（１）対象者

利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に入所して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者を対象とします。

（２）心身の状況等の把握

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

（３）短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の開始及び終了

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

（４）居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供

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

（５）サービスの提供の記録

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

また、サービスを提供したときは、その具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければなりません。

Point！

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

（６）短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の取扱方針

【短期入所療養介護】

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

・　自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

【介護予防短期入所療養介護】

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

（７）身体的拘束等の禁止

利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

また、身体的拘束等を行う場合には、医師がその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を診療録に記録しなければなりません。

（８）短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の作成

・　相当期間（概ね４日以上）にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及び置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、サービス提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮し、他の従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画を作成しなければなりません。
・　既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って短期入所療養介護計画を作成しなければなりません。
・　短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。
・　短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）を作成したときは、当該計画を利用者に交付しなければなりません。

（９）運営規程

次に掲げる事業運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければなりません。

①　事業の目的及び運営の方針
②　従業者の職種、員数及び職務の内容
③　指定短期入所療養介護（指定介護予防短期入所療養介護）の内容及び利用料その他の費用の額
④　通常の送迎の実施地域
⑤　施設の利用に当たっての留意事項
⑥　非常災害対策
⑦　虐待の防止のための措置に関する事項
⑧　その他運営に関する重要事項

「利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」
「従業者の研修」「協力病院（介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所に限る。）」
「従業者及び従業者の退職後の秘密保持」「苦情処理の体制・相談窓口」「事故発生時の対応」について定めておくことが望ましい。

(10) 定員の遵守

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

(11) 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止

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

(12) 短期入所療養介護における食費の設定

≪留意事項≫

- 平成 24 年３月 30 日　平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａvol.2　問 42 において、「原則として１食ごとに設定する。」とされています。
- 料金の徴収に当たっては、提供した食事の費用のみを徴収してください。

(13) その他

上記にない運営基準については、本誌Ⅳの本体施設となる介護老人保健施設の基準を満たすよう運営してください。

なお、本誌Ⅳの運営基準については、介護老人保健施設の基準を基本として編成しており、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護には、適用されない事項や本誌に掲載していない独自の規定もありますので、次頁以降の「介護老人保健施設、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の運営基準等一覧」を参照の上、基準等を確認の上、運営に当たるようにしてください。

≪参考１≫高齢者虐待防止について

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（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、有料老人ホーム ・介護保険法に規定される地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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	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。 ① 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）。 ② 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。
責務	保健・医療・福祉関係者の責務	・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	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。

高齢者虐待の防止	虐待防止に向けた取組み	① 管理職・職員の研修、資質向上 ② 個別ケアの推進 ③ 情報公開 ④ 苦情処理体制
	身体拘束に対する考え方	・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

≪参考２≫身体的拘束廃止の取り組みについて

〔平成 13 年 4 月 6 日老発第 155 号老健局長通知「「身体拘束ゼロ作戦」の推進について」〕
〔厚労省身体拘束ゼロへの手引き〕等

<table>
<tr><td colspan="2">身体拘束等が省令基準により禁止されている施設</td><td>① 特別養護老人ホーム　② 介護老人保健施設　③ 介護療養型医療施設
④ 介護医療院　⑤短期入所生活介護事業所　⑥ 短期入所療養介護事業所
⑦ 特定施設入居者生活介護事業所
（有料老人ホーム、軽費老人ホームの内 指定を受けた施設）
⑧ 認知症高齢者グループホーム</td></tr>
<tr><td rowspan="3">身体拘束の問題点</td><td>身体拘束の弊害</td><td>① 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。
② 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。
③ 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。</td></tr>
<tr><td>身体拘束による悪循環</td><td>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、時間の経過と友に「常時」の拘束となってしまい、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。
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。</td></tr>
<tr><td>身体拘束の対象となる具体的な行為</td><td>① 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。
② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③ 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。
④ 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。
⑤ 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。
⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
⑦ 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。
⑧ 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。
⑨ 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。
⑩ 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。
⑪ 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。</td></tr>
</table>

身体拘束廃止に向けてまず行うこと	身体拘束廃止に向けた5つの方針	(1) トップが決意し、 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。介護老人保健施設においては、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。
		(2) 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は「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。
		(3) 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。 ① 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 ② 自分の意志にそぐわないと感じている場合 ③ 不安や孤独を感じている場合 ④ 身体的な不快や苦痛を感じている場合 ⑤ 身の危険を感じている場合 ⑥ 何らかの意志表示を使用としている場合 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。
		(4) 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	① 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。 ② スタッフ全員で助け合える体制をつくり、入所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。
		(5) 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	① 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。 ② 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。 ③「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	(1) 身体拘束を誘発する原因を探り除去する	≪身体拘束をやむを得ず行う理由≫ ・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　　など 上記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。
		(2) ５つの基本的ケアを徹底する	① 起きる、② 食べる、③ 排泄する、④ 清潔にする、⑤ 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、その人に会った十分なケアを徹底することである。 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。
		(3) 身体拘束をきっかけに「よりよいケア」の実現を	身体拘束廃止を実現していく取り組みは、介護保健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。
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	(1)切迫性	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。 ※ 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。
		(2)非代替性	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。 ※ 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複数のスタッフで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。
		(3)一時性	身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。 ※「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。
	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	「緊急やむを得えない場合」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。

	記録の義務付け	医師による診療録への記録	介護老人保健施設においては、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、「その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない」とされ、この記録は「医師が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。
		具体的な記録	厚労省「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遂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、家族等関係者の間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。
転倒事故など法的責任の考え方	身体拘束廃止で事故責任を問われるか	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。
		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際には、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。

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td>事故発生に係る事前の対策を講じておく</td><td>① 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。
② 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。
③ 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。</td></tr>
<tr><td>事故が発生した場合の対応</td><td colspan="2">① 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。
② 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。
③ 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。
④ 利用者や家族に対し、③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。
⑤ 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。

※ 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。</td></tr>
</table>

≪参考３≫夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準〔厚告29〕

施設の種類	内容　【厚告29より抜粋】
介護老人保健施設 **（介護保健施設サービス費（Ⅰ）(Ⅳ)を算定する施設）** ※短期入所療養介護費（Ⅰ）(Ⅳ)準用	夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が２以上（指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計数が40以下の介護老人保健施設であって、常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあっては、１以上）であること。
ユニット型介護老人保健施設 **（ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定する施設）** ※ユニット型短期入所療養介護費（Ⅰ）(Ⅳ)準用	２ユニットごとに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。
介護療養型老人保健施設 **（介護保健施設サービス費（Ⅱ）を算定する施設）** ※短期入所療養介護費（Ⅱ）準用	① 介護老人保健施設サービスに掲げる基準に該当するものであること。ただし、次に掲げる要件のいずれにも適合している場合は、夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が１以上でよいこととする。 ・１又は２の病棟を有する病院（医療法(昭和23年法律第205号)第１条の５第１項に規定する病院をいう。以下同じ。）が介護老人保健施設基準附則第13条に規定する転換（以下「転換」という。）を行って開設した介護老人保健施設であること。（１の病棟の一部のみが介護老人保健施設に転換した場合に限る。） ・病院又は夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が１以上である一般病床又は療養病床を有する診療所（医療法第１条の５第２項に規定する診療所をいう。以下同じ。）に併設する介護老人保健施設であること。 ・併設する病院又は一般病床若しくは療養病床を有する診療所の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が１２０以下であること。 ② 夜勤を行う看護職員の数が利用者等の数を41で除して得た数以上であること。
介護療養型介護老人保健施設 **（介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定する施設）** ※短期入所療養介護費（Ⅲ）準用	① 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が２以上であること。 ただし、常時、緊急時の連絡体制を整備しているものにあっては、１以上でよいこと。 ② 看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること。 ③ ①の規定にかかわらず、病院が転換した介護老人保健施設であって、次に掲げる要件のいずれにも適合しているものについては、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。 ・１又は２の病棟を有する病院が転換を行って開設した介護老人保健施設であること（１の病棟の一部のみが介護老人保健施設に転換を行って開設した場合に限る。）。 ・病院に併設する介護老人保健施設であること。 ・併設する病院の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が120以下であること。 ④ ①の規定にかかわらず、一般病床又は療養病床を有する診療所が転換した介護老人保健施設であって、次に掲げる要件のいずれにも適合しているものについては、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。 ・夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が１以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設する介護老人保健施設であること。 ・併設する診療所の入院患者、指定短期入所療養介護の利用者の数及び当該介護老人保健施設の入所者の数の合計が19以下であること。

※　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）を算定する場合は、表中のユニット型介護老人保健施設の夜勤を行なう職員の勤務条件に関する基準及び介護療養型老人保健施設（介護保健施設サービス費Ⅱを算定する施設）の②の要件を満たすこと。ユニット型短期入所療養介護費（Ⅱ）準用

※　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定する場合は、表中のユニット型介護老人保健施設の夜勤を行なう職員の勤務条件に関する基準及び介護療養型老人保健施設（介護保健施設サービス費Ⅲを算定する施設）の②の要件を満たすこと。ユニット型短期入所療養介護費（Ⅲ）準用

※　介護予防短期入所療養介護費（ユニット型介護予防短期入所療養介護費）（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）については、短期入所療養介護費（ユニット型短期入所療養介護費）（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）を準用する。

≪参考4≫

勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法

（令和 ○ 年 ○ 月分）　サービス種類（　介護老人保健施設・(介護予防)短期入所療養介護　）

事業所番号（　1234567890　）　事業所名（　介護老人保健施設　○○○　）

職　種	勤務形態	資　格	氏　名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	○月の合計	常勤換算後の人数
				火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水		
管理者兼医師	B	医師		○	○	○	○			○	○	○	○	○			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8		8	168	1
薬剤師	C	薬剤師																8			8				8									64	0.4
理学療法士	B	理学療法士	神奈川　太郎	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6								6	126	1.5
作業療法士	B	作業療法士	横浜　花子	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6								6	126	
理学療法士 作業療法士　計																																		252	1.5
介護支援専門員	B	介護支援専門員	川崎　菊代	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8															8	168	1
介護職員	A	介護福祉士	横須賀　二郎	夜	明		ア	イ		ア	夜	明		休	イ		イ	夜															明	168	1
	B		川崎　菊代	イ	イ	イ	イ			イ	イ	イ	イ	イ			イ	イ	イ	イ	イ			イ	イ	イ	イ	イ			イ		イ	168	1
	C											イ	ウ	ウ		イ			イ	イ	ウ		休			イ	ウ			イ			ウ	112	0.7
介護職員計																																			2.7

介護老人保健施設と通所リハビリテーション等の併設される他事業との兼務、又は同一施設内の他の職種を兼務している場合は、「常勤兼務」または「非常勤兼務」のいずれかになります。

常勤職員は、他の職務を兼務していない場合、常勤換算は1となります。
ただし、シフトの都合等で勤務時間が多くなっても、1を超えることはありません。

有資格者の配置が必要な職種については、必ず資格名を記入してください。

勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間で記載します。残業時間は除いてください。

併設される他事業との兼務、又は同一施設内の他職種との兼務の場合、勤務時間を職種毎に割り振る必要があります。
※　介護支援専門員が当該施設の他の職務を兼務する場合、例外的にダブルカウントが認められています。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）を算定する場合、介護福祉士資格を有する介護職員は資格名を記入してください。

勤務形態　A　常勤専従　B常勤兼務　C非常勤専従　D非常勤兼務

常勤職員の休暇等の期間については、暦月で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。その場合、勤務時間欄には「休」と記入してください。
※　非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません。

常勤換算の算出方法

常勤換算＝(ⅰ)＋(ⅱ)＋(ⅲ)　　＊　計算は、(ⅰ)＋(ⅱ)＋(ⅲ)の合計の小数点第2位以下を切り捨てます。

（ⅰ）常勤専従職員（短期入所との兼務は専従とみなす）の人数

（ⅱ）常勤兼務職員の老健における勤務時間数合計※1÷（常勤兼務職員の勤務時間数合計※2÷常勤兼務職員の人数）

※1 他の業務との按分後の勤務時間数の合計　　※2 按分前の勤務時間数の合計

（ⅲ）非常勤職員等の勤務時間数合計÷常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数※3

※3 常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数

（1）就業規則において当該月に勤務すべき時間が定められている場合は、その時間数とします。

（2）計算方法

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務日数・勤務時間　5　日（a）　週　40　時間（b）

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間　8　時間　（c）＝（b）÷（a）

4月の常勤職員が通常勤務すべき日数　③の例 21.4　日（d）

例）① 全ての常勤職員の勤務すべき曜日が月・火・水・木・金の場合（d）＝ 22日
（当該月の常勤職員が勤務すべき曜日を足し上げた日数）

② ①の場合で施設の就業規則により祝祭日が休日に定められている場合（d）＝ 21日

③ 1ヶ月単位以外の変形労働時間制を採用している場合

常勤職員が通常勤務すべき日数の計算方法（d）＝（a）×4＋
｛（月の日数－28）×（a）÷7｝5×4＋｛（30－28）×5÷7｝　（d）＝ 21.4日

常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数　③の例　171.2　時間　（e）＝（c）×（d）

※　看護・介護職員については、勤務時間の欄に勤務区分を記入してください。
（例）早番：ア　日勤：イ　遅番：ウ　夜勤入り：夜　夜勤明け：明　等
※　また、勤務表の欄外等に勤務区分の凡例も記入してください。
（例）ア：7：00～16：00（8時間勤務）
夜：16：30～24：00（7時間勤務）
明：0：00～9：30（9時間勤務）　等

注意：当該様式は、各事業所が勤務管理を行うための勤務形態一覧表です。
変更許可又は許可更新の申請を行う場合は、
横須賀市ホームページ（http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/index.html）→ 総合案内 →くらし・手続き → 便利な手続き → 申請書ダウンロード →「民生局福祉こども部指導監査課」の書式 → 介護保険(事業者・施設)・第1号事業者　指定申請・届出関係のページ → 2. 変更届 → 15. 介護老人保健施設（短期入所療養介護を含む）→ 3. 変更届様式（エクセル）
を参考に申請用の勤務形態一覧表を作成してください。

Ⅶ　介護保健施設サービスに要する費用等

H12.2.10 厚生省告示第19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
H12.2.10 厚生省告示第21号	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
H12.2.10 厚生省告示第27号	厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
H12.2.10 厚生省告示第29号	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
H18.3.14 厚生労働省告示第127号	指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
H20.4.10 厚生労働省告示第273号	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
H20.4.10 厚生労働省告示第274号	厚生労働大臣が定める特別療養費に係る施設基準等
H27.3.23 厚生労働省告示第94号	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等
H27.3.23 厚生労働省告示第95号	厚生労働大臣が定める基準
H27.3.23 厚生労働省告示第96号	厚生労働大臣が定める施設基準
H12.3.8　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

等からの抜粋

1　介護保健施設サービス費

	区　　分		単　　位	備　　考
介護保健施設サービス費Ⅰ	【基本型】（届出） 介護保健施設サービス費（ⅰ） 従来型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７１４単位（日額） ７５９単位（日額） ８２１単位（日額） ８７４単位（日額） ９２５単位（日額）	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市長に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） ※厚告第96号55イ（１）（２）を参照 （夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）） ※P71を参照 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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 ＜従来型個室の経過措置等＞ 下記のいずれかに該当する利用者については、介護保健施設サービス（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅲ）若しくは(ⅳ)を算定する。 ①平成17年９月30日において従来型個室に入所している者で、平成17年10月１日以降引き続き従来型個室に入所し、平成17年９月１日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者 ②次のいずれかに該当する者 イ　感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの ロ　別に厚生労働大臣が定める基準に適合する従来型個室に入所する者 ハ　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者 (厚生労働大臣が定める施設基準) 介護老人保健施設の療養室における入所者１人当たりの面積が、8.0㎡以下であること。
	【在宅強化型】（届出） 介護保健施設サービス費（ⅱ） 従来型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７５６単位（日額） ８２８単位（日額） ８９０単位（日額） ９４６単位（日額） １００３単位（日額）	
	【基本型】（届出） 介護保健施設サービス費（ⅲ） 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７８８単位（日額） ８３６単位（日額） ８９８単位（日額） ９４９単位（日額） １００３単位（日額）	
	【在宅強化型】（届出） 介護保健施設サービス費（ⅳ） 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	８３６単位（日額） ９１０単位（日額） ９７４単位（日額） １０３０単位（日額） １０８５単位（日額）	

	区　　分		単　　位	備　　考
ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ	【基本型】（届出） ユニット型 介護保健施設 サービス費（ⅰ） ユニット型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７９６単位（日額） ８４１単位（日額） ９０３単位（日額） ９５６単位（日額） １００９単位（日額）	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市長に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） ※厚告第96号55ロ（１）（２）を参照 （夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）） ※P71を参照 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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 ＜ユニットケア体制（届出）＞ ユニット型について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） １　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。
	【在宅強化型】 （届出） ユニット型 介護保健施設 サービス費（ⅱ） ユニット型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	８４１単位（日額） ９１５単位（日額） ９７８単位（日額） １０３５単位（日額） １０９０単位（日額）	
	【基本型】（届出） 経過的ユニット型 介護保健施設 サービス費（ⅰ） ユニット型個室的多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７９６単位（日額） ８４１単位（日額） ９０３単位（日額） ９５６単位（日額） １００９単位（日額）	
	【在宅強化型】 （届出） 経過的ユニット型 介護保健施設 サービス費（ⅱ） ユニット型個室的多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	８４１単位（日額） ９１５単位（日額） ９７８単位（日額） １０３５単位（日額） １０９０単位（日額）	

介護保健施設サービス費（Ⅰ）（届出）	
基準等	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市長に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。なお、入所者の数又は医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） イ　介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (1)介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ⅰ)又は(ⅲ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【基本型】 (一)看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であること。 (二)定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。 (三)入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 (四)当該施設から退所した者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所したものを除く。以下このイにおいて「退所者」という。）の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。

(五)入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

(六)当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。

(七)次に掲げる算式により算定した数が二十以上であること。

Ａ＋Ｂ＋Ｃ＋Ｄ＋Ｅ＋Ｆ＋Ｇ＋Ｈ＋Ｉ＋Ｊ

備考　この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

Ａ　算定日が属する月の前六月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の50を超える場合は20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合は10、100分の30以下である場合は０となる数

Ｂ　30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上である場合は20、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は10、100分の５未満である場合は０となる数

Ｃ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数

Ｄ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数

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

Ｆ　当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が５以上であり、かつ、リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100を乗じた数が0.2以上である場合は５、５以上の場合は３、５未満であり、かつ、３以上である場合は２、３未満である場合は０となる数

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

Ｈ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の占める割合が100の50以上である場合は５、100分の50未満であり、かつ、100分の35以上である場合は３、100分の35未満である場合は０となる数

Ｉ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である

	場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 Ｊ　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 (2)介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ⅱ)又は(ⅳ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【在宅強化型】 (一)　(1)(一)から(六)までに該当するものであること。 (二)　(1)(七)に掲げる算定式により算定した数が60以上であること。 (三)　地域に貢献する活動を行なっていること。 (四)　入所者に対し、少なくとも週３回程度のリハビリテーションを実施していること。 ロ　ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (1)ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(ⅰ)又は経過的ユニット型介護保健施設サービス費(ⅰ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【基本型】 (一)　イ(1)　(一)及び(三)から(七)までに該当するものであること。 (二)　定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。 (2)ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ)又は経過的ユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【在宅強化型】 (1)(二)並びにイ(1)(一)、(三)から(六)まで及び(2)(二)から(四)までに該当するものであること。
解釈通知等	・介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは(ⅲ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費[介護保健施設サービス費]（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)を算定する介護老人保健施設における短期入所療養介護[介護保健施設サービス]について イ　所定単位数算定区分について 当該介護老人保健施設における短期入所療養介護について、適用すべき所定単位数の算定区分については、月の末日において、それぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、当該月から、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは(ⅱ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定することとなる。（ただし、翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く。） ロ　当該基本施設サービス費の算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。 ハ　施設基準について ａ　施設基準Ａの基準における居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。また、この基準において、算定日が属する月の前６月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算すること。 (a)　(ⅰ)に掲げる数÷（(ⅱ)に掲げる数－(ⅲ)に掲げる数） (ⅰ)　算定日が属する月の前６月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数 (ⅱ)　算定日が属する月の前６月間における退所者の延数 (ⅲ)　算定日が属する月の前６月間における死亡した者の総数 (b)　(a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。 (c)　退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。 (d)　(a)の分母（(ⅱ)に掲げる数－(ⅲ)に掲げる数）が０の場合、算定日が属する月の前６

月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は０とする。

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

(a)　（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数

（ⅰ）当該施設における直近３月間の延入所者数

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

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

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

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

(d)　(a)において新規退所者数とは、当該３月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。

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

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

(a)　（ⅰ）に掲げる数÷（ⅱ）に掲げる数

（ⅰ）算定日が属する月の前３月間における新規入所者のうち、入所期間が１月以上であると見込まれる入所者であって、入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の延数

（ⅱ）算定日が属する月の前３月間における新規入所者の延数

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

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

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

(e)　(a)の分母（（ⅱ）に掲げる数）が０の場合、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の占める割合は０とする。

d　施設基準Ｄの基準における、新規退所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退

所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

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

(ⅱ) 算定日が属する月の前３月間における居宅への新規退所者の延数

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

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

(d)　(a)において、退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、①食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容、②退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の内容、③家屋の改善の内容及び④退所する者の介助方法の内容について必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行うことをいう。また、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

なお、同一の入所者について、当該退所後の療養上の指導のための訪問と施設基準Ｃで規定する退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定するための訪問を同一日に行った場合には、ｄ(a)の(ⅰ)に掲げる数には含めない。

(e)　(a)の分母（(ⅱ)に掲げる数）が０の場合、退所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は０とする。

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

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

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

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数÷(ⅲ)に掲げる数×(ⅳ)に掲げる数×100

(ⅰ) 算定日が属する月の前３月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数

(ⅱ) 理学療法士等が当該３月間に勤務すべき時間（当該３月間における１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

(ⅲ) 算定日が属する月の前３月間における延入所者数

(ⅳ) 算定日が属する月の前３月間の日数

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

(c)　(a)において理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。

(d)　(a)の(ⅱ)において、当該３月間に勤務すべき時間数の算出にあっては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いることとし、例えば、１週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、１週間に勤務すべき時間数を７で除した数に当該３月間の日数を乗じた数を用いることとする。なお、常勤換算方法と同様に、１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

g　施設基準Gの基準において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数については、以下の式により計算すること。

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数÷(ⅲ)に掲げる数×(ⅳ)に掲げる数×100

(ⅰ) 算定日が属する月の前３月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数

(ⅱ) 支援相談員が当該３月間に勤務すべき時間（当該３月間中における１週間に勤務すべき時間数が32 時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

(ⅲ) 算定日が属する月の前３月間における延入所者数

(ⅳ) 算定日が属する月の前３月間の延日数

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

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

① 入所者及び家族の処遇上の相談

② レクリエーション等の計画、指導

③ 市町村との連携

④ ボランティアの指導

h　施設基準Hの基準における、入所者のうち要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合については、以下の式により計算すること。

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

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

(ⅱ) 当該施設における直近３月間の入所者延日数

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

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

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

(ⅱ) 当該施設における直近３月間の延入所者数

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

(a)　(ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

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

(ⅱ) 当該施設における直近３月間の延入所者数

・介護老人保健施設短期入所療養介護費[介護保健施設サービス費]（Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅱ) 若しくは(ⅳ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費[介護保健施設サービス費]（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅱ)若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅱ)を算定する介護老人保健施設における短期入所療養介護[介護保健施設サービス]について

イ　所定単位数の算定区分について

当該介護老人保健施設における短期入所療養介護について、適用すべき所定単位数の算定区分については、月の末日において、それぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、当該月から、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは(ⅲ)、ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅰ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)の介護老人保健施設短期入所療養介護費(ⅰ)若しくは(ⅱ)又はユニット型介護

	老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定することとなる。（ただし、翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く。） ロ　当該基本施設サービス費の算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。 ハ　当該介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る施設基準について a　施設基準第14号イ（２）(三)における「地域に貢献する活動」とは、 ③ロを準用する。 （３短期入所療養介護費（１）③を準用） ロ　「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。 (a)　地域との連携については、基準省令第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。 (b)　当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

介護療養型老人保健施設（基準のみ記載）

	区　　分		単　　位	備　　考
介護保健施設サービス費Ⅱ	【療養型】（届出） 介護保健施設 サービス費（ｉ） 従来型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７３９単位（日額） ８２２単位（日額） ９３５単位（日額） １０１３単位（日額） １０８７単位（日額）	（介護保健施設サービス費Ⅱを算定する場合の施設基準） ※厚告第96号55イ（３）を参照 （介護保健施設サービス費（Ⅱ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）） 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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 〈ユニットケア体制（届出）〉 ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさい場合は、1日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） １　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること ２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること ＜従来型個室の経過措置等＞ 下記のいずれかに該当する利用者については、介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定する。 ①平成17年９月30日において従来型個室に入所している者で、平成17年10月１日以降引き続き従来型個室に入所し、平成17年９月１日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者 ②次のいずれかに該当する者 イ　感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内である者 ロ　別に厚生労働省が定める基準に適合する従来型個室に入所する者 ハ　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者 （厚生労働大臣が定める施設基準） 介護老人保健施設の療養室における入所者１人当たりの面積が、8.0㎡以下であること。
	【療養型】（届出） 介護保健施設 サービス費（ⅱ） 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	８１８単位（日額） ９００単位（日額） １０１６単位（日額） １０９１単位（日額） １１６５単位（日額）	
ユニット型介護保健施設サービス費Ⅱ	【療養型】（届出） ユニット型 介護保健施設 サービス費 ユニット型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	９０４単位（日額） ９８７単位（日額） １１００単位（日額） １１７６単位（日額） １２５２単位（日額）	
	【療養型】（届出） 経過的ユニット型 介護保健施設 サービス費 ユニット型個室的 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	９０４単位（日額） ９８７単位（日額） １１００単位（日額） １１７６単位（日額） １２５２単位（日額）	

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保健施設サービス費Ⅲ</td><td>【療養型】（届出）
介護保健施設
サービス費（ⅰ）
従来型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７３９単位（日額）
８１６単位（日額）
９０９単位（日額）
９８６単位（日額）
１０６０単位（日額）</td><td rowspan="6">（介護保健施設サービス費Ⅲを算定する場合の施設基準）
※厚告第96号55イ（５）を参照

＜介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

＜従来型個室の経過措置等＞
下記のいずれかに該当する利用者については、介護保健施設サービス費（Ⅲ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定する。
①　平成17年９月30日において従来型個室に入所している者で、平成17年10月１日以降引き続き従来型個室に入所し、平成17年９月１日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者
②　次のいずれかに該当する者
イ　感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30 日以内である者。
ロ　別に厚生労働省が定める基準に適合する従来型個室に入所する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
（厚生労働大臣が定める施設基準）
介護老人保健施設の療養室における入所者１人当たりの面積が、8.0㎡以下であること。</td></tr>
<tr><td>【療養型】（届出）
介護保健施設
サービス費（ⅱ）
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８１８単位（日額）
８９４単位（日額）
９８９単位（日額）
１０６３単位（日額）
１１３８単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ユニット型介護保健施設サービス費Ⅲ</td><td>【療養型】（届出）
ユニット型
介護保健施設
サービス費
ユニット型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>９０４単位（日額）
９８０単位（日額）
１０７４単位（日額）
１１４９単位（日額）
１２２５単位（日額）</td></tr>
<tr><td>【療養型】（届出）
経過的ユニット型
介護保健施設
サービス費
ユニット型個室的
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>９０４単位（日額）
９８０単位（日額）
１０７４単位（日額）
１１４９単位（日額）
１２２５単位（日額）</td></tr>
</table>

介護保健施設サービス費（Ⅱ）（Ⅲ）（届出）	
基準等	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届け出た施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） イ　介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (3)　介護保健施設サービス費(Ⅱ)の介護保健施設サービス費(ⅰ)又は(ⅱ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【療養型】 (一) 平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。 (二) 算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等（法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く）から入所した者の占める割合を減じて得た数が100分の35以上であることを標準とすること。 ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情があるときはこの限りではない。 ※特段の事情 イ　半径４ｋｍ以内に病床を有する医療機関がないこと。 ロ　病床数が19以下。 (三) 算定日が属する月の前３月間における入所者等（当該介護老人保健施設の入所者及び当該介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所の利用者をいう。）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が100分の15以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の20以上であること。 ※認知症高齢者 日常生活自立度のランクMに該当する者 (四) イ(1)（一)及び(二)に該当するものであること。 (5)　介護保健施設サービス費(Ⅲ)の介護保健施設サービス費(ⅰ)又は(ⅱ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【療養型】 (一) (3)に該当するものであること。 (二) 入所者等の合計数が40以下であること。 ロ　ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (3)　ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過的ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【療養型】 ロ(1)（二）及びイ(3)（一)から(三)までに該当するものであること。 (5)　ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過的ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準【療養型】 (一) ロ(3)に該当するものであること。 (二) 入所者等の合計数が 40 以下であること。

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保健施設サービス費Ⅳ</td><td>［その他型］
（届出）
介護保健施設
サービス費（ⅰ）
従来型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７００単位（日額）
７４４単位（日額）
８０５単位（日額）
８５６単位（日額）
９０７単位（日額）</td><td rowspan="6">（介護保健施設サービス費Ⅳを算定する場合の施設基準）
※厚告第96号55イ（６）を参照

＜介護保健施設サービス費（Ⅳ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

＜従来型個室の経過措置等＞
下記のいずれかに該当する利用者については、介護保健施設サービス費（Ⅳ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定する。
①平成17年９月30日において従来型個室に入所している者で、平成17年10月１日以降引き続き従来型個室に入所し、平成17年９月１日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者
②次のいずれかに該当する者
イ　感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内である者。
ロ　別に厚生労働省が定める基準に適合する従来型個室に入所する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
（厚生労働大臣が定める施設基準）
介護老人保健施設の療養室における入所者１人当たりの面積が、8.0㎡以下であること。</td></tr>
<tr><td>［その他型］
（届出）
介護保健施設
サービス費（ⅱ）
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７７２単位（日額）
８２０単位（日額）
８８０単位（日額）
９３０単位（日額）
９８２単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ユニット型介護保健施設サービス費Ⅳ</td><td>［その他型］
（届出）
ユニット型
介護保健施設サービス費
ユニット型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７７９単位（日額）
８２５単位（日額）
８８５単位（日額）
９３７単位（日額）
９８８単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［その他型］
（届出）
経過的ユニット型
介護保健施設サービス費
ユニット型
個室的多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７７９単位（日額）
８２５単位（日額）
８８５単位（日額）
９３７単位（日額）
９８８単位（日額）</td></tr>
</table>

介護保健施設サービス費（Ⅳ）（届出）	
基準等	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市長に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） イ　介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (6) 介護保健施設サービス費(Ⅳ)の介護保健施設サービス費(ⅰ)又は(ⅱ)を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準 イ(1)(一)及び（二）に該当するものであること。 （一）看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であること。 （二）定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。 ロ　ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保険施設サービスの施設基準 (6) ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)のユニット型介護保健施設サービス費又は経過的ユニット型介護保健施設サービス費を算定すべき介護保健施設サービスの施設基準 ロ(1)(二)及びイ(1)(一)に該当するものであること。

身体拘束廃止未実施減算（届出）	※入所者全員について所定単位数から減算
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。 （厚生労働大臣が定める基準） 介護老人保健施設基準第13条第５項及び第６項又は第43条第７項及び第８項に規定する基準に適合していること。 ＜参考＞ 介護老人保健施設基準第13条第５項及び第６項又は第43条第７項及び第８項 （ユニット型）介護老人保健施設は、前項の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。 （ユニット型）介護老人保健施設は、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。 （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。 （２）身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。 （３）介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。
解釈通知等	施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第11条[介護老人保健施設基準第13条]第５項又は第42条[第43条]第７項の記録（指定介護老人福祉施設基準第11条[介護老人保健施設基準第13条]第４項又は第42条[第43条]第６項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び指定介護老人福祉施設基準第11条[介護老人保健施設基準第13条]第６項又は第42条[第43条]第８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。 具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、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減算する。

安全管理体制未実施減算	
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、安全管理体制未実施減算として、１日につき５単位を所定単位数から減算する。 （厚生労働大臣が定める基準） 介護老人保健施設基準第 36 条第１項に規定する基準に適合していること。 （介護老人保健施設基準第 36 条第１項） 介護老人保健施設は事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。 一　事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。 二　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従事者に周知徹底する体制を整備すること。 三　事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従事者に対する研修を定期的に行うこと。 四　前三項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。
解釈通知等	安全管理体制未実施減算については、介護老人保健施設基準第36条第１項に規定する基準を満たさない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。

栄養管理に関する減算	
基準等	栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、１日につき14単位を所定単位数から減算する。 ※令和６年３月 31 日までの間は経過措置が適用されます。 （厚生労働大臣が定める基準） 介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び第17条の２に規定する基準のいずれにも適合していること。 （介護老人保健施設基準第２条） 法第97条第2項の規定による介護老人保健施設に置くべき医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、次のとおりとする。 六　栄養士又は管理栄養士 入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては、１以上 （介護老人保健施設基準第17条の２） 介護老人保健施設は、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。
解釈通知等	栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護老人保健施設基準第２条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護老人保健施設基準第17条の２（介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない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。）。

夜勤職員配置加算（届出）	２４単位（日額）
基準等	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横須賀市長に届け出た施設については、１日につき所定単位数に加算する。 （厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準） 夜勤を行なう看護職員又は介護職員の数が次の基準に適合していること。 １　入所者の数（短期入所療養介護利用者含む）が41以上の施設にあっては、入所者が20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、２を超えていること。 ２　入所者の数（短期入所療養介護利用者含む）が40以下の施設にあっては、入所者数が20又はその端数を増すごとに１以上であり、かつ、１を超えていること。

解釈通知等	①夜勤を行なう職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間をいう）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第３位以下は切り捨てるものとする。 ②認知症ケア加算を算定している施設については、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで基準を満たさなければならない。
指導事例	○認知症専門棟とその他の部分を区別して、算定要件を満たしていることを確認していなかった。 ⇒認知症専門棟とその他の部分は、それぞれで要件を満たすこととし、片方が満たさない場合は満たしている方のみ算定します。また、認知症専門棟については、認知症ケア加算を算定する場合の要件を満たした勤務シフトで夜勤配置加算の要件を満たさなければなりません。

短期集中リハビリテーション実施加算	２４０単位（日額）
基準等	入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して３月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合は、１日につき所定単位数に加算する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	① 集中的なリハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを、１週につきおおむね３日以上実施する場合をいう。 ② 過去３月間の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる。 ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。 ③ 入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り算定することができる。 ④ 入所者が過去３月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、４週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は算定できる。 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、血管のうち三種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

認知症短期集中リハビリテーション実施加算	２４０単位（日額）
基準等	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、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する施設が、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集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、入所の日から起算して３月以内の期間に限り、１週に３日を限度として１日につき所定単位数に加算する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。 (厚生労働大臣が定める施設基準) イ　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。 ロ　リハビリテーションを行うに当たり、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。
解釈通知等	① 認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週３日実施することを標準とする。 ② 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終了した医師により、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。 なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。 ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。 なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム

	等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。 ④ 当該リハビリテーションにあっては、１人の医師又は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１人の入所者に対して行った場合にのみ算定する。 ⑤ 当該加算は、入所者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。 ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者は、ＭＭＳＥ又はＨＤＳ−Ｒにおいておおむね５～25点に相当する者とする。 ⑦ 当該リハビリテーションに係る記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は入所者ごとに保管されること。 ⑧ 短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は算定することができる。 ⑨ 当該入所者が過去３月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。

認知症ケア加算（届出）	７６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施設において、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入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合は、１日につき所定単位数に加算する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） イ　日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者と他の入所者を区別していること。 ロ　他の入所者と区別して日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者に対する介護保健施設サービスを行うのに適当な次の基準に適合する施設及び設備を有していること。 (1)　専ら日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものではないもの。 (2)入所定員は40人を標準とすること。 (3)入所定員の１割以上の個室を設けていること。 (4)療養室以外の生活の場として入所定員１人当たりの面積が２㎡以上のデイルームを設けていること。 (5)日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30 ㎡以上の面積を有するものを設けていること。 ハ　介護保健施設サービスを行う単位ごとの入所者の数について、10人を標準とすること。 ニ　介護保健施設サービスを行う単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置すること。 ホ　ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定していないこと。
解釈通知等	①　「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者」とあるのは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。 ②　認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が１人１人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するた

	めには、いわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから、職員配置については次の配置を行うことを標準とする。 イ　日中については、利用者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ロ　夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を配置すること。 ③　ユニット型介護老人保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。

若年性認知症入所者受入加算（届出）	１２０単位（日額）
基準等	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施設において、若年性認知症入所者に対して介護保健施設サービスを行なった場合には、１日につき所定単位数に加算する。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、算定しない。 （厚生労働大臣が定める基準） 受け入れた若年性認知症入所者（介護保険法施行令第２条第６号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。
解釈通知等	受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

外泊時費用	３６２単位（日額）
基準等	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、１月に６日を限度として、所定単位数に代えて１日につき算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。
解釈通知等	① 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。 （例）外泊期間：３月１日～３月８日（８日間） ３月１日外泊の開始…所定単位数を算定 ３月２日～３月７日（６日間）…１日につき362単位を算定可 ３月８日外泊の終了…所定単位数を算定 ② 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。 ③ 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っては、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。 ④ 外泊時の取扱い 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。 （例）月をまたがる外泊の場合 外泊期間：１月25日～３月８日 １月25日外泊の開始…所定単位数を算定 １月26日～１月31日（６日間）…１日につき362単位を算定可 ２月１日～２月６日（６日間）…１日につき362単位を算定可 ２月７日～３月７日…費用算定不可 ３月８日外泊の終了…所定単位数を算定 ロ　「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含むものであること。 ハ　外泊期間中は、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。

外泊時在宅サービス利用の費用について	８００単位（日額）
基準等	入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、１月に６日を限度として所定単位数に代えて１日につき800単位数を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、外泊時費用に掲げる単位を算定する場合は算定しない。
解釈通知等	①外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討すること。 ②当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。 ③外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。 ④家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。 イ　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 ロ　当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導 ハ　家屋の改善の指導 ニ　当該入所者の介助方法の指導 ⑤外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。 ⑥加算の算定期間は、１月につき６日以内とする。また、算定方法は、５の(15)の①、②及び④（外泊時費用）を準用する。 ⑦利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできないこと。

ターミナルケア加算(届出)	死亡日以前31日以上45日以下　　８０単位（　　８０単位）（日額） 死亡日以前４日以上30日以下　　１６０単位（　１６０単位）（日額） 死亡日前日及び前々日　　８２０単位（　８５０単位）（日額） 死亡日　　１６５０単位（１７００単位）（日額） ※（　）内の単位数は、介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）を算定している場合
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者については、死亡月に所定単位数に加算する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。 (厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者) イ　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。 ロ　入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。 ハ　医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
解釈通知等	①　医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼としている。 ②　利用者等告示第65号に定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて45日を上限として、介護老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものである。 　死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には算定できない。 　なお、ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。 ③　退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能だが、当該加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分の当該加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。 ④　退所の後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。 ⑤　外泊又は退所の当日について当該加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く）には、当該外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について算定が可能である。 ⑥　本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合には、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。 　また、本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っていると認められる場合には算定可能である。 　この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。 　なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、一度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていくことが重要

である。
⑦　本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、その意向に沿えるよう考慮すべきである。
なお、個室に移行した場合の入所者については、注13に規定する措置の対象とする。

（厚生労働大臣が定める基準）［厚告21 別表２の注13］

次のいずれかに該当する者に対して、介護保健施設サービス費を支給する場合は、介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅲ）若しくは（ⅳ）、介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）又は介護保健施設サービス費（Ⅳの）介護保健施設サービス費（ⅱ）を算定する。

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

ロ　別に厚生労働大臣が定める基準に適合する従来型個室に入所する者

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

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(届出)	Ⅰ　３４単位（日額）　Ⅱ　４６単位（日額）

基準等

介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（i）及び（ⅲ）並びにユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（i）及び（ⅲ）について、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施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)として、１日につき34単位を、介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(ⅱ)及び(ⅳ)並びにユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)のユニット型介護保健施設サービス費(ⅱ)及び(ⅳ)について、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老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)として、１日につき46単位を所定単位数に加算する。
また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。

（厚生労働大臣が定める基準）［厚労告95 九十］
イ　介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)の基準
（１）　次に掲げる算式により算定した数が四十以上であること。
Ａ＋Ｂ＋Ｃ＋Ｄ＋Ｅ＋Ｆ＋Ｇ＋Ｈ＋Ｉ＋Ｊ
備考　この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。
Ａ　算定日が属する月の前６月間において、退所者のうち、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月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の50を超える場合にあっては20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合は10、100分の30以下であった場合は０となる数
Ｂ　30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上であった場合は20、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上であった場合は10、100分の５未満であった場合は０となる数
Ｃ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上であった場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上であった場合は５、100分の10未満であった場合は０となる数
Ｄ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、

	当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上であった場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上であった場合は５、100分の10未満であった場合は０となる数 E　介護保健法第８条第５項にする訪問リハビリテーション、介護保健法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション及び介護保健法第８条第10項に規定する短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は５、いずれか２種類のサービスを実施している場合は３、いずれか１種類のサービスを実施している場合は２、いずれも実施していない場合は０となる数 F　当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が５以上であった場合は５、５未満であり、かつ、３以上であった場合は３、３未満である場合は０となる数 G　当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が３以上の場合は５、３未満であり、かつ、２以上の場合は３、２未満の場合は０となる数 H　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の占める割合が100分の50以上であった場合は５、100分の50未満であり、かつ、100分の35以上であった場合は３、100分の35未満であった場合は０となる数 I　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上であった場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上であった場合は３、100分の５未満であった場合は０となる数 J　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上であった場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上であった場合は３、100分の５未満であった場合は０となる数 （２）　地域に貢献する活動を行っていること。 （３）　介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅰ）若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費（ⅰ）を算定しているものであること。 ロ　介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）の基準 （１）　イ（１）に掲げる算定式により算定した数が70以上であること。 （２）　介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費（ⅱ）を算定しているものであること。
解釈通知等	（１）介護保健サービス費（Ⅰ）の介護保健サービス費（ⅰ）若しくは（ⅲ）又はユニット型介護保健サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健サービス費（ⅰ）若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費（ⅰ）を算定する介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）について［老企40第２　６（２）（３（１）③を準用）］ イ　老企40 第２　３（１）②ハを準用する。 ロ　「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。 (a)地域との連携については、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号。）第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。 (b)当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。 （２）介護保健サービス費（Ⅰ）の介護保健サービス費（ⅱ）若しくは（ⅳ）又はユニット型介護保健サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保険施設サービス費（ⅰ）を算定する介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）について［老企40第２　６（３）（３（１）⑤を準用）］

	老企40第２　３（１）②～④を準用する。
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日につき所定単位数を加算する。
解釈通知等	①入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って加算する。 ②当該入所者が過去３月間（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去１月間）の間に、当該施設に入所したことがない場合に限り算定できる。 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するものとする。 ③「入所日から30日間中」に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できない。

再入所時栄養連携加算	２００単位（１回）
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設に入所（以下この注において「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所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老人保健施設に入所（以下この注において「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者１人につき１回を限度として所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に関する減算に該当する場合は、算定しない。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。

（厚生労働大臣が定める基準）［厚労告95 六十五の２］
通所介護費等算定方法第13号に規定する基準に該当していないこと。

（通所介護費等算定方法第13号）［厚告27 十三］
イ　介護老人保健施設の月平均の入所者の数が次の表の右欄に掲げる基準に該当する場合における介護保健施設サービス費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。

厚生労働大臣が定める入所者の数の基準	厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法
施行規則第 136 条第１項の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所定員を超えること。	指定施設サービス等介護給付費単位数表の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて、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例により算定する。

ロ　介護老人保健施設の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が次の表の左欄に掲げる員数の基準に該当する場合における介護保健施設サービス費については、同表の右欄に掲げるところにより算定する。

厚生労働大臣が定める医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数の基準	厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法
介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第２条に定める員数を置いていないこと。	指定施設サービス等介護給付費単位数表の看護職員及び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を用いて、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例により算定する。

<table>
<tr><td></td><td>
ハ　介護老人保健施設の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数が次の表の左欄に掲げる員数の基準に該当する場合におけるユニット型介護保健施設サービス費については、同表の右欄に掲げるところにより算定する。
<table>
<tr><td>厚生労働大臣が定める医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は介護支援専門員の員数の基準</td><td>厚生労働大臣が定める介護保健施設サービス費の算定方法</td></tr>
<tr><td>常勤換算方法で、入居者の数の合計数が３又はその端数を増すごとに１以上の看護職員若しくは介護職員の数を置いておらず、又は介護老人保健施設基準第２条に定める員数の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員を置いていないこと。</td><td>指定施設サービス等介護給付費単位数表の看護職員及び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を用いて、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例により算定する。</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>解釈通知等</td><td>
再入所時栄養連携加算について
①指定介護老人保健施設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新規導入となった場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象とすること。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。
②当該指定介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族（以下この②において「当該者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。
③当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。
</td></tr>
</table>

入所前後訪問指導加算（Ⅰ） 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）４５０単位（１回） 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）４８０単位（１回）
基準等	介護保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）については、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に、当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、次に掲げる区分に応じ、入所中１回を限度として算定する。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を算定しない。 なお、当該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、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も、同様に算定する。 (1)入所前後訪問指導加算（Ⅰ）　退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合 (2)入所前後訪問指導加算（Ⅱ）　退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合
解釈通知等	①入所前後訪問指導加算（Ⅰ）は、入所期間が１月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後７日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に１回に限り加算を行うものである。 ②入所前後訪問指導加算（Ⅱ）は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に１回に限り加算を行うものである。なお、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 イ　生活機能の具体的な改善目標 当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。 ロ　退所後の生活に係る支援計画 入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者及びその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者及びその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。 ③入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。 ④次の場合には算定できない。 イ　病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ロ　他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合 ハ　予定の変更に伴い、入所しなかった場合 ⑤入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。 ⑥入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。 ⑦入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

試行的退所時指導加算	４００単位（１回）
基準等	退所が見込まれる入所期間が１月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から３月の間に限り、入所者１人につき、１月に１回を限度として所定単位数を加算する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	イ　試行的退所時指導の内容は、次のようなものであること。 a　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 b　退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 ロ　試行的退所により算定する場合は、以下の点に留意すること。 a　病状及び身体の状況に照らし、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検討すること。 b　当該入所者又はその家族に対し、趣旨を十分に説明し、同意を得た上で実施すること。 c　試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること d　試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり、外泊時加算を算定しない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。 e　試行的退所期間中は、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用はできないこと。 f　試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合は、施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。 g　試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。 (a)退所して病院又は診療所へ入院する場合 (b)退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合 (c)死亡退所の場合 h　試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。 i　試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。 j　試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

退所時情報提供加算	５００単位（１回）
基準等	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、退所後の主治の医師に対して当該入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に、入所者１人につき１回に限り算定する。退所後に入所者の居宅でなく、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、当該入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。

解釈通知等	イ　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、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、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。 ロ　次の場合は算定できない。 　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
指導事例	○当該介護老人保健施設を退所し、介護老人福祉施設に入所した者に対して、退所時情報提供加算を算定していた。 ⇒退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。

入退所前連携加算（Ⅰ）	６００単位（１回）
基準等	次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。ただし、入対所前連携加算（Ⅱ）を算定している場合は、算定できない。 イ　入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。 ロ　入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	イ　入所期間が１月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。 ロ　・入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行うものであること。 　・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。 ハ　・次の場合は算定できない。 　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 　・医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

入退所前連携加算（Ⅱ）	４００単位（１回）
基準等	次に掲げる基準に適合する場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。ただし、入対処前連携加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定できない。 入所期間が１月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を

	添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。 　また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	イ　・入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行うものであること。 　・連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。 ロ　・次の場合は算定できない。 　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 　・医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

訪問看護指示加算	３００単位（１回）
基準等	退所時に、施設の医師が診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護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。 　また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	イ　介護老人保健施設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。 ロ　訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。 ハ　訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えないこと。 ニ　交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。 ホ　訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

栄養マネジメント強化加算（届出）	１１単位（日額）
基準等	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指定介護老人保健施設において、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、１日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に関する減算を算定している場合は、算定しない。 厚生労働大臣が定める基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 イ　管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を１名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、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。 ロ　低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。 ハ　ロに規定する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、問題がある場合は、早期に対応すること。 ニ　入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ホ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
解釈通知等	①栄養マネジメント強化加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第65号の３に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 ②大臣基準第65号の３イに規定する常勤換算方法での管理栄養士の員数の算出方法は、以下のとおりとする。なお、当該算出にあたり、調理業務の委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできないこと。また、給食管理を行う常勤の栄養士が１名以上配置されている場合は、管理栄養士が、給食管理を行う時間を栄養ケア・マネジメントに充てられることを踏まえ、当該常勤の栄養士１名に加えて、管理栄養士を常勤換算方式で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していることを要件とするが、この場合における「給食管理」とは、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当すること。なお、この場合においても、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。 イ　暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算出するものとし、小数点第２位以下を切り捨てるものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、１月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。 ロ　員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。 ③当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第４に基づき行うこと。ただし低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

	④低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。 イ　基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。 ロ　当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週３回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。 　なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。 ハ　食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。 ニ　当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。 ⑤　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。 ⑥　大臣基準第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。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。 　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。

経口移行加算	２８単位（日額）
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、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、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、管栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。 　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。 　また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。

	（厚生労働大臣が定める基準） 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
解釈通知等	①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こと。 イ　現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健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こと。 ロ　当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。 ハ　経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとすること。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こと。 ②　経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。 イ　全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること）。 ロ　刺激しなくても覚醒を保っていられること。 ハ　嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること）。 ニ　咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。 ③　経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとすること。 ④　入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）４００単位（月額） 経口維持加算（Ⅱ）１００単位（月額）
基準等	①経口維持加算（Ⅰ）については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、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、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けて

	いる場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、１月につき所定単位数を加算する。ただし、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。 ②経口維持加算（Ⅱ）については、協力歯科医療機関を定めている施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（配置医師を除く。）、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。 （厚生労働大臣が定める基準） イ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 ロ　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。 ハ　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。 ニ　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。 ホ　ロからニまでについて、医師、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他職種の者が共同して実施するための体制が整備されていること。
解釈通知等	①経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとすること。 イ　現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「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（医療診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ）、内視鏡検査（医療診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合も含む。以下同じ）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る。以下同じ）。 ロ　月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとすること。 入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。 この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 ハ　当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。 ②経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（配置医師を除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。 ③経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由によ

	り、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。 ④管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。

口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算（Ⅰ）　９０単位（月額） 口腔衛生管理加算（Ⅱ）１１０単位（月額）
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、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においては、その他の加算は算定しない。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。 （厚生労働大臣が定める基準） ●口腔衛生管理加算（Ⅰ） （１）歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。 （２）歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月に２回以上行うこと。 （３）歯科衛生士が（１）における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。 （４）歯科衛生士が、（１）における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。 （５）定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 ●口腔衛生管理加算（Ⅱ） （１）歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。 （２）歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月に２回以上行うこと。 （３）歯科衛生士が（１）における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。 （４）歯科衛生士が、（１）における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。 （５）利用定員超過、人員欠如などによる減算基準に該当しないこと。 （６）入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の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。
解釈通知等	①歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者にかか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。 ②当該施設が当該加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。 ③歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）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、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。 ④当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応

	するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。 ⑤厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の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。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。 ⑥本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が３回以上算定された場合には算定できない。

療養食加算（届出）	６単位（１回）
基準等	次のいずれの基準にも適合するものとして市長に届け出た施設が、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。 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に適合する施設において行われていること。 （厚生労働大臣が定める療養食）［厚労告94　六十六］ 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食 （厚生労働大臣が定める基準） 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
解釈通知等	①療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者等告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。 ②加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。 ③前記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。 ④減塩食療法等について 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量6.0ｇ未満の減塩食をいうこと。 ⑤肝臓病食について 肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等をいうこと。 ⑥胃潰瘍食について

	十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。 手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。 また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。 ⑦貧血食の対象者となる入所者等について 療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10ｇ／dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。 ⑧高度肥満症に対する食事療法について 高度肥満症（肥満度が＋70%以上又はＢＭＩ（Body Mass Index）が35以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。 ⑨特別な場合の検査食について 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。 ⑩脂質異常症食の対象となる入所者等について 療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg／dl以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg／dl未満、若しくは血清中性脂肪値が150mg／dl以上である者であること。
指導事例	○数値基準がある療養食について、対象者が当該数値基準を満たしていなかった。 ⇒貧血食、高度肥満症食、脂質異常症食については、対象者が一定の数値基準を満たしていることが必要です。

かかりつけ医連携薬剤調整加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）１００単位（１回） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）２４０単位（１回） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）１００単位（１回）
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。 （厚生労働大臣が定める基準） ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） （１）当該介護保険施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。 （２）入所後１月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。 （３）入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と対処時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。 ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） （１）かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）を算定していること。 （２）当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） （１）かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。 （２）当該入所者に６種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ１種類以上減少させること。

	（３）退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ１種類以上減少していること。
解釈通知等	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）について ①かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）は、入所者の薬物療法について、入所中の総合的な評価並びに入所時及び退所時における当該入所者の主治の医師との連携を評価するものであること。 ②入所後１月以内に、別紙様式８を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。 ③入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。 ④総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。 ⑤退所時又は退所後１月以内に、別紙様式９を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合に、当該入所者一人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。 ⑥当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。また、令和３年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定（令和３年４月以降、受講申込書などを持っている場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、10月31日までに研修を受講していない場合には、４月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。 ⑦令和３年３月31日までに入所した者について、処方内容の変更について主治の医師と合意しており、③、⑤及び⑥を満たす場合は、算定できる。 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）について ①かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定要件を満たすこと。 ②入所期間が３月以上であると見込まれる入所者であること。 ③厚生労働省への情報の提出は、入所期間が３月を超えると見込まれる入所者について、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討（Plan）、当該検討に基づく処方（Do）、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価（Check）、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。 　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。 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）について ①かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の算定要件を満たすこと。 ②内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている入所者に対して、入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行い、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ１種類以上減少させ、かつ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して１種類以上減少し

	ている場合に、当該入所者一人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。 ③入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。 ④当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。 ⑤当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

緊急時施設療養費（緊急時治療管理費・特定治療）	
基準等	入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。 (1) 緊急時治療管理 (2) 特定治療
解釈通知等	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、介護老人保健施設において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられていること。

緊急時治療管理	５１８単位（日額）
基準等	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、処置等行ったときに算定する。 同一の入所者について１月に１回、連続する３日を限度として算定する。
解釈通知等	①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算定すること。 ②緊急時治療管理は１回に連続する３日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、例えば、1月に連続しない１日を３回算定することは認められないものであること。 ③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。 ④緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。 a 意識障害又は昏睡 b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 c 急性心不全（心筋梗塞を含む） d ショック e 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） f その他薬物中毒等で重篤なもの

特定治療	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
基準等	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（以下「医科診療報酬点数表」という）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を行った場合に、算定する。
解釈通知等	イ 特定治療は、介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じた額を算定すること。 ロ 算定できないものは、利用者等告示第67号に示されていること。 ハ 算定できないものの具体的取扱いは、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。

所定疾患施設療養費	所定疾患施設療養費（Ⅰ）２３９単位（日額） 所定疾患施設療養費（Ⅱ）４８０単位（日額）
基準等	注１　別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、別に厚生労働大臣が定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を実施した場合に限る。）は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる所定単位数を算定する。ただし、次に掲げるいずれかの施設療養費を算定している場合においては、次に掲げるその他の施設療養費は算定しない。 （１）所定疾患施設療養費（Ⅰ）239単位 （２）所定疾患施設療養費（Ⅱ）480単位 注２　所定疾患施設療養費（Ⅰ）は同一の入所者について１月に１回、連続する７日を限度として算定し、所定疾患施設療養費（Ⅱ）は同一の入所者について１月に１回、連続する１０日を限度として算定する。 注３　緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。 (厚生労働大臣が定める基準) 介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費の基準 イ　介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費（Ⅰ）の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録に記載していること。 （２）所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。 ロ　介護保健施設サービスにおける所定疾患施設療養費（Ⅱ）の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録に記載していること。 （２）所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。 （３）当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。 (厚生労働大臣が定める入所者) 次のいずれかに該当する者 イ　肺炎の者 ロ　尿路感染症の者 ハ　帯状疱疹の者 ニ　蜂窩織炎の者
解釈通知等	所定疾患施設療養費（Ⅰ）について ①所定疾患施設療養費（Ⅰ）は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、１回に連続する７日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、１月に連続しない１日を７回算定することは認められないものであること。 ②所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。 ③所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。 イ　肺炎 ロ　尿路感染症

	ハ　帯状疱疹 ニ　蜂窩織炎 ④肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること ⑤算定する場合にあっては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。 ⑥当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表すること。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。 所定疾患施設療養費(Ⅱ)について ①所定疾患施設療養費(Ⅱ)については、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、１回に連続する10日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、１月に連続しない１日を10回算定することは認められないものであること。 ②所定疾患施設療養費(Ⅱ)と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。 ③所定疾患施設療養費(Ⅱ)の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。 イ　肺炎 ロ　尿路感染症 ハ　帯状疱疹 ニ　蜂窩織炎 ④肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。 ⑤算定する場合にあっては、診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。 　また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び帯状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。 ⑥当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。 ⑦当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、帯状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。
指導事例	○病名が確定する前に、肺炎や尿路感染症の疑いがある入所者に投薬、検査等を行った日から所定疾患施設療養費を算定していた。 ⇒病名が確定するまでは算定できません。 ○「同一入所者について１月に１回、連続する７日を限度として算定する。」とあるが、月をまたいで７日を超えて算定していた。 ⇒１回の算定が連続する７日を限度とされているため、月をまたいでも前月から連続する７日間が算定の限度になります。

<table>
<tr><td colspan="2">認知症専門ケア加算（届出）</td><td>認知症専門ケア加算（Ⅰ）３単位（日額）
認知症専門ケア加算（Ⅱ）４単位（日額）</td></tr>
<tr><td>基準等</td><td colspan="2">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施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行なった場合には、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき所定単位数を加算する。ただし、認知症専門加算（Ⅰ）を算定している場合は、認知症専門加算（Ⅱ）は算定せず、いずれかのみ算定する。

（厚生労働大臣が定める基準）
イ　認知症専門ケア加算（Ⅰ）を算定する場合
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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。
(2)認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合は１以上、対象者の数が20人以上である場合は１に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症のケアを実施していること。
(3)当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。

ロ　認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定する場合
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
(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１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
(3)当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

（厚生労働大臣が定める者）［厚労告94 六十九］
日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者</td></tr>
<tr><td>解釈通知等</td><td colspan="2">①対象者は、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指すものとする。
②「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
③「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
④「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」 及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。</td></tr>
</table>

認知症行動・心理症状緊急対応加算	２００単位（日額）
基準等	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、介護保健施設サービスを行った場合は、入所した日から起算して７日を限度として、１日につき所定単位数を加算する。
解釈通知等	①「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。 ②在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人保健施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものである。 ③本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人保健施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。 ④本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。 ⑤次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できないものであること。 a　病院又は診療所に入院中の者 b　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 c　短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者 ⑥判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。 ⑦当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。 ⑧当該加算は、当該入所者が入所前１月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去１月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できることとする。 注：若年性認知症受入加算を算定している場合は、算定しない。
指導事例	○入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した者に対して、当該加算を算定していた。 ⇒当該加算は予定外で緊急入所した者を対象に、受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所の場合は算定できません。

認知症情報提供加算	３５０単位（１回）
基準等	過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、別に厚生労働大臣が定める機関に当該入所者の紹介を行った場合に、入所者１人につき入所期間中に１回を限度として所定単位数を加算する。ただし、当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関（認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く）に対する紹介を行った場合は算定しない。 （厚生労働大臣が定める機関） イ　認知症疾患医療センター ロ　認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関
解釈通知等	①「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいう。 ②「認知症のおそれがある」とは、ＭＭＳＥにおいておおむね23点以下、又はＨＤＳ－Ｒにおいておおむね20点以下といった認知機能の低下を認め、日常生活に支障が生じている状態をいう。 ③「施設内での診断が困難」とは、施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内で認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指す。 ④「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、施設内で行なった検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。 ⑤「これに類する保険医療機関」とは、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のイ～ハのいずれの要件も満たす保険医療機関をいう。 イ　認知症疾患の識別診断等を主たる業務とした経験（10年以上）を有する医師がいること ロ　ＣＴ及びＭＲＩの両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県若しくは政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示し何らかの具体的な手続きを行なっていると都道府県若しくは政令指定都市が認めるもの。 ハ　併設老健に認知症専門棟があること。 ⑥「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行なうにつき必要な医師が配置され、十分な体制が整備されている医療機関である。ここでいう必要な医師の配置とは、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした10年以上の臨床経験を有する医師が１名以上配置されていることをいい、十分な体制とは、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、ＣＴ又はＭＲＩを有していることをいう。

地域連携診療計画情報提供加算	３００単位（１回）
基準等	医科診療報酬点数表の入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画加算を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書により提供した場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。
解釈通知等	①地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定する保険医療機関（以下「計画管理病院」という）において作

	成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」という）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。 ②当該加算は、医科診療報酬点数表に掲げる以下の疾患について、入退院支援加算の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定するものである。 イ　大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る） ロ　脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る） ③当該加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、算定する。 ④当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。 イ　あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されていること。 ロ　イについて、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	３３単位（１月）
基準等	次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。 （１）入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容の情報を厚生労働省に提出していること。 （２）必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
解釈通知等	①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。 ②サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（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。 ③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。

褥瘡マネジメント加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)　３単位（１月） 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)１３単位（１月）
基準等	介護保健施設サービス費（Ⅰ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）について、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老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。ただし、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ない。 また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。 （厚生労働大臣が定める基準） ●褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) イ　入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも３月に１回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ロ　イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 ハ　入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。 ニ　イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。 ●褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 イ　入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも３月に１回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 ロ　イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 ハ　入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い、褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について、定期的に記録していること。 ニ　イの評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。 ホ　イの評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。
解釈通知等	老企40 第２　６（40）（５（35）を準用）を準用する 褥瘡マネジメント加算について ①褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下、この(35)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。 ②褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の２イに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。 ③大臣基準第71号の２イ（１）の評価は、別紙様式５を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

	④大臣基準第71号の２イ（１）の施設入所時の評価は、大臣基準第71号の２イ（１）から（４）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において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。 ⑤大臣基準第71号の２イ（１）の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。。 ⑥大臣基準第71号の２イ(２)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式５を用いて、作成すること。なお、介護福祉施設サービス[介護保健施設サービス]においては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 ⑦大臣基準第71号の２イ（３）において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ⑧大臣基準第71号の２イ⑷における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。 　その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 ⑨褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式５を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式５に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。 　ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。 ⑩褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

排せつ支援加算（届出）	排せつ支援加算（Ⅰ）１０単位（月額） 排せつ支援加算（Ⅱ）１５単位（月額） 排せつ支援加算（Ⅲ）２０単位（月額）

基準等

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指定介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。ただし、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ない。

また、介護保健施設サービス費(Ⅳ)又はユニット型介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設については、算定できません。

厚生労働大臣が定める基準

(１)排せつ支援加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　排せつに介護を要する入所者ごとに、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。

イ　アの評価の結果、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。

ウ　アの評価に基づき、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。

(２)排せつ支援加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①排せつに介護を要する入所者ごとに、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。

②①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。

③①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。

イ　次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

①ア①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、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。

②ア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者について、おむつを使用しなくなったこと。

(３)排せつ支援加算(Ⅲ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア　排せつに介護を要する入所者ごとに、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。 イ　アの評価の結果、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。 ウ　アの評価に基づき、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。 エ　アの評価の結果、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。 オ　アの評価の結果、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者について、おむつを使用しなくなったこと。
解釈通知等	排せつ支援加算について ①排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（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。 ②排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の３に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。 ③本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。 ④大臣基準第71号の３イ（１）の評価は、別紙様式６を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの３か月後の見込みについて実施する。 ⑤大臣基準第71号の３イ（１）の施設入所時の評価は、大臣基準第71号の３イ（１）から（３）までの要件に適合しているものとして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。 ⑥④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。 ⑦大臣基準第71号の３イ（１）の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。 ⑧大臣基準第71号の３イ（２）の「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版（平成30年４月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。 ⑨大臣基準第71号の３イ（２）の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込

	まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。 ⑩支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービス［介護保健施設サービス］においては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。 ⑪支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。 ⑫当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。 ⑬大臣基準第71号の３イ（３）における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。 ⑭排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。 ⑮排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

自立支援促進加算	３００単位（１月）
基準等	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老人保健施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。 厚生労働大臣が定める基準 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、自立支援促進の対応が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。 ハ　イの医学的評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 ニ　医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

解釈通知等	①自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(37)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。 ②本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。 　このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。 ③本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の４に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 ④大臣基準第71号の４イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式７を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。 ⑤大臣基準第71号の４ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式７を用いて、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、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。 ⑥当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。 ａ　寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。 ｂ　食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。 ｃ　排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。 ｄ　入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。 ｅ　生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。 ｆ　リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。 ⑦大臣基準第71号の４ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象とな

	る入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ⑧大臣基準第71号の４ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。 ⑨大臣基準第第71号の４ニの評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

科学的介護推進体制加算（届出）	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）４０単位（１月） 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）６０単位（１月）
基準等	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老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 厚生労働大臣が定める基準 ●科学的介護推進体制加算（Ⅰ） （１）入所者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 （２）必要に施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、（１）に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。 ●科学的介護推進体制加算（Ⅱ） （１）入所者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の症状その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に加えて、入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。 （２）必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、（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。
解釈通知等	①科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71号の５に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。 ②大臣基準第71号の５イ⑴及びロ⑴の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。 ③施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。 イ　入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。 ロ　サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。 ハ　ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設

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

安全対策体制加算（届出）	２０単位
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介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。 厚生労働大臣が定める施設基準 イ　指定介護老人保健施設基準第３６条第１項に規定する基準に適合していること。 ロ　指定介護老人保健施設基準第３６条第１項第４号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。 ハ　当該指定介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。
解釈通知等	安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。 安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。令和３年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定（令和３年４月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和３年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和３年４月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。 また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

サービス提供体制強化加算（届出）	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）２２単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）１８単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位（日額）
基準等	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施設が、入所者に対し介護保健施設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日つき所定単位数を加算する。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。 （厚生労働大臣が定める基準） イ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）を算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）以下のいずれかに適合すること。 ①介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。 ②介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。 （２）提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。 （３）定員超過利用・人員基準欠如のいずれにも該当しないこと。 ロ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）を算定する場合

	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）当該介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。 （２）イ（３）に該当するものであること。 ハ　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）を算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）以下のいずれかに適合すること。 ①介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 ②介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。 ③介護老人保健施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 （２）イ（３）に該当するものであること。
解釈通知等	①職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く）の平均を用いることとする。この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く）に従事している時間を用いても差し支えない。 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。 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こと。 ②前年度の実績が６月に満たない事業所にあっては、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。 その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに当該加算取り下げの届出を提出しなければならない。 ③勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成21年４月における勤続年数３年以上の者とは、平成21年３月31日時点で勤続年数が３年以上である者をいう。 ④勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。 ⑤介護保健施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。 ⑥提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。 （例） ・ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築 ・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。 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。

介護職員処遇改善加算（届出）	・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…介護報酬総単位数の3.9%の単位数 ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）…介護報酬総単位数の2.9%の単位数 ・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）…介護報酬総単位数の1.6%の単位数
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和６年３月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。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、その他の加算は算定しません。 ●厚生労働大臣が定める基準 イ　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…次の①～⑧のいずれにも適合すること。 ①退職手当を除く介護職員の賃金の改善（以下「賃金改善」という）に要する費用の見込み額（賃金改善に伴う法定福利厚生費等の事業主負担の増加分を含むことができる。）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。 ②事業所において、①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。 ③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、経営状況の悪化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、介護職員の賃金水準（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。 ④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。 ⑤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。 ⑥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。 ⑦次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1)介護職員の任用の際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。 ⑧ ②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。 ロ　介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ①から⑥まで、⑦(1)から(4)まで及び⑧に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ハ　介護職員処遇改善加算（Ⅲ）･･･次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ①イの①から⑥及び⑧までに掲げる基準に適合すること。 ②次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (1)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a　介護職員の任用の際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Ⅰ
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Ⅱ
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Ⅲ
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（Ⅰ）　キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件の全てを満たすこと。
加算（Ⅱ）　キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件の全てを満たすこと。
加算（Ⅲ）　キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱ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。
①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、協調性、問題解決能力、マネジメント能力等）の向上に努めること。
②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）介護職員の任用の際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24年度に加算を算定しており、平成25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。

（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こ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い場合は、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）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。

（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。
（答）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。

（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。
（答）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。

（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。
（答）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。

●【国Ｑ＆Ａ】平成２７年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ２）
（問）一時金で処遇改善を行う場合、「一時金支給日まで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。
（答）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。
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。
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。

（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。
①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。
②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。
③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。
（答）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。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。

（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。
（答）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含めて作成すること。

●(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Ⅲについて
（問）キャリアパス要件Ⅲと既存のキャリアパス要件Ⅰとの具体的な違い如何。
（答）キャリアパス要件Ⅰ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（Ⅰ）（以下「新加算（Ⅰ）」という。）の取得要件であるキャリアパス要件Ⅲ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。

（問）昇給の仕組みとして、それぞれ『①経験 ②資格 ③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。
（答）お見込みの通りである。

（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。
（答）昇給の方式は、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。

（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要する」とあるが、具体的にはどのような仕組みか。
（答）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。

（問）キャリアパス要件Ⅲ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Ⅲによる昇給の仕組みの対象となるか。
（答）キャリアパス要件Ⅲ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。
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、派遣料金の値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（Ⅰ）の取得にあたっても本取扱いに変わりはないが、キャリアパス要件Ⅲ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。

（問）キャリアパス要件Ⅲ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。
（答）「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。
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。

（問）『一定の基準に基づき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。
（答）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。

（問）キャリアパス要件Ⅲ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。
（答）キャリアパス要件Ⅲ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。

（問）新加算（Ⅰ）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（Ⅰ）を算定できないのか。
（答）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を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。

（問）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（Ⅰ）は算定できないのか。
（答）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Ⅲを満たさない場合については、新加算（Ⅰ）は算定できないが、新加算（Ⅰ）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Ⅲ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（Ⅰ）を取得できる。

●平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）
（問）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。
（答）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。 ●平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６） （問）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。 （答）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。 ●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

介護職員等特定処遇改善加算（届出）	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）…介護報酬総単位数の2.1%に相当する単位数 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…介護報酬総単位数の1.7%に相当する単位数
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。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ません。 ●厚生労働大臣が定める基準 イ 介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）…次の①～⑧のいずれにも適合すること。 ①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。 (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。 (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。 (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。 (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。 ②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。 ③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。 ④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。 ⑤サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）（短期入所療養介護については、介護老人保健施設が介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を算定している場合を含む。）のいずれかを届け出ていること。

⑥介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
⑦②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。
⑧ ⑦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。
ロ　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…イ①から④まで及び⑥から⑧までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

●特定加算の算定額に相当する賃金改善の実施
①賃金改善の考え方
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。
②賃金改善に係る賃金水準の比較の考え方
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。
③賃金改善に係る留意点
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⑤（介護福祉士の配置要件）、イ⑥（処遇改善加算要件）、イ⑦（職場環境等要件）及びイ⑧（見える化要件）を満たす必要があります。

●配分対象と配分方法
①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。
②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。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の見込額を上回らない場合はこの限りでない。
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。（賃金改善前の賃金がすでに年額440万円を上回る場合には、当該職員は特定加算による賃金改善の対象とならない。）

●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（Ⅰ）又は（Ⅱ）（短期入所療養介護については、介護老人保健施設が介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を算定している場合を含む。）を算定していること。

（処遇改善加算要件）
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）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（Ⅰ）は、介護福祉士の配置等要件、処遇改善加算要件、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（Ⅱ）は、処遇改善加算要件、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。
（答）介護職員等特定処遇改善加算については、
・現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）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
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い場合であっても取得可能である。

（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。
（答）・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。

（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）
（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。
（答）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、
・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。

（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。
（答）「勤続10年の考え方」については、
・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
など、各事業所の裁量により柔軟に設定可能である。

（問）経験・技能のある介護職員に該当する介護職員がいないこととすることも想定されるのか。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。
（答）・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報告書に具体的に記載する必要がある。
・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。

（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）・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る範囲はどこまでか。 （答）法人単位での取扱いについては、 ・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（Ⅰ）、（Ⅱ）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。）。

●【国Ｑ＆Ａ】２０１９年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）

（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。

（答）・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。

（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。

（答）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。

（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。

（答）・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。

（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。

（答）・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。

・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。

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。

（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）

（問）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。

（答）・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

により、特定加算の算定が可能である。

・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床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（Ⅰ）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Ⅰの届出状況」（あり／なし）の欄について、「あり」と届け出ること。）

（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）

（問）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。

（答）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。

（問）事業所内での配分方法を決めるにあたり、「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。

（答）・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。

（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）

（問）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。

（答）・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）。

（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。

（答）・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。

（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。
（答）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。

●【国Ｑ＆Ａ】２０１９年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.４）
（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。
（答）・これにより難い合理的な理由がある場合としては、例えば、
－ 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
等を想定している。
・なお、具体的な推計方法については、例えば、
－ 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
等が想定される。
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、当該申請に関係す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。

（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。
（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。

（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。
（答）・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「④月額８平均８万円又は改善後の賃金が年額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のようになるのか。
（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年額440万円以上」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務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務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既に年額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こと。（令和２年度実績報告書においては、申出方法は問わないが、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）でお示しした実績報告書（様式３－１）の「⑥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、
①前年度の賃金の総額（基準額１、２）
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、①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、②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。

＜①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、②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）でお示しした実績報告書（様式３－１）の「⑥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。 ＜②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で、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0.8%
基準等	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、所定単位数を加算します。 ●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。 ①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。 ②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。 ③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。 ④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。 ⑤介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。 ⑥ ②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。

注：介護老人保健施設の報酬請求の取扱いについて

ユニット部分とユニット以外の部分を別施設として許可を受けた場合の加算要件について

算定要件として専従職員の職員配置を求めている加算については、当該職員が双方の施設を兼務している場合には算定できない。

入所者数等に基づいた必要職員数を算定要件としている加算については、双方の入所者数等の合計数に基づいて職員数を算出するものとする。

特別療養費については、市内に現存する療養型老健がないため、掲載を省略します。

２　短期入所療養介護費

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="4">介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅰ</td><td>［基本型］（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ｉ）
従来型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７５２単位（日額）
７９９単位（日額）
８６１単位（日額）
９１４単位（日額）
９６６単位（日額）</td><td rowspan="4">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市長に届け出た施設において、指定短期入所療養介護を行った場合に、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、利用者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
※厚告第96号14イ（１）（２）を参照
①介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ｉ）又は（ⅲ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［基本型］の基準に準じる。
②介護老人保健施設短期入所療養介護（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）又は（ⅳ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［在宅強化型］の基準に準じる。

＜夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP71を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅲ）若しくは（ⅳ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅱ）
従来型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７９４単位（日額）
８６７単位（日額）
９３０単位（日額）
９８８単位（日額）
１０４４単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［基本型］（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅲ）
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８２７単位（日額）
８７６単位（日額）
９３９単位（日額）
９９１単位（日額）
１０４５単位（日額）</td></tr>
<tr><td>【在宅強化型】
（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅳ）
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８７５単位（日額）
９５１単位（日額）
１０１４単位（日額）
１０７１単位（日額）
１１２９単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="4">ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅰ</td><td>【基本型】（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ｉ）
ユニット型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８３３単位（日額）
８７９単位（日額）
９４３単位（日額）
９９７単位（日額）
１０４９単位（日額）</td><td rowspan="4">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届け出た施設において、指定短期入所療養介護を行った場合に、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、利用者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
※厚告第96号14ロ（１）（２）を参照
①ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ｉ）又は経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ｉ）を算定すべき施設基準
⑴介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること
⑵介護老人保健施設にある［基本型］の基準に準じる。
②ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）又は経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）を算定すべき施設基準
⑴介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること
⑵介護老人保健施設にある［在宅強化型］の基準に準じる。

＜夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP71を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

〈短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>【在宅強化型】
（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅱ）
ユニット型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８７９単位（日額）
９５５単位（日額）
１０１８単位（日額）
１０７５単位（日額）
１１３３単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［基本型］（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ｉ）
ユニット型
個室的多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８３３単位（日額）
８７９単位（日額）
９４３単位（日額）
９９７単位（日額）
１０４９単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅱ）
ユニット型
個室的多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８７９単位（日額）
９５５単位（日額）
１０１８単位（日額）
１０７５単位（日額）
１１３３単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="5">介護療養型老人保健施設短期入所療養介護費</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅱ</td><td>【療養型】（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅰ）
従来型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>７７８単位（日額）
８６１単位（日額）
９７６単位（日額）
１０５１単位（日額）
１１３１単位（日額）</td><td rowspan="5">（介護老人保健施設短期入所療養介護Ⅱに係る施設基準）
※厚告第96号14イ（３）ロ（３）を参照
①介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）又は（ⅱ）を算定すべき施設基準
(1)平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［療養型］の基準に準じる。

＜介護保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP71を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
（ⅱ）
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>８５７単位（日額）
９４１単位（日額）
１０５７単位（日額）
１１３５単位（日額）
１２１０単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅱ</td><td>［療養型］（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
ユニット型個室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>９４４単位（日額）
１０２６単位（日額）
１１４３単位（日額）
１２２１単位（日額）
１２９６単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
短期入所療養介護費
ユニット型個室的
多床室</td><td>要介護１
要介護２
要介護３
要介護４
要介護５</td><td>９４４単位（日額）
１０２６単位（日額）
１１４３単位（日額）
１２２１単位（日額）
１２９６単位（日額）</td></tr>
</table>

介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅲ	【療養型】（届出） 介護老人保健施設 短期入所療養介護費 （ⅰ） 従来型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	７７８単位（日額） ８５５単位（日額） ９５０単位（日額） １０２６単位（日額） １１０３単位（日額）	（介護老人保健施設短期入所療養介護Ⅲに係る施設基準） ※厚告第96号14イ（５）ロ（５）を参照 ①介護老人保健施設短期入所療養介護（Ⅲ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）又は（ⅱ）を算定すべき施設基準 (1)介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所であること (2)当該介護老人保健施設における看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で利用者等の数の合計数が３又はその端数を増すごとに１以上であること ※ユニット型においても同様の施設基準 ＜介護保健施設短期入所療養介護費（Ⅲ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞ 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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 ＜ユニットケア体制（届出）＞ ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） １　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること ２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること 〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13 下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅲ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）を算定する。 イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者 ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者 ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者 〈短期入所療養介護費を算定しない場合について〉 利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、短期入所療養介護費は算定しない。
	【療養型】（届出） 介護老人保健施設 短期入所療養介護費 （ⅱ） 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	８５７単位（日額） ９３４単位（日額） １０２９単位（日額） １１０６単位（日額） １１８３単位（日額）	
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費Ⅲ	【療養型】（届出） ユニット型 介護老人保健施設 短期入所療養介護費 ユニット型個室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	９４４単位（日額） １０２０単位（日額） １１１６単位（日額） １１９３単位（日額） １２６９単位（日額）	
	【療養型】（届出） 経過的ユニット型 介護老人保健施設 短期入所療養介護費 ユニット型個室的 多床室	要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	９４４単位（日額） １０２０単位（日額） １１１６単位（日額） １１９３単位（日額） １２６９単位（日額）	

		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市長に届け出た施設において、利用者（別に厚生労働大臣が定めるものに限る）に対して日中のみの短期入所療養介護を行った場合に、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画（指定居宅サービス基準第195条第１項に規定する短期入所療養介護計画）に位置づけられた内容の短期入所療養介護を行なうのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定する。ただし、施設が夜勤を行なう職員の基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。 注１：介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定する場合の厚生労働大臣が定める施設基準、夜勤を行なう職員の勤務条件、職員の員数を満たしているものとして届け出ることが必要 注２：夜勤職員配置加算、認知症ケア加算、認知症の行動・心理症状緊急対応加算は算定できない。
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費 ３時間以上４時間未満 ４時間以上６時間未満 ６時間以上８時間未満	 ６５０単位（日額） ９０８単位（日額） １，２６９単位（日額）	（厚生労働大臣が定めるもの等） 難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の利用者であって、サービス提供に当たり、常時看護師による観察を必要とするもの ①利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。 ②所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置づけられた内容の短期入所療養介護を行うための標準的な時間によることとされたところであり、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、短期入所療養介護のサービスが提供されているとは認められないものであること。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定されるものであること（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない）。また、ここでいう短期入所療養介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないものであること。 これに対して、短期入所療養介護計画上、６時間以上８時間未満の短期入所療養介護を予定していたが、当日の利用者の心身の状況から、５時間の短期入所療養介護を行った場合には、６時間以上８時間未満の短期入所療養介護の単位数を算定できる。

介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定するための基準について

平成27年度よりリハビリテーション機能強化加算を本体報酬に包括化されたことを踏まえ、以下の事項についてあわせて留意すべきものであること。

イ　介護老人保健施設における短期入所療養介護においては、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、利用者の状態に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適時適切に提供できる体制が整備されていること。

ロ　理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせて利用者の状態に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能または聴覚機能に係る活動向上訓練を行うことが必要である。

当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされる働きかけが必要である。

ハ　理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外におい

ても訓練を行うことができる。

なお、言語聴覚療を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に出入り可能であり、遮音等に配慮された部屋等を確保すること望ましい。

ニ　理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。

なお、短期入所療養介護においては、リハビリテーション実施計画に相当する内容を短期入所療養介護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ものとすること。

ホ　医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行う場合は、開始時に利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。

ヘ　リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

個別リハビリテーション実施加算	２４０単位（日額）
基準等	指定短期入所療養介護事業所の医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、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が個別リハビリテーションを行った場合は、１日につき所定単位数に加算する。 また、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所については、算定できません。
解釈通知等	医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に算定するものである。

認知症行動・心理症状緊急対応加算	２００単位（日額）
基準等	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定短期入所療養介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して７日を限度として、１日につき所定単位数に加算する。
解釈通知等	①「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。 ②利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定することができる。 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。 この際、短期入所療養介護ではなく、 医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、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。 ③次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。 a　病院又は診療所に入院中の者 b　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者 c　認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者 ④判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。 また、事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。 ⑤７日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後８日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。 注：緊急短期入所受入加算・若年性認知症受入加算を算定している場合は算定しない。 注：特定介護老人保健施設短期入所療養介護費では算定できない。

緊急短期入所受入加算	９０単位（日額）
基準等	別に厚生労働大臣が定める利用者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して７日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事業がある場合は、１４日）を限度として１日につき所定単位数に加算する。 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しない。 （厚生労働大臣が定める利用者） 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所療養介護を受けることが必要と認めた利用者
解釈通知等	①介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。 ②やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、算定できる。 ③本加算の算定対象期間は原則として７日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、７日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができること。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。 ④緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。 ⑤認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算は算定できないものであること。 ⑥緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。 また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

重度療養管理加算	短期入所療養介護費（Ⅰ）及びユニット型短期入所療養介護費（Ⅰ） １２０単位（日額） 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費 ６０単位（日額）
基準等	利用者（要介護状態区分が要介護４又は５の者に限る）であって、別の厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ療養上必要な処置を行った場合は、１日につき所定の単位数を算定する。 また、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所については、算定できません。 （厚生労働大臣が定める状態） イ　常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ　中心静脈注射を実施している状態 ニ　人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ　膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(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 ト　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ　褥瘡に対する治療を実施している状態 リ　気管切開が行われている状態
解釈通知等	①当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。 ②重度療養管理加算を算定できる利用者は、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ている者であること。 なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第18号のイからリまで）を記載することとする。 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　利用者等告示第18号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において１日当たり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　利用者等告示第18号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」とは、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　利用者等告示第18号ハの「中心静脈注射を実施している状態」とは、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。 エ　利用者等告示第18号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」とは、人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。 a　透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病 b　常時低血圧（収縮期血圧が90㎜Hg 以下） c　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの d　出血性消化器病変を有するもの e　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの f　うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）のもの オ　利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」と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90㎜Hg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　利用者等告示第18号への「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」とは、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。 キ　利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」とは、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。 ク　利用者等告示第18号チの「褥創に対する治療を実施している状態」とは、以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。 第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない） 第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの） 第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある 第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している ケ　利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」とは、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）　３４単位（日額） 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）　４６単位（日額）

基準等

介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（ⅰ）及び（ⅲ）並びにユニット型介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（ⅰ）及び経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）について、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指定（介護予防）短期入所療養介護事業所については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）として、１日につき34単位を、介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（ⅱ）及び（ⅳ）並びにユニット型介護保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護費（ⅱ）及び経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）について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老人保健施設である指定（介護予防）短期入所療養介護事業所については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）として、１日につき46単位を所定単位数に加算する。

また、介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅳ）又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅳ）を算定している介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所については、算定できません。

（厚生労働大臣が定める基準）

介護老人保健施設である指定（介護予防）短期入所療養介護における在宅復帰・在宅療養支援機能加算の基準

イ　在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の基準

（１）次に掲げる算式により算定した数が40以上であること。

Ａ＋Ｂ＋Ｃ＋Ｄ＋Ｅ＋Ｆ＋Ｇ＋Ｈ＋Ｉ＋Ｊ

備考　この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

Ａ　算定日が属する月の前６月間において、退所者のうち、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月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の50を超える場合は20、100分の50以下であり、かつ、100分の30を超える場合は10、100分の30以下である場合は０となる数

Ｂ　30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数が100分の10以上である場合は20、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は10、100分の５未満である場合は０となる数

Ｃ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後７日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数

Ｄ　入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は５、100分の10未満である場合は０となる数

Ｅ　法第８条第５項にする訪問リハビリテーション、法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション及び法第８条第10項に規定する短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は５、いずれか２種類のサービスを実施している場合は３、いずれか１種類のサービスを実施している場合は２、いずれも実施していない場合は０となる数。

	F　当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が５以上である場合は５、５未満であり、かつ、３以上である場合は３、３未満である場合は０となる数 G　当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が３以上の場合は５、３未満であり、かつ、２以上の場合は３、２未満の場合は０となる数 H　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の占める割合が100分の50以上である場合は５、100分の50未満であり、かつ、100分の35以上である場合は３、100分の35未満である場合は０となる数 I　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 J　算定日が属する月の前３月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は５、100分の10未満であり、かつ、100分の５以上である場合は３、100分の５未満である場合は０となる数 （２）地域に貢献する活動を行っていること。 （３）介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）若しくは(ⅲ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅰ）を算定しているものであること。 ロ　在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)の基準 （１）イ（１）に掲げる算定式により算定した数が70以上であること。 （２）介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）若しくは(ⅳ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（ⅱ）を算定しているものであること。
解釈通知等	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）について イ　老企40 第２　３（１）②ハを準用する。 ロ　「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。 (a)地域との連携については、基準省令第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。 (b)当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)について 老企40 第２　３（１）②から④を準用する。

送迎加算（届出）	１８４単位（片道）
基準等	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき所定単位数に加算する。

夜勤職員配置加算（届出）	２４単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある夜勤職員配置加算に準じる。 注：特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定した場合は算定しない。

認知症ケア加算（届出）	７６単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある認知症ケア加算に準じる。 注：特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定した場合は算定しない。

若年性認知症利用者受入加算（届出）	短期入所療養介護費及びユニット型短期入所療養介護費 １２０単位（日額） 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費 ６０単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある若年性認知症入所者受入加算に準じる。 注：認知症の行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

総合医学管理加算	２７５単位（日額）
基準等	治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、７日を限度として１日につき所定単位数を加算する。 注：緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。 厚生労働大臣が定める基準 イ　診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処理等を行うこと。 ロ　診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。 ハ　利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。
解釈通知等	①本加算は、居宅 サービス計画において当該日に短期入 所を利用することが計画されていない居宅要支援者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護 支援事業所の介護支援専門員と連携 し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として、指定短期入所療養介護事業所により 短期入所療養介護が行われた場合に７日を限度として算定できる。 利用にあたり、医療機関おける対応が必要と判断され場合っては速やかの紹介情報 提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはからう必要がある。 ②利用にあたり、診断等に基づき、診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。 ③算定する場合にあっては、診療方針、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。 ④利用終了日から７日以内に、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を交付するこ と。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、主治の医師からの当該利用者に係る問合せに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。 ⑤主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。 ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。

	⑥利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定できる。 ⑦緊急時施設療養費を算定した場合には、本加算は算定できない ものであること。

療養食加算（届出）	８単位（１回）
基準等	介護老人保健施設にある療養食加算に準じる。

認知症専門ケア加算（届出）	認知症専門ケア加算（Ⅰ）（日額） ３単位 認知症専門ケア加算（Ⅱ）（日額） ４単位
基準等	注　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た指定（介護予防）短期入所療養介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める者に対して専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。 　また、介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)又はユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(Ⅳ)を算定している介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所については、算定できません。 （厚生労働大臣が定める基準） （介護予防）短期入所療養介護費（認知症病棟を有する病院における短期入所療養介護費を除く。）、介護保健施設サービス、介護予防短期入所療養介護費（認知症病棟を有する病院における介護予防短期入所療養介護費を除く。）における認知症専門ケア加算の基準 イ　認知症専門ケア加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）事業所又は施設における利用者、入所者又は入院患者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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。 （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、介護予防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ケアを実施していること （３）当該事業所又は施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。 ロ　認知症専門ケア加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）イの基準のいずれにも適合すること。 （２）認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者（短期入所療養介護、介護予防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、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。 （厚生労働大臣が定める者） 日常生活に支障を来たすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者
解釈通知等	認知症専門ケア加算について ①「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとする。 ②認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1/2 以上の算定方法は、算定日が属する月の前

	３月間の利用者実人員数又は利用延人員数（要支援者を含む）の平均で算定すること。また、届出を行った月以降においても、直近３月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要である。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第１の５の届出を提出しなければならない。 ③「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年３月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年３月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。 ④「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。 ⑤「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」 、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」 及び認知症看護に係る適切な研修 を指すものとする。 ⑥併設事業所及び特別養護老人ホームの空床利用について併設事業所であって本体施設と一体的に運営が行われている場合及び特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合の認知症専門ケア加算の算定は、本体施設である指定介護老人福祉施設と一体的に行うものとすること。具体的には、本体施設の対象者の数と併設事業所の対象者の数（特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、当該指定短期入所生活介護の対象者の数）を合算した数が 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の③又は⑤に規定する研修を修了した者を配置している場合に算定可能となる

緊急時施設療養費 （緊急時治療管理、特定治療）	緊急時治療管理　　５１８単位（日額） 特定治療　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
基準等	介護老人保健施設にある緊急時施設療養費に準じる。

サービス提供体制強化加算（届出）	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）２２単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）１８単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位（日額）
基準等	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指定短期入所療養介護事業所が、利用者に対し、指定短期入所療養介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき所定単位数を加算する。 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。 （厚生労働大臣が定める基準） イ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）以下のいずれかに適合すること。 ①指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。 ②指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。 （２）定員超過利用・人員基準欠如のいずれにも該当しないこと。 ロ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）を算定する場合

	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。 （２）イ（２）に該当するものであること。 ハ　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）を算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 （１）以下のいずれかに適合すること。 ①指定短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 ②指定短期入所療養介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。 ③指定短期入所療養介護事業所サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 （２）イ（２）に該当するものであること。 ※同一の事業所において指定介護予防短期入所療養介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。
解釈通知等	①（２（21）①から④まで及び⑥を準用） ・職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く。）の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。 ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものであること。 なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とすること。 ・前号ただし書の場合にあっては、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（老企第 36 号）第１の５の届出を提出しなければならない。 ・勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。 ・勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。 ・同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護（指定介護予防短期入所療養介護）を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。 ②指定短期入所療養介護を利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。

介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算	介護老人保健施設に準じる。

特別療養費については、市内に現存する療養型老健がないため、掲載を省略します。

３　介護予防短期入所療養介護費

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="4">介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅰ</td><td>［基本型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅰ）
従来型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>５７７単位（日額）
７２１単位（日額）</td><td rowspan="4">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市長に届け出た施設において、指定介護予防短期入所療養介護を行った場合に、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、利用者の要支援状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
※厚告第96号76（14を準用）を参照
①　介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅰ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅰ）又は（ⅲ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［基本型］の基準に準じる。
②　介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅰ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅱ）又は（ⅳ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［在宅強化型］の基準に準じる。

＜夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP73を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅰ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅲ）若しくは（ⅳ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈介護予防短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けた介護予防短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅱ）
従来型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６１９単位（日額）
７６２単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［基本型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅲ）
多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６１０単位（日額）
７６８単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅳ）
多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６５８単位（日額）
８１７単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="4">ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅰ</td><td>［基本型］（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ｉ）
ユニット型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６２１単位（日額）
７８２単位（日額）</td><td rowspan="4">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市長に届け出た施設において、指定介護予防短期入所療養介護を行った場合に、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、利用者の要支援状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
※厚告第96号76（14を準用）を参照
①　介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅰ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ｉ）又は経過的ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ｉ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［基本型］の基準に準じる。
②　介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅰ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅱ）又は経過的ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅱ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［在宅強化型］の基準に準じる。

＜夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP73を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

〈介護予防短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けた介護予防短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅱ）
ユニット型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６６６単位（日額）
８２８単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［基本型］（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ｉ）
ユニット型個室的多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６２１単位（日額）
７８２単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［在宅強化型］
（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅱ）
ユニット型個室的多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６６６単位（日額）
８２８単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="4">介護療養型老人保健施設介護予防短期入所療養介護費</th></tr>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅱ</td><td>［療養型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ｉ）
従来型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>５８１単位（日額）
７２５単位（日額）</td><td rowspan="8">（介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護Ⅱに係る施設基準）
※厚告第96号76（14を準用）を参照
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅱ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ｉ）又は（ｉｉ）を算定すべき施設基準
(1)平成18 年７月１日から平成30 年３月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［療養型］の基準に準じる。
※ユニット型においても同様の施設基準

＜介護保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅱ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※※手引きP73を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅱ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ｉｉ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0 ㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈介護予防短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、介護予防短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ｉｉ）
多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６１９単位（日額）
７７８単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅱ</td><td>［療養型］（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６４９単位（日額）
８１０単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室的多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６４９単位（日額）
８１０単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅲ</td><td>［療養型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅰ）
従来型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>５８１単位（日額）
７２５単位（日額）</td><td rowspan="6">（介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護Ⅲに係る施設基準）
※厚告第96号76（14を準用）を参照
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（Ⅲ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅰ）又は（ⅱ）を算定すべき施設基準
(1)平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設にある［療養型］の基準に準じる。
※ユニット型においても同様の施設基準

＜介護保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅲ）を算定する場合の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP71を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

＜ユニットケア体制（届出）＞
ユニット型において別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、１日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
１　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること
２　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること

〈従来型個室の経過措置等〉厚告第19号９注13
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅲ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅱ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈介護予防短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービス提供については、介護予防短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅱ）
多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６１９単位（日額）
７７８単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅲ</td><td>［療養型］（届出）
ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６４９単位（日額）
８１０単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［療養型］（届出）
経過的ユニット型
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室的多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６４９単位（日額）
８１０単位（日額）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">区　　分</th><th>単　　位</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅳ</td><td>［その他型］
（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ｉ）
従来型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>５６４単位（日額）
７０６単位（日額）</td><td rowspan="6">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市長に届け出た介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定介護予防短期入所療養介護を行った場合に、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、利用者の要支援状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

（厚生労働大臣が定める施設基準）
①　介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護(Ⅳ)の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ｉ）又は（ⅱ）を算定すべき施設基準
(1)介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所であること
(2)介護老人保健施設における看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、利用者等（当該介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所の利用者及び当該介護老人保健施設の入所者をいう。）の数の合計数が３又はその端数を増すごとに１以上であること。
(3)定員超過・人員基準欠如でないこと。
②　ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護(Ⅳ)のユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費又は経過的ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費を算定すべき施設基準
①と同様

＜夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（届出）＞
※手引きP73を参照
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日につき所定単位の100分の97に相当する単位数を算定する。
下記のいずれかに該当する利用者については、介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅳ）の介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ⅱ）を算定する。
イ　感染症等により従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者
ロ　療養室における利用者１人当たりの面積が8.0㎡以下の従来型個室を利用する者
ハ　著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した者

〈介護予防短期入所療養介護費を算定しない場合について〉
利用者が連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けた介護予防短期入所療養介護費は算定しない。</td></tr>
<tr><td>［その他型］
（届出）
介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
（ⅱ）
多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>５９８単位（日額）
７５２単位（日額）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅳ</td><td>［その他型］
（届出）
ユニット型介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６０８単位（日額）
７６４単位（日額）</td></tr>
<tr><td>［その他型］
（届出）
経過的ユニット型介護老人保健施設
介護予防
短期入所療養介護費
ユニット型個室的多床室</td><td>要支援１
要支援２</td><td>６０８単位（日額）
７６４単位（日額）</td></tr>
</table>

夜勤職員配置加算（届出）	２４単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある夜勤職員配置加算に準じる。

個別リハビリテーション実施加算	２４０単位（日額）
基準等	短期入所療養介護にある個別リハビリテーション実施加算に準じる。 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅳ）及びユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅳ）を算定している介護老人保健施設では、算定しない。

認知症行動・心理症状緊急対応加算	２００単位（日額）
基準等	短期入所療養介護にある認知症の行動・心理症状緊急対応加算に準じる。
解釈通知等	※次に掲げる者が、直接、介護予防短期入所生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。 a　病院又は診療所に入院中の者 b　介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護及び介護予防短期利用共同生活介護を利用中の者 注：若年性認知症受入加算を算定している場合は算定しない。

若年性認知症利用者受入加算（届出）	１２０単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある若年性認知症入所者受入加算に準じる。 注：認知症の行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）３４単位（日額） 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）４６単位（日額）
基準等	短期入所療養介護にある在宅復帰・在宅療養支援機能加算に準じる。 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅳ）及びユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（Ⅳ）を算定している介護老人保健施設では、算定しない。

送迎加算（届出）	１８４単位（片道）
基準等	短期入所療養介護にある送迎加算に準じる。

総合医学管理加算	２７５単位（日額）
基準等	治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、介護予防サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定介護予防短期入所療養介護を行った場合に、７日を限度として１日につき所定単位数を加算する。 注：緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。 厚生労働大臣が定める基準 イ　診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処理等を行うこと。 ロ　診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。 ハ　利用者の主治の医師に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。
解釈通知等	①本加算は、介護予防サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要支援者に対して、介護予防サービス計画を担当する介護予防支援事業所の介護支援専門員と連携し、利用者又は家族の同意の上、治療管理を目的として、指定介護予防短期

	入所療養介護事業所により介護予防短期入所療養介護が行われた場合に７日を限度として算定できる。 利用にあたり、医療機関における対応が必要と判断される場合にあっては、速やかに医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはからう必要がある。 ②利用にあたり、診断等に基づき、診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。 ③算定する場合にあっては、診療方針、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。 ④利用終了日から７日以内に、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、主治の医師からの当該利用者に係る問合せに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。 ⑤主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。 ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。 ⑥利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定できる。 ⑦緊急時施設療養費を算定した場合には、本加算は算定できないものであること。

療養食加算（届出）	８単位（回）
基準等	介護老人保健施設にある療養食加算に準じる。

認知症専門ケア加算（届出）	認知症専門ケア加算（Ⅰ）３単位（日額） 認知症専門ケア加算（Ⅱ）４単位（日額）
基準等	介護老人保健施設にある認知症専門ケア加算に準じる。

緊急時施設療養費 （緊急時治療管理、特定治療）	緊急時治療管理　５１８単位（日額） 特定治療　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
基準等	介護老人保健施設にある緊急時施設療養費に準じる。

サービス提供体制強化加算（届出）	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）２２単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅱ）１８単位（日額） サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位（日額）
基準等	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指定介護予防短期入所療養介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防短期入所療養介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき所定単位数を加算する。 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。 （厚生労働大臣が定める基準） イ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 ⑴以下のいずれかに適合すること。 ①指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。 ②指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。 ⑵定員超過利用・人員基準欠如のいずれにも該当しないこと。

	ロ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）を算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1)指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。 (2)イ(2)に該当するものであること。 ハ　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）を算定する場合 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1)以下のいずれかに適合すること。 ①指定介護予防短期入所療養介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 ②指定介護予防短期入所療養介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。 ③指定介護予防短期入所療養介護事業所サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 (2)イ(2)に該当するものであること。

介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算	介護老人保健施設に準じる。

特別療養費については、市内に現存する療養型老健がないため、掲載を省略します。

４　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、緊急時施設療養費は除く）

サービスの種類：介護老人保健施設（短期入所療養介護、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
５級地	10.45	横須賀市

５　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※１
	従来型個室	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	０円	８２０円	４９０円	３００円
第２段階	４９０円	３７０円	８２０円	４９０円	３９０円 （６００円）
第３段階 ①	１，３１０円	３７０円	１，３１０円	１，３１０円	６５０円 （１，０００円）
第３段階 ②	１，３１０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	２，００６円	１，６６８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）

・第１段階 …生活保護受給者、世帯全員が市町村民税非課税者で老齢福祉年金受給者等

・第２段階 …世帯全員が市町村民税非課税者で課税年金収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額が80万円以下の者等

・第３段階① …世帯全員が市町村民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額が80万円超120万円以下の者等

・第３段階② …世帯全員が市町村民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額が120万円以下の者等

・第４段階 …上記以外の者

６　減算の取扱い（厚告第27号等に該当する場合の取扱い等）

定員超過利用による減算

基準等	［厚告27 十三 イ］ 介護老人保健施設の月平均の入所者の数が、都道府県知事に提出した運営規程に定められている入所定員を超過した場合、入所者等の全員に対し所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。
解釈通知等	［老企40 第２　１（３）①］ ①当該施設の利用者等の定員を上回る利用者等を入所等させているいわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減 額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。 ②この場合の利用者等の数は、１月間（歴月）の利用者等の数の平均を用いる。この場合、１月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。 ③利用者等の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった施設については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。 ④都道府県知事は、定員超過利用が行われている施設に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が２月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。 ⑤災害、虐待の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

人員基準欠如による減算（届出）

基準等	［厚告27 十三］ 介護老人保健施設の人員基準等に定める員数の医師、看護師、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、又は介護支援専門員を配置していない場合、入所者の全員に対し所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。
解釈通知等	［老企40 第２　１（５）］ ①当該施設の看護師等の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っているいわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。 ②人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31日をもって終わる年度とする。）の平均を用いる（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、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。 ③看護・介護職員の人員基準欠如については、 イ　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される。 ロ　１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至ってい

	る場合を除く。）。 ④看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。 ⑤都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。

夜勤体制による減算（届出）

基準等	［厚告21 別表２ 注１］ 当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（P.74参照）を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。
解釈通知等	［老企40 第２ １（６）］ ①夜勤を行う職員の員数が基準を満たない場合の所定単位数の減算に係る規定（夜勤職員基準）を置いているところであるが、これらの規定は、夜間の安全の確保及び利用者等のニーズに対応し、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数附則の未然防止を図るよう努めるものとする。 ②夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月（歴月）において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されることとする。 イ　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時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が２日以上連続して発生した場合 ロ　夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が４日以上発生した場合 ③夜勤を行う職員の員数の算定における利用者等の数については、（５）②（P.99参照）を準用すること。この場合において「小数点第２位以下」とあるのは「小数点以下」と読み替えるものとすること。 ④夜勤職員基準に定められる夜勤を行う職員の員数は、夜勤時間帯を通じて配置されるべき職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。 また、夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16 で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとする。 なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はない。当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めることとする。 ⑤都道府県知事は、夜勤を行う職員の不足状態が続く場合には、夜勤を行う職員の確保を指導し、当該指導に従わない場合は、指定の取消しを検討すること。

ユニットにおける職員に係る減算（届出）

基準等	［厚告21 別表２ 注２］ ユニット型介護保健施設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を満たさない場合は、１日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。 （厚生労働大臣が定める施設基準：［厚告96 五十七（十一を準用）］） イ　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ロ　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

解釈通知等	［老企40 第２　６（６）（５（４）を準用）］ ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（歴月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、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。）