

令和6年度 介護保険事業者等集団指導  
介護医療院・(介護予防)短期入所療養介護  
【資料編】

長野県健康福祉部介護支援課

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

松本市健康福祉部高齢福祉課



## 目次

### 介護医療院

1	介護医療院について	1
2	人員基準について	2
3	施設・設備基準について	5
4	運営に関する基準について	8
5	報酬に関する基準について	16
	I 基本報酬	16
	II 令和6年度介護報酬改定において、改正のあった加算	16
	III 主な加算及び減算	17
	IV 特定診療費	44
6	短期入所療養介護にかかる留意事項	46
7	介護医療院にかかるQ&A	50

# 介護医療院

## 1 介護医療院について

増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、①「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、②「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として、平成30年4月に介護医療院が創設された。これに伴い、平成30年3月31日で経過措置の期限を迎え廃止される予定だった介護療養型医療施設については、令和6年3月31日で廃止された。

介護医療院は、主として長期にわたり療養が必要である者であって、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるためのⅠ型療養床と、それよりも比較的容体が安定した者に対するⅡ型療養床の2種類がある。

介護医療院の開設許可については、1つの介護医療院を単位として行われるが、介護医療院サービスを行う部分として認められる許可の単位等については、次のとおり。

- (1) 許可の単位は原則として「療養棟」とし、「療養棟」は、介護医療院における看護・介護体制の1単位として取り扱う。
- (2) 1療養棟の療養床数は、原則として60床以下とする。
- (3) 1療養棟ごとに、看護・介護サービスの責任者、サービス・ステーションを設置する。

なお、介護医療院の開設許可は、短期入所療養介護と通所リハビリテーションの指定があったものとみなす。

療養病床等の概要							
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。</li> <li>○ 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。</li> <li>○ 要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)</li> </ul>							
	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		Ⅰ型	Ⅱ型		
概要	病院・診療所の病床のうち、主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者の長期療養・生活施設		要介護者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者のための生活施設
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型：約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)	48対1(3名以上)	48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員 介護職員 ※4	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (浮動) 2対1 (3対1)	6対1 6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	6対1 5対1～4対1	6対1 6対1～4対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあっては看護補助者、※5 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

## 2 人員基準について

### 【用語の定義】

#### (1) 「常勤換算方法」

当該介護医療院の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護医療院サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、**例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護医療院サービスと指定通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には、介護医療院サービスに係る勤務時間だけを算入することとなるものであること。**

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

#### (2) 「勤務延時間数」

勤務表上、介護医療院サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者一人につき、勤務延時間数に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すること。

#### (3) 「常勤」

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

また、当該施設に併設される事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。**例えば、介護医療院と指定通所リハビリテーション事業所が併設されている場合、介護医療院の管理者と指定通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。**

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)

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

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

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

(5) 「前年度の平均値」

① 基準省令第2条第4項における「前年度の平均値」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）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。こ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。

② 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する。

介護医療院に求められる主な人員については、次のとおり。

（医師、看護・介護職員配置基準の該当部分を抜粋）

- (1) 医師 常勤換算でⅠ型療養床の入所者48人に対し1人以上  
Ⅱ型療養床の入所者100人に対し1人以上
- (2) 看護職員 常勤換算で入所者6人に対し1人以上  
※ 看護職員とは、看護師又は准看護師をいう。
- (3) 介護職員 常勤換算でⅠ型療養床の入所者5人に対し1人以上  
Ⅱ型療養床の入所者6人に対し1人以上

※入所者の数は前年度の平均値。

人員配置 (指定基準)	介護医療院 (Ⅰ)	介護医療院 (Ⅱ)	医療機関併 設型介護医 療院(Ⅰ)	医療機関併 設型介護医 療院(Ⅱ)	併設型小規模介護医療院 (Ⅰ・Ⅱ)
医師	48対1 (施設で 3以上)	100対1 (施設で 1以上)	48対1	100対1	併設される医療機関の医師により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
リハビリ 専門職	適当数		適当数		併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては医師又はリハビリ専門職。診療所の場合にあっては医師)により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
薬剤師	150対1	300対1	150対1	300対1	併設される医療機関の職員(病院の場合にあっては、医師又は薬剤師。診療所の場合にあっては医師)により、当該介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる
看護職員	6対1		6対1		6対1
介護職員	5対1	6対1	5対1	6対1	6対1
栄養士又は 管理栄養士	定員100以上で1人		定員100以上で1人		併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士により、介護医療院の栄養士を置かないことができる
介護支援 専門員	100対1(施設で1以上)		100対1(施設で1以上)		適当数
診療放射線 技師	適当数		併設施設との職員の兼務を行うこと等により、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ない		併設施設との職員の兼務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ない
調理員、 事務員等	適当数		併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、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ない		併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により、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ない

厚生労働省は、より多くの方に「介護医療院」という新施設を認知・理解してもらえるよう、統一的なPRツールとしてロゴマークを選定しました。

介護医療院に関するポスター等でご活用いただくことを想定しています。



介護医療院

### 3 施設・設備基準について

#### 介護医療院 ②施設・設備基準

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m <sup>2</sup> /人以上	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m <sup>2</sup> /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m <sup>2</sup> /人以上で可
	機能訓練室	40m <sup>2</sup> 以上	40m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり2m <sup>2</sup> 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合：調剤所)
構造設備	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部：耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

介護医療院に求められる主な施設については、次のとおり。

#### 【施設の基準】

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

施設の兼用については、各々の施設の利用目的に沿い、かつ、入所者に対する介護医療院サービス提供に支障を来さない程度で認める。(介護医療院専用であることが原則)

- (1) 療養室
- ・洗面所が療養室内に設置されている場合、基準面積に含めて差し支えない。
  - ・内法による測定とすること。
  - ・多床室の場合にあっては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。



- ・ナースコールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない。
- (2) 診察室
- ・医師が診察を行う施設
  - ・喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設（人体から排出され、又は採取された検体の微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査及び生化学的検査（検体検査）の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。）
  - ・調剤を行う施設
- (3) 処置室
- ・入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設。
  - ・診察の用に供するエックス線装置
- (4) 機能訓練室
- ・介護医療院で行われる機能訓練は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の指導の下における運動機能やADL（日常生活動作能力）の改善を中心としたものであり、内法による測定で40㎡以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。
- (5) 談話室
- ・入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。
- (6) 食堂
- ・内法による測定で、入所者1人当たり1㎡以上の面積を有すること。
- (7) 浴室
- ・身体の不自由な者が入浴するに適したものとすること。
  - ・一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。（有床診療所が転換による場合の経過措置あり）
- (8) 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。
- (9) 洗面所
- ・身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- (10) 便所
- ・身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
- (11) サービス・ステーション
- ・看護・介護職員が入所のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること。
- (12) 調理室
- ・食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫、防鼠の設備を設けること。
- (13) 洗濯室又は洗濯場
- (14) 汚物処理室
- ・他の施設と区別された一定の広さを有すること。



### 【構造の基準】

療養室については、1室当たり定員4名以下、1人当たり床面積は8㎡以上と定められている。なお、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所、介護療養型老人保健施設から転換する場合には、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの時までは、床面積6.4㎡以上を可とする経過措置が適用される。ただし、療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である場合、療養環境減算（Ⅱ）の対象となる。

廊下の幅は1.8m以上、中廊下の幅は2.7m以上と定められている。なお、療養病床等を有する病院又は療養病床等を有する診療所、介護療養型老人保健施設から転換する場合には、療養室に隣接する廊下の幅は1.2m以上、中廊下の幅は1.6m以上を可とする経過措置が適用される。ただし、この場合、療養環境減算（Ⅰ）の対象となる。廊下の幅は内法によるものとし、壁から測定するもの。手すり、常夜灯を設けること。

医療の提供を適切に行うことを担保する観点から、処置室、臨床検査施設、X線装置、酸素等のガスを供給できる構造設備等、病院・診療所に準じた施設を、原則、有しなければならない。

階段には手すりを設けること。

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

## 4 運営に関する基準について

### ●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

基準省令第2条第5項は、介護医療院サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、施設単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。

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。

### ●介護医療院サービスの取扱方針

・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束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、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

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

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

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

### ●施設サービスの計画の作成

- ・施設サービス計画原案の作成

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地並びに介護医療院の医師の治療方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

・当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。

・提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。なお、ここでいう介護医療院サービスの内容には、当該介護医療院の行事及び日課を含むものである。

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

・サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。

・計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

・サービス担当者会議は、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。ただし、入所者又はその家族（以下この(6)において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。

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

## ●栄養管理

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

・栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

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

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

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

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、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（令和3年厚生労働省令第9号。以下「令和3年改正省令」という。）附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年4月1日から義務付けられた。

## ●口腔衛生の管理

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

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

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

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年4月1日から義務付けられた。

## ●運営規程

介護医療院の適正な運営及び入所者に対する適切な介護医療院サービスの提供を確保するため、同条第1号から第8号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを義務づけたものであるが、特に次の点に留意すること。

- (1) 従業者の職種、員数及び職務の内容（第2号）

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第4条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○

人以上」と記載することも差し支えない（基準省令第7条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。）。

(2) (略)

(3) 非常災害対策（第6号） 27 の非常災害に関する具体的計画を指すものであること。

(4) 虐待の防止のための措置に関する事項（第7号）

36 の虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案（以下「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

(5) その他施設の運営に関する重要事項（第8号）

### ●勤務体制の確保等

・入所者に対する適切な介護医療院サービスの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、このほか次の点に留意すること。

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

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

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

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年4月1日から義務付けられた。

・新卒採用、中途採用を問わず、施設が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和6年3月31日までは努力義務で差し支えない）。

・雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律(昭和47年法律第113号)第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律(昭和41年法律第132号)第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定

したものである。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。（なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。）

#### イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。

b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

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

#### ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

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

この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページを参照。

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

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

## ●業務継続計画の策定等

・基準省令第30条の2は、介護医療院は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入所者が継続して介護医療院サービスの提供を受けられるよう、介護医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、介護医療院に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。

・業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第30条の2に基づき施設に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

※なお、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、令和3年改正省令附則第3条において、3年間の経過措置が設けられており、令和6年4月1日から義務付けられた。

・業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

### ① 感染症に係る業務継続計画

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

ロ 初動対応

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

### ② 災害に係る業務継続計画

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

ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ハ 他施設及び地域との連携

・研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。

・研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

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



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

### ●衛生管理等

・ 基準第 33 条第 2 項に規定する感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように講ずるべき措置については、具体的には次の①から⑤までの取扱いとすること。

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委員会当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。

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

③ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修介護職員その他の従業者に対する「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

④ 感染症の予防及びまん延の防止のための訓練平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年 2 回以上）に行うことが必要である。

⑤省略

※なお、当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置が設けられており、令和6年4月1日から義務付けられた。

### ●掲示

・ 基準省令第 35 条第 1 項は、介護医療院は、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護医療院の見やすい場所に掲示することを規定しなければならない。

### ●事故発生の防止及び発生時の対応

事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

① 事故が発生した場合の対応、次の②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。

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

- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修（研修プログラムを作成し、年2回以上開催）を定期的に行うこと。
- ④ 入所者（利用者）に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者（利用者）の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ⑥ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- ⑦ ①～③の措置を適切に実施するため担当者を設置しなければならない。

### ●虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、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施設における虐待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て、定期的に虐待の防止のための研修を実施すること。
- ④上記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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置が設けられており、令和6年4月1日から義務付けられた。

## 5 報酬に関する基準について

### I 基本報酬

#### 介護医療院 基本報酬

単位数	※以下の単位数はすべて1日あたり	
	< 現行 >	< 改定後 >
○Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅱ)(多床室)		
要介護1	825単位	833単位
要介護2	934単位	943単位
要介護3	1,171単位	1,182単位
要介護4	1,271単位	1,283単位
要介護5	1,362単位	1,375単位
○Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅱ)(多床室)		
要介護1	779単位	786単位
要介護2	875単位	883単位
要介護3	1,082単位	1,092単位
要介護4	1,170単位	1,181単位
要介護5	1,249単位	1,261単位
○ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅰ)(ユニット型個室)		
要介護1	842単位	850単位
要介護2	951単位	960単位
要介護3	1,188単位	1,199単位
要介護4	1,288単位	1,300単位
要介護5	1,379単位	1,392単位
○ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ⅰ)(ユニット型個室)		
要介護1	841単位	849単位
要介護2	942単位	951単位
要介護3	1,162単位	1,173単位
要介護4	1,255単位	1,267単位
要介護5	1,340単位	1,353単位

### II 令和6年度介護報酬改定において、改正のあった加算

#### (1) 加算の新設及び単位数の改正等

加算名	現行	改訂後
退所時栄養情報連携加算	なし	70 単位/回
退所時情報提供加算	500 単位/回	(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 250 単位/回 < 新設 >
協力医療機関連携加算	なし	全ての要件を満たす場合 100 単位/月 (R6 年度) それ以外の場合 5 単位/月
認知症チームケア推進加	なし	(Ⅰ) 150 単位/月 (Ⅱ) 120 単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算	なし	(Ⅰ) 10 単位/月 (Ⅱ) 5 単位/月
新興感染症等施設療養費	なし	240 単位
生産性向上推進体制加算	なし	(Ⅰ) 100 単位 (Ⅱ) 10 単位

### Ⅲ 主な加算及び減算

#### (1) ユニットにおける職員に係る減算

ユニットにおける職員の員数が、ある月（暦月）において下記①②の基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が97%に減算となる。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

- |   |
|---|
| ①日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。<br>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。 |
|---|

#### (2) 身体拘束廃止未実施減算

□身体的拘束等の適正化の義務に違反した施設に対する減算

<b>身体拘束廃止未実施減算</b> 所定単位数の90%で算定
---------------------------------

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

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

●緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
---

●入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等ができるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）
---

#### (3) 高齢者虐待防止措置未実施減算

□虐待の発生等を防止する措置を講じていない施設に対する減算

<b>高齢者虐待防止措置未実施減算</b> 所定単位数の99%で算定
------------------------------------

●施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催、虐待防止のための指針の整備、介護職員その他の従業者に対する研修の年2回以上の実施又はこれらを適切に実施するための担当者を置いていない場合に、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、上記の措置を講じていない場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。
---

#### (4) 業務継続計画未策定減算 圖

<b>業務継続計画未策定減算</b>	所定単位数の97%で算定
<p>○感染症及び非常災害発生時における業務継続計画（BCP）を策定していない場合に減算</p> <p>○感染症あるいは災害発生時のいずれか、又は両方の業務継続計画（BCP）が未策定の場合、基本報酬が減算</p> <p>※BCPの周知、研修、訓練、見直しの未実施については減算の対象にはならない</p> <p>○BCPが策定されていない場合、その事実が生じた翌月（事実が生じた日が月の初日の場合はその月）から、未策定の状況が解消された月まで、施設の入所者全員について所定単位数から減算される</p> <p>○経過措置として、令和7年3月31日までの間、「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合は、本減算は適用されない。</p>	

※運営基準では令和6年4月1日から策定が義務化されているので注意すること

#### (5) 栄養管理に係る減算

<b>栄養管理に係る減算</b>	△14 単位/日
<p>●介護医療院基準第4条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護医療院基準第20条の2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改善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14単位を減算する。</p>	

#### (6) 療養環境減算

療養環境減算（Ⅰ） △25 単位/日	<p>療養室に隣接する廊下幅が、内法による測定で壁から測定して、1.8m未満である場合に算定する。</p> <p>なお、両側に療養室がある廊下の場合は、内法による測定で壁から測定して、2.7m未満である場合に算定する。</p>
療養環境減算（Ⅱ） △25 単位/日	<p>療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8未満である場合に算定する。</p> <p>なお、療養室に係る床面積の合計は、内法による測定とする。</p>

療養環境減算（Ⅰ）については、各療養棟を単位として評価を行うものであり、設備基準を満たす療養棟とそうでない療養棟がある場合には、同一施設であっても、基準を満たさない療養棟において、療養環境減算（Ⅰ）を受けることとなること。

#### (7) 夜間勤務等看護加算

区分	病棟単位の夜勤職員配置等	単位数
基準型	<p>&lt;ユニット型以外&gt;夜勤を行う看護職員+介護職員が30：1以上（最低2人以上、うち1人は看護職員）</p> <p>※次のいずれにも適合する介護医療院で、常時、緊急時における併設される医療機関との連絡体制を整備している場合は、夜勤を行う看護</p>	なし

	職員または介護職員の配置不要 a. 併設型小規模介護医療院であること b. 併設医療機関で夜勤を行う介護職員または介護職員の数が1以上 c. 入所者、短期入所利用者、入院患者の合計数が19人以下 <ユニット型> 2つのユニットごとに夜勤を行う看護職員または介護職員数が1以上	
加算型Ⅰ	夜勤を行う看護職員が15：1以上 (最低2人以上)	+23 単位
加算型Ⅱ	夜勤を行う看護職員が20：1以上 (最低2人以上)	+14 単位
加算型Ⅲ	夜勤を行う看護職員+介護職員が15：1以上 (最低2人以上、うち1人は看護職員)	+14 単位
加算型Ⅳ	夜勤を行う看護職員+介護職員が20：1以上 (最低2人以上)	+ 7 単位
減算型	基準型の要件を満たさない場合 <下記参照>	-25 単位

#### < 1日平均夜勤職員数による減算等 >

次のいずれかに該当した月には、入所者の全員について、所定単位数から25単位減算して算定する。

- ① 前月において、1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割を超えて不足していたこと。
- ② 1日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から1割の範囲内で不足している状況が過去3月間（暦月）継続していたこと。

#### 【留意事項】

- 1 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位で職員数を届け出ること。
- 2 夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とする。（小数点第3位以下は切り捨て）

$$\boxed{1日平均夜勤職員数 = \text{暦月の夜勤時間帯における延夜勤時間数} \div (\text{当該月の日数} \times 16\text{時間})}$$

- 3 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定できない。

#### (8) 若年性認知症入所者受入加算

□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となった者）に対して介護医療院サービスを行った場合に算定

#### 若年性認知症入所者受入加算 120 単位/日

○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。

#### (9) 入所者が外泊したときの費用の算定

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

**外泊したときの費用の算定 362 単位／日**

○外泊の初日及び最終日は、算定できない（所定単位数を算定する）。

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

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

（例）外泊期間：1／25～3／8

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

○外泊の期間中にそのまま退所した場合 → 退所した日の「外泊時の費用」は算定可能

○外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合 → 入院日以降は、「外泊時の費用」は算定不可

○入所者の同意を得てそのベッドを短期入所療養介護に活用した場合 → 「外泊時の費用」は算定不可

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

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

○外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない。

**(10) 入所者が試行的退所したときの費用の算定**

**入所者が試行的退所したときの費用の算定 800 単位／日**

○入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護医療院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単位を算定する。ただし、思考的な退所に係る初日及び最終日は算定できない。また、外泊時費用を算定している際には、併算定できない。

○試行的退院サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。

○当該入所者又は家族に対し、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。

○試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護医療院の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その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配慮した計画を作成すること。

○家族等に対し、次の指導を事前に行うことが望ましい。

- ・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導



- ・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
- ・家屋の改善の指導
- ・当該入所者の介助方法の指導

○試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならない。

○利用者の試行的退所期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能である。この場合において試行的退所サービス費を併せて算定することは可能である。

○試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護医療院で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けた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。

#### (11) 入所者が他医療機関へ受診したときの費用の算定

##### 入所者が他医療機関へ受診したときの費用の算定 362 単位/日

○介護医療院の入所者が、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた場合には、協力医療機関その他の医療機関へ転医又は対診を求めるところを原則とする。

○介護医療院サービス費を算定している入所者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該ひよを算定できない。

○上記にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する入所者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護医療院に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該入所者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関において、別途定める診療行為が行われた場合に限る。）は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護医療院サービス費は、1月に4日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定するものとする。なお、当該所定単位数を算定した日においては、特別診療費に限り別途算定できる。

○他医療機関において上記の規定により費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該利用者が入所している介護医療院において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報（当該介護医療院での介護医療院サービス費及び必要な診療科を含む。）をぶんしょにより提供（これらに要する費用は患者が入所している介護医療院が負担する。）とともに、診療録にその写しを添付する。

#### (12) 初期加算

- 施設に入所した当初には、入所者が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、これらの支援について評価する加算

**初期加算 30 単位／日**

- 初期加算は、入所者については、介護医療院へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から 30 日間に限って、加算するものである。
- 「入所日から 30 日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。
- 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係  
初期加算は、当該入所者が過去 3 月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又は M に該当する者の場合は過去 1 月間とする。）の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できることとする。

**(13) 退所時栄養情報連携加算 圏**

○介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する

**退所時栄養情報連携加算 70 単位／回**

- 対象者は特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者であること
- 対象となる入所者の退所月において、1 か月に 1 回を限度として算定できる
- 介護医療院から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の意思の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供していることが必要
- 情報提供については、入所者の同意を得ている必要がある
- 栄養管理に係る減算又は栄養マネジメント強化加算を算定している場合は、算定しない

※栄養管理に関する情報とは…

提供栄養量、必要栄養量、食事形態、禁止食品、栄養管理に係る経過等

※医療機関等に提供する情報については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔実施及び一体的取組について」の様式例を参照の上、退所後の栄養管理に必要となる情報を医療機関等が確実に活用できるように提供する。

※「特別食」とは…

嚥下困難者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以下の特別食  
・腎臓病食／肝臓病食／糖尿病食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓病食／脂質異常症食／痛風食／嚥下困難者のための流動食／経管栄養のための濃厚流動食／特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）

**(14) 再入所時栄養連携加算**

**再入所時栄養連携加算 200 単位／1 入所者**

- 介護医療院の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア

計画を策定したときに、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。

○当該介護医療院の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席（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。）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。

○二次入所後に入所者、家族等に計画を説明し、同意が得られた場合に算定すること。

○栄養管理に関する減算の場合、算定できない。

○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。

※「特別食」とは…

嚥下困難者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以下の特別食  
 ・腎臓病食／肝臓病食／糖尿病食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓病食／脂質異常症食／痛風食／嚥下困難者のための流動食／経管栄養のための濃厚流動食／特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）

#### (15) 退所時指導等加算

##### ①退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算

**退所前訪問指導加算** 460 単位／1回を限度

**退所後訪問指導加算** 460 単位／1回を限度

イ 退所前訪問指導加算については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中に1回に限り算定するものである。

なお、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ 退所後訪問指導加算については、入所患者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものである。

ハ 退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ニ 退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

- a 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- b 対処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

ホ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、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。

ヘ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにもおこなうこと。

ト 退所前訪問指導及び退所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。

## ②退所時指導加算

**退所時指導加算** 400 単位／1 回を限度

- イ 退所時指導のないお湯は、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 ①のニからトまでは、退所時指導加算について準用する。

## ③退所時情報提供加算（区分新設）

**退所時情報提供加算（Ⅰ）** 500 単位／1 回を限度

**退所時情報提供加算（Ⅱ）** 250 単位／1 回を限度

**退所時情報提供加算（Ⅰ）**

- ・入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者 1 人につき 1 回に限り算定する。

**退所時情報提供加算（Ⅱ）** 250 単位／1 回を限度

- ・入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者 1 人につき 1 回に限り算定する。
- ・入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

## ④退所前連携加算

**退所前連携加算** 500 単位／1 回を限度

- イ 退所前連携加算については、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所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。
- ロ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行う。
- ハ ①のニ及びホを準用する。

## ⑤訪問看護指示加算

**訪問看護指示加算** 300 単位／1 回を限度

- イ 介護医療院から交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は 1 月であるとみなす。
- 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。

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複合型サービス事業所に交付しても差し支えない。

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。

ホ 訪問看護の指示を行った介護医療院は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所からの訪問看護の対象者についての相談などに懇切丁寧に応じる。

#### (16) 協力医療機関連携加算 ㊦

□協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行うことを評価する

#### 協力医療機関連携加算

①協力医療機関が下記AからCの要件を満たす場合 50単位/月（令和6年度中は100単位）

②①以外の場合 5単位/月

●協力医療機関は次の要件を満たしているか

A 入所者の病状が急変した場合に、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している

B 施設から診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保している

C 入所者の病状が急変した場合等に、施設の医師又は協力医療機関、その他の医療機関の医師が診療を行い、入院が必要と認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している

●協力医療機関と病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っているか

→特に協力医療機関に対して診療を求める可能性が高い入所者や新規入所者を中心に、情報共有や対応の確認等を行う。毎回の会議で、必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しなくてもよい

→複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより、協力医療機関の上記AからCの要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある（AからC全てを満たす医療機関を複数定めている場合には、会議はそのうちの1つの医療機関と行うことで差し支えない）

→「会議を定期的に行う」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある

※ただし、電子的システムにより協力医療機関が施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない。また、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合には、より高い頻度で情報共有等を行う会議を行うことが望ましい

→会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる

●上記会議の開催に当たって、入所者の同意を得ているか

●会議の開催状況は、その概要を記録すること

●会議に出席する職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席することが望ましい

◎令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o 1. 1）

**【問127】** 協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

（答） 職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

◎令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o 1. 2）

**【問13】** 基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えないか。

（答） 差し支えない。

◎令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o 1. 3）

**【問3】** 協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

（答） 例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

◎令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（V o 1. 7）

**【問1】** 協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

（答） 協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

(17) 栄養マネジメント強化加算

□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、入所者全

**栄養マネジメント強化加算** 11 単位/日

- 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70）で除して得た数以上配置していること。  
→「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。
- 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。
- 員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第 2 位以下を切り上げるものとする。
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週 3 回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。
- 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。
- 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。
- 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事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。
- 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。

**(18) 経口移行加算**

□経管栄養により食事を摂取している入所者について、経口により食事を摂ることができるよう、計画の作成と実施をしていることを評価する。

**経口移行加算** 28 単位/日



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

●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ものとする。

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

イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護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。

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て、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。

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

●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てられること。

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拳上が認められるこ

と。)

二 咽頭内容物を吸収した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

●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。

●入所者の口腔状態によっては、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。

●当該加算に係る計画の作成に当たっては、別途通知「リハビリテーション…個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照すること

### (19) 経口維持加算

□経管栄養により食事を摂取している入所者について、経口により食事を摂ることができるよう、計画の作成と実施をしていることを評価する

#### 経口維持加算Ⅰ 400単位/月

●現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成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つては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合、又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

●次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。

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（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」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を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。

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（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。）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。

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。

**経口維持加算Ⅱ** 100 単位／月

- 協力医療機関を定めているか
- 食事の観察と会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加しているか
- 経口維持加算Ⅰを算定しているか

- なお、当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照すること。

**(20) 口腔衛生管理加算**

□歯科衛生士が入所者に口腔ケアを行っている場合に算定できる

**口腔衛生管理加算Ⅰ** 90 単位／月

- 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
- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
- 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、当該入所者に係る口腔清掃等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。
- 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。
- 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** 110 単位／月

- Ⅰの要件に適合しているか
- 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- 口腔衛生管理加算Ⅰを算定していないか

**<加算Ⅰ、Ⅱの共通項目>**

- 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同

一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

- 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を作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談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。
- 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。

※令和6年6月以降、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第二歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するもの場合は、7回以上算定された場合には算定できない。

## (21) 療養食加算

□管理栄養士又は栄養士によって管理されている施設で療養食を提供したとき算定できる

### 療養食加算 6単位/回 1日3回を限度

○食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合に、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、療養食が提供された場合に1日につき3回を限度として所定単位数を加算する。

●療養食の献立表が作成されていること。

●加算の対象となる療養食について

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。

●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。

●経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定がすることが可能である。

●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。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。

●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。

●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。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。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。

●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。

●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。

●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。

●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。

## (22) 在宅復帰支援機能加算

在宅復帰支援機能加算 10 単位/日

●入所者の家族との連絡調整を行っていること。

●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、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

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

●退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

●入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこ

と。

- ・退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。
- ・必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。
- 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。
  - ・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
  - ・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
  - ・家屋の改善に関する相談援助
  - ・退所する者の介助方法に関する相談援助

### (23) 緊急時施設療養費

□入所者の体調急変や病状悪化など緊急の場合、また、やむを得ない事情により施設療養を行った場合に算定する加算

<b>緊急時治療管理</b> 518 単位／日
<ul style="list-style-type: none"><li>●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応急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。</li><li>●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ものであるので、1月に連続しない1日を3回算定する事は認められない。</li><li>●緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。<ul style="list-style-type: none"><li>・意識障害又は昏睡</li><li>・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪</li><li>・急性心不全（心筋梗塞を含む）</li><li>・ショック</li><li>・重篤な代謝障害</li><li>・その他薬物中毒等で重篤なもの</li></ul></li></ul>
<b>特定治療 医科診療報酬点数表の単位表</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>●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（医科診療報酬点数表）第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるものを除く）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。</li><li>●具体的取扱いは、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。</li></ul>

#### (24) 認知症専門ケア加算

□専門的な認知症ケアを普及する観点から、認知症介護の経験があり、認知症ケアの専門研修修了者が介護サービスを提供することを評価する加算

<b>認知症専門ケア加算Ⅰ</b> 3単位/日
●認知症専門ケア加算Ⅲ及び認知症チームケア推進加算を算定していないこと
<b>認知症専門ケア加算Ⅱ</b> 4単位/日
●認知症介護指導者養成研修修了者を1人以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること
●介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従って研修（外部における研修を含む。）を実施または実施を予定しているか
●認知症専門ケア加算Ⅰ及び認知症チームケア推進加算を算定していないこと

#### 【Ⅰ、Ⅱ共通項目】

●入所者のうち、日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ⅴの認知症の入所者（対象者）の割合が2分の1以上であるか

●認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を次の基準で配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか

・施設における対象者が20人未満→1人以上

・施設における対象者が20人以上→1人に対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数

※「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。

●施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること

→テレビ電話装置等を活用して行うことができる

#### (25) 認知症チームケア推進加算 園

□日頃から認知症の入所者等に対して適切な介護を提供することにより、認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していることを評価するもの

<b>認知症チームケア推進加算Ⅰ</b> 150単位/月
○「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなるBPSDに対応するチームを組んでいるか
○認知症専門ケア加算及び認知症チームケア推進加算Ⅱを算定していないか
<b>認知症チームケア推進加算Ⅱ</b> 120単位/月
○認知症専門ケア加算及び認知症チームケア推進加算Ⅰを算定していないか



【Ⅰ、Ⅱの共通事項】

●入所者のうち、日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ⅴの認知症の入所者（対象者）の割合が2分の1以上であるか

→届出月の前3か月の各月末時点の入所者等数の平均で算定

●対象者に対し、個別にBPSDの評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、BPSDの予防等に資するチームケアを実施しているか

●BPSDの予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、BPSDの有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っているか

介護保険最新情報 vol. 1229

問7 認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所（居）者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合、1/2以上であることが求められているが、届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということによいか。

答 貴見のとおり。

介護保険最新情報 vol. 1306

問 認知症チームケア推進加算Ⅰ及びⅡにおいて、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。

答 認知症チームケア推進加算Ⅰ：認知症介護指導者養成研修＋認知症チームケア推進研修

認知症チームケア推進加算Ⅱ：認知症介護実践リーダー研修＋認知症チームケア推進研修

(26) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

□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

**認知症行動・心理症状緊急対応加算** 200単位/日 ※7日間を限度に算定

●本加算は、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、介護医療院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、「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。

●在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護医療院への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、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できる。また、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。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は、速やか

に適切な医療機関の紹介、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。

●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。

●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。

- ・病院又は診療所に入院中の者
- ・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
- ・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

●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。

●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。

●当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できる。

## (27) 排せつ支援加算

□排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の協働により、PDCA サイクルの構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行ったことを評価する

### 排せつ支援加算Ⅰ 10単位/月

●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すること

●入所後少なくとも3か月に1回評価をし、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たり、当該情報等を活用していること

●上記の評価の結果、排せつに介護を要する入所者に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すること

●上記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

●計画に基づき、少なくとも3か月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること

●排せつ支援加算Ⅱ、Ⅲを算定していないこと

### 排せつ支援加算Ⅱ 15単位/月

●排せつ支援加算Ⅰの要件に適合しているか

●次のいずれかに適合しているか

- ・要介護状態が見込まれる入所者について、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し、いずれにも悪化がない

- ・施設入所時におむつを使用し、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、おむつを使用しなくなった
- ・施設入所時に尿道カテーテルが留置されており、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、尿道カテーテルが抜去された

●排せつ支援加算Ⅰ、Ⅲを算定していないこと

#### 排せつ支援加算Ⅲ 20 単位／月

●排せつ支援加算Ⅰの要件に適合しているか

●次のいずれかに適合しているか

- ・要介護状態が見込まれる入所者について、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し、いずれにも悪化がない
- ・施設入所時におむつを使用し、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、おむつを使用しなくなった

●排せつ支援加算Ⅰ、Ⅱを算定していないか

#### ○「排せつに介護を要する入所者」

: 排尿又は排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者、又はおむつを使用している者若しくは尿道カテーテルを留置されている者

#### ○「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」

: 特別な支援を行わなかった場合には、排尿又は排便の状態、おむつ使用や尿道カテーテルの留置に係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、その評価が改善することが見込まれることをいう

○Ⅰ～Ⅲは併算定不可

○計画の作成に当たっては、個々の入所者の特性に配慮しながら、画一的な支援計画とならないよう留意すること

### (28) 自立支援促進加算

□入所者の尊厳の保持や自立支援に係るケアの質の向上を図る取組を評価する加算

#### 自立支援促進加算 280 単位／月

●医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。

●医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者ごとに、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。

○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。

○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。

①寝たきりによる廃用性機能障害の防止や改善へ向けて、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。

②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、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、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。

③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。

④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。

⑤生活全般において、画一的・集団的な介護ではなく個別ケアの実践のため、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。

⑥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、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入所者の社会参加につなげるために、入所者と地域住民等とが交流する機会を定期的に設ける等、地域や社会とのつながりを維持する。

・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。

**(29) 科学的介護推進体制加算**

□LIFEによる情報提供とフィードバック情報の活用によりPDCAサイクルを確立させてサービスの質の向上を推進する取組を評価する

<b>科学的介護推進体制加算 I</b> 40 単位／月
<ul style="list-style-type: none"> <li>●入所者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</li> <li>●PDCA サイクルによる情報活用の推進を行っているか</li> <li>●質の高いサービスの実施体制を構築し、その更なる向上に努めているか</li> <li>●科学的介護推進体制加算 II を算定していないか</li> </ul>
<b>科学的介護推進体制加算 II</b> 60 単位／月
●科学的介護推進体制加算 I の基準に適合しているか

- 科学的介護推進体制加算 I で提出する情報に加えて、入所者ごとの疾病や服薬の状況等の情報を LIFE に提出しているか
- 科学的介護推進体制加算 I を算定していないか

○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、P D C A サイクルにより、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

- ①入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する (Plan)。
- ②サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する (Do)。
- ③L I F E への提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う (Check)。
- ④検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める (Action)。

### (30) 安全対策体制加算

□施設における事故発生の防止のための体制整備を行っていることを評価する加算

#### 安全対策体制加算 20 単位／入所時に 1 回限り

- 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が整備されていること。
- 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。
- 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。

### (31) 高齢者施設等感染対策向上加算 Ⅰ

□高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価する加算

#### 高齢者施設等感染対策向上加算 I 10 単位／月

- 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時において対応できる体制が確保されている
- 新興感染症以外の一般的な感染症について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、感染症発生時には当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応

を行っているか

●診療報酬上の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加しているか

→①感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者）によって、職員を対象として定期的に行う研修

②感染対策向上加算1の届出を行った保健医療移管が、保健所及び地域の医師会と連携して、感染対策向上加算2又は3の届出を行った保健医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

③地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

→研修・訓練等には、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない

→研修又は訓練の参加については、医療機関等にその実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で、例えば令和6年度であれば、令和7年3月31日までに研修又は訓練に参加できる目途があれば加算の算定が可能

#### 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5単位/月

●診療報酬上の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている

→感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関からの実地指導を受けた日から起算して3年間算定できる

●実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行い、内容は以下のものが想定される

- ・施設等の感染対策の現状の把握、確認
- ・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
- ・个人防护具の着脱方法の実演、演習、指導等
- ・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
- ・その他、施設等のニーズに応じた内容

※単に、施設等において机上演習のみを行う場合には算定できない

○「第二種協定指定医療機関」は以下の県 HP の「協定締結医療機関に関する情報」の「医療機関」のリストを参照してください。

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kansensho-taisaku/zizenchosa.html>

#### (32) 新興感染症等施設療養費 図

□新興感染症のパンデミック発生時等に、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連

携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で評価する

<b>新興感染症等施設療養費</b> 240 単位/日
<ul style="list-style-type: none"> <li>●入所者が一定の感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保している</li> <li>●感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、サービスを行う →「適切な感染対策」：手洗いや个人防护具の着用等の標準予防策の徹底、ゾーニング、コーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における手引き（第3版）」</li> <li>●算定は1か月に1回、連続する5日以内</li> </ul>

(33) **生産性向上推進体制加算 Ⅱ**

- 見守り機器等の介護機器を導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を評価する
- ⅠとⅡの併算定不可

<b>生産性向上推進体制加算Ⅰ</b> 100 単位/月
<ul style="list-style-type: none"> <li>●当該加算Ⅱの要件を満たしている</li> <li>●当該加算Ⅱのデータにより業務改善の取組による成果が確認されているか</li> <li>●職員間の適切な役割分担（介護助手の活用等）の取組等を行っているか</li> <li>●算定に当たって、次の①～③の介護機器を全て使用する必要があります             <ul style="list-style-type: none"> <li>①見守り機器</li> <li>②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）</li> <li>③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器</li> </ul> </li> </ul> <p>※算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、業務の効率化及びケアの質の確保ならびに職員の負担軽減が行われていることの確認が必要。具体的にはⅡの要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を3か月以上継続した上で、介護機器導入前後の状況を比較することにより、①～③について成果が確認されている必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①入所者の満足度等の評価…本取組による悪化が見られない</li> <li>②総業務時間及び当該時間に含まれる超勤勤務時間の調査…介護職員の総業務時間及び当該事案に含まれている超勤勤務時間が短縮している</li> <li>③年次有給休暇の取得状況の調査・維持または増加している</li> </ul>
<b>生産性向上推進体制加算Ⅱ</b> 10 単位/月
<ul style="list-style-type: none"> <li>●「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」の開催や必要な安全対策を講じた上で、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」に基づいた改善活動を継続的に行っている</li> <li>●見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している</li> </ul> <p>○算定に当たって、次の①～③の介護機器のうち、1つ以上を使用する必要があります</p>

- ①見守り機器
- ②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）
- ③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器
- 事業年度ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提出（電子申請届出システムによる提出）を行っている

○生産性向上に資する取組を以前から進めている施設で、当該加算Ⅱのデータによる業務改善取組の成果と同等以上のデータを示すことができる場合には、Ⅱを取得せずに当初からⅠを取得しても可

**(34) サービス提供体制強化加算**

□介護福祉士や勤続7年以上の職員を配置するなど、サービス提供体制を整備した施設を評価する加算

<b>サービス提供体制強化加算Ⅰ</b> 22 単位/日
●以下のいずれかに適合しているか ・介護職員（看護師・准看護師を除く）の総数のうち、介護福祉士の割合が80%以上 ・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割合が35%以上 ●介護の質の向上に資する取組を実施しているか
<b>サービス提供体制強化加算Ⅱ</b> 18 単位/日
●介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上
<b>サービス提供体制強化加算Ⅲ</b> 6 単位/日
●次のいずれかに適合しているか ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上 ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上 ・サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の割合が30%以上

- 定員超過利用減算・人員基準欠如減算の基準に該当していないか
- 他のサービス提供体制強化加算を算定していないか
- 職員の割合の算出は、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。  
 この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く）に従事している時間を用いてよい。ただし、前年度の実績が6月に満たない場合（新規・再開）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。つまり、4月目以降届出が可能となる。
- 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。
- 前年度実績が6月に満たない場合は、届出を行った月以降も、直近3月間の職員の割合は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、毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、すみやかに「介護給付費算定に係る体制届出書」を提出すること。
- 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。具体的には、2024年4月における



勤続年数7年以上の者とは、2024年3月31日時点で勤続年数が7年以上である者である。

- 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。
- 介護保健施設サービスを入所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。
- 「提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組」については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

(例)

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

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

#### IV 特定診療費

加算等名		加算等点数
感染対策指導管理		6 単位/日
褥瘡対策指導管理	褥瘡対策指導管理 (I)	6 単位/日
	褥瘡対策指導管理 (II)	10 単位/日
初期入所診療管理		250 単位/日
重度療養管理		125 単位/日
特定施設管理		250 単位/日
重症皮膚潰瘍管理指導		18 単位/日
薬剤管理指導		350 単位/週
	注 2 の加算 (疼痛緩和)	50 単位/回
医学情報提供	医学情報提供 (I)	220 単位/回
	医学情報提供 (II)	290 単位/回
理学療法	理学療法 (I)	123 単位/回
	注 3 の加算 (リハ計画策定)	480 単位/回
	注 4 の加算 (入所生活リハ管理指導)	300 単位/月
	注 5 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	理学療法 (II)	73 単位/回
	注 6 の加算	33 単位/月
作業療法		123 単位/回
	注 3 の加算 (リハ計画策定)	480 単位/回
	注 4 の加算 (入所生活リハ管理指導)	300 単位/月
	注 5 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	注 6 の加算	33 単位/回
言語聴覚療法		203 単位/回
	注 3 の加算 (専従職員 2 名配置)	35 単位/回
	注 4 の加算	33 単位/月
集団コミュニケーション療法		50 単位/回
摂食機能療法		208 単位/日
短期集中リハビリテーション		240 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション		240 単位/日
精神科作業療法		220 単位/日
認知症入所精神療法		330 単位/週

##### (1) 褥瘡対策指導管理

イ 褥瘡対策指導管理(I) 6 単位/日

ロ 褥瘡対策指導管理(II) 10 単位/日

1 イについては、常時褥瘡対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者（日常生活の自立度が低いものに限る。）について、1 日につき所定単位数を算定する。

2 ロについては、褥瘡対策指導管理(I)に係る別に、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のない場合に、1 月につき所定単位数を算定する。

## (2) 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算

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

## 6 短期入所療養介護にかかる留意事項

(介護保険法) 第8条第10項

この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者について、介護老人保健施設、介護医療院その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

### 1 人員・設備に関する基準

	介護老人保健施設 介護医療院	療養病床を有する 病院・診療所	療養病床を有するものを 除く診療所
従業者 の員数	短期入所の利用者を入 所者（入院患者）とみ なしたうえで、施設の 人員基準を満たすこと	医療法に規定する必要数以 上	(1) 看護職員又は介護職員の員数が、利 用者及び入院患者の3人に1以上(常 勤換算) かつ (2) 夜間における緊急連絡体制を整備 することとし、看護職員又は介護職員 を1人以上配置していること
設 備	施設の設定基準を満た すこと	医療法に規定するとおり	(1) 病室の床面積：利用者1人につき 6.4㎡以上 (2) 浴室を有すること (3) 機能訓練を行うための場所を有す ること
指 定	みなし指定	通常の指定	通常の指定

### 2 運営に関する基準

介護医療院の運営に関する基準と基本的に同じ。

### 3 その他留意点

(1) 利用者が連続して30日を超えて指定短期入所療養介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所療養介護については、短期入所療養介護費は、算定しない。

(2) 短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

※ただし、在宅生活維持のために特に必要であると認められる場合には、この目安を超えた利用を居宅サービスに位置づけることは可能。

### 4 短期入所療養介護に関する加算及び減算

(1) 認知症専門ケア加算

・ 認知症専門ケア加算 (I) 3単位/日

以下のa～cのすべてに適合すること。

- a 当該施設の入院患者の総数のうち、認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上）が1／2以上。
- b 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修）の修了者が、対象者20人未満の場合は1以上、対象者20人以上の場合は19人を超えて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。
- c 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議（テレビ電話装置等を活用して実施可能）を定期的で開催していること。

・認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

以下のa～cのすべてに適合すること。

- a 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準にすべて適合すること。
- b 認知症介護の指導に係る専門的な研修（認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修）の修了者を認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に加え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。
- c 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。

(2) 療養食加算 8単位／回 ※1日につき3回を限度とする。

次に掲げるすべての基準に適合し、別に厚生労働大臣が定めた療養食（※1）を提供したときに算定する。

- イ 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。
- ロ 入院患者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。
- ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準（※2）に適合する介護医療院において行われていること。

※1：別に厚生労働大臣が定める療養食（平成24年厚生労働省告示第95号72）

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

※2：別に厚生労働大臣が定める基準（平成24年厚生労働省告示第96号35）

定員超過入院・人員基準欠如（看護師比率に係る部分等を除く。）に該当しないこと。

(3) サービス提供体制強化加算

・加算（Ⅰ） 22単位／日

以下のa～dのすべてに適合すること。

- a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。
- b 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。

- c 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。
- d 定員利用・人員基準に適合していること。

・加算（Ⅱ） 18単位／日

以下の a ～b のすべてに適合すること。

- a 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。
- b 定員利用・人員基準に適合していること。

・加算（Ⅲ） 6 単位／日

以下の a ～ d のすべてに適合すること。

- a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
- b 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 100 分の 75 以上であること。
- c 利用者に直接サービスを提供する職員のうち、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。
- d 定員利用・人員基準に適合していること。

●短期入所療養介護のみに関する加算及び減算

(1) 緊急短期入所受入加算 90 単位／日

緊急時の受入を促進する観点から居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。

<算定要件>

- ・ やむを得ない理由により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めていること。
- ・ 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短期入所療養介護を行っていること。
- ・ 利用を開始した日から起算して、7日を算定の限度とすること。  
(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日)
- ・ 「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。

① 本加算は、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、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、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、当該加算を算定できる。

③ 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利

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。また、緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。

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 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。

## 7 介護医療院にかかるQ&A

### ●療養病床等から転換した場合の加算の取扱いについて

問 介護療養型医療施設から介護医療院に転換する場合、初期加算、短期集中リハビリテーション実施加算等を算定する場合の起算日は、転換前の介護療養型医療施設に入院日が起算日とすることでよいか。また、退所前訪問指導加算において「入所期間が1月を超える（と見込まれる）入所者」に対して算定できるとされているが、当該入所期間とは、転換前の介護療養型医療施設の入院日を起算日として考えることでよいか。

(答)

- ・ 貴見のとおりである。また、初期入所診療管理や理学療法等の特別診療費についても、転換前の介護療養型医療施設において、当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に扱う。
- ・ 医療保険適用の療養病床及び介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても同様。
- ・ また、月途中に介護療養型医療施設又は介護療養型老人保健施設から転換する場合、当該月の加算等の算定回数については入院中及び入所中に実施された回数の合計数を算定回数として扱うこととする。

### ●転換に係る経過措置について

問 療養病床等から転換した介護医療院において、個人から法人へと開設者を変更した場合、転換後の介護医療院に係る療養室の面積等の経過措置は引き続き適用されるのか。

(答)

貴見のとおりである。

問 療養病床等から転換した介護医療院において、例えばI型介護医療院サービス費（I）を算定するにあたり、算定要件の「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射を受けている者」については、転換前の実績を適用することとして差し支えないか。

(答)

差し支えない。

### ●夜勤体制について

問 夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのはではなく、夜勤帯に勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割るという方法で算出するのか。

また、人員配置の算定上介護職員として届け出している看護職員についても、夜勤を行う看護職員の員数の算定においては、看護職員として算定できるのか。

(答)

貴見のとおりである。



## ●居住費について

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

(答)

貴見のとおりである。

## ●基本施設サービス費の届け出について

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

(答)

貴見のとおりである。

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

(答)

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

問 新規に開設される介護医療院について、介護医療院サービス費の算定要件における実績は、どのように取り扱うのか。

(答)

- ・ 介護医療院における医療処置の実施割合などの実績を丁寧に把握するためには、算定要件における実績を算出するための期間を十分に設け判定することが重要である。
- ・ そのため、新規に開設される介護医療院については、開設日が属する月を含む6ヶ月間に限り、Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）又は（Ⅲ）若しくはⅡ型介護医療院サービス費のうち人員配置区分に適合した基本施設サービス費を算定可能とする。
- ・ ただし、開設日が属する月を含む6ヶ月間に満たない場合において、算定要件における実績を算出するための期間を満たした上で、例えば、Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）の算定要件を満たす場合については、届け出の規定に従い、当該基本施設サービス費の届出を行うことができる。また、当該6ヶ月間を超えて、引き続きⅠ型介護医療院サービス費（Ⅱ）又は（Ⅲ）若しくはⅡ型介護医療院サービス費のうち人員配置区分に適合した基本施設サービス費を算定する場合にあっては、改めて体制を届け出る必要がある。

- なお、ユニット型介護医療院サービス費についても同様の取扱いとする。
- また、療養病床等からの転換の場合については、転換前の実績を基に算定要件に適合するか否かを判断して差し支えない。