

# 介護老人保健施設の手引き

令和5年（2023年）6月

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課

## 目 次

第 1 章	介護老人保健施設とは	2
1	人員に関する基準	3
2	運営に関する基準	9
第 2 章	介護報酬算定に関する基準	19
1	介護保健施設サービス費	19
2	介護報酬に係る加算及び減算	28
(1)	夜勤職員基準未満の減算	28
(2)	夜勤看護職員数基準未満の減算	30
(3)	定員超過利用の減算	31
(4)	人員基準欠如の減算	32
(5)	ユニットにおける職員に係る減算	33
(6)	身体拘束廃止未実施減算	33
(7)	栄養管理の基準を満たさない場合	34
(8)	安全管理体制未実施減算	35
(9)	夜勤職員配置加算	35
(10)	短期集中リハビリテーション実施加算	35
(11)	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	36
(12)	若年性認知症入所者受入加算	38
(13)	認知症ケア加算	38
(14)	外泊時の費用の算定	39
(15)	外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定	40
(16)	ターミナルケア加算	41
(17)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	44
(18)	初期加算	47
(19)	再入所時栄養連携加算	47
(20)	在宅復帰支援機能加算	48
(21)	入所前後訪問指導加算	49
(22)	退所時等支援等加算	50
(23)	栄養マネジメント強化加算	54
(24)	経口移行加算	56
(25)	経口維持加算	58
(26)	口腔衛生管理加算	60
(27)	療養食加算	62
(28)	かかりつけ医連携薬剤調整加算	64
(29)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	65
(30)	緊急時施設療養費	66
(31)	所定疾患施設療養費	69
(32)	認知症専門ケア加算	71
(33)	認知症行動・心理症状緊急対応加算	73
(34)	認知症情報提供加算	74
(35)	地域連携診療計画情報提供加算	75
(36)	褥瘡マネジメント加算	76
(37)	排せつ支援加算	78
(38)	安全対策体制加算	82
(39)	自立支援促進加算	83
(40)	サービス提供体制強化加算	86
(41)	介護職員処遇改善加算	88
(42)	介護職員等特定処遇改善加算	88
(43)	介護職員等ベースアップ等支援加算	88
(44)	特別療養費	89
(45)	療養体制維持特別加算	89
(46)	科学的介護推進体制加算	90
3	加算の留意点	92
第 3 章	その他留意事項等	93

1 介護保険法遵守義務	93
2 入所者についての診療報酬	94
3 介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換	94
(介護予防)短期入所療養介護事業所(老健)の手引き	95
介護報酬の算定構造一覧	113

## 第1章 介護老人保健施設とは

### 介護保険法の定義

#### 第8条第28項

この法律において「介護老人保健施設」とは、要介護者であつて、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目的とする施設として、第94条第1項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、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いう。

※指定基準は平成25年度から熊本県又は熊本市の条例で各々定められましたが、本冊子においては基準省令の条項で記載しています。  
基準省令と異なる県・市の独自基準については、各条例を参照ください。

## 1 人員に関する基準（介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設）

従業者は専ら当該施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

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 常勤の医師が1人以上配置されていなければならない（※1）
薬 剤 師	実情に応じた適当数（標準：入所者の数を300で除した数以上）
看護職員又は 介護職員  （看護職員：看 護師若しくは准 看護師）	①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 ②看護・介護職員の総数の 7分の2程度・・・看護職員 7分の5程度・・・介護職員 が標準 ③看護・介護職員は、介護老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職 員であることが原則（※2）
支援相談員	常勤1以上（入所者の数が100を超える場合は、常勤の支援相談 員1名に加え、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）
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
栄 養 士 又は 管理栄養士	入所定員が100人以上の施設は常勤職員を1以上（同一敷地内に ある病院等の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 場合は、兼務職員でも可） （100人未満の施設でも常勤職員の配置に努めること）
介護支援専門員	常勤、専従で1以上（入所者100人に1人を標準、増員分は非常 勤可）（入所者の処遇に支障がない場合は、当該老健の他の職務との 兼務可（※3）、サテライト型小規模老健の職務との兼務可）
調理員、事務員 その他従業者	実情に応じた適当数（適正なサービスを確保できる場合は、併設施 設との職員の兼務や業務委託でも可）
管 理 者	常勤、専従で1人（当該老健の管理上支障がない場合は、当該老健 の他の職務、同一敷地内にある他の事業所、サテライト施設の職務に 従事可）

## 「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うものである。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が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

- (※1) ①介護老人保健施設において、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人として差し支えない。
- ②上記①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。）にあつては、必ずしも常勤の医師の配置は必要でない。よって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えない。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らない。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く必要がある。
- ③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つて、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ないこと。
- (※2) 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・介護職員が当該介護老人保健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可。
- ①常勤職員である看護・介護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、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ない。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ない。

(※3) この場合、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。

しかし、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ない。ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。

#### ●サテライト型小規模介護老人保健施設の場合

(本体施設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人以下の介護老人保健施設)

- ・医師、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員については、本体老健施設の従業者により、サテライト型小規模介護老人保健施設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。

#### ●医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合

(介護医療院又は病院若しくは診療所に併設され、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、サテライト型小規模介護老人保健施設以外のもの)

- ・医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士については、併設される病院又は診療所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士により、医療機関併設型小規模介護老人保健施設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。

#### ●ユニット型介護老人保健施設の勤務体制確保

- ・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、次の点に注意して職員配置を行わなければならない。
  - ・昼間については、ユニット毎に常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
  - ・夜間及び深夜については、2ユニット毎に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職員として配置すること。
  - ・ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを配置すること。
- ・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」が求められる為、ユニット部分の従業者は固定メンバーが望ましい。
- ・ユニットリーダーについては、ユニットケアリーダー研修を受講した者を各施設に2名以上配置する(2ユニット以下の施設の場合は、1名でよい)こと。

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者を決めることで足りる。この場合、研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど、施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。

#### ●一部ユニット型介護老人保健施設について

今後（H24年度以降）行われる許可の更新の際に、ユニット型部分（ユニット型介護老人保健施設）とユニット型以外の部分（介護老人保健施設）について、それぞれ別施設として許可を行うことになった。

この場合、入所者の処遇に支障がない場合は、兼務を認める。

#### ◆勤務体制の確保

介護老人保健施設は、入所者に対し、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ておかなければならない。

介護老人保健施設は、当該施設の従業者によって介護保健施設サービスを提供しなければならない。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

介護老人保健施設は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該介護老人保健施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない（令和6年3月31日まで努力義務）。

介護老人保健施設は、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らない。

#### ◆業務継続計画の策定等

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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

介護老人保健施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。

介護老人保健施設は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

Q & A (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

○認知症介護基礎研修の義務づけについて

(問3) 養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は義務付けの対象外とすることが可能か。

(答) 養成施設については、卒業証明書及び履修科目証明書により事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

(問4) 認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

(答) 認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

(問5) 認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

(答) 認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を要請するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。

(問6) 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や直接介護に携わる可能性がない者についても、義務付けの対象となるのか。

(答) 人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外である。一方で義務付けの趣旨を踏まえ、認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の人の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施するためには、人員配置基準上、従業者の員数として算定される従業者以外の者や直接介護に携わらない者であっても、当該研修を受講することを妨げるものではなく、各施設において積極的に判断いただきたい。

○外国人介護職員への認知症介護基礎研修の義務付けについて

(問7) 外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

(答) E P A介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

(問8) 外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。

(答) 認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第4章第2節第3(2)を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である(令和6年3月までの間、努力義務として行う場合も同様)。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

（問9）事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅等待機期間中に受講させてもよいか。

（答）入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後 14 日間の自宅等待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合に限り、認知症介護基礎研修（オンラインで実施されるものに限る。）を受講させることができる。

・なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等（※）については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。（※）研修の受講方法（eラーニング、Zoom 等による双方向型のオンライン研修、集合研修）、料金（補助の有無等）、受講枠など

（問10）外国人介護職員が研修内容を理解して受講できるように、多言語化された研修教材は提供されるのか。

（答）令和3年度中に、日本語能力試験のN4レベルを基準としたeラーニング教材の作成を行うとともに、介護分野の在留資格「特定技能」に係る試験を実施している言語（フィリピン、インドネシア、モンゴル、ネパール、カンボジア、ベトナム、中国、タイ、ミャンマーの言語）を基本として外国人介護職員向けのeラーニング補助教材を作成することを予定している。

Q & A（令和3年3月19日最新情報 vol.941）

○人員配置基準における両立支援

・人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてはどのように判断するのか。

（答）＜常勤の計算＞

育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、週30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

・職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。

＜同等の資質を有する者の特例＞

・常勤での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

## 2 運営に関する基準

### ◆重要事項説明

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5条）

介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第25条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得なければならない。

### ◆身体的拘束等

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13条、第43条）

第4項 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行ってはならない。

第5項 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。

第6項 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。

- 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- 三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

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（第4-11-(3)）

（3）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

「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、身体的拘束等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。

なお、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。

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

介護老人保健施設が、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。

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 身体的拘束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 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

#### （４）身体的拘束等の適正化のための指針

介護老人保健施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- 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 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

#### （５）身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修

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、当該介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護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、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施することが重要である。

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

#### ◆虐待の防止

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36条の2）

第36条の2 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、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該介護老人保健施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的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 当該介護老人保健施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該介護老人保健施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 4 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

#### ◆栄養管理

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（令和6年3月31日まで努力義務）。

#### ◆口腔衛生の管理

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17条の3）

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らない（令和6年3月31日まで努力義務）。

#### ◆食事の提供

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19条、第45条）

- 第19条 入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状態、病状及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われなければならない。
- 2 入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならない。

## ◆機能訓練

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17条）

介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行わなければならない。

入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の指導のもと、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行い、計画的・効果的な機能訓練とし、**入所者1人について、週2回以上行うこと。**

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

※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、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すること。

※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すこと。

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

## ◆管理者の責務

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14条、第24条）

- ・介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- ・従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
- ・従業者に運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

## ◆計画担当介護支援専門員の責務

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14条、第24条の2）

1. 入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業者に対する照会等により、入所者の心身の状況、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。

2. 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録する。
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。
4. 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**苦情の内容等を記録**する。
5. 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、**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。
6. **施設サービス計画の作成**を行う。

#### ①総合的な計画の作成

入所者の日常生活全般を支援する観点から、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画上に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

#### ②課題分析の実施

適切な方法により、入所者の有する日常生活上の能力や置かれている環境等の評価を通じて、入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

課題分析については、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

#### ③課題分析における留意点

解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合は、入所者やその家族との信頼関係、協働関係の構築が重要であり、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

#### ④施設サービス計画原案の作成

入所者の希望、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及び医師の治療方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、各種サービス(医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等)の具体的目標(長期的・短期的目標)、その達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。目標達成時期には計画や提供サービスの評価を行うことも重要である。

#### ⑤サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

サービス担当者会議を開催し、各担当者（医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員・栄養士等）に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求める。

※ テレビ電話装置等を活用して行うことができるが、その場合は、入院患者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入院患者等の同意を得なければならない。

#### ⑥施設サービス計画原案の説明及び同意

施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

#### ⑦施設サービス計画の交付

施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。施設サービス計画は5年間保存しておかななければならない。

#### ⑧施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

施設サービス計画の作成後も、入所者及びその家族、各担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画の実施状況を把握（モニタリング）し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行う。各担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題に変化が認められる場合は、円滑に連絡が行われる体制の整備に務めなければならない。

#### ⑨モニタリングの実施

施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）については、入所者及びその家族、各担当者との連絡を継続的に行うこととし、定期的に入所者と面接して行うこと。モニタリングの結果についても定期的に記録すること。

#### ⑩施設サービス計画の変更

施設サービス計画の変更や次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、各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、各担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。

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の区分変更認定を受けた場合

### ◆運営規程

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25条、第47条）

介護老人保健施設・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（運営規程）を定めておかななければならない。

- 1 施設の目的及び運営の方針
- 2 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3 入所定員
- 4 ユニットの数及びユニット毎の入居定員
- 5 （介護老人保健施設）

- ・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  
(ユニット型介護老人保健施設)
- ・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

- 6 施設の利用に当たっての留意事項
- 7 非常災害対策
- 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 (身体的拘束等をしない取組等)

※運営規程に定めなければならない「サービスの内容及び利用料その他の費用の額」

— (例) —

(サービス利用料その他費用の額)

1 介護保健施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は各入所者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を介護報酬告示上の額に乗じた金額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。

2 前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。  
ただし、食費、居住費については、入所者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。

(1) 食費 ○○○円 (日額) ※単位は任意。  
※短期入所サービスについては、原則として1食毎に設定すること

(2) 居住費

ユニット型個室		○○○円 (日額)
ユニット型個室的多床室		○○○円 (日額)
従来型個室		○○○円 (日額)
多床室		○○○円 (日額)

(3) 特別な室料 ○○○円

(4) 特別メニューの食費 ○○○円

(5) 理美容代 ○○○円

(6) その他の日常生活費 ○○○円

- ・日常生活の身の回り品 (歯ブラシ・化粧品・シャンプー・タオル等)
- ・教養娯楽として日常生活に必要なもの (一律に提供される教養娯楽 (テレビ・カラオケ等) は不可)
- ・健康管理費 (インフルエンザ予防接種等)
- ・預かり金の出納管理の費用 (曖昧な額は不可。積算根拠を明確にし、適切な額でなければならない)
- ・私物の洗濯代

(7) サービス提供とは関係のない費用 ○○○円

- ・個人用の日用品で、個人の嗜好による「贅沢品」
- ・個人用の日用品で、個別の希望に応じて立て替え払いで購入した費用
- ・個人専用の家電製品の電気代
- ・全くの個別の希望に応じ、施設が代わって購入する雑誌、新聞等の代金
- ・施設が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの

3 前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入所者又はその家族に対し、内容及び費用を文書で説明した上で、同意について入所者等の署名を受けることとする。

4 前第1項の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は、提供した介護保健施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に交付する。

#### (注意点)

●おむつ代、おむつカバー代、これらの洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できない。

(∵保険給付費に含まれる)

#### ●「その他の日常生活費」

施設サービスの一環として提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者等に負担させることが適当と認められるもの。

入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。(個人の自由な選択に基づく)

#### ●「その他の日常生活費」の受領基準・・・次の基準を遵守しなければならない。

- ・保険給付対象サービスと重複しない
- ・名目、内訳の明確化(お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金等のあいまいな名目による費用の徴収は認められない。)
- ・事前の説明と同意
- ・実費相当額の範囲内
- ・費用の運営規程での定めと施設での掲示(額が変動するものについては「実費」との表示で可。)

#### ●出納管理を適正に行うための要件

1. 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること
2. 出納事務の内容が、常に複数の者により確認できる体制であること

### 3. 保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳など、必要書類が備えてあること

- 「サービス提供とは関係のない費用」（個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用）については、「料金を掲示したもの以外に、入所者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収する」との表示でも可。これも、入所者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく）  
また、内容や費用の掲示・説明と同意書による確認などは「その他の日常生活費」と同様に取り扱うことが適当。

#### ●領収書

領収書には、①1割又は2割負担部分の額、②食費・居住費、③その他の費用の額（その他の日常生活費・特別なサービスの費用）を区分して記載し、③その他の費用の額はそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要がある。（施行規則）

#### ◆非常災害対策

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28条）

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

介護老人保健施設は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

#### 水防法等の一部改正（平成29年6月）

「要配慮者利用施設の利用者の避難の確保のための措置に関する計画作成等の義務化等」として、浸水想定区域内又は、土砂災害警戒区域内に所在し、市町村地域防災計画に定められた施設については、避難確保計画を作成する義務と避難訓練を実施する義務が課された。

#### ◆掲示

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31条）

- 1 介護老人保健施設は、当該介護老人保健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を掲示しなければならない。
- 2 介護老人保健施設は、前項に規定する事項を記載した書面を当該介護老人保健施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。

※県又は市から交付された許可証の写し等も同様に掲示すること。

### ◆秘密保持等

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32条）

第32条 介護老人保健施設の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

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

3 介護老人保健施設は、居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供するには、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかななければならない。

### ◆会計の区分

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37条）

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らない。

### ◆電磁的記録等

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51条）

第51条 介護老人保健施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第六条第一項（第五十条において準用する場合を含む。）及び第九条第一項（第五十条において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

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

## 第2章 介護報酬算定に関する基準

### 1 介護保健施設サービス費（1日につき）

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (iii)
		① 714	① 788
		② 759	② 836
		③ 821	③ 898
		④ 874	④ 949
⑤ 925	⑤ 1003		
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)
		① 756	① 836
		② 828	② 910
		③ 890	③ 974
		④ 946	④ 1,030
⑤ 1,003	⑤ 1,085		
介護療養型老人保健施設	II	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 739	① 818
		② 822	② 900
		③ 935	③ 1,016
		④ 1,013	④ 1,091
⑤ 1,087	⑤ 1,165		
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下 )	III	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 739	① 818
		② 816	② 894
		③ 909	③ 989
		④ 986	④ 1,063
⑤ 1,060	⑤ 1,138		
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 700	① 772
		② 744	② 820
		③ 805	③ 880
		④ 856	④ 930
⑤ 907	⑤ 982		

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (i)
		① 796	① 796
		② 841	② 841
		③ 903	③ 903
		④ 956	④ 956
⑤ 1,009	⑤ 1,009		
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (ii)
		① 841	① 841
		② 915	② 915
		③ 978	③ 978
		④ 1,035	④ 1,035
⑤ 1,090	⑤ 1,090		
介護療養型老人保健施設	II	サービス費	サービス費
		① 904	① 904
		② 987	② 987
		③ 1,100	③ 1,100
		④ 1,176	④ 1,176
⑤ 1,252	⑤ 1,252		
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下 )	III	サービス費	サービス費
		① 904	① 904
		② 980	② 980
		③ 1,074	③ 1,074
		④ 1,149	④ 1,149
⑤ 1,225	⑤ 1,225		
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費	サービス費
		① 779	① 779
		② 825	② 825
		③ 885	③ 885
		④ 937	④ 937
⑤ 988	⑤ 988		

## 【介護保健施設サービス費の算定要件】

### (1) 介護保健福祉サービス費（I）に係る施設基準（i、iii）

- (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) 通所介護費等の算定方法第13号口に規定する基準に〔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の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該入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、当該退所者の居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一以上の指示を行うこと。
- (七) 次に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が20以上であること。

### [在宅復帰・在宅療養支援等指標]

#### A 在宅復帰率

算定日が属する月の前6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50%を超える場合は20、50%以下かつ30%を超える場合は10、30%以下である場合は0となる数。

#### B ベッド回転率

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

#### C 入所前後訪問指導割合

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30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

#### **D 退所前後訪問指導割合**

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30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

#### **E 居宅サービスの実施状況**

法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、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は1、いずれか1種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は0となる数。

#### **F リハ専門職員の配置割合**

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百を乗じた数が、5以上であり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百を乗じた数がそれぞれ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 支援相談員の配置割合**

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百を乗じた数が3以上の場合は5、3未満かつ2以上の場合は3、2未満の場合は0となる数。

#### **H 要介護4又は5の割合**

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50%以上である場合は5、50%未満かつ35%以上である場合は3、35%未満である場合は0となる数。

#### **I 喀痰吸引の実施割合**

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10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

#### **J 経管栄養の実施割合**

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10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

#### **(2) 介護保健福祉サービス費（Ⅰ）に係る施設基準（ii、iv）**

- (一) (1) (一) から (六) までに該当するものであること。
- (二) (1) (七) に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が60以上であること。
- (三) 地域に貢献する活動を行っていること。
- (四) 入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。

#### **(3) 介護保健福祉サービス費（Ⅱ）に係る施設基準（i、ii）**

- (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（介護保険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。病院、診療所及び介護保険施設を除く）から入所した者の占める割合を減じて得た数が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（半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと、又は、病床数が19以下であること）があるときはこの限りでない。
- (三) 算定日が属する月の前3月間における入所者等（短期療養の利用者を含む）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（日常生活自立度のランクMに該当する者）の占める割合が20%以上であること。
- (四) (1) (一) 及び (二) に該当するものであること。

#### **(4) 削除**

#### **(5) 介護保健福祉サービス費（Ⅲ）に係る施設基準（i、ii）**

- (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。

## (6) 介護保健福祉サービス費(Ⅳ)に係る施設基準(i、ii)

(1) (一)及び(二)に該当するものであること。

### ●算定要件を満たさなくなった場合

#### I、II、IIIを算定している場合

要件を満たさなくなった場合、その翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。

なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要である。

### ●次のいずれかに該当する場合は、個室であっても、「従来型個室：定員1人」ではなく、「多床室：定員2人以上」を算定する。(ユニット型老健は対象外)

- ・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。
- ・8㎡以下の従来型個室に入所する者。
- ・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。
- ・ターミナルケア加算を算定する場合に、個室を希望し、個室に移行した場合の入所者。

※この場合、居住費(滞在費・宿泊費)も多床室と同様、**光熱水費に相当する額**となる。

### ◆入所等の日数の数え方について

1. 短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含む。
2. 同一敷地内の介護保険施設等の間で、又は、隣接・近接する敷地における介護保険施設等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場合で、利用者等が介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、**入所等の日は含み、退所等の日は含まない。**  
(例：短期入所療養介護の利用者がそのまま介護老人保健施設に入所した場合は、入所に切り替えた日について、短期入所療養介護費は算定しない。)
3. 介護保険施設等を退所等したその日に同一敷地内にある病院・診療所の医療保険適用病床、又は、隣接・近接する敷地における病院・診療所の医療保険適用病床で

あつ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入院する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては**退所等の日は算定されない**。

また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む）は、介護保険施設等においては**入所等の日は算定されない**。

4. 職員配置等基準の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

●介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分について

「厚生労働大臣が定める施設基準（H12.2.10 厚告 26）55」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。

算定時の留意事項については、「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（H12.3.8 老企 40）第2の6（5）」に定められている。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室（定員1人）	多床室（定員2人以上）
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	<b>施設基準</b> ユニットに属さない療養室（定員が1人のものに限る。）の入所者に対して行われるものであること。	<b>施設基準</b> ユニットに属さない療養室（定員が2人以上のものに限る。）の入所者に対して行われるものであること。
介護療養型 老人保健施設	II		
介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	<b>留意事項</b> ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。「従来型個室」）の入所者に対して行われる。	<b>留意事項</b> ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。「多床室」）の入所者に対して行われる。
介護老人保健施設 (その他型)	IV		

ユニット型老健		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	<b>施設基準</b> ユニットに属する療養室の入居者に対して行われるものであること。	<b>施設基準</b> ユニットに属する療養室（ユニットに属さない療養室を改修したもの）の入居者に対して行われるものであること。
介護療養型 老人保健施設	II		
介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	<b>留意事項</b> ユニットに属する居室（ユニット型個室）の入居者に対して行われる。	<b>留意事項</b> ユニットに属する居室（ユニット型個室的多床室）の入居者に対して行われる。
介護老人保健施設 (その他型)	IV		

## ◆居住費と食費について

●居住費や食費については、**入所者等と施設の契約**により決められる。

●居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針  
(H17.9.7 厚労告 419)

### 1. 適正な手続の確保

居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る契約の適正な締結を確保するため、次に掲げる当該契約に係る手続を行うこと。

- ・利用者等又はその家族に対し、当該契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。
- ・当該契約の内容について、利用者等から文書により同意を得ること。
- ・居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料について、その具体的内容、金額の設定及び変更に関し、運営規程への記載を行うとともに事業所等の見やすい場所に掲示を行うこと。

2. 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料

利用料は、次に掲げる額を基本とする。

		利用料基本額	利用料の水準の設定に当たって 勘案すべき事項
居住 費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニット型個室</li> <li>・ユニット型個室的多床室</li> <li>・従来型個室</li> </ul>	<b>室料＋光熱水費</b>  に相当する額	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。）</li> <li>・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</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多床室</li> <li>・従来型個室特例対象者が入所するもの</li> </ul>	<b>光熱水費</b>  に相当する額	
食 費		食材料費＋調理に係る費用  に相当する額	/

3. その他

利用者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料は、前号に掲げる居住、滞在及び食事の提供に係る利用料と明確に区分して受領すること。

## 2 介護報酬に係る加算及び減算

### (1) 夜勤職員基準未達の減算

夜勤を行う職員の員数について、ある月（暦月）に基準に満たない事態が、

「2日以上連続して発生」あるいは「4日以上発生」した場合、

その翌月のすべての入所者等について所定単位数が97%に減算となる。

（一部ユニット型については、基準に満たない事態がユニット以外の部分・ユニット部分のどちらで発生したかは関係なくすべての入所者が対象）

※夜勤を行う職員（看護職員又は介護職員）の定義

夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（原則として事業所又は施設ごとに設定））において夜勤を行う職員

### ユニット以外の部分

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
介護老人保健施設  I・IV	2人以上  ●指定（介護予防）短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の数の合計数「入所者等の数」が40以下の介護老人保健施設で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合  <div style="text-align: right;">1人以上</div>
介護療養型 老人保健施設  II	1. 上記基準と同一  ●次の要件のいずれにも適合する場合 ① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ② 病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が1以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所に併設する場合 ③ 併設する病院の入院患者と介護老人保健施設の入所者の数の合計が120以下である  <div style="text-align: right;">1人以上</div>

	2. 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数を41で除して得た数以上（※1）
<p style="text-align: center;"><b>介護療養型 老人保健施設</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Ⅲ</b></p> <p style="text-align: center;">（入所者等の合計数 が40以下）</p>	<p>1. <b>2人以上</b></p> <p>●常時、緊急時の連絡体制を整備している場合 <b>1人以上</b></p> <p>or</p> <p>●病院から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合</p> <p>① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る）</p> <p>② 病院に併設している場合</p> <p>③ 併設する病院の入院患者と介護老人保健施設の入所者等の数の合計が120以下である</p> <p style="text-align: right;"><b>置かないことができる</b></p> <p>or</p> <p>●一般病床又は療養病床を有する診療所から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合</p> <p>① 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数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している場合</p> <p>② 併設する診療所の入院患者と介護老人保健施設の入所者等の数の合計が19以下である</p> <p style="text-align: right;"><b>置かないことができる</b></p> <p>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（※2）</p>

### ユニットの部分

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
介護老人保健施設 <b>I・IV</b>	2ユニット毎に1人以上
介護療養型 老人保健施設 <b>II</b>	2ユニット毎に1人以上 ・夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数を41で除して得た数以上（※1）
介護療養型 老人保健施設 <b>III</b>	2ユニット毎に1人以上 ・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（※2）

(入所者等の合計数が40以下)	
-----------------	--

(※1) (ユニット型) 介護療養型老人保健施設Ⅱを算定している場合

夜勤を行う看護職員は、「一日平均夜勤看護職員数」とする。

- ・「一日平均夜勤看護職員数」は、暦月毎に夜勤時間帯（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）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して算定し、小数点第3位以下を切り捨てる。

(※2) (ユニット型) 介護療養型老人保健施設Ⅲを算定している場合

当該施設の看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜間看護のオンコール体制を整備し、必要な場合には当該施設からの緊急の呼出に応じて出勤すること。なお、病院、診療所又は訪問看護ステーションと連携する場合は、連携する病院、診療所又は訪問看護ステーションをあらかじめ定めておく必要がある。

※夜間の安全の確保及び入所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に、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数不足の未然防止を図るよう努めなければならない。
--

※ (ユニット型) 介護療養型老人保健施設Ⅱを算定している場合

<b>(2) 夜勤看護職員数基準未満の減算</b>
---------------------------

夜勤を行う看護職員に係る一日平均夜勤看護職員数が次のいずれかに該当する月においては、**すべての入所者等**について**所定単位数が97%に減算**となる。

- ①前月において一日平均夜勤看護職員数が、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。
- ②一日平均夜勤看護職員数が、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。

### (3) 定員超過利用の減算

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

※月平均の入所者数は暦月で計算し、小数点以下を切り上げる。

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。（災害・虐待等の事情による措置）

※あくまでも一時的かつ特例的なものであるため、速やかに定員超過利用を解消する必要がある。

※適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めなければならない。

#### 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27条 介護老人保健施設は、入所定員及び療養室の定員を超えて入所させてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

第49条 ユニット型介護老人保健施設は、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てはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

#### (4) 人員基準欠如の減算

- 人員基準欠如減算の対象職種は、  
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、介護支援専門員
- 看護職員、介護職員の数が人員基準から
  - ・1割を超えて減少した場合は、該当月の翌月から解消月まで
  - ・1割の範囲内で減少した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（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）
- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の数が人員基準から欠如した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（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）

すべての入所者等について所定単位数が70%に減算となる。

#### ●（一部ユニット型）の場合

- 「施設全体」で、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、介護支援専門員の数が人員基準を満たしていない、又は、「ユニット以外の部分」で、看護職員、介護職員の数が人員基準を満たしていない場合に**ユニット以外の部分が減算**となる。
- 「施設全体」で、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、介護支援専門員の数が人員基準を満たしていない、又は、「ユニット部分」で、常勤換算方法でユニット部分の入居者の数の合計数が3又はその端数を増すごとに1以上の看護職員又は介護職員の数を置いていない場合に**ユニット部分が減算**となる。

※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（小数点第2位以下切り上げ）とする。

※適正なサービスの提供を確保するために、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めなければならない。

※届け出していた看護・介護職員等の職員配置を満たせなくなった場合には、事業者又は施設は該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届けなければならない。

## (5) ユニットにおける職員に係る減算

1. 日中については、ユニット毎に常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置する。
2. ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを配置する。

ある月（暦月）において上記の基準を満たさない状況が発生した場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、**ユニット部分の入所者全員**について、**1日につき所定単位数の97%**に相当する単位数を算定する。（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。）

## (6) 身体拘束廃止未実施減算

▲所定単位数の10%

施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、**身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合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、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を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。

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13条、第43条）

第4項 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行ってはならない。

第5項 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。

第6項 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。

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

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

※記録は5年間保存しなければならない。

- ※記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
- ※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・期間等を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）

令和3年Q & A (vol. 2) (令和3年3月23日最新情報vol. 948)

問88 身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3カ月後に改善計画に基づく改善状況を市町村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」こととされているが、施設から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

(答)

改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設から改善計画が提出され、事実が生じた月から3カ月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

### (7) 栄養管理の基準を満たさない場

▲1日につき14単位

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。）。

※ 令和6年3月31日までの間は経過措置期間

(栄養管理)

第十七条の二 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。

## **(8) 安全管理体制未実施減算**

▲ 1日につき5単位

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。

## **(9) 夜勤職員配置加算**

24単位/日

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、

### ●入所者等の数が41以上の場合

・入所者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ、2を超える。

### ●入所者等の数が40以下の場合

・入所者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上、かつ、1を超える。

※夜勤を行う職員の数は、「一日平均夜勤職員数」とする。

「一日平均夜勤職員数」は、暦月毎に夜勤時間帯（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）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して算定し、小数点第3位以下を切り捨てる。

※一部ユニット型介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については、**ユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。**

※認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については**認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。**

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（IV）を算定している場合算定不可

## **(10) 短期集中リハビリテーション実施加算**

240単位/日

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、1日につき240単位を所定単位数に加算する。

※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週につき概ね3日以上実施する場合をいう。

※当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる。ただし、次の場合はこの限りではない。

- ・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、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者。
- ・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、次に定める状態である者。

- ①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
- ②上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（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

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(11) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

240単位/日

認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士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240単位を所定単位数に加算する。

- 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。

- 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。

※認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の**在宅復帰を目的**として行うものであり、**記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施**することを標準とする。

※**精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師**により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、**リハビリテーション実施計画に基づき**、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士等）が**記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施**した場合に算定できる。

なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは**認知症に対して効果の期待できる**ものであること。

※当該リハビリテーションに関わる医師は**精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了している**こと。  
なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。

※**1人の医師又は理学療法士等が1人の入所者に対して個別に行った場合のみ算定**する。

※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。（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。）

※当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね5点～25点に相当する者とする。

※当該リハビリテーションに関する**記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は入所者毎に保管**すること。

※短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。

※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。

## (12) 若年性認知症入所者受入加算

120単位/日

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）に対して介護保健施設サービスを行った場合は、1日につき120単位を所定単位数に加算する。

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。

※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。

## (13) 認知症ケア加算

76単位/日

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76単位を所定単位数に加算する。

- 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とを区別**していること。
- 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**適当な施設及び設備を有していること。**
  - ・**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**。（原則として、同一の建物又は階において、他の指定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ないもの。）
  - ・施設の**入所定員は40人を標準**とすること。
  - ・施設に**入所定員の1割以上の数の個室**を設けていること。
  - ・施設に療養室以外の生活の場として**入所定員1人当たり面積が2㎡以上のデイルーム**を設けていること。
  - ・施設に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。

- 介護保健施設サービスの**単位ごとの入所者の数**について、**10人を標準**とすること。
- 介護保健施設サービスの単位ごとに**固定した介護職員又は看護職員を配置**すること。
- ユニット型でない**こと。

※「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。

※従業者が1人1人の入所者について、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」が求められるので、認知症専門棟における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。

- ・日中については**入所者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。

- ・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夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置**すること。

※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。

#### (14) 外泊時の費用の算定

362単位/日

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

- ※入所者の外泊の期間中にそのまま退所した場合、退所した日の外泊時の費用は算定可。
- ※入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合は、入院日以降についての外泊時の費用は算定不可。
- ※入所者の外泊の期間中で、かつ、外泊時の費用の算定期間中は、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事が原則である。しかし、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事は可能であるが、この場合は、外泊時の費用の算定はできない。
- ※1回の外泊で月をまたがる場合には、最大で連続13泊(12日分)までの外泊時の費用の算定が可能。このように月を連続してまたがる場合にのみ最大12日分の算定ができ、毎月ごとに6日分の外泊時の費用の算定ができるものではない。
- ※「外泊」には入所者の親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。

**(15) 外泊時在宅サービスを利用したときの費用の算定**

800単位/日

入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、**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800単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。また、外泊時費用を算定している際には、併算定できない。**

- ※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、支援相談員、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。
- ※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
- ※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、計画に基づく適切は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療養介護に活用することは可能であるが、この場合は、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。

## (16) ターミナルケア加算

- 【(ユニット型) 介護老人保健施設】 (従来型老健)
  - 死亡日以前 31 日以上 45 日以下については 80 単位/日
  - 死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 160 単位/日
  - 死亡日の前日及び前々日については 820 単位/日
  - 死亡日については 1650 単位/日
- 【(ユニット型) 介護療養型老人保健施設】 (転換型老健)
  - 死亡日以前 31 日以上 45 日以下については 80 単位/日
  - 死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 160 単位/日
  - 死亡日の前日及び前々日については 850 単位/日
  - 死亡日については 1700 単位/日

を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。

イ ターミナルケア加算は、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設けたものである。

ロ ターミナルケア加算は、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、ターミナルケア加算を算定することはできない。）

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。

ハ 介護老人保健施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア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、前月分のターミナルケア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。

ニ 介護老人保健施設は、施設退所の後も、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。

ホ 外泊又は退所の当日についてターミナルケア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、ターミナルケア加算の算定が可能である。

ヘ 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、本人が十分に判断をできる状態になく、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思われる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能である。

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。

ト ターミナルケア加算を算定するに当たっては、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、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきであること。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。

注13 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あって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所するもの（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、介護保健施設サービス費を支給する場合は、当分の間、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（ⅱⅴ）、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。

## ●入所者要件

- ・ 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。
- ・ 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者の**ターミナルケアに係る計画が作成**されていること。
- ・ 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**、本人又はその家族への**説明**を行い、**同意を得て**、ターミナルケアが行われていること。

## (17) 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

在宅復帰・在宅療養支援機能加算

(Ⅱ) 46単位/日

※併算定不可

- ① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)については、以下の要件を満たすこと。
  - [在宅復帰・在宅療養支援等指標] A～Jの計が40以上であること。
  - 「地域に貢献する活動」を行っていること。
  - 基本型介護老人保健施設サービス費を算定していること。
  
- ② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)については、以下の要件を満たすこと。
  - [在宅復帰・在宅療養支援等指標] A～Jの計が70以上であること。
  - 在宅強化型介護老人保健施設サービス費を算定していること。

### ※ [在宅復帰・在宅療養支援等指標] (再掲)

#### A 在宅復帰率

算定日が属する月の前6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50%を超える場合は20、50%以下かつ30%を超える場合は10、30%以下である場合は0となる数。

#### B ベッド回転率

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

#### C 入所前後訪問指導割合

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30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

#### D 退所前後訪問指導割合

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30%以上である場合は10、30%未満かつ10%以上である場合は5、10%未満である場合は0となる数。

#### **E 居宅サービスの実施状況**

法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、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は1、いずれか1種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は0となる数。

#### **F リハ専門職員の配置割合**

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百を乗じた数が、5以上であり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百を乗じた数がそれぞれ0.2以上である場合は5、5以上の場合には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 支援相談員の配置割合**

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入所者の数で除した数に百を乗じた数が3以上の場合には5、3未満かつ2以上の場合には3、2未満の場合には0となる数。

#### **H 要介護4又は5の割合**

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50%以上である場合は5、50%未満かつ35%以上である場合は3、35%未満である場合は0となる数。

#### **I 喀痰吸引の実施割合**

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10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

#### **J 経管栄養の実施割合**

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10%以上である場合は5、10%未満かつ5%以上である場合は3、5%未満である場合は0となる数。

※「地域貢献活動」とは、以下の考え方によるものとする。

- ・地域との連携については、基準省令において、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、自ら創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。
- ・当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護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。
- ・当該基準については、平成30年度に限り、平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしているところであるが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましいものであること。また、既に当該基準に適合する活動を実施している介護老人保健施設においては、更に創意工夫を行うよう努めることが望ましい。

令和3年Q & A (vol. 2) (令和3年3月23日最新情報 vol. 948)

(問44) 「喀痰吸引が実施された者」について、介護医療院では、「過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中<入所時を含む>に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者、または2015年度から2020年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(2014年度以前においては、口腔機能維持管理加算、または口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者および2015年度から2020年度においては口腔衛生管理加算、または口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」されているが、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標で求められる「喀痰吸引が実施された者」についても同様に考えてよいか。

また、「経管栄養が実施された者」についても、介護医療院では、「過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中<入所時を含む>に経管栄養が実施されていた者)であつて、経口維持加算を算定している者、または管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者(2020年度以前においては、経口維持加算、または栄養マネジメント加算を算定されていた者)については、経管栄養が実施されている者として取り扱うもの」とされており、これも同様に考えてよいか。

(答)

- ・いずれも貴見のとおり。
- ・したがって、例えば、「喀痰吸引が実施された者」の割合については、現に喀痰吸引を実施している者及び過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中<入所時を含む>に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されているもの、または2015年度から2020年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしているもの(2014年度以前においては、口腔機能維持管理加算、または口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者および2015年度から2020年度においては口腔衛生管理加算、または口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)の直近3カ月間の延入所者数(入所延べ日数)を当該施設の直近3カ月間の延入所者数(入所延べ日数)で除した割合となる。

**(18) 初期加算**

30単位/日

入所した日から起算して30日以内の期間について、1日につき所定単位数を加算する。

※入所者については、施設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、1日につき30単位を加算する。

※「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**。

※当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係

・当該入所者が**過去3月間**(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該施設に**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を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定する。

※(ユニット型)介護老人保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している場合算定不可

**(19) 再入所時栄養連携加算**

200単位/回

●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「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「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。

※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。

※当該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（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」等を遵守していること。）、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。

※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。

#### ※介護療養型老人保健施設が算定する

##### (20) 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

※算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(21) 入所前後訪問指導加算**

入所前後訪問指導加算（Ⅰ） 450単位/日

入所前後訪問指導加算（Ⅱ） 480単位/日

※併算定不可

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。

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、入所予定者およ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、入所予定者およ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 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。
  - 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。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

## (22) 退所時等支援等加算

- 1. 退所時等支援加算
  - ・ 試行的退所時指導加算 400単位
  - ・ 退所時情報提供加算 500単位
  - ・ 入退所前連携加算（Ⅰ）600単位
  - ・ 入退所前連携加算（Ⅱ）400単位
- 2. 訪問看護指示加算 300単位

**試行的退所時指導加算** 400単位

注1 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。

※退所時指導の内容は、次のようなものであること。

- ・ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- ・ 退所する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
- ・退所する者の介助方法の指導

※注1により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。

- ・試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
- ・当該入所者又は家族に対し、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。
- ・入所者の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ていない場合は、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。
- ・試行的退所期間中は、介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。
- ・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、介護老人保健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。

※試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できない。

- ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・死亡退所の場合

※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。

※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。

※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

入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、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を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

※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、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。

※退所時情報提供加算は、次の場合には算定できない。

- ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
- ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
- ・死亡退所の場合

入退所前連携加算（Ⅰ） 600単位

入退所前連携加算（Ⅱ） 400単位

### 入退所前連携加算（Ⅰ）の算定要件

①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。

②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または地域密着型サービスを利用する場合において、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また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または地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

### 入退所前連携加算（Ⅱ）の算定要件

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または地域密着型サービスを利用する場合において、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また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または地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

\* 加算Ⅰ・Ⅱの併算定は不可

\* 加算Ⅰ・Ⅱともに、入所者1人につき1回を限度として算定

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

問89 介護保険施設サービスにおける退所前連携加算における「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」とは、具体的にどのような調整が考えられるのか。

(答) 例えば、退所後に福祉用具の利用が必要と見込まれる場合においては、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等と以下の連携を行うことが考えられる。

退所前から福祉用具専門相談員等と利用者の現状の動作能力や退所後に生じる生活課題等を共有し、利用者の状態に適した福祉用具の選定を行う。

退所する利用者が在宅で円滑に福祉用具を利用することができるよう、利用者や家族等に対して、入所中から福祉用具の利用方法等の指導助言を行う。

## 2. 訪問看護指示加算 300単位

入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、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（訪問看護サービスを行う場合に限る）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る）の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう）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。

※介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書（様式別途通知）に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は一月であるものとみなす。

※訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。

※訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えない。

※交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。

※訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、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。

## (23) 栄養マネジメント強化加算

11 単位/日

### <算定要件>

- 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、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（P l a n）、当該計画に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

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。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(24) 経口移行加算**

28単位/日

- 1 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、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に該当する場合は算定しない。
- 2 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。

●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であること。  
（∵定員超過、人員基準違反でないこと。）

- ① 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。
- イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護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、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイから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拳上が認められること。）。

ニ 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。

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

④ 入所者の口腔状態によっては、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。

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

(問91) 経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。

(答) 本加算の算定要件としては管理栄養士の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(25) 経口維持加算**

1. 経口維持加算（Ⅰ）400単位／月
2. 経口維持加算（Ⅱ）100単位／月

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。

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プ」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、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。

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（指定介護老人福祉施設基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか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。

令和3年Q&A（vol.3）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

（問92）原則、6月以内に限るとする算定要件が廃止されたが、6月を超えた場合の検査やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示も不要となるか。

（答）原則、6月以内に限るとする算定要件の廃止に伴い、6月を超えた場合の水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等やおおむね1月ごとの医師又は歯科医師の指示に係る要件は廃止となったものの、月1回以上行うこととされている食事の観察及び会議等において、検査や誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理を行う必要性について検討し、必要に応じて対応されたい。

令和3年Q&A（vol.3）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

（問93）経口維持加算の算定に当たっては、管理栄養士や看護師の配置は必須なのか。

（答）本加算の算定要件としては管理栄養士や看護師の配置は必須ではないが、栄養管理に係る減算に該当する場合は、算定しない。

令和3年Q&A（vol.3）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

（問94）水飲みテストとはどのようなものか。

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

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(26) 口腔衛生管理加算**

口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90単位／月  
口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110単位／月

イ 口腔（くう）衛生管理加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （１） 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔（くう）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（くう）衛生等の管理を月二回以上行うこと。
- （３） 歯科衛生士が、（１）における入所者に係る口腔（くう）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（くう）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） 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ 口腔（くう）衛生管理加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （１） イ（１）から（５）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （２） 入所者ごとの口腔（くう）衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔（くう）衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔（くう）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。

① 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。

- ② 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。
- 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、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（P l a n）、当該決定に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

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。

令和3年Q & A（vol.3）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

（問95）口腔衛生管理加算の算定に当たって、作成することとなっている「口腔衛生管理加算の実施計画」はサービスを提供する利用者毎に作成するのか。

（答）貴見のとおり。

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

(問96) 口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。

(答) 施設と雇用関係にある歯科衛生士(常勤・非常勤を問わない)または、協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。

ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

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

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

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

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

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

## (27) 療養食加算

6単位/回(1日につき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。

### ●加算の対象となる療養食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する**食事箋に基づいて**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。**

●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。

●定員超過、人員基準違反でないこと。

●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<sup>+</sup>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×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。

※療養食の献立表が作成されていること。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**(28) 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  
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240 単位  
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100 単位  
（入所者 1 人につき 1 回を限度）

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1）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）入所後一月以内に、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退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一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） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(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、処方にあたって、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)** 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(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) 当該入所者に六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て一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、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて一種類以上減少していること。

令和3年Q & A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

(問105) かかりつけ医連携薬剤調整加算については、介護老人保健施設の医師、または常勤の薬剤師が、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とされているが、全国老人保健施設協会、日本病院薬剤師会などの団体が開催する研修において、高齢者の薬物療法に関する内容として、加齢に伴う身体機能・薬物動態の変化、慎重な投与を要する医薬品等の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

(答) ・差し支えない。

・なお、研修を受けた常勤の薬剤師は、入所者やその家族、他職種等から薬剤やその影響等の情報収集を行い、必要な情報を医師に報告するとともに、処方変更の具体的な提案や副作用の発現モニタリング、処方変更後の経過確認、退所に向けた用法整理等の提案等を行うこと。

**(29) 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/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事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。

- ① 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ② サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（P l a n）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（D o）、当該実施内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づ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。

令和3年Q & A（vol. 2）（令和3年3月23日最新情報 vol. 948）

（問42）リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算について、「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考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1および2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」「担当職種」「健康状態、経過（原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る）」「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」「心身機能・構造」「活動（基本動作、活動範囲など）」「活動（A D L）」「リハビリテーションの短期目標（今後3カ月）」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの終了目安」「社会参加の状況」「リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る）」の各項目に係る情報を全て提出しフィードバックを受けることができる。

このフィードバック情報を活用することで、利用者等の状態やケアの実績の変化等を踏まえたケア計画等を見直し・改善を行った場合は、別紙様式1から5までに係るその他の情報を提出していない場合であっても算定可能と考えて差し支えないか。

（答）

差し支えない。

## (30) 緊急時施設療養費

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 518単位/日

- ・入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。
- ・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。

### 2. 特定治療

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。

※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。

#### 1. 緊急時治療管理

- ・入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、1日につき518単位を算定する。
- ・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ため、例えば、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。
- ・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。
- ・緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。
  - ・意識障害又は昏睡
  - ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
  - ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
  - ・ショック
  - ・重篤な代謝障害
  - ・その他薬物中毒等で重篤なもの

## 2. 特定治療

- ・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。
- ・算定できないものは、次のとおり。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。

(別に厚生労働大臣が定めるもの)

医科診療報酬点数表第2章第7部により点数の算定されるリハビリテーション、同章第9部により点数の算定される処置（同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む）、同章第10部により点数の算定される手術及び同章第11部により点数の算定される麻酔

### 1 第7部リハビリテーションに掲げるリハビリテーションのうち次に掲げるもの

- ・脳血管疾患等リハビリテーション料（言語聴覚療法に係るものに限る）
- ・摂食機能療法
- ・視能訓練

### 2 第9部処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

#### ①一般処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

- ・創傷処置（6000cm<sup>2</sup>以上のもの（褥瘡に係るものを除く）を除く）、
- ・熱傷処置（6000cm<sup>2</sup>以上のものを除く）、
- ・重度褥瘡処置、
- ・長期療養患者褥瘡等措置、
- ・精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置、
- ・爪甲除去（麻酔を要しないもの）、
- ・穿刺排膿後薬液注入、
- ・空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置、
- ・ドレーン法（ドレナージ）、
- ・頸椎、胸椎又は腰椎穿刺、
- ・胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む）、
- ・腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む）、
- ・喀痰吸引、
- ・干涉低周波去痰器による喀痰排出、
- ・高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、
- ・摘便、
- ・腰椎麻酔下直腸内異物除去、
- ・腸内ガス排気処置（開腹手術後）、
- ・酸素吸入、
- ・突発性難聴に対する酸素療法、
- ・酸素テント、
- ・間歇的陽圧吸入法、
- ・体外式陰圧人工呼吸器治療、
- ・肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）、
- ・非還納性ヘルニア徒手整復法、
- ・痔核嵌頓整復法（脱肛を含む）

#### ②救急措置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

- ・救命のための気管内挿管、
- ・体表面ペーシング法又は食道ペーシング法、
- ・人工呼吸、
- ・非開胸的心マッサージ、
- ・気管内洗浄、
- ・胃洗浄

#### ③皮膚科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

- ・皮膚科軟膏処置、
- ・いぼ焼灼法、
- ・イオントフォレーゼ、
- ・臍肉芽腫切除術

#### ④泌尿器科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

- ・膀胱洗浄（薬液注入を含む）、・後部尿道洗浄（ウルツマン）、
- ・留置カテーテル設置、・嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）
- ⑤産婦人科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
  - ・膣洗浄（熱性洗浄を含む）、・子宮頸管内への薬物挿入法
- ⑥眼科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
  - ・眼処置、・義眼処置、・睫毛抜去、・結膜異物除去
- ⑦耳鼻咽喉科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
  - ・耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む）、
  - ・鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）、
  - ・口腔、咽頭処置、・間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）、
  - ・鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）、
  - ・耳垢栓除去（複雑なもの）、・ネブライザー、・超音波ネブライザー
- ⑧整形外科的処置に掲げる処置（鋼線等による直達牽引を除く）
- ⑨栄養処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
  - ・鼻腔栄養、・滋養浣腸
- 3 第10部手術に掲げる手術のうち次に掲げるもの
  - ・創傷処置（長径5cm以上で筋肉、臓器に達するものを除く）、
  - ・皮膚切開術（長径20cm未満のものに限る）、
  - ・デブリードマン（100cm<sup>2</sup>未満のものに限る）、・爪甲除去術、
  - ・瘰癧手術、・風棘手術、
  - ・外耳道異物除去術（極めて複雑なものを除く）、・咽頭異物摘出術、
  - ・顎関節脱臼非観血的整復術、・血管露出術
- 4 第11部麻酔に掲げる麻酔のうち次に掲げるもの
  - ・静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔
  - ・硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
- 5 1～4までに掲げるリハビリテーション、処置、手術又は麻酔に最も近似するものとして医科診療報酬点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション、処置、手術及び麻酔

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

(31) 所定疾患施設療養費

1. 所定疾患施設療養費（Ⅰ）239単位／日

2. 所定疾患施設療養費（Ⅱ）480単位／日

※併算定不可

① 所定疾患施設療養費（Ⅰ）については、以下の要件を満たすこと。

- 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録に記載していること。
- 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。

② 所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、以下の要件を満たすこと。

- 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。
- 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。
- 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。

**所定疾患施設療養費（Ⅰ）・所定疾患施設療養費（Ⅱ）共通**

※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。

※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。

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹
- ・ 蜂窩織炎

※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。

※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。

**所定疾患施設療養費（Ⅰ）のみ**

※所定疾患施設療養費（Ⅰ）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7日を限度とし、月1回に限り算定するものであること、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。

※算定する場合にあつては、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。

**所定疾患施設療養費（Ⅱ）のみ**

※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ため、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。

※算定する場合にあつては、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、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。

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。

※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、尿路感染症及び带状疱疹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。

令和3年Q & A (vol. 2) (令和3年3月23日最新情報vol. 948)

問43 所定疾患施設療養費(Ⅱ)については、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、带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とされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会などの団体が開催する研修において、感染症対策に関する内容として、肺炎、尿路感染症、带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、薬剤耐性菌の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

(答)

差し支えない。

### (32) 認知症専門ケア加算

1. 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日
2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

「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」(=対象者)に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に、1日につき所定単位数を加算する。

認知症専門ケア加算（Ⅰ）と認知症専門ケア加算（Ⅱ）どちらか一つしか算定できない。

### 1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- ①入所者の総数のうち、対象者の占める割合が1／2以上（届出日の属する月の前3月の各月末時点の平均で算定）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、対象者数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は「1＋（対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1）」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に行っていること。

### 2. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）

- ①認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準に適合していること。
- 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。

\* 「認知症ケアに関する留意事項の伝達また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。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。

令和3年Q & A (vol.4) (令和3年3月26日最新情報 vol.953)

（問29）認知症専門ケア加算の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

（答）・現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」および「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」  
・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

- ※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」  
＝ 「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者」
- ※「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）、「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。
- ※「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。

### (33) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

200単位/日

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。
- ※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。
- ※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。
- ※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。

※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。

#### (34) 認知症情報提供加算

350単位

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、認知症疾患医療センターや認知症の鑑別診断等に係る専門医療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。

※「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。

※「認知症のおそれがある」とは、MMSE（Min Mental State Examination）において概ね23点以下、又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね20点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいう。

※「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での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ものである。

※「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。

※「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、以下のいずれの要件も満たす保険医療機関をいう。

- ・認知症疾患の鑑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。
- ・コンピューター断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像検査（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かつ何らかの具体的な手続きを行っている都道府県若しくは政令指定都市が認めるもの。
- ・併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。

※「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保険医療機関である。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。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

**（35）地域連携診療計画情報提供加算** 300単位

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、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。

- ※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（計画管理病院）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（総治療期間）、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。
- ※当該加算は、以下の疾患について、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。
- ・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）
  - ・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）
- ※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。
- ※当該加算を算定する施設は、「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おり、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。」を満たす必要がある。

※（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）を算定する場合のみ算定

(36) 褥瘡マネジメント加算

(Ⅰ) 3単位/月

(Ⅱ) 13単位/月

イ 褥（じよく）瘡（そう）マネジメント加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 入所者又は利用者ごとに褥（じよく）瘡（そう）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、その後少なくとも三月に一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、褥（じよく）瘡（そう）管理の実施に当たって、当

該情報その他褥（じよく）瘡（そう）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。

(2) (1) の評価の結果、褥（じよく）瘡（そう）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（じよく）瘡（そう）管理に関する褥（じよく）瘡（そう）ケア計画を作成していること。

(3) 入所者ごとの褥（じよく）瘡（そう）ケア計画に従い褥（じよく）瘡（そう）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。

(4) (1) の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥（じよく）瘡（そう）ケア計画を見直していること。

ロ 褥（じよく）瘡（そう）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。

(1) イ（1）から（4）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) イ（1）の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥（じよく）瘡（そう）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（じよく）瘡（そう）の発生のないこと。

- 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）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都道府県知事に届け出た日の属する月及び当

該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月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(4)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。

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.952)

(問104) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。

(答) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。

### (37) 排せつ支援加算

- (Ⅰ) 1月につき10単位
- (Ⅱ) 1月につき15単位
- (Ⅲ) 1月につき20単位

イ 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。

(1) 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価し、その後少なくとも六月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(2) (1) の評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、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。

(3) (1) の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

ロ 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。

(1) イ(1) から(3) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

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

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

ハ 排せつ支援加算(Ⅲ) イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

令和3年Q&A(vol.3)(令和3年3月26日最新情報vol.952)

(問101) 排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

(答) 排せつ支援加算(Ⅰ)は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、LIFEを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。

令和3年Q&A(vol.3)(令和3年3月26日最新情報vol.952)

(問102) 排せつ支援加算(Ⅱ)または(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

(答) 使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。

令和3年Q&A(vol.3)(令和3年3月26日最新情報vol.952)

(問103) 排せつ支援加算(Ⅱ)または(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

(答) おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。

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都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

⑦ 大臣基準第 71 号の 3 イ（1）の評価結果等の情報の提出については、L I F E を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

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

⑧ 大臣基準第 71 号の 3 イ（2）の「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。

⑨ 大臣基準第 71 号の 3 イ（2）の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむ

つ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。

⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護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。

## (38) 安全対策体制加算

20単位（入所時に1回）

介護保健施設サービスにおける安全対策体制加算に係る施設基準

- イ 介護老人保健施設基準第三十六条第一項に規定する基準に適合していること。
- ロ 介護老人保健施設基準第三十六条第一項第四号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
- ハ 当該介護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。

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

令和3年Q&A（vol.2）（令和3年3月23日最新情報 vol.948）

問39 安全対策体制加算について、安全対策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が要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

（答）・本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。

・外部の研修は、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り、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修を想定している。

令和3年Q&A (vol. 2) (令和3年3月23日最新情報 vol. 948)

問40 安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

(答) 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

### (39) 自立支援促進加算

300単位/月

- イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。
- ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ニ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

- 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。

令和3年Q&A (vol.2) (令和3年3月23日最新情報 vol.948)

問41 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が要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

（答）本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人、または家族に説明した上で、実施することが必要である。

令和3年Q&A (vol.10) (令和3年6月9日最新情報 vol.991)

問6 支援計画の実施（「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」第2の5(37)⑥a～f等に基づくものをいう。以下同）にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために 離床 座位保持又は立ち上

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

・なお、

－ 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が低い傾向にある（※）とのデータ等もあることを参考に、一定の時間を確保すること

－ 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むことも重要である。

※第185回社会保障審議会介護給付費分科会資料123ページを参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>

(40)

サービス提供体制強化加算

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

#### 介護保健施設サービスにおけるサービス提供体制強化加算の基準

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（1） 次のいずれかに適合すること。

（一） 介護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百分の八十以上であること。

（二） 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が百分の三十五以上であること。

（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、人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（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百分の六十以上であること。

（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） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）次のいずれかに適合すること。

（一）介護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百分の五十以上であること。

（二）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百分の七十五以上であること。

（三）介護保健施設サービスを利用者又は入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。

（２）イ（３）に該当するものであること。

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。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。

② 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第１の５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。
- 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。

\* 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。

\* 同一の事業所において指定介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合には、本加算の計算も一体的に行うこととする。

#### (41) 介護職員処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事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する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

1. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）  
算定した単位数の1000分の39に相当する単位数
2. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）  
算定した単位数の1000分の29に相当する単位数
3. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）  
算定した単位数の1000分の16に相当する単位数

#### (42) 介護職員等特定処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事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する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

1. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

算定した単位数の1000分の21に相当する単位数

## 2. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

### (43) 介護職員等ベースアップ等支援加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事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する。

#### 1. 介護職員等ベースアップ等支援加算

算定した単位数の1000分の16に相当する単位数

※ 処遇改善加算の詳細については、以下を参照すること。

- ・ 介護サービス事業者等集団指導《共通編》
- ・ 厚生労働省局長通知「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）
- ・ 県、市ホームページ  
熊本県ホームページ：ホーム＞組織でさがす＞健康福祉部＞高齢者支援課＞「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算および介護職員等ベースアップ等支援加算」（ページ番号：50973）  
熊本市ホームページ：トップページ＞分類から探す＞しごと・産業・事業者向け＞届出・証明・法令・規制＞介護・福祉＞介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設が算定する

### (44) 特別療養費

入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定めるものを行った場合に、特別療養費として、別に厚生労働大臣が定める単位数に10円を乗じて得た額を所定単位数に加算する。

→「厚生労働大臣が定める特別療養費に係る指導管理等及び単位数」

※（ユニット型）介護療養型老人保健施設が算定する

## (45) 療養体制維持特別加算

1. 療養体制維持特別加算（Ⅰ） 27単位／日
2. 療養体制維持特別加算（Ⅱ） 57単位／日

※併算定可

1. 療養体制維持特別加算（Ⅰ）については、次の要件を満たす場合、1日につき27単位を所定単位数に加算する。

● 次のいずれかに該当すること。

① 転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）、ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅱ）を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であったこと。

② 転換を行う直前において、診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料1の施設基準に適合する病棟、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(2)イ②に規定する20対1配置病棟、新基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）第5の3(2)ロ①2に規定する20対1配置病棟を有するものであったこと。

● 看護・介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で入所者等の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

● 定員超過、人員基準違反でないこと。

2. 療養体制維持特別加算（Ⅱ）については、次の要件を満たす場合、1日につき57単位を所定単位数に加算する。

次のいずれにも該当すること。

● 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が100分の20以上であること。

● 算定日が属する月の前3月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又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50以上であること。

### 療養体制維持特別加算（Ⅰ）

※療養体制維持特別加算（Ⅰ）は、介護療養型老人保健施設の定員のうち、転換前に4：1の介護職員配置を施設基準上の要件とする介護療養施設サービス費を算定する指定介護療養型医療施設又は医療保険の療養病棟入院基本料1の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であったものの占める割合が1／2以上である場合に、転換前の療養体制を維持しつつ、質の高いケアを提供するための介護職員の配置を評価するもの。

### 療養体制維持特別加算（Ⅱ）

※療養体制維持特別加算（Ⅱ）にかかるとの施設基準第十八号ロ（2）の基準において「著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すよう

な症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はⅢに該当する者をいうものであること。

#### (46) 科学的介護推進体制加算

(1) 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40単位/月

(2) 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 60単位/月

介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおける科学的介護推進体制加算の基準

イ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔（く）機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

(2) 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

ロ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ（1）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、イ（1）に規定する情報、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

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（1）及びロ（1）の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更

なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

- イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（P l a n）。
  - 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（D o）。
  - ハ L 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（C h e c k）。
  - 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（A c t i o n）。
- 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。

### 3 加算の留意点

#### ●留意点

1. ミスによる報酬返還を防止するため、単位数表・解釈通知・関連する告示・厚生  
労働省が発したQ & A等をよく確認すること。  
◎「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」、◎「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」、◎「厚生労働大臣が定める基準に  
適合する利用者等」、◎「厚生労働大臣が定める基準」、◎「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」、◎「厚生労働大臣が定める施設基準」、◎「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」、◎厚生労働省が発した各種Q & A、連絡事項  
など
2. 加算には**複数の要件と必須とされる記録**がある。要件等は、単位数表、解釈  
通知その他の通知類及びQ & A等に分散しているため注意すること。
3. 明文上必須とされている要件や記録については、加算算定要件を満たしているこ  
とが事後的に確認できなければならない。事後調査等で、加算算定時点に要件に合  
致していないことが判明した場合は、加算全体が無効になる。  
これらの要件や記録は、行政機関等の監査のために作成するものではなく、**介護  
報酬を請求するための根拠**であるので、請求にあたっては、これらの書類に基  
づいて行うことになる。

#### ●説明と同意

1. 個別的なサービスに係る加算については、基本的に、入所者又はその家族に対す  
る説明と同意が必須である。

2. 他の算定要件が満たされていても、**同意がなければ算定できない。**

#### ●サービス提供と加算

1. 各種加算には一定の必要要件があるが、これは加算算定を行うための要件に過ぎない。よって、これらの要件を満たさないという理由で、各種サービスの提供ができないということではない。単に、加算算定ができないというだけである。この場合、各種該当サービスは基本報酬の範疇で行われると考えられる。
2. 原則として入所者全員に算定するものとされている加算については、入所者全員について算定要件を満たすよう努める必要がある。個々に算定要件を満たしていない場合は当該入所者については算定できない。

#### ●加算の届出と算定開始月

1. 加算等については、**届出受理日の翌月（受理日が1日の場合はその月）から算定**を開始する。加算等の体制届出については直接県の高齢者支援課介護サービス班（熊本市内の施設は熊本市の介護保険課）に届け出る。
2. 施設の体制等が加算等の基準に該当しなくなった場合は、その日から加算の算定はできない。また、その旨を速やかに届け出なければならない。

### 第3章 その他留意事項等

#### 1 介護保険法遵守義務

- ・ 変更許可（法第94条第2項）
- ・ 管理者の承認（法第95条）
- ・ 変更届（法第99条）

#### 変更許可

- 第94条 介護老人保健施設を開設しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の許可を受けなければならない。
- 2 介護老人保健施設を開設した者（以下「介護老人保健施設の開設者」という。）が、当該介護老人保健施設の入所定員その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときも、前項と同様とする。

- 入所定員、敷地の面積及び平面図、建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示する）並びに施設及び構造設備の概要、施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画、**運営規程の従業者の職種・員数・職務内容・入所定員に係る部分**、協力病院を変更するときは、熊本県知事又は熊本市長の許可が必要。  
ただし、入所定員・療養室の定員数を減少させようとするときは、許可は不要。

#### 管理者の承認

- 第95条 介護老人保健施設の開設者は、都道府県知事の承認を受けた医師に当該介護老人保健施設を管理させなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、介護老人保健施設の開設者は、都道府県知事の承認を受け、医師以外の者に当該介護老人保健施設を管理させることができる。

- 介護老人保健施設の管理者になるには、熊本県知事又は熊本市長の承認が必要。管理者を変更する場合も、同様に熊本県知事又は熊本市長の承認が必要。

## 変更届

第99条 介護老人保健施設の開設者は、第94条第2項の規定による許可に係る事項を除き、当該介護老人保健施設の開設者の住所その他の厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該介護老人保健施設を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

## 2 入所者についての診療報酬

入所者の症状からみて、施設では必要な医療を提供することが**困難な場合**は、保険医療機関の医療を受ける（他科受診）ことができるが、不必要な往診・通院は認められない。

- ・ 「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」（平成12年老企第59号）
- ・ 「『医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について』の一部改正について」（平成26年3月28日保医発第0328第1号）

## 3 介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

### 経過措置

- (1) 療養病床等を有する病院（医療法第七条第二項に規定する精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床又は一般病床を有する病院。以下同じ。）又は病床を有する診療所（療養病床又は一般病床を有する診療所。以下同じ。）の開設者が、当該病院の療養病床等を平成36年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者1人当たり6.4平方メートル以上とする。（基準省令附則第2条）
- (2) 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の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を平成36年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る建物の耐火構造については、基準省令第6条第1項第1号の規定は適用せず、建築基準法の基準によるものでよいこととする。（基準省令附則第3条）
- (3) 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の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を平成36年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設

する場合における当該転換に係る屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよいこととする。（基準省令附則第4条）

(4) 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の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の療養病床等を平成36年3月31日までの間に転換を行って介護医療院を開設する場合における当該転換に係る療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2メートル以上（ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6メートル以上）であればよいこととする。（基準省令附則第5条）

(5) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に、療養病床等を有する病院又は病床を有する診療所の開設者が、当該病院の療養病床等又は当該診療所の病床の転換を行った介護老人保健施設（以下「介護療養型老人保健施設」という。）が、平成36年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合についても、(1)から(4)までの取扱と同様の取扱とする。（基準省令附則第7条から第10条まで）

(6) 介護療養型老人保健施設が平成36年3月31日までに当該介護療養型老人保健施設の全部又は一部を廃止するとともに、介護医療院を開設した場合には、当該介護医療院における調剤を行う施設については、近隣の場所にある薬局と連携することにより入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合、臨床検査施設又はエックス線装置の設置については、近隣の医療機関等との連携により入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障がない場合にあっては、それぞれ置かないことができることとする。（基準省令附則第6条）

## (介護予防)

# 短期入所療養介護事業所（老健）

# の手引き

## 目次

第1章	(介護予防)短期入所療養介護とは	96
1	人員に関する基準	97
2	運営に関する基準	97
第2章	介護報酬算定に関する基準	99
1	短期入所療養介護費	99
2	介護報酬に係る加算及び減算	103
	※老健施設との重複分は本項への記載省略	
(1)	個別リハビリテーション実施加算	104
(2)	送迎加算	104
(3)	若年性認知症利用者受入加算	104
(4)	認知症行動・心理症状緊急対応加算	105
(5)	緊急短期入所受入加算	106

(6) 重度療養管理加算	107
(7) 総合医学管理加算	109
第3章  その他留意事項等	110
1  施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について	110
2  「通院等乗降介助」と短期入所サービスの「送迎」の区分	110
第4章  介護報酬算定に関する基準	111
1  介護予防短期入所療養介護費	111

## 第1章 (介護予防) 短期入所療養介護とは

### 介護保険法の定義

#### 第8条第10項

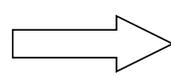
この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設、介護医療院その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

#### 第8条の2第8項

この法律において「介護予防短期入所療養介護」とは、居宅要支援者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）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、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、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支援を行うことをいう。

## 1 人員に関する基準

- ・ 本体施設となる介護老人保健施設が、施設として必要な人員基準を満たしていれば足りる。

 介護老人保健施設の手引き  
「◆人員に関する基準」参照

## 2 運営に関する基準

### ◆運営規程

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(第153条、第155条の10)

次に掲げる事業運営についての重要事項に関する規程(運営規程)を定めておかなければならない。

- 1 事業の目的及び運営の方針
- 2 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 3 指定短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額
- 4 通常を送迎の実施地域
- 5 施設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(令和6年3月31日まで努力義務)
- 8 その他運営に関する重要事項(身体的拘束等を行う際の手続等)

### ◆秘密保持等

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(第155条により準用)

- 第33条 指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 2 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
  - 3 指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

## ◆短期入所サービスの連続利用

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。

短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、介護報酬では30日を連続算定日数の上限としている。(連続30日を超えた利用は、全額利用者負担となる。) また、在宅生活を継続していくうえで利用するものであり、居宅サービス計画では、特に必要な場合を除き、保険対象の利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超えないことを目安とする。

## 第2章 介護報酬算定に関する基準

### 1 短期入所療養介護費（老健）

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (iii)
		① 752	① 827
		② 799	② 876
		③ 861	③ 939
		④ 914	④ 991
⑤ 966	⑤ 1,045		
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)
		① 794	① 875
		② 867	② 951
		③ 930	③ 1,014
		④ 988	④ 1,071
⑤ 1,044	⑤ 1,129		
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護	II	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 778	① 857
		② 861	② 941
		③ 976	③ 1,057
		④ 1,054	④ 1,135
⑤ 1,131	⑤ 1,210		
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下 )	III	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 778	① 857
		② 855	② 934
		③ 950	③ 1,029
		④ 1,026	④ 1,106
⑤ 1,103	⑤ 1,183		
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		① 737	① 811
		② 782	② 860
		③ 845	③ 920
		④ 897	④ 971
⑤ 948	⑤ 1,024		

※「①～⑤」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 833 ② 879 ③ 943 ④ 997 ⑤ 1,049	サービス費 (i) ① 833 ② 879 ③ 943 ④ 997 ⑤ 1,049
		サービス費 (ii) ① 879 ② 955 ③ 1,018 ④ 1,075 ⑤ 1,133	サービス費 (ii) ① 879 ② 955 ③ 1,018 ④ 1,075 ⑤ 1,133
介護療養型老人保健施設 短期入所療養介護	II	サービス費 ① 944 ② 1,026 ③ 1,143 ④ 1,221 ⑤ 1,296	サービス費 ① 944 ② 1,026 ③ 1,143 ④ 1,221 ⑤ 1,296
		サービス費 ① 944 ② 1,020 ③ 1,116 ④ 1,193 ⑤ 1,296	サービス費 ① 944 ② 1,020 ③ 1,116 ④ 1,193 ⑤ 1,296
介護老人保健施設 短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 ① 816 ② 863 ③ 924 ④ 977 ⑤ 1,028	サービス費 ① 816 ② 863 ③ 924 ④ 977 ⑤ 1,028

## 【介護老人保健施設における短期入所療養介護費の算定要件】

I 介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（i、iii）

I 介護老人保健施設（在宅強化型）に係る施設基準（ii、iv）

II 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

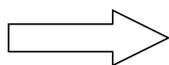
III 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

IV 介護老人保健施設（その他型）に係る施設基準（i、ii）



介護老人保健施設の手引き  
【介護保健施設サービス費の算定要件】 参照

### ●算定要件を満たさなくなった場合



介護老人保健施設の手引き  
【介護保健施設サービス費の算定要件】 参照

### ●次のいずれかに該当する場合は、個室であっても、「従来型個室：定員1人」ではなく、「多床室：定員2人以上」を算定する。（ユニット型老健は対象外）

- ・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
- ・8㎡以下の従来型個室に入所する者
- ・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

### ◆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	650単位
・ 4時間以上6時間未満	908単位
・ 6時間以上8時間未満	1,269単位

利用者（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、サービスの提供に当たり、常時看護師による観察を必要とする者）に対して、日中のみの指定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に位置付けられた内容の指定短期入所療養介護を行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。

※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。

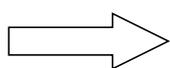
※所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、短期入所療養介護計画に位置づけられた内容の短期入所療養介護を行うための標準的な時間によること。単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、短期入所療養介護のサービスが提供されているとは認められない。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定される。（このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収しても差し支えないが、別途運営規程等に定める必要がある。）

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。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。

特定介護老人保健施設短期入所療養介護費を算定する場合、

- ・「夜勤職員基準未満の減算」、「夜勤看護職員数基準未満の減算」、「定員超過利用の減算」、「人員基準欠如の減算」の適用有り。
- ・「ユニットにおける職員に係る減算」、「夜勤職員配置加算」、「認知症ケア加算」、「認知症行動・心理症状緊急対応加算」、「特別療養費」、「療養体制維持特別加算」の適用無し。

## ◆短期入所療養介護費と居住費等について



介護老人保健施設の手引き

【介護保健施設サービス費と居住費等について】

参照

## 2 介護報酬に係る加算及び減算

**夜勤職員基準未満の減算**

**夜勤看護職員数基準未満の減算**

**定員超過利用の減算**

**人員基準欠如の減算**

**ユニットにおける職員に係る減算**

**夜勤職員配置加算**

**認知症ケア加算**

(※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、算定できない。)

**在宅復帰・在宅療養支援機能加算**

**療養食加算**

**認知症専門ケア加算**

**緊急時施設療養費**

**特別療養費**

**療養体制維持特別加算**

**サービス提供体制強化加算**

(※区分支給限度基準額の算定対象外)

**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**

(※区分支給限度基準額の算定対象外)

介護老人保健施設の手引き  
該当箇所参照

※短期入所療養介護は、介護老人保健施設の空きベッドを利用して行われるものであることから、定員超過利用・人員基準欠如・夜勤体制基準未満の減算、認知症ケア加算、緊急時施設療養費については、介護老人保健施設の本体部分と一体的な取扱いが行われる。

### **(1) 個別リハビリテーション実施加算**

240単位/日

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。

### **(2) 送迎加算**

184単位/片道

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うこと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184単位を所定単位数に加算する。

### **(3) 若年性認知症利用者受入加算**

- ・「短期入所療養介護費（老健）」「短期入所療養介護費（ユニット型老健）」を算定している場合 . . . . . 120単位/日
- ・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合 . . . . . 60単位/日

若年性認知症利用者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者）に対して指定短期入所療養介護を行った場合に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。

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

#### (4) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

200単位/日

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サービスを行った場合、**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200単位を所定単位数に加算する。

※「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。

※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、指定短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定可。

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可。

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。

※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。

- ・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
- ・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

※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。

※7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。

## (5) 緊急短期入所受入加算

90単位/日

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を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として1日につき90単位を所定単位数に加算する。

- 「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。

### ※緊急短期入所受入加算について

- 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 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。

※（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費、又は、「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している施設が算定する）

### （6）重度療養管理加算

- ・（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費（Ⅰのⅰ～ⅳ）を算定している場合  
・・・120単位/日
- ・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合  
・・・60単位/日

要介護状態区分が**要介護4**又は**要介護5**の利用者に対して、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に所定単位数に加算する。

●利用者の状態が次のいずれかに該当すること。

- ①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ③中心静脈注射を実施している状態
- ④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ⑥膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨気管切開が行われている状態

※当該加算を算定する場合は、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

※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（上記①から⑨まで）を記載すること。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。

- ・①の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり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。
- ・②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。

- ・③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。
- ・④の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」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。
  - ・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
  - ・常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）
  - ・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
  - ・出血性消化器病変を有するもの
  - ・骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
  - ・うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
- ・⑤の「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」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90mmHg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度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。
- ・⑥の「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できる。
- ・⑦の「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、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。
- ・⑧の「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第3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1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2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3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、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4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
- ・⑨の「気管切開が行われている状態」については、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。

## (7) 総合医学管理加算

275単位/日

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 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。
- 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。

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。

\* 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

令和3年Q & A (vol. 2) (令和3年3月23日最新情報 vol. 948)

問38 短期入所療養介護中に発熱等の状態変化等により利用を延長することとなった場合であって、当該延長が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場合は治療管理を開始した日以降、当該加算を算定することが可能か。

(答) 算定可能である。

### 第3章 その他留意事項等

#### 1 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設の退所日、短期入所療養介護のサービス終了日については、訪問看護費・訪問リハビリテーション費・居宅療養管理指導費・通所リハビリテーション費は算定できない。

訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えるので、退所日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

入所当日であっても当該入所前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所前に通所介護・通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所者の外泊時や試行的退所を行っている場合には居宅サービスは算定できない。

#### 2 「通院等乗降介助」と短期入所サービスの「送迎」の区分

利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合、当該利用者の心身の状況により事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービ

スの送迎体制加算を算定することとし、指定訪問介護事業所の「通院等乗降介助」は算定できない。

#### 第4章 介護報酬算定に関する基準

### 1 介護予防短期入所療養介護費（老健）

※「①～②」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

老 健 (非ユニット型)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 577 ② 721	サービス費 (iii) ① 610 ② 768
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii) ① 619 ② 762	サービス費 (iv) ① 658 ② 817
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護	II	サービス費 (i) ① 581 ② 725	サービス費 (ii) ① 619 ② 778
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 (i) ① 581 ② 725	サービス費 (ii) ① 619 ② 778
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 (i) ① 564 ② 706	サービス費 (ii) ① 598 ② 752

※「①～②」は要介護度を示し、その横の数字は所定単位数を示す。

ユニット型老健		ユニット型 個室	経過的ユニット型 個室的多床室
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (基本型)	I	サービス費 (i) ① 621 ② 782	サービス費 (iii) ① 621 ② 782
	I	サービス費 (ii) ① 666 ② 828	サービス費 (iv) ① 666 ② 828
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護	II	サービス費 ① 649 ② 810	サービス費 ① 649 ② 810
	III	サービス費 ① 649 ② 810	サービス費 ① 649 ② 810
介護療養型老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費 ① 649 ② 810	サービス費 ① 649 ② 810
介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護 (その他型)	IV	サービス費 (i) ① 608 ② 764	サービス費 (ii) ① 608 ② 764

※基準や加算の要件等は短期入所療養介護（老健）に準じる。





注 外泊時費用	入所者に対して居室における外泊を認めた場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき362単位を算定
注 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	入所者に対して居室における外泊を認め、施設が在宅サービスを提供した場合、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
注 ターミナルケア加算	(1) 死亡以前31日以上45日以下 療養型看護以外の場合 (1日につき 800単位を加算) 療養型看護の場合 (1日につき 800単位を加算)
	(2) 死亡以前4日以上30日以下 療養型看護以外の場合 (1日につき 160単位を加算) 療養型看護の場合 (1日につき 160単位を加算)
	(3) 死亡以前2日又は3日 療養型看護以外の場合 (1日につき 820単位を加算) 療養型看護の場合 (1日につき 850単位を加算)
	(4) 死亡 療養型看護以外の場合 (1日につき 1,650単位を加算) 療養型看護の場合 (1日につき 1,700単位を加算)
	注 特別療養費
注 療養体制維持特別加算	イ 療養体制維持特別加算(Ⅰ) (1日につき 27単位を加算) ロ 療養体制維持特別加算(Ⅱ) (1日につき 57単位を加算)
ハ 初期加算	(1日につき 30単位を加算)
ニ 再入所時栄養支援加算(※2)	(入所者1人につき1回を限度として200単位を加算)
ホ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(※2)	在宅強化型の場合 (1回につき 450単位を加算) 在宅強化型以外の場合 (1回につき 450単位を加算)
ホ 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)(※2)	在宅強化型の場合 (1回につき 480単位を加算) 在宅強化型以外の場合 (1回につき 480単位を加算)
ヘ 退所時等支援加算(※2)	(1) 退所時等支援加算 (一) 試行的退所時指導加算 (400単位) (二) 退所時情報提供加算 (500単位) (三) 入退所前準備加算(Ⅰ) (600単位) (四) 入退所前準備加算(Ⅱ) (400単位) (2) 訪問看護指示加算 (入所者1人につき1回を限度として300単位を算定)
ト 介護マネジメント強化加算	(1日につき 31単位を加算)
チ 経口移行加算(※2)	(1日につき 28単位を加算)
チ 経口維持加算(1月につき)(※2)	(1) 経口維持加算(Ⅰ) (1月につき400単位を加算) (2) 経口維持加算(Ⅱ) (1月につき100単位を加算)
リ 口腔衛生管理特別加算(※2)	(1) 口腔衛生管理特別加算(Ⅰ) (1月につき50単位を加算) (2) 口腔衛生管理特別加算(Ⅱ) (1月につき110単位を加算)
ル 療養食加算	(1回につき 6単位を加算(1日に3回を限度))
レ 在宅復帰支援機能加算	(療養型看護に限り1日につき 10単位を加算)
ロ かりかけ介護連携業務調整加算(Ⅰ)(※2)	(入所者1人につき1回を限度として100単位を加算)
ロ かりかけ介護連携業務調整加算(Ⅱ)(※2)	(入所者1人につき1回を限度として125単位を加算)
リ 緊急時治療費	(1) 緊急時治療費 療養型看護以外の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定) 療養型看護の場合 (1月に1回3日を限度に、1日につき518単位を算定) (2) 特定治療
ロ 所定疾患施設療養費(Ⅰ)(※2)	(1月に1回7日を限度に、1日につき239単位を算定)
ロ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)(※2)	(1月に1回11日を限度に、1日につき480単位を算定)
ロ 認知症専門ケア加算	(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき3単位を加算) (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき4単位を加算)
ロ 認知症行動・心療症状急対応加算	療養型看護以外の場合 (入所後7日に限り、1日につき200単位を加算) 療養型看護の場合 (入所後7日に限り、1日につき200単位を加算)
ロ 認知症情報提供加算	(1回限り 350単位を加算)
ロ 地域連携診療計画情報提供加算(※2)	在宅強化型の場合 (入所者1人につき1回を限度として300単位を加算) 在宅強化型以外の場合 (入所者1人につき1回を限度として300単位を加算)
ロ 認知症対応型認知症対応型認知症対応型(※2)	(1月につき 33単位を加算)
ロ 看護マネジメント加算(※2)	(1) 看護マネジメント加算(Ⅰ) (1月につき 3単位を加算) (2) 看護マネジメント加算(Ⅱ) (1月につき 33単位を加算) (3) 看護マネジメント加算(Ⅲ) (1月につき 10単位を加算(3月に1回を限度))
ロ 排せつ支援加算(※2)	(1) 排せつ支援加算(Ⅰ) (1日につき 10単位を加算) (2) 排せつ支援加算(Ⅱ) (1日につき 10単位を加算) (3) 排せつ支援加算(Ⅲ) (1日につき 10単位を加算)
ロ 自立支援加算(※2)	(1回限り 300単位を加算)
ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(※2)	(入所者1人につき1回を限度として40単位を加算)
ロ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(※2)	(入所者1人につき1回を限度として60単位を加算)
ロ 安全対策体制加算(※2)	(入所者1人につき1回を限度として20単位を加算)
ロ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 22単位を加算) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 18単位を加算) (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)
ロ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位数×39/1000) (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位数×29/1000) (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき 所定単位数×16/1000) (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき 所定単位数×10/1000) (5) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき 所定単位数×8/1000)
ロ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき 所定単位数×21/1000) (2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき 所定単位数×17/1000)

※ P-T-O-T-ITによる人員配置減算を適用する場合に、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を適用しない。  
 ※ イ(4)及びロ(4)を適用する場合には、(※2)を適用しない。  
 ※ 在宅強化型栄養支援加算については、認知症対応型認知症対応型認知症対応型(※2)から、実施年月(1月)日から算定する。  
 ※ 看護マネジメント加算(Ⅰ)・看護マネジメント加算(Ⅱ)・看護マネジメント加算(Ⅲ)及び介護職員処遇改善加算(Ⅰ)については、実施年月(1月)日から算定する。  
 ※ 認知症対応型認知症対応型認知症対応型認知症対応型(※2)は、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)については、実施年月(1月)日から算定する。

介護管理の基準を満たさない場合は、算定しない。  
 入所前から入所者の自宅を訪問して退所を念頭にいた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行った場合に算定  
 入所前から入所者の自宅を訪問して退所を念頭にいた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行うことに加え、生活機能の改善目標及び退所後も必要と認められる支援計画を作成した場合に算定  
 入所期間が1月を超え入所者が試行的に退所する場合において、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  
 退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合  
 退所後の退所支援担当者入退所前からの連絡、情報提供とサービス調整を行った場合  
 退所支援の基準を満たさない場合は、算定しない。  
 経口移行加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。  
 経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。  
 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合



7 介護予防短期入所療養介護費  
イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注			
<p>移動を行う職員の数及び介護士等の合計数が入所定員を超えない場合</p>		<p>医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の員数が標準に満たない場合</p>	<p>所定のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等ユニットにおける体制が未整備である場合</p>	<p>移動職員配置加算</p>	<p>個別/ナビゲーション実施加算</p>	<p>認知症行動・心理状態緊急対応加算</p>	<p>若年性認知症利用者受入加算</p>	<p>在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)</p>	<p>在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)</p>	<p>利用者に対して対応を行う場合</p>		
<p>(1) 介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費 (1日につき)</p>	<p>(一) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)</p>	<p>4 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;従来型個室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費1 ( 377 単位)</p>	<p>×97/100</p>	<p>×70/100</p>	<p>×70/100</p>	<p>1日につき +24単位</p>	<p>1日につき +200単位 (7日間を限度)</p>	<p>1日につき +120単位</p>	<p>1日につき +34単位</p>	<p>1日につき +46単位</p>	<p>1日につき +46単位</p>
		<p>5 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;従来型個室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費2 ( 721 単位)</p>									
		<p>6 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;多床室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費1 ( 619 単位)</p>									
		<p>7 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;多床室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費2 ( 762 単位)</p>									
	<p>(二) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;療養型老健・看護職員を配置&gt;</p>	<p>4 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;従来型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 619 単位)</p>									
		<p>5 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;従来型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 768 単位)</p>									
		<p>6 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;多床室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 658 単位)</p>									
		<p>7 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;多床室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 817 単位)</p>									
	<p>(三) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;療養型老健・看護オンコール体制&gt;</p>	<p>4 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;従来型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 581 単位)</p>									
		<p>5 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;従来型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 725 単位)</p>									
		<p>6 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;多床室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 619 単位)</p>									
		<p>7 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;多床室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 778 単位)</p>									
	<p>(四) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;特別介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費&gt;</p>	<p>4 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;従来型個室&gt;</p>	<p>療養費1 ( 584 単位)</p>									
		<p>5 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;従来型個室&gt;</p>	<p>療養費2 ( 706 単位)</p>									
		<p>6 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;多床室&gt;</p>	<p>療養費1 ( 599 単位)</p>									
		<p>7 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;多床室&gt;</p>	<p>療養費2 ( 752 単位)</p>									
<p>(2) ユニタ型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費 (1日につき)</p>	<p>(一) ユニタ型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)</p>	<p>4 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;ユニタ型個室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費1 ( 621 単位)</p>									
		<p>5 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;ユニタ型個室&gt;【基本型】</p>	<p>療養費2 ( 782 単位)</p>									
		<p>6 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費1 ( 656 単位)</p>									
		<p>7 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費2 ( 826 単位)</p>									
	<p>(二) ユニタ型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;療養型老健・看護職員を配置&gt;</p>	<p>4 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;ユニタ型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 621 単位)</p>									
		<p>5 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;ユニタ型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 782 単位)</p>									
		<p>6 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費1 ( 656 単位)</p>									
		<p>7 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅱ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費2 ( 826 単位)</p>									
	<p>(三) ユニタ型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;療養型老健・看護オンコール体制&gt;</p>	<p>4 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;ユニタ型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費1 ( 649 単位)</p>									
		<p>5 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;ユニタ型個室&gt;【標準型】</p>	<p>療養費2 ( 810 単位)</p>									
		<p>6 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費1 ( 649 単位)</p>									
		<p>7 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅲ) &lt;ユニタ型個室&gt;【在宅強化型】</p>	<p>療養費2 ( 810 単位)</p>									
	<p>(四) ユニタ型介護老人保健施設 介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;ユニタ型特別介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費&gt;</p>	<p>4 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;ユニタ型個室&gt;</p>	<p>療養費1 ( 600 単位)</p>									
		<p>5 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;ユニタ型個室&gt;</p>	<p>療養費2 ( 764 単位)</p>									
		<p>6 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;ユニタ型個室&gt;</p>	<p>療養費1 ( 600 単位)</p>									
		<p>7 ユニタ型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(Ⅳ) &lt;ユニタ型個室&gt;</p>	<p>療養費2 ( 764 単位)</p>									

注 特別療養費	(一)療養体制維持特別加算(Ⅰ) (1日につき 27単位を加算)
注 療養体制維持特別加算	(二)療養体制維持特別加算(Ⅱ) (1日につき 67単位を加算)
③ 経済的学習加算	(利用日中7日を限度に、1日につき275単位を加算)
④ 療養費加算	(1日につき 8単位を加算(1日3回を限度))
⑤ 認知症専門ケア加算	(一)認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算) (二)認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)
⑥ 緊急時施設療養費	(一) 緊急時治療管理 療養型老健以外の場合 (1日につき3日を超えない、1日につき518単位を算定)
	(二) 特定治療 療養型老健の場合 (1日につき3日を超えない、1日につき518単位を算定)
⑦ サービス提供体制強化加算	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 27単位を加算)
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 18単位を加算)
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)
⑧ 介護職員処遇改善加算	(一) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×39/1000)
	(二) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×29/1000)
	(三) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×16/1000)
	(四) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位×10/1000)
	(五) 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +所定単位×10/1000)
⑨ 介護職員等特定処遇改善加算	(一) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×21/1000)
	(二) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×17/1000)

注 所定単位は、(1)から(2)までにより算定した単位数の合計

注 「特別療養費」と「緊急時施設療養費」、「サービス提供体制強化加算」、「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」は、支給限度管理の対象外の算定項目

注 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)については、令和6年(2024年)1月1日より算定可能

注 令和6年(2024年)1月1日までの間は、介護予防短期入所療養介護費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については、所定単位数の手続きに換算する単位数を算定する。