令和８年度

集　団　指　導　資　料

～　介　護　医　療　院　～

福岡県保健医療介護部介護保険課
北九州市保健福祉局地域共生社会推進部介護保険課
福岡市福祉局高齢社会部事業者指導課
久留米市健康福祉部介護保険課

令和８年度　集団指導資料　介護医療院

（目次）

１　介護医療院　Ｐ　１

２　ユニット型介護医療院　Ｐ　３２

３　介護医療院の介護報酬　Ｐ　３９

４　特別診療費　Ｐ　８２

５　介護医療院に関して広告できる事項について　Ｐ　１００

６　介護報酬に係るＱ＆Ａ　Ｐ　１０３

７　医療保険と介護保険の給付調整　Ｐ　１０８

８　令和８年度診療報酬改定による「協力医療機関連携加算に係る要件変更」及び
「やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い」について　Ｐ　１３７

1　介護医療院

(1) 介護医療院について〔介護保険法第８条第 29 項〕

「介護医療院」とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者（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。）に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として許可を受けたもの。

「介護医療院サービス」とは、介護医療院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療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

以下 〔〕 内は「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年１月 18 日厚生労働省令第５号)」及び「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（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第１号、30.3.30 老高発第６老振発 0330 第３老老発 0330 第２)」の条番号

平成 30 老高発 0322 第２号・老振発 0322 第１号・老老発 0322 第３号において、「〔略〕なお、介護保険制度における介護医療院の取扱については、介護医療院が介護老人保健施設と同様に介護保険施設であること等を踏まえ、平成 30 年３月 31 日までに発出された老健局関係通知において、介護医療院の運営等について別途の通知等が発出されない限り、「介護老人保健施設」とあるのは「介護老人保健施設又は介護医療院」等と読み替える、「介護保険施設」とあるのは「介護医療院」を含む介護保険施設として取り扱う等、必要な読替え等を行った上で、引き続き適用されるものとする。」とあるため、その他の関係通知については、読替えが必要となる。

(2) 基本方針〔第２条〕

1　長期にわたり、療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

2　入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努めなければならない。

3　明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

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

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

(3) 基準省令の性格

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

2　介護医療院サービスを行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、介護医療院の開設許可又は更新を受けられず、また、基準に違反することが明らかとなった場合には、①相当の期限を定めて基準を遵守する旨の勧告を行い、②当該期限内に勧告に従わなかった場合は、開設者名、当該勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかった場合は、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。ただし、③の命令を行った場合には、開設者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。なお、③の命令に従わなかった場合には、当該許可を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて許可の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが提供されていることが判明し

た場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させる）ができる。

ただし、次に掲げる場合には、基準省令に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに取り消すことができるものであること。

① 次に掲げるときその他の介護医療院が自己の利益を図るために基準省令に違反したとき

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

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

ハ 居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受したとき

② 入所者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準省令違反があったとき

3 運営に関する基準に従って施設の運営をすることができなくなったことを理由として開設許可が取り消された直後に再度当該施設から介護医療院の開設許可の申請がなされた場合には、当該施設が運営に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が十分に確認されない限り開設許可を行わないものとすること。

(4) 定義〔第３条〕

この省令における用語の意義

①	療養床	療養室のうち、入所者１人当たりの寝台又はこれに代わる設備の部分をいう。
②	Ⅰ型療養床	療養床のうち、主として長期にわたり療養が必要である者であって、重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるためのものをいう。
③	Ⅱ型療養床	療養床のうちⅠ型療養床以外のものをいう。

(5) 医療機関併設型介護医療院等の形態

1 医療機関併設型介護医療院

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

2 併設型小規模介護医療院

イ 併設型小規模介護医療院は、医療機関併設型介護医療院のうち、当該介護医療院の入所定員が 19 人以下のものをいう。

ロ 併設型小規模介護医療院は、病院又は診療所に１か所の設置とする。

(6) 許可の単位等について

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

① 許可の単位は、原則として「療養棟」とする。

② 「療養棟」とは、介護医療院における看護・介護体制の１単位を指すものである。

なお、高層建築等の場合には、複数階（原則として２つの階）を１療養棟として認めることは差し支えないが、昼間・夜間を通して、看護・介護に支障のない体制をとることが必要である。

③ １療養棟の療養床数は、原則として 60 床以下とする。

④ １療養棟ごとに、看護・介護サービスの責任者を配置し、看護・介護チームによる交代勤務等の看護・介護を実施すること及び看護・介護に係る職員の詰め所（以下「サービス・ステーション」という。）等の設備等を有することが必要である。ただし、サービス・ステーションの配置によっては、他の看護・介護単位とサービス・ステーションを共用することは可能である。

⑤　例外的に、療養棟を２棟以下しか持たない介護医療院については、療養室単位で開設許可を受け、又は変更することができるものとする。

(7) 人員に関する基準〔第４条〕

1　従業者の員数は次のとおり

（１）医師

①　常勤換算方法で、介護医療院の入所者のうちⅠ型療養床を利用している者（以下「Ⅰ型入所者」という。）の数を 48 で除した数に、介護医療院の入所者のうちⅡ型療養床を利用している者（以下「Ⅱ型入所者」という。）の数を 100 で除した数を加えて得た数以上の医師を配置するものとする。なお、上記の計算により算出された数が３に満たないときは３とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算することとする。

②　①にかかわらず、Ⅱ型療養床のみ有する介護医療院であって、基準省令第 27 条第３項ただし書の規定により、介護医療院に宿直を行う医師を置かない場合にあっては、入所者の数を 100 で除した数以上の医師を配置するものとする。なお、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。

③　①及び②にかかわらず、医療機関併設型介護医療院の場合にあっては、常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を 48 で除した数に、Ⅱ型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上の医師を配置するものとする。

④　①から③までにかかわらず、併設型小規模介護医療院における医師の配置については、併設される医療機関により当該併設小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができることとする。

⑤　複数の医師が勤務する形態にあっては、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こと。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こと。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こと。

⑥　介護医療院で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護医療院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医療院の勤務延時間数として差し支えないこと。

（２）薬剤師

①　常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を 150 で除した数に、Ⅱ型入所者の数を 300 で除した数を加えて得た数以上を配置するものとする。

②　①にかかわらず、併設型小規模介護医療院における薬剤師の配置については、併設される医療機関の職員（病院の場合にあっては、医師又は薬剤師。診療所の場合にあっては、医師とする。）により当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができることとする。

（３）看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）

常勤換算方法で、介護医療院の入所者の数を６で除した数以上を配置するものとする。

（４）介護職員

①　常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を５で除した数に、Ⅱ型入所者の数を６で除した数を加えて得た数以上を配置するものとする。

②　①にかかわらず、併設型小規模介護医療院における介護職員の配置については、常勤換算方法で、当該併設型小規模介護医療院の入所者の数を６で除した数以上を配置するものとする。

③　介護職員の数を算出するに当たっては、看護職員を介護職員とみなして差し支えない。ただし、この場合の看護職員については、人員の算出上、看護職員として数えることはできない。

（５）　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）

①　介護医療院の実情に応じた適当数を配置すること。

②　併設型小規模介護医療院における理学療法士等の配置については、併設される医療機関の職員（病院の場合にあっては、医師又は理学療法士等。診療所の場合にあっては、医師とする。）により当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められる場合にあっては、置かないことができることとする。

（６）栄養士又は管理栄養士

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

なお、100 人未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであるが、併設型小規模介護医療院の併設医療機関に配置されている栄養士又は管理栄養士による栄養管理が、当該介護医療院の入所者に適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。

（７）介護支援専門員

① その業務に専ら従事する常勤の者を１以上（入所者の数が 100 又はその端数を増すごとに１を標準とする。）配置していなければならないこと。したがって、入所者数が 100 人未満の介護医療院にあっても１人は配置されていなければならないこと。また、介護支援専門員の配置は、入所者数が 100 人又はその端数を増すごとに１人を標準とするものであり、入所者数が 100 人又はその端数を増すごとに増員することが望ましいこと。ただし、当該増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。なお、併設型小規模介護医療院における介護支援専門員の配置については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあっては、当該介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数でよいこと。

② 介護支援専門員は、入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護医療院の他の職務に従事することができるものとし、また、介護支援専門員が医療機関併設型介護医療院の職務に従事する場合であって、当該医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができることとする。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、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ものとする。

なお、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ものである。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。

（８）診療放射線技師

① 介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数を配置すること。

② 併設施設との職員の兼務を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えないこと。

（９）調理員、事務員その他の従業者

① 介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数を配置すること。

② 併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては、配置しない場合があっても差し支えないこと。

2　**入所者の数は、前年度の平均値とする**。ただし、新規に許可を受ける場合は、推定数による。

3　常勤換算方法は、当該介護医療院の従業者のそれぞれの勤務延時間数の総数を当該介護医療院において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。

4　介護医療院の従業者は、専ら当該介護医療院の職務に従事する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には、この限りでない。

5　介護医療院の介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の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には、当該介護医療院の他の職務に従事することができるものとし、介護支援専門員が次項に規定する医療機関併設型介護医療院の職務に従事する場合であって、当該医療機関併設型介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、当該医療機関併設型介護医療院に併設される病院又は診療所の職務に従事することができる。

6　規定にかかわらず、医療機関併設型介護医療院の医師の員数の基準は、常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を 48 で除した数に、Ⅱ型入所者の数を 100 で除した数を加えて得た数以上とする。

7　規定にかかわらず、併設型小規模介護医療院の医師、薬剤師、介護職員、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員の員数の基準は、次のとおり。

① 医師、薬剤師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

併設される医療機関が病院の場合にあっては当該病院の医師、薬剤師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士により、併設される医療機関が診療所の場合にあっては当該診療所の医師により当該

併設型小規模介護医療院の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができること。

② 介護職員

常勤換算方法で、当該併設型小規模介護医療院の入所者の数を６で除した数以上

③ 介護支援専門員

当該併設型小規模介護医療院の実情に応じた適当数

－－

○「常勤換算方法」

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

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 13 条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

○「勤務延時間数」

勤務表上、介護医療院サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者１人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

○「常勤」

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

当該施設に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、介護医療院、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所及び指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が併設されている場合、介護医療院の管理者、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の管理者及び指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

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

○　専ら従事する

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

○「前年度の平均値」

① 基準省令第４条第２項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。

② 新設（事業の再開の場合を含む。以下同じ。）又は増床分のベッドに関して、前年度において１年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の入所者数は、新設又は増床の時点から６月未満の間は、便宜上、ベッド数の 90%を入所者数とし、新設又は増床の時点から６月以上１年未満の間は、直近の６月における入所者延数を６月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から１年以上経過している場合は、直近１年間における入所者延数を１年間の日数で除して得た数とする。

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

－－

(8) 施設及び設備に関する基準〔第５条〕

１　一般原則

（１） 介護医療院の施設及び構造設備については、基準省令のほか建築基準法、消防法等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気等について十分考慮したものとし、入所者の保健衛生及び防災につき万全を期すこと。

（２） 介護医療院の環境及び立地については、入所者の療養生活を健全に維持するため、ばい煙、騒音、振動等による影響を極力排除するとともに、交通、水利の便等を十分考慮したものとすること。

２　施設に関する基準

（１）施設に関する基準

① 療養室	イ 定員は、４人以下とすること。 ロ 入所者１人当たりの床面積は、８平方メートル以上とすること。〔洗面所を設置した場合に必要となる床面積及び収納設備の設置に要する床面積は、基準面積に含めて差し支えないものであること。床面積は、内法による測定で入所者１人当たり８平方メートル以上とすること。〕 ハ 地階に設けてはならないこと。 ニ １以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。 ホ 入所者のプライバシーの確保に配慮した療養床を備えること。〔多床室の場合にあっては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。〕 ヘ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。 ト ナース・コールを設けること。〔入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない〕
② 診察室	(1)医師が診察を行う施設〔医師が診療を行うのに適切なものとすること。〕 (2)喀痰、血液、尿、糞便等について通常行われる臨床検査を行うことができる施設（以下「臨床検査施設」という。）〔病院又は診療所に設置される臨床検査施設に求められる検査基準及び構造設備基準を満たすものであること。臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第九条の七から第九条の七の三までの規定を準用すること。臨床検査施設は、臨床検査技師等に関する法律（昭和 33 年法律第 76 号）第２条に規定する検体検査（以下、単に「検体検査」という。）の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。〕 (3)調剤を行う施設〔病院又は診療所に設置される調剤所に求められる基準を満たすものであること。〕
③ 処置室	(1)入所者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設〔診察室における医師が診察を行う施設の部分と兼用することができる。〕 (2)診察の用に供するエックス線装置（定格出力の管電圧（波高値とする。）が 10 キロボルト以上であり、かつ、その有するエネルギーが１メガ電子ボルト未満のものに限る。以下「エックス線装置」という。）〔医療法（昭和 23 年法律第 205 号）、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）及び医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について（平成 13 年３月 12 日医薬発第 188 号）において求められる防護に関する基準を満たすもの〕

④ 機能訓練室	〔機能訓練は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の指導の下における運動機能やＡＤＬ（日常生活動作能力）の改善を中心としたものであり〕内法による測定で40平方メートル以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、併設型小規模介護医療院にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。
⑤ 談話室	入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。〔入所者とその家族等が談話を楽しめるよう、創意工夫を行うこと。〕
⑥ 食堂	内法による測定で、入所者１人当たり１平方メートル以上の面積を有すること。
⑦ 浴室	イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。 ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。
⑧ レクリエーション・ルーム	レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。
⑨ 洗面所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
⑩ 便所	身体の不自由な者が利用するのに適したものとすること。
⑪ サービス・ステーション	〔看護・介護職員が入所者のニーズに適切に応じられるよう、療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること。〕
⑫ 調理室	〔食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けること。〕
⑬ 洗濯室又は洗濯場	
⑭ 汚物処理室	〔汚物処理室は、他の施設と区別された一定のスペースを有すれば足りること。〕

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

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

※　焼却炉、浄化槽、その他の汚物処理設備及び便槽を設ける場合には、療養室、談話室、食堂、調理室から相当の距離を隔てて設けること。

※　床面積を定めない施設については、各々の施設の機能を十分に発揮し得る適当な広さを確保するよう配慮すること。

※　①、②、③については、専ら当該介護医療院の用に供するものでなければならない。ただし、それ以外の施設は、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。

※　①、②、③以外の施設は、介護医療院と併設施設の双方の基準を満たし、かつ、当該介護医療院の余力及び当該施設における介護医療院サービス等を提供するための当該施設の使用計画（以下「利用計画」という。）からみて両施設の入所者の処遇に支障がない場合に限り共用を認めるものであること。

※　共用する施設についても介護医療院としての許可を与えることとなるので、例えば、併設の病院と施設を共用する場合には、その共用施設については医療法上の許可と介護医療院の許可とが重複するものであること。

※　設置が義務づけられている施設のほか、家族相談室、ボランティア・ルーム、家族介護教室は、介護医療院の性格等からみて設置が望ましいので、余力がある場合には、その設置につき配慮すること。

（2）「火災に係る入所者の安全性が確保されている」と認めるときは、次の点を考慮して判断されたい。

①　基準省令第５条第２項各号の要件のうち、満たしていないものについても、一定の配慮措置が講じられていること。

②　日常又は火災時における火災に係る安全性について、入所者が身体的、精神的に障がいを有する者であることにかんがみて確保されていること。

③　管理者及び防火管理者は、当該介護医療院の建物の燃焼性に対する知識を有し、火災の際の危険性を

十分認識するとともに、職員等に対して、火気の取扱いその他火災予防に関する指導監督、防災意識の高揚に努めること。

④　定期的に行うこととされている避難等の訓練は、当該介護医療院の建物の燃焼性を十分に勘案して行うこと。

(9) 構造設備に関する基準〔第６条〕

1　介護医療院の建物（入所者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。）は、耐火建築物(建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第９号の２に規定する耐火建築物をいう。)とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす２階建て又は平屋建ての介護医療院の建物にあっては、準耐火建築物（建築基準法第２条第９号の３に規定する準耐火建築物）とすることができる。

イ　療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設（以下「療養室等」という。）を２階及び地階のいずれにも設けていないこと。

ロ　療養室等を２階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。

（1）　当該介護医療院の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、第 32 条第１項の規定による計画に入所者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。

（2）　第 32 条第１項の規定による訓練については、同項の計画に従い、昼間及び夜間において行うこと。

（3）　火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

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

3　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けること。ただし、前号の直通階段を建築基準法施行令（昭和 25 年政令第 338 号）第 123 条第１項の規定による避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

4　診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずることとし、放射線に関する構造設備については、医療法施行規則第 30 条、第 30 条の４、第 30 条の 13、第 30 条の 14、第 30 条の 16、第 30 条の 17、第 30 条の 18（第１項第４号から第６号までを除く。）、第 30 条の 19、第 30 条の 20 第２項、第 30 条の 21、第 30 条の 22、第 30 条の 23 第１項、第 30 条の 25、第 30 条の 26 第３項から第５項まで及び第 30 条の 27 の規定を準用する。この場合において、同令第 30 条の 18 第１項中「いずれか及び第４号から第６号までに掲げる措置」とあるのは、「いずれか」と読み替えるものとする。

5　階段には、手すりを設けること。〔階段の傾斜は緩やかにするとともに、適当な手すりを設けること。なお、手すりは両側に設けることが望ましい。〕

6　廊下の構造は、次のとおりとすること。

イ　幅〔内法によるものとし、壁から測定するもの〕は、1.8 メートル以上とすること。ただし、中廊下〔廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下〕の幅は、2.7 メートル以上とすること。

ロ　手すりを設けること。〔なお、手すりは両側に設けることが望ましい。〕

ハ　常夜灯を設けること。

7　入所者に対する介護医療院サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

8　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

※　規定「１」にかかわらず、都道府県知事（指定都市及び中核市にあっては、指定都市又は中核市の市長）（以下「都道府県知事」という。）が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての介護医療院の建物であって、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認めたときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

①　スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。

②　非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。

③　避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

(10) 運営に関する基準

1 介護保険等関連情報の活用とＰＤＣＡサイクルの推進について

基準省令第２条第５項は、介護医療院サービスの提供に当たっては、法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、施設単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。この場合において、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term care Information system For Evidence)」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

2 内容及び手続の説明及び同意〔第７条〕

1 介護医療院サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第 29 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。

> 入所申込者に対し適切な介護医療院サービスを提供するため、そ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、当該介護医療院の運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項をわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該施設から介護医療院サービスの提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものであること。なお、当該同意については、入所申込者及び介護医療院双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

2 介護医療院は、入所申込者又はその家族からの申出があった場合には、重要事項説明書の交付に代えて、当該入所申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該介護医療院は、当該文書を交付したものとみなす。

① 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの

イ 介護医療院の使用に係る電子計算機と入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

ロ 介護医療院の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて入所申込者又はその家族の閲覧に供し、当該入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、介護医療院の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

② 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

3 ２に掲げる方法は、入所申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

4 「電子情報処理組織」とは、介護医療院の使用に係る電子計算機と、入所申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

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

① ２に掲げる方法のうち介護医療院が使用するもの

② ファイルへの記録の方式

6 当該入所申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該入所申込者又はその家族に対し、重要事項説明書の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該入所申込者又はその家族が再び承諾をした場合は、この限りでない。

3 提供拒否の禁止〔第８条〕

介護医療院は正当な理由がなく介護医療院サービスの提供を拒んではならない。

原則として、入所申込に対して応じなければならないことを規定したものであり、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものである。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、入院治療の必要がある場合その他入所者に対し自ら適切な介護医療院サービスを提供することが困難な場合である。

4　サービス提供困難時の対応〔第９条〕

介護医療院は、入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

入所申込者の病状からみて、その病状が重篤なために介護医療院での対応が困難であり、病院又は診療所での入院治療が必要であると認められる場合には、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならないものであること。

5　受給資格等の確認〔第 10 条〕

1　介護医療院は、介護医療院サービスの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

2　介護医療院は、前項の被保険者証に法第 73 条第２項に規定する認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護医療院サービスを提供するように努めなければならない。

6　要介護認定の申請に係る援助〔第 11 条〕

1　介護医療院は、入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、当該申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

2　介護医療院は、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

7　入退所〔第 12 条〕

1　介護医療院は、その心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他医療等が必要であると認められる者を対象に、介護医療院サービスを提供するものとする。

2　介護医療院は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、介護医療院サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

3　介護医療院は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（法第８条第 24 項に規定する指定居宅サービス等をいう。第 28 条において同じ。）の利用状況等の把握に努めなければならない。

4　介護医療院は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

5　前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

6　介護医療院は、入所者の退所に際しては、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

8　サービスの提供の記録〔第 13 条〕

1　介護医療院は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、入所者の被保険者証に記載しなければならない。

2　介護医療院は、介護医療院サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しな

ければならない。

＜運営指導における不適正事例＞
・入所者の被保険者証に入所の年月日、介護保険施設の種類及び名称、退所の年月日の記載がされていない。

9　利用料等の受領〔第14条〕

1　介護医療院は、法定代理受領サービス（法第48条第４項の規定により施設介護サービス費（同条第１項に規定する施設介護サービス費をいう。以下この項及び第46条第１項において同じ。）が入所者に代わり当該介護医療院に支払われる場合の当該施設介護サービス費に係る介護医療院サービスをいう。以下同じ。）に該当する介護医療院サービスを提供した際には、入所者から利用料（施設介護サービス費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）の一部として、当該介護医療院サービスについて法第48条第２項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該介護医療院サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に介護医療院サービスに要した費用の額とする。次項及び第46条において「施設サービス費用基準額」という。）から当該介護医療院に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。

2　介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3　介護医療院は、前２項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。

①　食事の提供に要する費用（法第51条の３第１項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第２項第１号に規定する食費の基準費用額(同条第４項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該介護医療院に支払われた場合は、同条第２項第１号に規定する食費の負担限度額)を限度とする。）

②　居住に要する費用（法第51条の３第１項の規定により特定入所者介護サービス費が入所者に支給された場合は、同条第２項第２号に規定する居住費の基準費用額(同条第４項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入所者に代わり当該介護医療院に支払われた場合は、同条第２項第２号に規定する居住費の負担限度額)を限度とする。）

③　厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用

④　厚生労働大臣の定める基準に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用

⑤　理美容代

⑥　前各号に掲げるもののほか、介護医療院サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの

4　前項①から④までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとする。

5　介護医療院は、第３項各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者の同意を得なければならない。ただし、同項第１号から第４号までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとする。

＜運営指導における不適正事例＞
・保険給付の対象とされているおむつに係る費用を徴収している。

１０　保険給付の請求のための証明書の交付〔第15条〕

介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスに係る費用の支払を受けた場合は、提供した介護医療院サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所者に対して交付しなければならない。

１１　介護医療院サービスの取扱方針〔第 16 条〕

１　介護医療院は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

２　介護医療院のサービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

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

４　介護医療院は、介護医療院サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

５　介護医療院は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。〔医師が診療録に記載しなければならない〕

緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

６　介護医療院は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

①　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（「テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束等適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、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、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染症対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

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

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

具体的には、次のようなことを想定している。

1 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。

2 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、1の様式に従い、身体的拘束について報告すること。

3 身体的拘束等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、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等

をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
5 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
6 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

介護医療院が整備する「身体的拘束適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。
1 施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方
2 身体的拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
3 身体的拘束適正化のための職員研修に関する基本方針
4 施設内で発生した身体的拘束の報告方法等のための方策に関する基本方針
5 身体的拘束発生時の対応に関する基本方針
6 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
7 その他身体的拘束適正化の推進のために必要な基本方針

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

介護職員その他の従業者に対する身体的拘束適正化のための研修の内容としては、身体的拘束適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護医療院における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施することが重要である。

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

7 介護医療院は、自らその提供する介護医療院サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞
・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医師が診療録に記載していない。
・切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすかどうか検討した記録がない。
・身体的拘束の内容の変更又は拘束期間が切れて継続的に身体的拘束を行う際に入所者又は家族に対して身体的拘束の内容、目的、拘束の時間帯、期間等について十分な説明を行っておらず、また文章での同意を得ていなかった。
・身体的拘束の期間について明確に期間を定めていない。

１２ 施設サービス計画の作成〔第17条〕

入所者の課題分析、サービス担当者会議の開催、施設サービス計画の作成、施設サービス計画の実施状況の把握など、施設サービスが施設サービス計画に基づいて適切に行われるよう、施設サービス計画に係る一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）の責務を明らかにしたものである。なお、施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することとならないように留意するものとする。

1 管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

介護医療院の管理者は、施設サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を計画担当介護支援専門員に担当させることとしたものである。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下この条及び第28条において「計画担当介護支援専門員」という。）は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

施設サービス計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、施設サービス計画の作成又は変更に当たっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、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。

3　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要である。このため計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければならない。

課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く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することであり、入所者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

なお、課題分析は、計画担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、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ものである。

4　計画担当介護支援専門員は、前項の規定による解決すべき課題の把握（次項及び第９項において「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

計画担当介護支援専門員は、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。この場合において、入所者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、計画担当介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。なお、家族への面接については、幅広く課題を把握する観点から、テレビ電話等の通信機器等の活用により行われるものを含むものとする。

5　計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護医療院サービスの目標及びその達成時期、介護医療院サービスの内容、介護医療院サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

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

また、当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。

なお、ここでいう介護医療院サービスの内容には、当該介護医療院の行事及び日課を含むものである。

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

6　計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する介護医療院サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下この項において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話措置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。）をいう。第 11 項において同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、入所者又はその家族（以下この⑹において「入所者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、同項で定める他の担当者とは、医師、薬剤師、看護・介護職員、理学療法士等、管理栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。

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

施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければならない。このため、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画の作成に当たっては、これに位置付けるサービスの内容を説明した上で文書によって入所者の同意を得ることを義務づけることにより、サービスの内容への入所者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

なお、当該説明及び同意を要する施設サービス計画の原案とは、いわゆる施設サービス計画書の第１表及び第２表（「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に示す標準様式を指す。）に相当するものを指すものである。

また、施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ることを義務づけているが、必要に応じて入所者の家族に対しても説明を行い同意を得る（通信機器等の活用により行われるものを含む。）ことが望ましいことに留意されたい。

8　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければならない。

なお、交付した施設サービス計画は、基準省令第 42 条第２項の規定に基づき、各指定権者の定める基準に沿って、５年間保存しておかなければならない。

9　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、施設サービス計画の作成後においても、入所者及びその家族並びに他のサービス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の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

なお、入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

10　計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（第２号において「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

①　定期的に入所者に面接すること。

②　定期的にモニタリングの結果を記録すること。

施設サービス計画の作成後のモニタリングについては、定期的に、入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。「定期的に」の頻度については、

入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。
　また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

11　計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

①　入所者が法第 28 条第２項に規定する要介護更新認定を受けた場合

②　入所者が法第 29 条第１項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12　第２項から第８項までの規定は、第９項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を変更する際には、原則として、基準省令第 17 条第２項から第８項に規定された施設サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。
　なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、計画担当介護支援専門員が、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第９項（（９）施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

＜運営指導における不適正事例＞
・施設サービス計画の長期目標と短期目標の期間が同じ期間になっていた。

１３　診療の方針〔第 18 条〕

医師の診療の方針は、次に掲げるところによるものとする。

①　診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行う。

②　診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行う。

③　常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行う。

④　検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行う。

⑤　特殊な療法、新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならない。

⑥　別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはならない。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第２条第17項に規定する治験に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合においては、この限りではない。

１４　必要な医療の提供が困難な場合等の措置等〔第 19 条〕

1　医師は、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、協力医療機関その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

2　医師は、不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはならない。

3　医師は、入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行わなければならない。

4　医師は、入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

１５　機能訓練〔第 20 条〕

介護医療院は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他適切なリハビリテーションを計画的に行わなければならない。

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

１６　栄養管理〔第 20 条の２〕

介護医療院は、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。

介護医療院の入所者に対する栄養管理について、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

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

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

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

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

ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）において示しているので、参考とされたい。

１７　口腔衛生の管理〔第 20 条の３〕

介護医療院は、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。

介護医療院の入所者に対する口腔衛生の管理について、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照されたい。

⑴ 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。

⑵当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。

⑶ ⑴の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。

イ 助言を行った歯科医師

ロ 歯科医師からの助言の要点

ハ 具体的方策

ニ 当該施設における実施目標

ホ 留意事項・特記事項

⑷ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は⑶の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。

＜運営指導における不適正事例＞
・介護医療院の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月１回程度の口腔の健康状態の評価を実施していない。
・介護医療院と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等において、実施事項等を文書で取り決めていない。

１８　看護及び医学的管理の下における介護〔第21条〕

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

２　介護医療院は、１週間に２回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない。

入浴の実施に当たっては、入所者の自立支援に資するよう、その心身の状況を踏まえ、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により実施すること。
なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めること。

３　介護医療院は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

４　介護医療院は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。

排せつに係る介護に当たっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により実施すること。なお、おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身及び活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施すること。

５　介護医療院は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

「介護医療院は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。」とは、褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられる。

① 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。

② 当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※)　身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

③ 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。

④ 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。

⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。

また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

６　介護医療院は、前各項に定めるほか、入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければならない。

７　介護医療院は、その入所者に対して、入所者の負担により、当該介護医療院の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはならない。

１９　食事の提供〔第22条〕

１　入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われなければならない。

２　入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければ

ならない。

① 食事の提供について
個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状況並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行うこと。また、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂等で行われるよう努めなければならないこと。
② 調理について
調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておくこと。
③ 適時の食事の提供について
食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後６時以降とすることが望ましいが、早くても午後５時以降とすること。
④ 食事の提供に関する業務の委託について
食事の提供に関する業務は介護医療院自らが行うことが望ましいが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができること。
⑤ 療養室関係部門と食事関係部門との連携について
食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要であること。
⑥ 栄養食事相談
入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があること。
⑦ 食事内容の検討について
食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければならないこと。

２０　相談及び援助〔第 23 条〕

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

２１　その他のサービスの提供〔第 24 条〕

1　介護医療院は、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めるものとする。

2　介護医療院は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

２２　入所者に関する市町村への通知〔第 25 条〕

介護医療院は、介護医療院サービスを受けている入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

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

②　偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

２３　管理者による管理〔第 26 条〕

管理者は、専ら当該介護医療院の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該介護医療院の管理上支障のない場合は、他の事業所若しくは施設等又はサテライト型特定施設(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 110 条第４項に規定するサテライト型特定施設をいう。)若しくはサテライト型居住施設(同令第 131 条第４項に規定するサテライト型居住施設をいう。)の職務に従事することができるものとする。

介護医療院の管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該介護医療院の管理業務に従事するものである。ただし、以下の場合であって、介護医療院の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。

①当該介護医療院の従業者としての職務に従事する場合
② 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該介護医療院の入所者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該介護医療院に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）
③ 当該介護医療院が本体施設であって、当該本体施設のサテライト型小規模介護老人保健施設、サテライト型特定施設である指定地域密着型特定施設又はサテライト型居住施設である指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

２４　管理者の責務〔第 27 条〕

１　管理者は、当該介護医療院の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

２　介護医療院の管理者は、従業者にこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

３　介護医療院の管理者は、介護医療院に医師を宿直させなければならない。ただし、当該介護医療院の入所者に対するサービスの提供に支障がない場合にあっては、この限りではない。

a　Ⅱ型療養床のみを有する介護医療院である場合
b　医療機関併設型介護医療院であり同一敷地内又は隣接する敷地にある病院又は診療所との連携が確保されており、当該介護医療院の入所者の病状が急変した場合に当該病院又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制が確保されている場合
c　その他、医療法施行規則第９条の 15 の２に定める場合と同様に、介護医療院の入所者の病状が急変した場合においても当該介護医療院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められている場合

２５　計画担当介護支援専門員の責務〔第 28 条〕

計画担当介護支援専門員は、第 17 条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

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

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

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

④　苦情の内容等の記録を行うこと。

⑤　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行うこと。

２６　運営規程〔第 29 条〕

介護医療院は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程(第３５条第１項において「「運営規程」という。)を定めておかなければならない。

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

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第４条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えない（基準省令第7条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。）。

③　入所定員（Ⅰ型療養床に係る入所定員の数、Ⅱ型療養床に係る入所定員の数及びその合計数をいう。）

④　入所者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額
⑤　施設の利用に当たっての留意事項
⑥　非常災害対策
⑦　虐待の防止のための措置に関する事項
⑧　その他施設の運営に関する重要事項

「その他の施設の運営に関する重要事項」とは、
a　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に身体的拘束等を行う際の手続について定めておくことが望ましい。
b　当該施設における医師の宿直の有無について定めておくこと。Ⅱ型療養床のみを有する介護医療院である場合など医師の宿直がない施設についてはその事由について定めておくこと。

２７　勤務体制の確保等〔第 30 条〕

1　介護医療院は、入所者に対し、適切な介護医療院サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2　介護医療院は、当該介護医療院の従業者によって介護医療院サービスを提供しなければならない。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

3　介護医療院は、従業者に対し、その資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該介護医療院は、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８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

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

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

4　介護医療院は、適切な介護医療院サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当を超えたものにより従事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等の必要な措置を講じなければならない。

同条第４項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和 47 年法律第 113 号）第 11 条第１項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和 41 年法律第 132 号）第 30 条の２第１項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

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

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

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

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

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

２８　業務継続計画の策定等〔第 30 条の 2〕

1　介護医療院は、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医療院サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、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。

2　介護医療院は、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に実施しなければならない。

※計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

※研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

※業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

ⅰ　感染症に係る業務継続計画

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

b　初動対応

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

ⅱ　災害に係る業務継続計画

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

b　緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

c　他施設及び地域との連携

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

いては、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。
※訓練（シミュレーション）においては、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年２回以上）に実施するものとする。
なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

3　介護医療院は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

２９　定員の遵守〔第 31 条〕

介護医療院は、入所定員及び療養室の定員を超えて入所させてはならない。ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

３０　非常災害対策〔第 32 条〕

1　介護医療院は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業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。

2　介護医療院は、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。

介護医療院の開設者が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとすること。

３１　衛生管理等〔第 33 条〕

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

① 調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法（昭和 22 年法律第 233 号）等関係法規に準じて行われなければならない。なお、食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行われなければならないこと。
② 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。
③ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
④ 空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。

2　介護医療院は、当該介護医療院において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。

①　当該介護医療院における感染症及びは食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

＜感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会＞
当該施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がない

と考えられる者を選任すること。
（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者
また、感染対策委員会は、入所者の状況など施設の状況に応じ、おおむね３月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。
感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
なお、感染対策委員会は、運営委員会など施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。
また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

② 当該介護医療院における感染症及びは食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

＜感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針＞
当該施設における「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定される。また、発生時における施設内の連絡体制や前記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。
なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。

③ 当該介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施すること。

＜感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修＞
介護職員その他の従業者に対する「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。
職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要である。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要がある。
また、研修の実施内容についても記録することが必要である。
研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での研修で差し支えない。
＜感染症の予防及びまん延の防止のための訓練＞
平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年２回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。
訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

④ 前３号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

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

識、対応等について周知することが必要である。

3　次に掲げる業務を委託する場合は、入所定員の規模に応じ医療法施行規則に準じて行うこと。
① 検体検査の業務
② 医療機器及び又は医学的処置の用に供する衣類その他の繊維製品の滅菌又は消毒の業務
③ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第２条第８項に規定する特定保守管理医療機器の保守点検の業務
④ 診療の用に供するガスの供給設備の保守点検の業務（高圧ガス保安法（昭和 26 年法律第 204 号）の規定により高圧ガスを製造又は消費する者が自ら行わなければならないものを除く。）

３２　協力医療機関等〔第 34 条〕

1　介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（第３号の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。
① 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
② 当該介護医療院からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
③ 入所者の病状が急変した場合等において、当該介護医療院の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

2　介護医療院は、１年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を当該介護医療院に係る許可を行った都道府県知事に届け出なければならない。

3　介護医療院は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関（次項において「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症をいう。次項において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。

4　介護医療院は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。

5　介護医療院は、入所者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入所者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該介護医療院に速やかに入所させることができるように努めなければならない。

6　介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

介護医療院の入所者の病状の急変等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診療等を行う医療機関と新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めること、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めること等を規定したものであること。

協力医療機関の選定に当たっては、必要に応じ、地域の関係団体の協力を得て行われるものとするほか、介護医療院から近距離にあることが望ましい。

①協力医療機関との連携（第１項）

介護医療院の入所者の病状の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めなければならない。その際、例えば同条第１項第１号及び第２号の要件を満たす医療機関と同条第１項第３号の要件を満たす医療機関を別に定めるなど、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。

連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟（２００床未満）を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。なお、令和６年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意す

ること。
　また、第３号の要件については、必ずしも当該介護医療院の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。
　なお、協力医療機関との連携に係る義務付けの適用に当たっては、令和６年改正省令附則第６条において、３年間の経過措置を設けており、令和９年３月３１日までの間は、努力義務とされているが、経過措置期間を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。
②協力医療機関との連携に係る届出（第２項）
　協力医療機関と実効性のある連絡体制を確保する観点から、年に１回以上、協力医療機関と入所者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等を開設許可を行った都道府県知事、指定都市又は中核市の市長（以下「許可権者」という。）に届け出ることを義務づけたものである。届出については、別紙１によるものとする。協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やかに許可権者に届け出ること。同条第１項の規定の経過措置期間において、同条第１項第１号、第２号及び第３号の要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合は、経過措置の期限内に確保するための計画を併せて届け出を行うこと。
③新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携（第３項）
　介護医療院の入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染症法第６条第１７項に規定する第二種協定指定医療機関である病院又は診療所との新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしたものである。
　取り決めの内容としては、流行初期期間経過後（新興感染症の発生の公表後４か月程度から６か月程度経過後）において、介護医療院の入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うことが想定される。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うこと妨げるものではない。
④協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合（第４項）
　協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、第２項で定められた入所者の急変時等における対応の確認と合わせ、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等における対応について協議を行うことを義務付けるものである。協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関と取り決めを行うことが望ましい。
⑤医療機関に入院した入所者の退院後の受け入れ（第５項）
　「速やかに入所させることができるように努めなければならない」とは、必ずしも退院後に再入所を希望する入所者のために常にベッドを確保しておくということではなく、できる限り円滑に再入所できるよう努めなければならないということである。

３３　掲示〔第35条〕

１　介護医療院は、当該介護医療院の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力医療機関、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（以下この条において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。

　基準省令第35条第１項は、介護医療院は、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を介護医療院の見やすい場所に掲示することを規定したものである。また、同条第３項は、介護医療院は、原則として、重要事項を当該介護医療院のウェブサイトに掲載することを既定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、介護医療院は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。
① 施設の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。
② 従業者の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

③介護保険法施行規則第140条の44各号に掲げる基準に該当する介護医療院については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第35条第3項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第1項の規定による掲示は行う必要はあるが、これを同条第2項の基準省令第55条第1項の規定に基づく措置に代えることができること。なお、厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等（平成12年厚生省告示第123号）二のハの(2)及び居住、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（平成17年厚生労働省告示第419号）一のハに規定するウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、この③に準ずるものとする。

2　介護医療院は、重要事項を記載した書面を当該介護医療院に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。

重要事項を記載したファイル等を介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該介護医療院内に備え付けることで同条第1項の掲示に代えることができることを規定したものである。

3　介護医療院は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

３４　秘密保持等〔第36条〕

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

具体的には、介護医療院は、当該介護医療院の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずべきこととするものであること。

3　介護医療院は、居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。

３５　居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止〔第37条〕

1　介護医療院は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に当該介護医療院を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

2　介護医療院は、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該介護医療院からの退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

３６　苦情処理〔第38条〕

1　介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関する入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該施設における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等である。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、33掲示の１に準ずるものとする。

2　介護医療院は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

苦情に対し介護医療院が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（介護医療院が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、内容等を記録することを義務づけたものである。

また、介護医療院は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。

なお、基準省令第42条第２項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、各指定権者が定める基準に沿って５年間又は２年間保存しなければならない。

3　介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関し、法第23条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4　介護医療院は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

5　介護医療院は、提供した介護医療院サービスに関する入所者からの苦情に関して連合会（国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 45 条第５項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下この項及び次項において同じ。）が行う法第 176 条第１項第３号の規定による調査に協力するとともに、連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

6　介護医療院は、連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を連合会に報告しなければならない。

３７　地域との連携等〔第 39 条〕

1　介護医療院は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならない。

2　介護医療院は、その運営に当たっては、提供した介護医療院サービスに関する入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

介護サービス相談員を積極的に受け入れる等、市町村との密接な連携に努めることを規定したものである。

なお、「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものである。

３８　事故発生の防止及び発生時の対応〔第 40 条〕

1　介護医療院は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

①　事故が発生した場合の対応、次号の報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

＜事故発生の防止のための指針＞

指針には、次のような項目を盛り込むこととする。

イ 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方

ロ 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項

ハ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

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

ホ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針

ヘ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

ト その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

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

＜事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底＞

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

具体的には、次のようなことを想定している。

イ 介護事故等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、介護事故等について報告すること。

ハ ③の事故発生の防止のための委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

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

ホ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

ヘ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

③　事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従

業者に対する研修を定期的に行うこと。

＜事故発生の防止のための委員会＞
介護医療院における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、当該施設の管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすることが必要である。
事故防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。
また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
＜事故発生の防止のための職員に対する研修＞
介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、介護医療院における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。
職員教育を組織的に徹底させていくためには、介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年２回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。
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。

④　前３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。

事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者
介護医療院における事故発生を防止するための体制として、①から④までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、事故防止検討委員会の安全対策を担当する者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。
（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

２　介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
３　介護医療院は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
４　介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか又は賠償資力を有することが望ましい。

３９　虐待の防止〔第 40 条の２〕

介護医療院は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。
①　当該介護医療院における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的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すること。

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

イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止に関すること
ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 当該介護医療院における虐待の防止のための指針を整備すること。

介護医療院が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。
イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項
ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
チ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 当該介護医療院において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該介護医療院における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。
職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護医療院が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年２回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。
また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、施設内での研修で差し支えない。

④ 前３号に掲げる措置を実施するための担当者を置くこと。

介護医療院における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。
（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

４０　入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置［第 40 条の 3］（令和９年３月３１日までは努力義務）

介護医療院は、介護医療院における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該介護医療院おける入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（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。）を定期的に開催しなければならない。

介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置及び開催について規定したものである。なお、本条の適用に当たっては、令

和6年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされている。

本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性の向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えないものであること。

また、本委員会は、定期的に開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を決めることが望ましい。

あわせて、本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。また、本委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、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。

なお、事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令と異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令と異なる委員会の名称を用いても差し支えない。

４１　会計の区分〔第41条〕

介護医療院は、介護医療院サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

４２　記録の整備〔第42条〕

1　介護医療院は、従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2　介護医療院は、入所者に対する介護医療院サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、各指定権者が定める基準に沿って５年間又は２年間保存しなければならない。

① 施設サービス計画

② 第12条第４項の規定による居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録

③ 第13条第２項の規定による提供した具体的なサービスの内容等の記録

④ 第16条第５項の規定による身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

⑤ 第25条の規定による市町村への通知に係る記録

⑥ 第38条第２項の規定による苦情の内容等の記録

⑦ 第40条第３項の規定による事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

４３　電磁的記録等〔第55条〕

1　介護医療院及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、設備及び運営基準において書面（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。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（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。

2　介護医療院及びその従業者は、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、設備及び運営基準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。

２ ユニット型介護医療院

(1) 趣旨〔第 43 条〕

第２条、第３章及び前章の規定にかかわらず、ユニット型介護医療院（施設の全部において少数の療養室及び当該療養室に近接して設けられる共同生活室（当該療養室の入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所をいう。第 45 条及び第 49 条において同じ。）により一体的に構成される場所（以下「ユニット」という。）ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる介護医療院をいう。以下同じ。）の基本方針並びに施設、設備及び運営に関する基準については、この章に定めるところによる。

(2) 基本方針〔第 44 条〕

1　ユニット型介護医療院は、長期にわたり療養が必要である入居者１人１人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、各ユニットにおいてその入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない。

2　ユニット型介護医療院は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

3　ユニット型介護医療院は、入居者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

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

(3) 施設及び設備に関する基準〔第 45 条〕

1　次に掲げる施設を有しなければならない。

① ユニット	イ 療養室 (1) １の療養室の定員は、１人とすること。ただし、入居者への介護医療院サービスの提供上必要と認められる場合は、２人とすることができる。 (2) 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、１のユニットの入居者の定員は、原則としておおむね 10 人以下とし、15 人を超えないものとする。 ※ユニットの入居定員 ユニット型介護医療院は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものであることから、１のユニットの入居定員は、おおむね 10 人以下とすることを原則とする。 ただし、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居者の定員が 15 人までのユニットも認める。 (3) １の療養室の床面積等は、10.65 平方メートル以上とすること。ただし、(1)ただし書の場合にあっては、21.3 平方メートル以上とすること。 ※ユニット型個室的多床室（経過措置） 令和３年４月１日に現に存するユニット型介護医療院（基本的な設備が完成しているものを含み、令和３年４月１日以降に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。）において、ユニットに属さない療養室

	を改修してユニットが造られている場合であり、床面積が、10.65 平方メートル以上（療養室内に洗面所が設けられているときはその面積を含み、療養室内に便所が設けられているときはその面積を除く。）であるもの。この場合にあっては、入居者同士の視線が遮断され、入居者のプライバシーが十分に確保されていれば、天井と壁との間に一定の隙間が生じていても差し支えない。 壁については、家具等のように可動のもので室内を区分しただけのものは認められず、可動でないものであって、プライバシーの確保のために適切な素材であることが必要である。療養室であるためには、一定程度以上の大きさの窓が必要であることから、多床室を仕切って窓のない療養室を設けたとしても個室的多床室としては認められない。 また、療養室への入口が、複数の療養室で共同であったり、カーテンなどで仕切られているに過ぎないような場合には、十分なプライバシーが確保されているとはいえず、個室的多床室としては認められないものである。ここで、「標準とする」とは、10.65 平方メートル以上（入院患者へのサービス提供上必要と認められる場合に２人部屋とするときは21.3 平方メートル以上）とすることが原則であるが、平成17 年10 月１日に、当該介護医療院に転換する前の現に存する指定介護療養型医療施設（建築中のものを含む。）が同日において現に有しているユニット（同日以降に増築又は改築されたものを除く。）転換後の介護医療院において活用する場合にあっては、建物の構造や敷地上の制約など特別の事情によって当該面積を確保することが困難であると認められたときには、前記の趣旨を損なわない範囲で、10.65 平方メートル未満（入院患者へのサービス提供上必要と認められる場合に２人部屋とするときは21.3 平方メートル未満）であっても差し支えない。 なお、ユニットに属さない療養室を改修してユニットを造る場合に、療養室がイの要件を満たしていれば、ユニット型個室に分類される。 (4) 地階に設けてはならないこと。 (5) １以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。 (6) 入居者のプライバシーの確保に配慮した療養床を設けること。 (7) ナース・コールを設けること。 ロ 共同生活室 (1) 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。 (2) １の共同生活室の床面積は、２平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居者の定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。 (3) 必要な設備及び備品を備えること。 ハ 洗面設備 (1) 療養室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けること。 (2) 身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。 ニ 便所 療養室ごと又は共同生活室ごとに適当数設けること。
② 診察室	イ 診察室は、次に掲げる施設を有すること。 (1) 医師が診察を行う施設 (2) 臨床検査施設 (3) 調剤を行う施設

	ロ イ(2)の規定にかかわらず、検体検査の業務を委託する場合にあっては、当該検体検査に係る設備を設けないことができる。 ハ　臨床検査施設において検体検査を実施する場合にあっては、医療法施行規則第９条の７から第９条の７の３までの規定を準用する。
③ 処置室	イ 処置室は、次に掲げる施設を有すること。 (1) 入居者に対する処置が適切に行われる広さを有する施設 (2) 診察の用に供するエックス線装置 ロ イ(1)に規定する施設にあっては、前号イ(1)に規定する施設と兼用することができる。
④ 機能訓練室	内法による測定で 40 平方メートル以上の面積を有し、必要な器械及び器具を備えること。ただし、ユニット型併設型小規模介護医療院（ユニットごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる医療機関併設型介護医療院のうち、入居定員が 19 人以下のものをいう。）にあっては、機能訓練を行うために十分な広さを有し、必要な器械及び器具を備えること。
⑤ 浴室	イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。 ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。 ④、⑤に掲げる設備は、専ら当該ユニット型介護医療院の用に供するものでなければならない。ただし、入居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は、この限りでない。
⑥ サービス・ステーション	
⑦ 調理室	
⑧ 洗濯室又は洗濯場	
⑨ 汚物処理室	

４　①～⑨に規定するもののほか、ユニット型介護医療院の設備構造の基準は、次に定めるところによる。

１　ユニット型介護医療院の建物（入居者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。以下この号及び次項において同じ。）は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす２階建て又は平屋建てのユニット型介護医療院の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。

イ　療養室等を２階及び地階のいずれにも設けていないこと。

ロ　療養室等を２階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。

(1) 当該ユニット型介護医療院の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、第 54 条において準用する第 32 条第１項の計画に入居者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。

(2) 第 54 条において準用する第 32 条第１項の規定による訓練については、同項の計画に従い、昼間及び夜間において行うこと。

(3) 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

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

３　療養室等が３階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を２以上設けること。ただし前号の直通階段を建築基準法施行令第 123 条第１項の規定による避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

４　診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備については、危害防止上必要な方法を講ずることとし、放射線に関する構造設備については、医療法施行規則第 30 条、第 30 条の４、第 30 条の 13、第 30 条の 14、第 30 条の 16、第 30 条の 17、第 30 条の 18(第１項第４号から第６号までを除く。)、第 30 条の 19、第 30 条の 20 第２項、第 30 条の 21、第 30 条の 22、第 30 条の 23 第１項、第 30 条の 25、第 30 条の 26 第３項から第５項まで及び第 30 条の 27 の規定を準用する。この場合において、同令第 30 条の 18 第１項中「いずれか及び第４号から第６号までに掲げる措置」とあるのは、「いずれか」と読み替え

るものとする。
5　階段には、手すりを設けること。
6　廊下の構造は、次のとおりとすること。
イ　幅は、1.8 メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、2.7 メートル以上とすること。なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、1.5 メートル以上（中廊下にあっては、1.8 メートル以上）として差し支えない。
ロ　手すりを設けること。
ハ　常夜灯を設けること。
7　入居者に対する介護医療院サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。
8　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。
※都道府県知事（政令市長及び中核市長）が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建てのユニット型介護医療院の建物であって、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認めたときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。
① スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。
② 非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なものであること。
③ 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なものであること。

(4) 運営に関する基準

1　利用料等の受領〔第 46 条〕

1　ユニット型介護医療院は、法定代理受領サービスに該当する介護医療院サービスを提供した際には、入居者から利用料の一部として、施設サービス費用基準額から当該ユニット型介護医療院に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
2　ユニット型介護医療院は、法定代理受領サービスに該当しない介護医療院サービスを提供した際に入居者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
3 ユニット型介護医療院は、前２項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。
① 食事の提供に要する費用（法第 51 条の３第１項の規定により特定入所者介護サービス費が入居者に支給された場合は、同条第２項第１号に規定する食費の基準費用額（同条第４項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入居者に代わり当該ユニット型介護医療院に支払われた場合は、同条第２項第１号に規定する食費の負担限度額）を限度とする。）
② 居住に要する費用(法第 51 条の３第１項の規定により特定入所者介護サービス費が入居者に支給された場合は、同条第２項第２号に規定する居住費の基準費用額（同条第４項の規定により当該特定入所者介護サービス費が入居者に代わり当該ユニット型介護医療院に支払われた場合は、同条第２項第２号に規定する居住費の負担限度額)を限度とする。）
③ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入居者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用
④ 厚生労働大臣の定める基準に基づき入居者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用
⑤ 理美容代
⑥ 前各号に掲げるもののほか、介護医療院サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入居者に負担させることが適当と認められるもの
4　前項第１号から第４号までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところによるものとする。
5　ユニット型介護医療院は、第３項各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじ

め、入居者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入居者の同意を得なければならない。ただし、同項第１号から第４号までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとする。

２　介護医療院サービスの取扱方針〔第 47 条〕

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

２　介護医療院サービスは、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われなければならない。

３　介護医療院サービスは、入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければならない。

４　介護医療院サービスは、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われなければならない。

５　従業者は、介護医療院サービスの提供に当たって、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

６　ユニット型介護医療院は、介護医療院サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

７　ユニット型介護医療院は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

８　ユニット型介護医療院は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

①　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

「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「身体的拘束等適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、身体的拘束適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。 なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、入所者や施設の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。 （※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染症対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者 なお、身体的拘束等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。身体的拘束等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、身体的拘束等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、身体的拘束等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。 ユニット型介護医療院が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的と

したものではないことに留意することが必要である。
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 身体的拘束等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、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
5 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
6 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

ユニット型介護医療院が整備する「身体的拘束適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。
1 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
2 身体的拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
3 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
4 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
5 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
6 入所者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

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

9 ユニット型介護医療院は、自らその提供する介護医療院サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

3 看護及び医学的管理の下における介護〔第48条〕

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

2 ユニット型介護医療院は、入居者の日常生活における家事を、入居者が、その心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援しなければならない。

3 ユニット型介護医療院は、入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければならない。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができる。

4 ユニット型介護医療院は、入居者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行わなければならない。

5 ユニット型介護医療院は、おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えなければならない。

6 ユニット型介護医療院は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

7 ユニット型介護医療院は、前各項に定めるほか、入居者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければならない。

8 ユニット型介護医療院は、その入居者に対して、入居者の負担により、当該ユニット型介護医療院の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはならない。

4 食事〔第49条〕

1 ユニット型介護医療院は、栄養並びに入居者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供しなければならない。

2 ユニット型介護医療院は、入居者の心身の状況、症状、その置かれている環境等に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行わなければならない。

3 ユニット型介護医療院は、入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保しなければ

ならない。

4　ユニット型介護医療院は、入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事を摂ることを支援しなければならない。

5　その他のサービスの提供〔第 50 条〕

1　ユニット型介護医療院は、入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければならない。

2　ユニット型介護医療院は、常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

6　運営規程〔第 51 条〕

ユニット型介護医療院は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

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

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準省令第４条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「○人以上」と記載することも差し支えない（基準省令第７条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。）。

③　入居定員（Ⅰ型療養床に係る入居定員の数、Ⅱ型療養床に係る入居定員の数及びその合計数をいう。）

④　ユニットの数及びユニットごとの入居定員

⑤　入居者に対する介護医療院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

7　勤務体制の確保等〔第 52 条〕

1　ユニット型介護医療院は、入居者に対し、適切な介護医療院サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2　前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次に定める職員配置を行わなければならない。

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

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

③　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

令和３年４月１日以降に、入居定員が 10 を超えるユニットを整備する場合においては、令和３年改正省令附則第６条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までを含めた連続する 16 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとする。 ① 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置 ユニットごとに常時１人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する８時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を８で除して得た数が、入居者の数が 10 を超えて１を増すごとに 0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。 ② 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置 ２ユニットごとに１人の配置に加えて、当該２ユニットにおいて夜勤時間帯に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を 16 で除して得た数が、入居者の合計数が 20 を超えて２又はその端数を増すごとに 0.1 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

なお、基準省令第52条第２項第１号及び第２号に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はない。当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるよう努めること。

3　ユニット型介護医療院は、当該ユニット型介護医療院の従業者によって介護医療院サービスを提供しなければならない。ただし、入居者に対する介護医療院サービスの提供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。

4　ユニット型介護医療院は、従業者に対し、その資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該ユニット型介護医療院は、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８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

5　ユニット型介護医療院の管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めなければならない。

6　ユニット型介護医療院は、適切な介護医療院サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの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等の必要な措置を講じなければならない。

８　定員の遵守〔第53条〕

ユニット型介護医療院は、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。

※　準用

第７条から第13条まで、第15条、第17条から第20条の３まで、第23条、第25条から第28条まで及び第30条の２及び第32条から第42条までの規定は、ユニット型介護医療院について準用する。この場合において、第７条第１項中「第29条に規定する運営規程」とあるのは「第51条に規定する重要事項に関する規程」と、第27条第２項中「この章」とあるのは「第５章第３節」と、第42条第２項第４号中「第16条第５項」とあるのは「第47条第７項」と読み替えるものとする。

３　介護医療院の介護報酬

イ　Ⅰ型介護医療院サービス費（１日につき）

		①Ⅰ型介護医療院サービス費(i)	②Ⅰ型介護医療院サービス費(ii)
(1)Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）	要介護１	７２１単位	８３３単位
	要介護２	８３２単位	９４３単位
	要介護３	１，０７０単位	１，１８２単位
	要介護４	１，１７２単位	１，２８３単位
	要介護５	１，２６３単位	１，３７５単位
(2)Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	要介護１	７１１単位	８２１単位
	要介護２	８２０単位	９３０単位
	要介護３	１，０５５単位	１，１６５単位
	要介護４	１，１５５単位	１，２６４単位
	要介護５	１，２４５単位	１，３５５単位
(3)Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	要介護１	６９４単位	８０５単位
	要介護２	８０４単位	９１４単位
	要介護３	１，０３９単位	１，１４８単位
	要介護４	１，１３８単位	１，２４８単位
	要介護５	１，２２８単位	１，３３８単位

ロ　Ⅱ型介護医療院サービス費（１日につき）

		①Ⅱ型介護医療院サービス費(i)	②Ⅱ型介護医療院サービス費(ii)
(1) Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）	要介護１	６７５単位	７８６単位
	要介護２	７７１単位	８８３単位
	要介護３	９８１単位	１，０９２単位
	要介護４	１，０６９単位	１，１８１単位
	要介護５	１，１４９単位	１，２６１単位
(2) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	要介護１	６５９単位	７７０単位
	要介護２	７５５単位	８６７単位
	要介護３	９６３単位	１，０７５単位
	要介護４	１，０５３単位	１，１６５単位
	要介護５	１,１３３単位	１，２４５単位
(3) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)	要介護１	６４８単位	７５９単位
	要介護２	７４３単位	８５５単位
	要介護３	９５２単位	１，０６４単位
	要介護４	１，０４２単位	１，１５４単位
	要介護５	１，１２１単位	１，２３４単位

ハ　特別介護医療院サービス費（１日につき）

		①Ⅰ型特別介護医療院サービス費(i)	②Ⅰ型特別介護医療院サービス費(ii)
(1) Ⅰ型特別介護医療院サービス費	要介護１	６６１単位	７６４単位
	要介護２	７６３単位	８６９単位
	要介護３	９８８単位	１，０９１単位
	要介護４	１，０８１単位	１，１８６単位
	要介護５	１，１６８単位	１，２７１単位
(2) Ⅱ型特別介護医療院サービス費	要介護１	６１４単位	７２１単位
	要介護２	７０７単位	８１４単位
	要介護３	９０５単位	１,０１２単位
	要介護４	９９１単位	１，０９６単位
	要介護５	１，０６６単位	１，１７２単位

ニ　ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（１日につき）

		①ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(i)	②ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(ii)
(1)ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）	要介護１	８５０単位	８５０単位
	要介護２	９６０単位	９６０単位
	要介護３	１，１９９単位	１，１９９単位
	要介護４	１，３００単位	１，３００単位
	要介護５	１，３９２単位	１，３９２単位
(2)ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）	要介護１	８４０単位	８４０単位
	要介護２	９４８単位	９４８単位
	要介護３	１，１８４単位	１，１８４単位
	要介護４	１，２８３単位	１，２８３単位
	要介護５	１，３７４単位	１，３７４単位

ホ　ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費（１日につき）

(1)ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)	要介護１	８４９単位
	要介護２	９５１単位
	要介護３	１，１７３単位
	要介護４	１，２６７単位

	要介護５	１，３５３単位
⑵ユニット型Ｉ型介護医療院サービス費(Ⅱ)	要介護１	８４９単位
	要介護２	９５１単位
	要介護３	１，１７３単位
	要介護４	１，２６７単位
	要介護５	１，３５３単位

ヘ　ユニット型特別介護医療院サービス費（１日につき）

		①ユニット型特別介護医療院サービス費(i)	②ユニット型特別介護医療院サービス費(ii)
⑴ユニット型Ｉ型介護医療院サービス費（Ｉ）	要介護１	７９８単位	７９８単位
	要介護２	９０１単位	９０１単位
	要介護３	１，１２６単位	１，１２６単位
	要介護４	１，２２０単位	１，２２０単位
	要介護５	１，３０４単位	１，３０４単位
⑵ユニット型特別護医療院サービス費(Ⅱ)	要介護１	８０８単位	８０８単位
	要介護２	９０４単位	９０４単位
	要介護３	１，１１４単位	１，１１４単位
	要介護４	１，２０５単位	１，２０５単位
	要介護５	１，２８４単位	１，２８４単位

◆対象となるサービスの範囲

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

◆「療養棟」について

① 療養棟の概念は、「病棟」の概念に準じて、介護医療院において看護・介護体制の１単位として取り扱うものであること。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として２つの階）を１療養棟として認めることは差し支えないが、３つ以上の階を１療養棟とすることは、④の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。

② １療養棟当たりの療養床数については、効率的な看護・介護管理、夜間における適正な看護・介護の確保、当該療養棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60 床以下を標準とする。

③ ②の療養床数の標準を上回っている場合については、２以上の療養棟に分割した場合には、片方について１療養棟として成り立たない、建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。

④ 複数階で１療養棟を構成する場合についても前記②及び③と同様であるが、いわゆるサブサービス・ステーションの設置や看護・介護職員の配置を工夫すること。

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準【※１】に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準［平成 12 年２月 10 日厚生省告示第 29 号７の二のイ・ロ参照］を満たすものとして都道府県知事に届け出た介護医療院における当該届出に係る療養棟（１又は複数の療養床（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第５号）第３条第１号に規定する療養床をいう。）により一体的に構成される場所をいう。）において、介護医療院サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準【※２】に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数から 25 単位を控除して得た単位数を算定する。

なお、入所者の数又は医師、薬剤師、看護職員、介護職員若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところ【※３】により算定する。

……

【※１】別に厚生労働大臣が定める施設基準は次のとおり。

イ　Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

⑴　Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

ａ　Ⅰ型療養床を有する介護医療院であること。

ｂ 当該介護医療院サービスを行うⅠ型療養棟における看護職員の数が、常勤換算方法(介護医療院基準第４条第１項第３号に規定する常勤換算方法をいう。以下この号において同じ。)で、入所者等(当該療養棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者をいう。以下このイにおいて同じ。)の数の合計数が６又はその端数を増すごとに１以上であること。

ｃ　Ⅰ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

ｄ ｂにより算出した看護職員の最少必要数の２割以上は看護師であること。

ｅ 通所介護費等の算定方法第 15 号に規定する基準に該当しないこと。

ｆ 入所者等に対し、生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること。

ｇ 地域に貢献する活動を行っていること。

ｈ 次のいずれにも適合していること。

ｉ 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ii 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、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ｉ 算定日が属する月の前３月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が 100 分の 10 以上であること。

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

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

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

ｊ 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係機関との連携の上、対応していること。

② 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

ａ ①ａ、ｂ、ｆ及びｇに該当するものであること。

ｂ　Ⅰ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が６又はその端数を増すごとに１以上であること。

ｃ 通所介護費等の算定方法第 15 号に規定する基準に該当しないこと。

ｄ 次のいずれにも適合していること。

ｉ 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ii 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、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ｅ 算定日が属する月の前３月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が 100 分の 10 以上であること。

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

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

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

ｆ 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

(2) Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a (1)①ａからｇまでに該当するものであること。

b 次のいずれにも適合していること。

i 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ii 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、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

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

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

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

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

d 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

② 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a (1)②ａからｃまでに該当するものであること。

b 次のいずれにも適合していること。

i 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

ii 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、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

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

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

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

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

d 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

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

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

② Ⅰ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が５又はその端数を増すごとに１以上であること。

ロ Ⅱ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a Ⅱ型療養床を有する介護医療院であること。

b 当該介護医療院サービスを行うⅡ型療養棟における看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等(当該療養棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者をいう。以下このロにおいて同じ。)の数の合計数が６又はその端数を増すごとに１以上であること。

c Ⅱ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

d 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

e 次のいずれかに適合していること。

i 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の20以上であること。

ii 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15以上であること。

iii 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状、行動若しくは意思疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が100分の25以上であること。

f 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に対し、他の関係者との連携の上、入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画を作成し、医師、看護師、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族への説明を行い、同意を経てターミナルケアを行う体制であること。

g 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

② 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの施設基準

a ①ａ、ｂ、ｆ及びｇに該当するものであること。

ｂ Ⅱ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が６又はその端数を増すごとに１以上であること。

c 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

d 次のいずれかに適合していること。

i 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合に、19を当該併設型小規模介護医療院におけるⅡ型療養床の数で除した数との積が100分の20以上であること。

ii 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に、19を当該併設型小規模介護医療院におけるⅡ型療養床の数で除した数との積が100分の15以上であること。

iii 算定日の属する月の前３月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状、行動若しくは意思疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合に、19を当該併設型小規模介護医療院におけるⅡ型療養床の数で除した数との積が100分の25以上であること。

⑵ Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準（併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスに限る。）

① ⑴①ａ、ｂ及びｄからｇまでに該当するものであること。

② Ⅱ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が５又はその端数を増すごとに１以上であること。

⑶ Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準(併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスに限る。)

① ⑴①ａ、ｂ及びｄからｇまでに該当するものであること。

② Ⅱ型療養棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等の数の合計数が６又はその端数を増すごとに１以上であること。

ハ 特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

⑴ Ⅰ型特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ⑴①ａ、ｂ、ｄ、ｅ及びｊ並びにイ⑶②に該当するものであること。

ｂ イ⑴から⑶までのいずれにも該当しないものであること。

② 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ⑴①ａ、ｂ、ｅ及びｊ並びにイ⑴②ｂに該当するものであること。

b イ(1)から(3)までのいずれにも該当しないものであること。

(2) Ⅱ型特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a ロ(1)①ａ、ｂ、ｄ及びｇ並びにロ(1)②ｂに該当するものであること。

b ロ(1)から(3)までのいずれにも該当しないものであること。

② 併設型小規模介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a ロ(1)①ａ、ｂ及びｇ並びにロ(1)②ｂ及びｃに該当するものであること。

b ロ(1)から(3)までのいずれにも該当しないものであること。

ニ ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模ユニット型介護医療院以外のユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ(1)①ａからｄまで及びｆからｊまでに該当するものであること。

b 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

② 併設型小規模ユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ(1)②ａ、ｂ、ｄ、ｅ及びｆに該当するものであること。

b 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

(2) ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模ユニット型介護医療院以外のユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ(1)①ａからｄまで、ｆ及びｇ並びにイ(2)①ｂからｄまでに該当するものであること。

b 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

② 併設型小規模ユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、イ(2)(二)ａからｄまでに該当するものであること。

ホ ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) 併設型小規模ユニット型介護医療院以外のユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

① ロ(1)①ａからｃまで、ｅからｇまでに該当していること。

② 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

(2) 併設型小規模ユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a ロ(1)②ａ、ｂ及びｄに該当するものであること。

b 通所介護費等の算定方法第15号に規定する基準に該当しないこと。

ヘ ユニット型特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模ユニット型介護医療院以外のユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ(1)①ａからｅまで及びｊに該当するものであること。

b ニに該当しないものであること。

② 併設型小規模ユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a イ(1)①ａ、ｂ、ｅ及びｊ並びにイ(1)②ｂに該当するものであること。

b ニに該当しないものであること。

(2) ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

① 併設型小規模ユニット型介護医療院以外のユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

ａ ロ(1)①ａからｄまで及びｇに該当するものであること。

ｂ ホに該当しないものであること。

② 併設型小規模ユニット型介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

ａ ロ(1)①ａ、ｂ及びｇ並びにロ(1)②ｂ及びｃに該当するものであること。

ｂ ホに該当しないものであること。

……

【※２】 別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅠ型介護医療院サービス費(i)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅠ型介護医療院サービス費(i)若しくはⅠ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅠ型介護医療院サービス費(i)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅡ型介護医療院サービス費(i)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(i)若しくはⅡ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(i)又はⅠ型特別介護医療院サービス費のⅠ型介護医療院サービス費(i)若しくはⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型特別介護医療院サービス費(i)に係る別に厚生労働大臣が定める基準

ユニット（介護医療院基準第四十三条に規定するユニットをいう。以下この号において同じ。）に属さない療養室（定員が一人のものに限る。）の入所者に対して行われるものであること。

ロ Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)若しくはⅠ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費のⅡ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)若しくはⅡ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)又はⅠ型特別介護医療院サービス費のⅠ型特別介護医療院サービス費(ii)若しくはⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型特別介護医療院サービス費(ii)に係る別に厚生労働大臣が定める基準

ユニットに属さない療養室（定員が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。

ハ ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費若しくはユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費、ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費のユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費又はユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費のユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費若しくはユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費のユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費に係る別に厚生労働大臣が定める基準

ユニットに属する療養室（介護医療院基準第４５条第２項第１号イに掲げる療養室をいう、ニにおいて同じ。）（同号イ(3)を満たすものに限る。）の入居者に対して行われるものであること。

ニ ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)の経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費若しくはユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)の経過的ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費、ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費の経過的ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費又はユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費の経過的ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費若しくはユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費の経過的ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費に係る別に厚生労働大臣が定める基準

ユニットに属する療養室（令和３年改正省令による改正前の介護医療院基準第４５条第２項第１号イ３（ⅱ）を満たすものに限り、介護医療院基準第４５条第２項第１号イ（３））の入居者に対して行われるものであること。

……

【※３】別に厚生労働大臣が定めるところは次のとおり。

◇人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について

① 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、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護医療院サービスについては、当該事業所又は施設の看護師等の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っているいわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等の算定方法において、人員基準欠如の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。

② 人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月31日をもって終わる年度とする。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、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点第２位以下を切り上げるものとする。

③ 看護・介護職員の人員基準欠如については、

イ 人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、

ロ １割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

④ 看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

⑤ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（③ロ及び④の場合に限る。）であって、次のイからニまでの全てに該当するときは、③及び④の規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式 14 に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式14 には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

イ 職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第 33 条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

ロ 職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

ハ 公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

ニ やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

⑥ 看護・介護職員については、最も低い所定単位数を算定するために必要な員数を満たさない場合にはじめて人員基準欠如となるものであり、最も低い所定単位数を基にして減算を行うものであること（したがって、例えば看護６：１、介護４：１の職員配置に応じた所定単位数を算定していた指定介護療養型医療施設において、看護６：１、介護４：１を満たさなくなったが看護６：１、介護５：１は満たすという状態になった場合は、看護６：１、介護４：１の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数ではなく、看護６：１、介護５：１の所定単位数を算定するものであり、看護６：１、介護６：１を下回ってはじめて人員基準欠如となるものであること）。なお、届け出ていた看護・介護職員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出なければならないこと。また、より低い所定単位数の適用については、③の例によるものとすること。

ただし、ユニット型短期入所療養介護事業所については、看護６：１、介護４：１を下回る職員配置は認められていないため、看護６：１、介護５：１、看護６：１、介護６：１の職員配置に応じた所定単位数を定めておらず、職員配置が看護６：１、介護４：１を満たさない場合は人員基準欠如となるものであり、看護６：１、介護４：１の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定する。

⑦ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定又は許可の取消しを検討するものとする。

……

(1) 所定単位数の算定単位について

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

(2) 看護職員又は介護職員の数の算定について

① 看護職員の数は、療養棟において実際に入所者の看護に当たっている看護職員の数である。併設医療機関又は事業所の職務に従事する場合は、当該介護医療院において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護医療院の職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設医療機関又は事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。

② 介護職員の数は、療養棟において実際に入所者の介護に当たっている介護職員の数である。併設医療機関又は事業所の職務に従事する場合は、当該介護医療院において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、介護医療院の職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設医療機関又は事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。

(3) 夜勤体制による減算及び加算の特例について

介護医療院サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護(Ⅰ)から(Ⅳ)までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めているところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

① 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位で職員数を届け出ること。

② 夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に 16 を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第３位以下は切り捨てるものとする。

③ １日平均夜勤職員数又は月平均夜勤時間数が以下のいずれかに該当する月においては、入所者の全員について、所定単位数が減算される。夜間勤務等看護加算を算定している介護医療院において、届け出ていた夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様に取り扱うものとする。

イ 前月において１日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から１割を超えて不足していたこと。

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

④ 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。

⑤ 当該施設ユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対して行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われること。

(4) 人員基準欠如による所定単位数の減算について

介護医療院の人員基準欠如による所定単位数の減算の基準は、通所介護費等の算定方法第 15 号において規定しているところであるが、具体的な取扱いは以下のとおりであること。

① 介護医療院サービスを行う療養棟における看護職員又は介護職員の員数が、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第５号。以下「介護医療院基準」という。）に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、各類型の介護医療院サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に 100 分の 70 を乗じて得た単位数が算定される。

② 介護支援専門員の員数が、介護医療院基準に定める員数を満たさない場合は、他の職種の配置数とは関係なく、各類型の介護医療院サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に 100 分の 70 を乗じて得た単位数が算定される。

③ 介護支援専門員及び介護医療院サービスを行う看護・介護職員の員数については介護医療院基準に定める員数を満たすが、看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合が２割未満である場合は、

イ Ⅰ型介護医療院サービス費及び特別介護医療院サービス費については、それぞれⅠ型介護医療院サービス費(Ⅲ)及びⅠ型特別介護医療院サービス費の所定単位数に 100 分の 90 を乗じて得た単位数が算定される。

ロ ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費及びユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費については、そ

れぞれユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)及びユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数が算定される。

(5) 所定単位数を算定するための施設基準について

介護医療院サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、薬剤師、及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要であることに加えて、次に掲げる基準を満たす必要があること。

① 介護医療院サービス費（施設基準第68号イからへまで）

イ Ⅰ型介護医療院、ユニット型Ⅰ型介護医療院においては、看護職員の最少必要数の２割以上が看護師であること。

ロ 療養室が、次の基準を満たすこと。

a ユニット型でない場合

(a) １の療養室の療養床数が４床以下であること。

(b) 入所者１人当たりの療養床の平均床面積が8.0平方メートル以上であること。

(c) 隣接する廊下の幅が、内法による測定で1.8メートル（両側に居室がある廊下については、2.7メートル）以上であること。

b ユニット型の場合

(a) １の療養室の定員は、１人とすること。ただし、入所者への介護医療院サービスの提供上必要と認められる場合は、２人とすることができること。

(b) 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、１のユニットの入所者の定員は、おおむね10人以下としなければならないこと。ただし、各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が15 人までのユニットも認める。

(c) １の療養室の床面積等は、10.65 平方メートル以上とすること。ただし(ａ)ただし書の場合にあっては、21.3 平方メートル以上とすること。

(d) ブザー又はこれに代わる設備を設けること。

ハ 機能訓練室が内法による測定で40平方メートル以上の床面積を有すること。ただし、併設型小規模介護医療院の場合は、機能訓練を行うのに十分な広さを有することで足りるものとする。

ニ 入所者一人につき１平方メートル以上の広さを有する食堂、及び浴室を有すること（ユニット型個室及びユニット型個室的多床室を除く。）。

②Ⅰ型介護医療院サービス費又はユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費を算定するための基準について

集団指導資料（短期入所療養介護）のホ介護医療院における短期入所療養介護費の②及び③を準用すること。この場合において、「当該基準を満たす利用者については、給付費請求明細書の摘要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること。」とあるのは、「当該基準を満たす入所者については、給付費請求明細書の摘要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること。また、すべての入所者（短期入所療養介護の利用者を除く。）について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（ＤＰＣ）コードの上６桁を用いて記載すること。」と読み替えるものとする。

③ Ⅱ型介護医療院サービス費又はユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費を算定するための基準について

集団指導資料（短期入所療養介護）のホ介護医療院における短期入所療養介護の④を準用する。

④ 特別介護医療院サービス費又はユニット型特別介護医療院サービス費について

集団指導資料（短期入所療養介護）のホ介護医療院における短期入所療養介護費の⑤を準用する。

(6) 介護医療院サービス費を算定するための基準について

① 介護医療院サービス費は、施設基準第68号の２に規定する基準に従い、以下の通り、算定すること。

イ 施設基準第68号の２イに規定する介護医療院サービス費

介護医療院サービスが、ユニットに属さない療養室（定員が１人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入所者に対して行われるものであること。

ロ 施設基準第68号の２ロに規定する介護医療院サービス費

介護医療院サービスが、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。）（「多床室」という。）の入所者に対して行われるものであること。

ハ 施設基準第68号の２ハに規定する介護医療院サービス費
介護医療院サービスが、ユニットに属する療養室（介護医療院基準第45条第２項第１号イ（３）（ⅰ）を満たすものに限る。）（「ユニット型個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。
ニ 施設基準第68号の２ニに規定する介護医療院サービス費
介護医療院サービスが、ユニットに属する療養室（令和３年改正省令による改正前の介護医療院基準第45条第２項第１号イ（３）（ⅱ）を満たすものに限るものとし、介護医療院基準第４５条第２項第１号イ（３）を満たすものを除く。）（「ユニット型個室的多床室」という。）の入居者に対して行われるものであること。
② ユニットに属する療養室であって、介護医療院サービス費の注１による届出がなされているものについては、ユニット型介護医療院サービス費を算定するものとすること。

ユニットにおける職員に係る減算について

注２　ユニット型介護医療院サービス費について、別に厚生労働大臣が定める施設基準【※４】を満たさない場合は、１日につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

……

【※４】別に厚生労働大臣が定める施設基準は次のとおり。
イ　日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
ロ　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

……

ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（暦月）において基準に満たない状況が発生した場合に、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、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。）。

身体拘束廃止未実施減算について

注３　別に厚生労働大臣が定める基準【※５】を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

……

【※５】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。
指定基準第16条第５項及び第６項並びに第47条第７項及び第８項に規定する**基準に**適合していること

……

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、介護医療院基準第16条第５項の記録（同条第４項に規定する身体的拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第６項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修（年２回以上）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指定権者に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

安全管理体制未実施減算について

注４　別に厚生労働大臣が定める基準**【※６】**を満たさない場合は、１日つき５単位を所定単位数から減算する。

……

【※６】別に厚生労働大臣が定める施設基準は次のとおり。
介護医療院基準第４０条第１項（介護医療院基準第５４条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

……

安全管理体制未実施減算については、介護医療院基準第40条第１項に規定する基準を満たさない事実が生

じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

高齢者虐待防止措置未実施減算について

注５　別に厚生労働大臣が定める基準【※７】を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の１００分の１に相当する単位数を所定単位数から減算する。

……

【※７】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

介護医療院基準第４０条の２（介護医療院基準第５４条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

……

高齢者虐待防止措置未実施減算については、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、介護医療院基準第 40 条第 2 項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない。虐待の防止のための指針を整備していない、虐待の防止のための研修を年に２回以上実施していない又はこれらを適切に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、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、入居者全員について所定単位数から減算することとする。

業務継続計画未策定減算について

注６　別に厚生労働大臣が定める基準【※８】を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の１００分の３に相当する単位数を所定単位数から減算する。

……

【※８】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

介護医療院基準第３０条の２第１項（介護医療院基準第５４条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

……

業務継続計画未策定減算については、介護医療院基準 30 条の 2 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（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の入所者全員について、所定単位数から減算することとする。

栄養管理に係る減算について

注７　別に厚生労働大臣が定める基準【※9】を満たさない場合は、１日つき１４単位を所定単位数から減算する。

……

【※９】別に厚生労働大臣が定める施設基準は次のとおり。

介護医療院基準第４条に定める栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び第２０条の２（第５４条において準用する場合を含む。）に規定する基準のいずれにも適合していること。

……

栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護医療院基準第４条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護医療院基準第 20 条の２（介護医療院基準第 54 条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）。

療養環境減算について

注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準【※１０】に該当する介護医療院について、療養環境減算として、当該施設基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。

イ　療養環境減算(Ⅰ)　25 単位

ロ　療養環境減算(Ⅱ)　25 単位

……

【※１０】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ　療養環境減算（Ⅰ）

療養室に隣接する廊下の幅が、内法による測定で、1.8メートル未満であること。（両側に療養室がある廊下の場合にあっては、内法による測定で、2.7メートル未満であること。）

ロ　療養環境減算（Ⅱ）

療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が８未満であること。

……

① 療養環境減算について

イ 療養環境減算(Ⅰ)は、介護医療院における介護医療院サービスを行う場合に、当該介護医療院の療養室に隣接する廊下幅が、内法による測定で壁から測定して、1.8 メートル未満である場合に算定するものである。なお、両側に療養室がある場合の廊下の場合にあっては、内法による測定で壁から測定して、2.7 メートル未満である場合に算定することとする。

ロ 療養環境減算(Ⅱ)は、介護医療院における短期入所療養介護を行う場合に、当該介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が８未満である場合に算定すること。療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。

② 療養棟ごとの適用について

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

多床室の室料相当額控除について（令和７年８月１日から）

注９　Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)及びⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型特別介護医療院サービス費(ⅱ)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準【※１１】に該当する介護医療院については、室料相当額控除として、1 日につき 26 単位を所定単位数から控除する。

……

【※１１】別に厚生労働大臣が定める施設基準

介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所者定員で除した数が八以上であること。

……

令和７年８月以降、当該介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が８以上である場合、多床室の利用者に係るⅡ型介護医療院サービス費及びⅡ型特別介護医療院サービス費について、室料相当額を控除することとする。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。

夜勤体制による減算及び加算の特例について

注 10　別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準［平成 12 年２月 10 日　厚生省告示第 29 号参照］を満たすものとして都道府県知事に届け出た介護医療院については、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

イ　夜間勤務等看護(Ⅰ)　23 単位

ロ　夜間勤務等看護(Ⅱ)　14 単位

ハ　夜間勤務等看護(Ⅲ)　14 単位

ニ　夜間勤務等看護(Ⅳ)　７単位

……

別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
［平成 12 年２月 10 日　厚生省告示第 29 号参照］

イ　夜間勤務等看護（Ⅰ）　23 単位

介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が、当該介護医療院の短期入所療養介護の利用者と入所者の数の合計数が 15 又はその端数を増すごとに１名以上であり、かつ、２名以上であること。

ロ　夜間勤務等看護（Ⅱ）　14 単位

介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が、当該介護医療院の短期入所療養介護の利用者と入所者の数の合計数が 20 又はその端数を増すごとに１名以上であり、かつ、２名以上であること。

ハ　夜間勤務等看護（Ⅲ）　14 単位

(ｱ) 介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院の短期入所療養介護の利用者と入所者の数の合計数が 15 又はその端数を増すごとに１名以上であり、かつ、２名以上であること。

(ｲ) 介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が１名以上であること。

ニ　夜間勤務等看護（Ⅳ）　７単位

(ｱ) 介護医療院における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該介護医療院の短期入所療養介護の利用者と入所者の数の合計数が 20 又はその端数を増すごとに１名以上であり、かつ、２名以上であること。

(ｲ) 介護医療院における夜勤を行う看護職員の数が１名以上であること。

……

介護医療院サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護（Ⅰ）から（Ⅳ）までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めているところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

① 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位で職員数を届け出ること。

② 夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に 16 を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第３位以下は切り捨てるものとする。

③ １日平均夜勤職員数が以下のいずれかに該当する月においては、入所者の全員について、所定単位数が減算される。夜間勤務等看護加算を算定している介護医療院において、届け出ていた夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様に取り扱うものとする。

イ 前月において１日平均夜勤職員数が、夜勤職員基準により確保されるべき員数から１割を超えて不足していたこと。

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

④ 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。

⑤ 当該施設ユニット部分又はユニット部分以外について所定の員数を置いていない場合について施設利用者全員に対して行われるものであること。具体的には、ユニット部分について夜勤体制による要件を満たさずユニット以外の部分について夜勤体制の要件を満たす場合であっても施設利用者全員に対し減算が行われること。

若年性認知症入所者受入加算について

注 11　別に厚生労働大臣が定める基準【※１２】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、若年性認知症患者（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入院患者をいう。）に対して介護医療院サービスを行った場合は、若年性認知症患者受入加算として、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。

……

【※１２】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

受け入れた若年性認知症入所者（初老期における認知症によって要介護者となった入院患者をいう）ごとに個別の担当者を定めていること。

……

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。

入所者が外泊したときの費用の算定について

注 12　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。

① 外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の外泊を行う場合は、6日と計算されること。

(例) 入院又は外泊期間：3月1日～3月8日(8日間)

3月1日　外泊の開始……所定単位数を算定

3月2日～3月7日(6日間)……1日につき 362 単位を算定可

3月8日　入院又は外泊の終了……所定単位数を算定

② 入所者の外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。

③ 入所者の外泊の期間中で、かつ、外泊時の費用の算定期間中にあっては、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護〔短期入所療養介護〕に活用することは可能であること。ただし、この場合に、外泊時の費用は算定できないこと。

④ 外泊時の取扱い

イ 外泊時の費用の算定にあたって、1回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続 13 泊（12 日分）まで外泊時の費用の算定が可能であること。

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月 25 日～3月8日

1月 25 日入院……所定単位数を算定

1月 26 日～1月31日（6日間）……1日につき 362 単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）……1日につき 362 単位を算定可

2月7日～3月7日……費用算定不可

3月8日退院……所定単位数を算定

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

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

注 13　入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護医療院が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき 800 単位を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、「注 12 外泊時の費用」を算定している場合は算定しない。

① 試行的退所サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。

② 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。

③ 試行的退所サービスによる居宅サービスの提供に当たっては、介護医療院の介護支援専門員が、試行的退所サービスに係る居宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。

④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。

イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
ロ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
ハ 家屋の改善の指導
ニ 当該入所者の介助方法の指導

⑤ 試行的退所サービス費の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。

⑥ 加算の算定期間は、１月につき６日以内とする。また、算定方法は、注１２の①②を準用する。一回の試行的退所サービス費が月をまたがる場合であっても、連続して算定できるのは６日以内とする。

⑦ 利用者の試行的退院期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であること。この場合において試行的退院サービス費を併せて算定することは可能であること。

⑧ 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護医療院で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。

注 14 入所者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該入所者に対し病院又は診療所において当該診療が行われた場合は、１月に４日を限度として所定単位数に代えて１日につき 362 単位を算定する。

① 介護医療院の入所者が、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた場合には、協力医療機関その他の医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。

② 介護医療院サービス費を算定している入所者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。

③ ②にかかわらず、介護医療院サービス費を算定する入所者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護医療院に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該入所者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関において、別途定める診療行為が行われた場合に限る。）は、当該他医療機関において診療が行われた日に係る介護医療院サービス費は、１月に４日を限度として所定単位数に代えて１日につき 362 単位を算定するものとする。
当該所定単位数を算定した日においては、特別診療費に限り別途算定できる。

④ 他医療機関において③の規定により費用を算定することのできる診療が行われた場合には、当該利用者が入所している介護医療院において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な情報（当該介護医療院での介護医療院サービス費及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者が入所している介護医療院が負担する。）とともに、診療録にその写しを添付する。

注意 他科受診時の費用を算定した日については、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算及び療養食加算を算定できる。

＜運営指導における不適正事例＞
・当該診療が行われた日に係る介護医療院サービス費について、所定単位数に代えて１日につき 362 単位を算定していない。
・当該所定単位数を算定した日において、特別診療費、栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算及び療養食加算以外の加算を算定している。

注 15 次のいずれかに該当する者に対して、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)、Ⅰ型特別介護医療院サービス費又はⅡ型特別介護医療院サービス費を支給する場合はそれぞれ、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅠ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(ii)、Ⅰ型特別介護

医療院サービス費のⅠ型特別介護医療院サービス費(ii)又はⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型介護医療院サービス費(ii)を算定する。

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

ロ　別に厚生労働大臣が定める基準【※１３】に適合する従来型個室に入所する者

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

……

【※１３】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。療養室の面積が6.4平方メートル以下

……

注15に規定する措置については、介護医療院サービスを受ける者であって、平成17年9月30日以前に従来型個室に入所し、平成17年10月1日以後に当該従来型個室を退所するまでの間、継続して当該従来型個室へ入所しており、併せて、当該期間中に、特別な居室の提供を受けた事に伴う特別な室料を払っていないものが対象となること。ただし、当該者が、当該従来型個室を一旦退所した後、再度、当該従来型個室に入所して介護医療院サービスを受ける場合にあっては、注15に規定する措置の対象とはならないこと。

注16　ハ(1)若しくは(2)又はヘ(1)若しくは(2)を算定している介護医療院については、チからヌまで、ワからヨまで、レ、ソ及びウからオまでは算定しない。

ト　初期加算　30単位

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

① 入所者については、介護医療院へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、加算するものである。

② 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。

③ 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係

初期加算は、当該入所者が過去３月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去１月間とする。）の間に、当該介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できることとする。なお、当該介護医療院の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については、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ものとする。

チ　退所時栄養情報連携加算　70単位

注　別に厚生労働大臣が定める特別食【※１４】を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護医療院から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下この注において「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは、1月につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イからヘまでの注７又はヲの栄養マネジメント強化加算を算定している場合は、算定しない。

……

【※１４】別に厚生労働大臣が定める特別食の基準は次のとおり。

疾患治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

……

① 退院時栄養情報連携加算は、介護医療院と医療機関等の有機的連携の強化等を目的としたものであり、入所者の栄養に関する情報を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

② 退院時栄養情報連携加算は、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護医療院の施設からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師が所属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該介護医療院の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該介護医療院の管理栄養士が入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。

なお、当該加算は、当該入所者が退所した日の属する月において、１月に１回を限度として算定できる。

③ 栄養管理に関する情報とは、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。

④ 栄養に関する情報の提供については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

⑤ 退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び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に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス４０％以上又はBMIが３０以上）の入所者に対する治療食をいう。

なお、高血圧の入所者に対する減塩食（食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂取不良となった者も含む。）のための流動食は、介護医療院サービスの療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。

リ　**再入所時栄養連携加算**　200単位

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※１１】に適合する介護医療院に入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護医療院に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等【※１４】を必要とする者であり、当該介護医療院の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに、入所者１人につき１回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イからへまでの注７栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。

……

【※１１】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

……

① 介護医療院に入所していた者が、医療機関に入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該介護医療院に入所（以下「二次入所」という。）した場合を対象とすること。

② 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。また、心臓疾患等の者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス40%以上又はBMIが30以上）の者に対する治療食を含む。なお、高血圧の者に対する減塩食（食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護医療院サービスの療養食加算の場合と異なり、再入所時栄養連携加算の対象となる特別食に含まれる。

③ 当該当該介護医療院の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。

指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族（以下この③において「当該者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。

④ 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。

ヌ　退所時指導等加算

(1)　退所時等指導加算

①　退所前訪問指導加算　460 単位

②　退所後訪問指導加算　460 単位

③　退所時指導加算　400 単位

④　退所時情報提供加算

a 退所時情報提供加算（Ⅰ）　500 単位

b 退所時情報提供加算（Ⅱ）　250 単位

⑤　退所前連携加算　500 単位

注１　(1)の①については、入所期間が１月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中１回(入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められる入所者にあっては、２回)を限度として算定する。

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を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

注２　(1)の②については、入所者の退所後 30 日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後１回を限度として算定する。

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を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

注３　(1)の③については、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、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。

注４　(1)の④のａについては、入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者１人につき１回に限り算定する。

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、心身の状況、生活歴等の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。

注５　(1)の④のｂについては、入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者１人につき１回に限り算定する。

注６　(1)の⑤については、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に必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。

① 退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算

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

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

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

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

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

a 退所して病院又は診療所へ入院する場合

b 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合

c 死亡退所の場合

ホ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

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

ト 退所前訪問指導及び退所後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

② 退所時指導加算

イ 退所時指導の内容は、次のようなものであること。

a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導

b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導

c 家屋の改善の指導

d 退所する者の介助方法の指導

ロ ①のニからトまでは、退所時指導加算について準用する。

③ 退所時情報提供加算(Ⅰ)

入所者が居宅又は他の社会福祉施設等へ退所する場合、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及び別紙様式13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、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。

④ 退所時情報提供加算(Ⅱ)

イ 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関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。

ロ 入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

⑤ 退所前連携加算

イ 退所前連携加算については、入所期間が１月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者１人につき１回に限り退所日に加算を行うものであること。退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ロ ①退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算のニ及びホを準用する。

注意 退所前連携加算の算定に当たって、居宅介護支援事業所以外の事業者（認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所等）に対し情報提供を行った場合は、当該加算を算定できません。

(2) 訪問看護指示加算　　300単位

注７ (2)については、入所者の退所時に、介護医療院の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを行う場合に限る。)又は指定看護小規模多機能型居宅介護(看護サービスを行う場合に限る。)の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。

⑤ 訪問看護指示加算

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

ロ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。

ハ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所に交付しても差し支えな

いこと。
ニ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
ホ 訪問看護の指示を行った介護医療院は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

ル 協力医療機関連携加算

注 介護医療院において、協力医療機関（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項本文に規定する協力医療機関をいう。）との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位を所定単位数に加算する。

(1) 当該協力医療機関が、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項各号に掲げる要件を満たしている場合 50単位

(2) (1)以外の場合 5単位

① 本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものである。

② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。

③ 協力医療機関が介護医療院基準第34条第1項第1号から第3号までに規定する要件（以下、3要件という。）を満たしている場合には（1）の50単位、それ以外の場合は(2)の5単位を加算する。(1)について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより3要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。(1)を算定する場合において、介護医療院基準第34条第2項に規定する届出として3要件を満たす医療機関の情報を都道府県知事に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

④「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

イ 電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。

ロ 年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入所者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入所者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

⑤ 会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。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。

⑥ 本加算における会議は、介護医療院基準第34条第2項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。

⑦ 会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞
・当該加算に係る会議を開催した記録がない。

ヲ 栄養マネジメント強化加算 11単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準【※１６】に適合するものとして都道府県知事に届け出た介護医療院にお

いて、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合、栄養マネジメント強化加算として、１日につき所定単位数を加算する。ただし、注７栄養管理に係る減算を算定している場合は、算定しない。

……

【※１６】別に厚生労働大臣が定める基準は次に掲げる基準のいずれにも適合すること

イ　管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を５０で除して得た数を配置していること。ただし、常勤の栄養士を１名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を７０で除して得た数以上配置していること。

ロ　低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。

ハ　ロに規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められた場合は、早期に対応していること。

二　入所者ごと栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ホ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

……

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、栄養管理及び口腔の実施及び一体的取組について」に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ 基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週３回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の

観察を兼ねても差し支えない。

ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。

⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

⑥ 大臣基準第65号の３ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

ワ　経口移行加算　28単位

注１　別に厚生労働大臣が定める基準【※１７】に適合する介護医療院において、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、１日につき所定単位数を加算する。ただし、注７栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

注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。

……

【※１７】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

……

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こと。

イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護医療院サービスにおいては、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとすること。

ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものと

し、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。
ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180 日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとすること。ただし、この場合において、医師の指示は概ね２週間ごとに受けるものとすること。
② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。
イ 全身状態が安定していること(血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。)。
ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。
ハ 嚥下反射が見られること(唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。)。
ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。
③ 経口移行加算を 180 日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとすること。
④ 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。
⑤ なお、当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

＜運営指導における不適正事例＞
・６月を超えて算定する場合、医師の指示内容の記録がない。

カ　経口維持加算

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

注１　(1)については、別に厚生労働大臣が定める基準【※１８】に適合する介護医療院において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障がいを有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。注３において同じ。）を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、１月につき所定単位数を加算する。ただし、注７栄養管理に係る減算又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。

注２　(2)については、協力歯科医療機関を定めている介護医療院が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第４条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、１月につき所定単位数を加算する。

……

【※１８】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。
イ　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
ロ　入所者の摂食又は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。
ハ　誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。
ニ　食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がされていること。
ホ　上記ロからニを多職種協働により実施するための体制が整備されていること。

……

① 経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとすること。
イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障がい（食事の摂取に関する認知機能の低下

を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影（医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ピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、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、介護医療院サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとすること。

入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護保険事業者における個人情報の適切な取扱いのガイダンス」、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（介護医療院基準第４条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか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。

⑤ なお、当該加算に係る計画の作成に当たっては別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

ヨ　口腔衛生管理加算

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※１９】に適合する介護医療院において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、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。

イ　口腔衛生管理加算（Ⅰ）　90 単位

ロ　口腔衛生管理加算（Ⅱ）　110 単位

……

【※１９】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ　口腔衛生管理加算（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、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。

(2)　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月２回以上行うこと。

(3)　歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。

(4)　歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応する

こと。

(5)　通所介護費等算定方法第10号、第12号、第13号及び第15号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ　口腔衛生管理加算(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)　入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等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 口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が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おいては、当該サービスを実施する同１月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）を別紙様式３＜口腔衛生管理に関する実施記録＞を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。

④ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。

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

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理加算を算定できるが、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（令和６年６月以降、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第２歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、7回以上）算定された場合には算定できない。

タ　療養食加算　６単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める療養食【※２０】を提供したときは、１日につき３回を限度として、所定単位数を加算する。

イ　食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

ロ　入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。

ハ　食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準【※２１】に適合する介護医療院において行われていること。

……

【※２０】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する

糖尿病食、腎臓病食、肝臓病職、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食

……

……

【※２１】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

定員超過利用・人員基準欠如（看護師比率に係る部分等を除く）に該当していないこと。

……

① 療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、厚生労働大臣が定める基準に適合する療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。

② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。

③ 前記の療養食の摂取方法については経口又は経管の別を問わないこと。

④ 減塩食療法等について

心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。

また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、1日あたり総量6.0g未満の減塩食をいうこと。

⑤ 肝臓病食について

肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいうこと。

⑥ 胃潰瘍食について

十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。

⑦ 貧血食の対象者となる入所者等について

療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

⑧ 高度肥満症に対する食事療法について

高度肥満症(肥満度が＋70%以上又はＢＭＩが35以上)に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。

⑨ 特別な場合の検査食について

特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸Ｘ線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。

⑩ 脂質異常症食の対象となる入所者等について

療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるＬＤＬ－コレステロール値が140mg/dl以上である者又はＨＤＬ－コレステロール値40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者であること。

⑪ なお、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能である。

＜運営指導における不適正事例　＞

・心臓疾患等における減塩食療法等について、週平均6g未満で計算された食事を提供しており、1日あたり総量6.0ｇ以上となる日においても当該加算を算定している。

レ　在宅復帰支援機能加算　10単位

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※２２】に適合する介護医療院であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合にあっては、１日につき所定単位数を加算する。

イ　入所者の家族との連絡調整を行っていること。

ロ　入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供及び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。

……

【※２２】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ　算定日が属する月の前６月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。

ロ　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所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。

……

① 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、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。また、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。

② 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。

イ 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

ロ 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

ハ 家屋の改善に関する相談援助

ニ 退所する者の介助方法に関する相談援助

③ 在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

ソ　特別診療費　８２ページから参照

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

ツ　緊急時施設診療費

入所者の病状が著しく変化した場合に緊急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。

⑴　緊急時治療管理（１日につき）　518 単位

注１　入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。

注２　同一の入所者について１月に１回、連続する３日を限度として算定する。

⑵　特定治療

注　医科診療報酬点数表第１章及び第２章において、高齢者の医療の確保に関する法律第 57 条第３項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療(別に厚生労働大臣が定めるもの【※２３】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。

……

【※２３】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

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

イ　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

⑴　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。）

⑵　摂食機能療法

⑶　視能訓練

ロ　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

①　創傷処置（6,000 平方センチメートル以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）

②　熱傷処置（6,000 平方センチメートル以上のものを除く。）

③　重度褥瘡処置　　④　長期療養患者褥瘡等処置

⑤　精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置　　⑥　爪甲除去（麻酔を要しないもの）

⑦　穿刺排膿後薬液注入　　⑧　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

⑨　ドレーン法（ドレナージ）　　⑩　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

⑪　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）　　⑫　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）

⑬　喀痰吸引　　⑭　干渉低周波去痰器による喀痰排出

⑮　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸　　⑯　摘便

⑰　腰椎麻酔下直腸内異物除去　　⑱　腸内ガス排気処置（開腹手術後）

⑲　酸素吸入　　⑳　突発性難聴に対する酸素療法

㉑　酸素テント　　㉒　間歇的陽圧吸入法

㉓　体外式陰圧人工呼吸器治療　　㉔　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

㉕　非還納性ヘルニア徒手整復法　　㉖　痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）

(2)　救急処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの

①　救命のための気管内挿管　　②　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法

③　人工呼吸　　④　非開胸的心マッサージ

⑤　気管内洗浄　　⑥　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

①　皮膚科軟膏処置　　②　いぼ焼灼法

③　イオントフォレーゼ　　④　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

①　膀胱洗浄（薬液注入を含む。）　　②　後部尿道洗浄（ウルツマン）

③　留置カテーテル設置　　④　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

①　膣洗浄（熱性洗浄を含む。）　　②　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

①　眼処置　　②　義眼処置

③　睫毛抜去　　④　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

①　耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む。）

②　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。)

③　口腔、咽頭処置　　④　関節喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）

⑤　鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）　　⑥　耳垢栓塞除去（複雑なもの）

⑦　ネブライザー　　⑧　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

①　鼻腔栄養　　②　滋養浣腸

ハ　第 10 部手術に掲げる手術のうち次に掲げるもの

(1)　創傷処理（長径５センチメートル以上で筋肉、臓器に達するものを除く。）

(2)　皮膚切開術（長径 20 センチメートル未満のものに限る。）

(3)　デブリードマン（100 平方センチメートル未満のものに限る。）

(4)　爪甲除去術

(5)　瘭疽手術

(6)　風棘手術

(7)　外耳道異物除去術（極めて複雑なものを除く。）

(8)　咽頭異物摘出術

(9)　顎関節脱臼非観血的整復術

(10)　血管露出術

ニ　第11部麻酔に掲げる麻酔のうち次に掲げるもの

(1)　静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔

(2)　硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

ホ　イからニ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リハビリテーション、処置、手術及び麻酔

……

入所者の病状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護医療院において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられていること。

① 緊急時治療管理

イ 緊急時治療管理は、入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、１日につき511単位を算定すること。

ロ 緊急時治療管理は、１回に連続する３日を限度とし、月１回に限り算定するものであるので、例えば、１月に連続しない１日を３回算定することは認められないものであること。

ハ また、緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできないこと。

ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。

a 意識障がい又は昏睡

b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

c 急性心不全(心筋梗塞を含む。)

d ショック

e 重篤な代謝障がい

f その他薬物中毒等で重篤なもの

② 特定治療

イ 特定治療は、介護医療院においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じた額を算定すること。

ロ 算定できないものは、利用者等告示第74の２号に示されていること。

ハ ロの具体的取扱いは、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。

ネ　認知症専門ケア加算

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※２４】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める者【※２５】に対して、専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

(1)　認知症専門ケア加算(Ⅰ)　３単位

(2)　認知症専門ケア加算(Ⅱ)　４単位

……

【※２４】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ　認知症専門ケア加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状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（以下「対象者」という。）の占める割合が２分の１以上であること。

(2)　認知症介護に係る専門的な研修を修了している者（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を提供する場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める者を含む。）を、施設におけるの数が20人未満である場合にあっては、１以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては、１に、対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的

な認知症ケアを実施していること。

(3) 当該事業所又は施設の従業者に対して、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開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イの基準のいずれにも適合すること。

(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者(短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護又は介護予防特定施設入居者生活介護を提供する場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める者を含む。)を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

(3) 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。

……

【※25】別に厚生労働大臣が定める者は次のとおり。

日常生活に支障を来す恐れのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者

……

① 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指すものとする。

② 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

③ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

④ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

ナ 認知症チームケア推進加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準【※26】に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院が、別に厚生労働大臣が定める者【※27】に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 150単位

(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 120単位

……

【※26】別に厚生労働大臣が定める基準

イ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 施設における入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が2分の1以上であること。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を一名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、

認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ　認知症チームケア推進加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)　イ(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。

(2)　認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

……

【※２７】別に厚生労働大臣が定める者

周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者

……

認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）を参照すること。

※以下、別途通知を一部抜粋

第１　認知症チームケア推進加算に関する基本的な考え方

⑴ 認知症ケアについては、認知症である入所者の尊厳を保持した適切な介護を提供することが、その目指すべき方向性である。入所者に日頃から適切な介護が提供されることにより、BPSD の出現を予防し、出現時にも早期対応し重症化を防ぐことが可能となる。

⑵ 本加算は、上記の目指すべき方向性を実現するため、配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチーム（以下、「チーム」という）を組んだうえで、日頃から認知症の入所者等に対して適切な介護を提供し、それにより、BPSD の予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していることを評価するものである。

⑶ チームは、本加算の対象者である入所者個人に対し計画的に BPSD の評価指標を用いて評価を実施し、その評価の結果に基づき、チームケアの計画を作成・実施すること。計画の作成にあたっては、評価の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の状態に応じて個別に作成することとし、画一的な計画とならないよう留意すること。また、ケアにおいて入所者の尊厳が十分保持されるよう留意すること。

⑷ チームは、ケアの質の向上を図る観点から、チームケアを実施するにあたっては、対象者１人につき月１回以上の定期的なカンファレンスを開催し、BPSD を含めて個々の入所者の状態を評価し、ケア計画策定、ケアの振り返り、状態の再評価、計画の見直し等を行うこと。なお、入所者の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は別紙様式の「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。その他、日々のケアの場面で心身の状態や環境等の変化が生じたとき等は、その都度カンファレンスを開催し、再評価、ケア方針の見直し等を行うこと。

第２ 加算対象者

本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指す。

第３ 加算要件

⑴ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）の要件にある「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する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又は認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。）を修了した者を指す。

⑵ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

認知症チームケア推進加算（Ⅱ）の要件にある「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指す。

第４ その他

加算の対象となる入所者等の人数に応じ、一人の研修を修了した者が全てのチームに対応することが困難と考えられる場合は、複数の者が研修を修了することが望ましい。

ラ　認知症行動・心理症状緊急対応加算　200 単位

注　医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護医療院サービスを行った場合は、入所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。

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

ム　重度認知症疾患療養体制加算

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準【※２８】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、入所者に対して、介護医療院サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ１日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)　重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）
　①　要介護１又は要介護２　140 単位
　②　要介護３、要介護４又は要介護５　40 単位
(2)　重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）
　①　要介護１又は要介護２　200 単位
　②　要介護３、要介護４又は要介護５　100 単位

……

【※２８】別に厚生労働大臣が定める施設基準は次のとおり。

イ　重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）の基準

(1)　看護職員の数が、常勤換算方法で、当該介護医療院における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者（以下この号において「入所者等」という。）の数の合計数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、入所者等の数を４をもって除した数(その数が１に満たないときは、１＝とし、端数は切り上げるものとする。)から６をもって除した数(その数が１に満たない端数が生じるときはこれを切り上げる。)を

減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。

(2) 専任の精神保健福祉士（精神保健福祉士法（平成９年法律第131号）第２条に規定する精神保健福祉士をいう。ロにおいて同じ。）又はこれに準ずる者及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ１名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対しサービスを提供していること。

(3) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前３月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の割合が２分の１以上であること。

(4) 近隣の精神科病院(精神保健及び精神障がい者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第19条の５に規定する精神科病院をいう。以下この(4)及びロにおいて同じ。)と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院(同法に基づくものに限る。ロにおいて同じ。)させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週４回以上行う体制が確保されていること。

(5) 届出を行った日の属する月の前３月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

ロ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)の基準

(1) 看護職員の数が、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

(2) 当該介護医療院に専ら従事する精神保健福祉士又はこれに準ずる者及び作業療法士がそれぞれ１名以上配置されており、各職種が共同して入所者等に対しサービスを提供していること。

(3) 60平方メートル以上の床面積を有し、専用の器械及び器具を備えた生活機能回復訓練室を有していること。

(4) 入所者等が全て認知症の者であり、届出を行った日の属する月の前３月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから特に介護を必要とする認知症の者の割合が２分の１以上であること。

(5) 近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制及び当該精神科病院に勤務する医師の入所者等に対する診察を週４回以上行う体制が確保されていること。

(6) 届出を行った日の属する月の前３月間において、身体拘束廃止未実施減算を算定していないこと。

……

イ 重度認知症疾患療養体制加算については、施設単位で体制等について届け出ること。

ロ ３イ(３)及び３ロ(４)の基準において、入所者等が全て認知症の者とあるのは、入所者等が全て認知症と確定診断されていることをいう。ただし、入所者については、入所後３か月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE（Mini Mental State Examination）において 23 点以下の者又はHDS―R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において 20 点以下の者を含むものとする。介護医療医院の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。なお、認知症の確定診断を行った結果、認知症でないことが明らかになった場合には、遅滞なく適切な措置を講じなければならない。

ハ イ(３)の基準において、届出を行った日の属する月の前３月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の割合については、以下の式により計算すること。

(a) (ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

(ⅰ) 届出を行った日の属する月の前３月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb 以上に該当する者の延入所者数

(ⅱ) 届出を行った日の属する月の前３月における認知症の者の延入所者数

ニ ロ(４)の基準において、届出を行った日の属する月の前３月において日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから特に介護を必要とする認知症の者の割合については、以下の式により計算すること。

(a) (ⅰ)に掲げる数÷(ⅱ)に掲げる数

(ⅰ) 届出を行った日の属する月の前３月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ以上に該当する者の延入所者数

(ⅱ) 届出を行った日の属する月の前３月における認知症の者の延入所者数

ホ ロ(３)の基準における生活機能回復訓練室については、「介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第１号）のとおり、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、１つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、生活機能回復

訓練室については、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。

ヘ イ(４)及びロ(５)の基準で規定している医師が診察を行う体制については、連携する近隣の精神科病院に勤務する医師が当該介護医療院を週４回以上訪問し、入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を行っていること。ただし、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第４条第２項に規定する病床により構成される病棟を有する病院の当該精神病床）の全部又は一部を転換し開設した介護医療院にあっては、当該介護医療院の精神科医師又は神経内科医師が入所者等の状況を把握するとともに、必要な入所者等に対し診察を週４回以上行うことで差し支えない。なお、その場合であっても、近隣の精神科病院と連携し、当該精神科病院が、必要に応じ入所者等を入院させる体制が確保されている必要がある。

ウ 排せつ支援加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準【※２９】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき所定単位数を加算する。

ただし、次に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。

⑴ 排せつ支援加算(Ⅰ) 10 単位
⑵ 排せつ支援加算(Ⅱ) 15 単位
⑶ 排せつ支援加算(Ⅲ) 20 単位

……

【※２９】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

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。

⑴ 入所者又は利用者ごとに、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又は利用開始時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

⑵ ⑴の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、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、当該入所者又は利用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。

⑶ ⑴の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者又は利用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。

⑴ イの⑴から⑶までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

⑵ 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

㈠ イ⑴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、施設入所時又は利用開始時と比較して、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。

㈡ イ⑴の評価の結果、施設入所時又は利用開始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。

㈢ イ⑴の評価の結果、施設入所時に尿道カテーテルが留置されている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、尿道カテーテルが抜去されたこと。

ハ 排せつ支援加算(Ⅲ)

イ⑴から⑶まで並びにロ⑵㈠及び㈡に掲げる基準のいずれにも適合すること。

……

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「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、以下の(ｱ)から（ｴ）について実施する。

(ｱ) 排尿の状態
(ｲ) 排便の状態
(ｳ) おむつの使用
(ｴ) 尿道カテーテルの留置

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、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑧ 大臣基準第71号の３イ(2)の「排せつに介護を要する入所者」とは、④の(ｱ)若しくは(ｲ)が「一部介助」又は「全介助」と評価される者又は(ｳ)若しくは(ｴ)が「あり」の者をいう。

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、④の(ｱ)から(ｴ)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、④の(ｱ)から(ｴ)の評価が改善することが見込まれることをいう。

⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、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、入所者及びその家族に対し、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、④に掲げる(ｱ)若しくは(ｲ)の評価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(ｳ)若しくは(ｴ)の評価が改善した場合に、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、④に掲げる(ｱ)又は(ｲ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、(ｳ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。

ヰ　自立支援促進加算　280 単位

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※３０】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

……

【※３０】別に厚生労働大臣が定める基準は次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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３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。

二　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「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を用いて作成すること。作成にあたっては、ニ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の防止や改善へ向けて、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。

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、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習

慣や希望を尊重する。

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、画一的・集団的な介護ではなく個別ケアの実践のため、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。

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、ニの評価に基づき、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。

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

⑦　大臣基準第71号の４ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑧　大臣基準第71号の４ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時 における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。

その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへ の提出情報とフィードバック情報を活用すること。

⑨　大臣基準第第71号の４ニの評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等もついては、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連ｎんさ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。

ノ　科学的介護推進体制加算

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※３１】に適合しているものとして 都道府県知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し指定介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算 する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

⑴ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）　40単位

⑵ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）　60単位

……

【※３１】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

１　科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

次に掲げる基準にいずれにも適合すること。

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

ロ　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。

２　科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

イ　１のイに規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病状況、服薬の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ　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のイに規定する情報、イ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⑴及びロ⑴の情報の提出については、「科学的介護情報システム」（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（Ｌ

ＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA サイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。
ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。
ハ ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種 が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。
ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。
④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

オ 安全対策体制加算 20 単位

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準【※３２】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し、介護医療院サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

……

【※３２】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。
イ 介護医療院基準第 40 条第１項に規定する基準に適合していること。
ロ 介護医療院基準第 40 条第１項第４号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
ハ 当該介護医療院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。
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。

ク 高齢者施設等感染対策向上加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準【※３３】に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院が、入所者に対して介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月に次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。
(1) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） １０単位/月
(2) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） ５単位/月

……

【※３３】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。
イ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
(1)第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
(2)介護医療院基準第 34 条第 1 項本文（介護医療院基準第 54 条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において『協力医療機関等』という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下の号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
(3)感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策

に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

ロ　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

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

……

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

① 高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。

② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表の区分番号A234－2に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。

③ 介護医療院基準第33条の第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとすること。

④ 介護医療院基準第34条第3項において、介護医療院は、施設の入所者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めておくように努めることとしており、加算の算定にあたっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染症の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和5年12月7日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

① 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。

② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。

③ 介護医療院基準第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとすること。

＜運営指導における不適正事例＞

・高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けたことが分かる記録がない。

ヤ　新興感染症等施設療養費　240単位/日

注　介護医療院が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症【※現時点において指定されている感染症はない。】に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護医療院サービスを行った場合に、1月に1回、連続する

5日を限度として算定する。

①新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。
②対象の感染症については、今後のパンデミック発生時に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。
③適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第3版）」を参考とすること。

マ　生産性向上推進体制加算

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※３４】に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、入所者に対して介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定する場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　１００単位/月
(2) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１０単位/月

……

【※３４】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

イ　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

㈠ 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下『介護機器』という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
㈡ 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
㈢ 介護機器の定期的な点検
㈣ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

(2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
(3) 介護機器を複数種類活用していること。
(4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
(5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ロ　生産向上推進体制加算（Ⅱ）　次に掲げる基準のいずれかにも適合すること。

(1) イ(1)に適合していること。
(2) 介護機器を活用していること。
(3) 事業年度ごとに(2)及びイ(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

……

生産性向上推進体制向上加算の内容については、別途通知（「生産性向上推進体制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等の提示について」）を参照すること。

ケ　サービス提供体制強化加算

注　別に厚生労働大臣が定める基準【※３５】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院が、入所者に対し介護医療院サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げる

その他の加算は算定しない。

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

【※３５】別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。

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) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

㈠ 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。

㈡ 介護医療院の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。

(2)　提供する介護医療院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) 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること。

ニ　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) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

㈠ 介護医療院の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

㈡ 介護医療院の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

㈢ 介護医療院を入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100 分の 30 以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること。

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こと。

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。

⑥ 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おいては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

＊　介護医療院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上として勤務を行う職員を指すものとする。

⑦ 提供する介護医療院の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

(例)

・ ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築

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

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

フ　介護職員等処遇改善加算

詳細は各指定権者のホームページ等を参照のこと。

附則（介護療養型医療施設の廃止に係る経過措置）

令和６年３月31日において現に第５条の規定による改正前の指定施設サービス等介護給付費単位数の介護医療院サービスのイからへまでの注12に該当する者であって、令和６年４月１日以降も引き続き介護医療院の従来型個室に入所するものに対して、Ⅰ型介護医療院サービス費又は特別介護医療院サービス費を支給する場合は、当分の間、それぞれ、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅠ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅠ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅠ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ)のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)、Ⅰ型特別介護医療院サービス費のⅠ型特別介護医療院サービス費(ⅱ)又はⅡ型特別介護医療院サービス費のⅡ型介護医療院サービス費(ⅱ)を算定する。

４　特別診療費

(1)　通則

特別診療費は、介護医療院サービスのうち、Ⅰ型介護医療院サービス費、Ⅱ型介護医療院サービス費、ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費及びユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費を算定した介護医療院（ユニット型介護医療院を含む。）のみが算定できるものであること。

厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数
（厚生省告示第30号）（平成12年２月10日）
厚生労働大臣が定める特別診療費に係る指導管理等及び単位数は、別表第二に定めるとおりとする。

(2)　個別項目

１　感染対策指導管理（１日につき）　６単位

注　別に厚生労働大臣が定める基準【＊１】を満たす指定短期入所療養介護事業所(指定居宅サービス基準第142条第１項に規定する指定短期入所療養介護事業所をいい、介護老人保健施設、病院及び診療所であるものを除く。以下この表において同じ。)、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所(介護予防サービス基準第187条第１項に規定する指定介護予防短期入所療養介護事業所をいい、介護老人保健施設、病院及び診療所であるものを除く。以下この表において同じ。)において、常時感染防止対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス(法第48条第１項第３号に規定する介護医療院サービスをいう。以下同じ。)又は介護予防指定短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者について、所定単位数を算定する。

……

【＊１】感染対策指導管理の基準
イ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
ロ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。）

……

感染対策指導管理に係る特別診療費は、施設全体として常時感染対策をとっている場合に、算定できるものであること。

2　褥瘡対策指導管理（1日につき）

イ 褥瘡対策指導管理(Ⅰ) 6単位

ロ 褥瘡対策指導管理(Ⅱ) 10単位

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準【＊2】を満たす指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、常時褥瘡対策を行う場合に、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者（日常生活の自立度が低い者に限る。）について、1日につき所定単位数を算定する。

注2 ロについては、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)に係る別に厚生労働大臣が定める基準を満たす介護医療院において、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、褥瘡対策の実施に当たって、当該情報その他褥瘡対策の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ、施設入所時に褥瘡が認められた入所者について当該褥瘡が治癒した場合又は施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生のない場合に、1月につき所定単位数を算定する。

……

【＊2】褥瘡対策指導管理の基準

褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること

……

（1） 褥瘡対策指導管理(Ⅰ)に係る特別診療費は、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」（「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知老健第102―2号）における障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）をいう。）ランクB以上に該当する利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）について、常時褥瘡対策をとっている場合に、利用者等の褥瘡の有無に関わらず、算定できるものであること。なお、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」のランクは、当該褥瘡対策をとっている介護医療院において、利用者等ごとに判断するものであること。

また、褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

（2） 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)に係る特別療養費は、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)の算定要件を満たす介護医療院において、サービスの質の向上を図るため、以下の①から④までを満たし、多職種の共同により、褥瘡対策指導管理(Ⅰ)を算定すべき入所者（以下この⑵において単に「入所者」という。）が褥瘡対策を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡対策の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた実施計画の見直し（Action）といったサイクル（以下「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行った場合に算定するものである。

① 施設入所時及びその後少なくとも3月に1回、別添様式3を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と連のあるリスクについての評価を実施すること。

施設入所時の評価は、新たに本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に入所した者については、当該者の施設入所時における評価を、新たに本加算の算定を開始しようとする月において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づいて、施設入所時における評価を行うこと。

② 瘡対策等に係る情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。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 ①の評価の結果、褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに褥瘡対策に関する診療計画を作成し、少なくとも3月に1回見直していること。褥瘡対策に関する診療計画

は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別添様式３を用いて、作成すること。なお、褥瘡対策に関する診療計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡対策に関する診療計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。また、褥瘡対策に関する診療計画の見直しは、褥瘡対策に関する診療計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及びサービス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。

なお、褥瘡対策に関する診療計画に基づいた褥瘡対策を実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

④ ①の評価の結果、褥瘡が認められた又は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添様式３を用いて評価を実施するとともに、別添様式３に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がないこと。

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算定できるものとする。

３　初期入所診療管理　250 単位

注　介護医療院において、別に厚生労働大臣が定める基準【＊３】に従い、入所者に対して、その入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入所中１回(診療方針に重要な変更があった場合にあっては、２回)を限度として所定単位数を算定する。

……

【＊３】初期入所診療管理の基準

イ　医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること

ロ　病名、症状、予定されている検査の内容及びその日程並びに予定されるリハビリテーションの内容及びその日程その他入所に関し必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。

ハ　当該診療計画が入所した日から起算して２週間以内に、入所者に対し文書により公布され説明がなされるものであること。

……

(1) 初期入所診療管理に係る特別診療費は、当該入所者が過去３月間（ただし、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成５年 10 月 26 日厚生省老人保健福祉局長通知老健第 135 号）における認知症高齢者の日常生活自立度判定基準をいう。）におけるランク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、当該初期入所診療管理に係る特別診療費を請求する介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できるものであること。

(2) 初期入所診療管理については、同一施設内の医療機関から介護医療院に入所した者にあっては、特別診療費の算定の対象としない。

(3) なお、当該介護医療院の入所前の医療機関における入院後６か月以内に、入所者の病状の変化等により診療計画を見直さざるを得ない状況になり、同様に診療計画を作成し、文書を用いて入所者に説明を行った場合には、１回に限り算定できる。

４　重度療養管理（１日につき）　125 単位

注　指定短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護を受けている利用者(要介護４又は要介護５に該当する者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定める状態【＊４】にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊４】重度療養管理に係る状態

次のいずれかに該当する状態

イ　常時頻回の喀痰吸引を実施している状態

ロ　呼吸障がい等により人工呼吸器を使用している状態

ハ　中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態

ニ　人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態

ホ　重篤な心機能障がい、呼吸障がい等により常時モニター測定を実施している状態

ヘ　膀胱又は直腸の機能障がいの程度が身体障がい者障がい程度等級表の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

……

重度療養管理に係る特別診療費は、要介護度４又は要介護度５に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態（31 号告示の４）にある利用者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に、当該処置を行った日について算定できるものである。当該加算を算定する場合にあっては、当該処置を行った日、当該処置の内容等を診療録に記載しておくこと。

５　特定施設管理（１日につき）　250 単位

注１　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を行う場合に、所定単位数を算定する。

注２　個室又は２人部屋において、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している利用者又は入所者に対して、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を行う場合は、所定単位数に個室の場合にあっては１日につき 300 単位、２人部屋の場合にあっては１日につき 150 単位を加算する。

特定施設管理に係る特別診療費として、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、ＣＤ４リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、所定単位数を算定できるものであり、さらに、個室又は２人部屋においてサービスを提供している場合（利用者等の希望により特別の設備が整った個室に入室する場合を除く。）の注２に掲げる単位数をそれぞれ加算するものとする。

６　重症皮膚潰瘍管理指導（１日につき）　18 単位

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊５】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者であって重症皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊５】重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準

イ　褥瘡対策指導管理の基準を満たしていること

ロ　重症皮膚潰瘍を有する入所者について皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っていること

ハ　重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

……

(1) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別診療費は、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している利用者等に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定するものであること。

(2) 重症皮膚潰瘍管理指導に係る特別診療費を算定する場合は、当該利用者等の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載すること。

(3) 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。

７　薬剤管理指導　350 単位

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊６】に適合しているものとして都道府県知事に届け出たものにおいて、利用者又は入所者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、週１回に限り、月に４回を限度として所定単位数を算定する。

……

【＊６】薬剤管理指導の施設基準

イ　薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。

ロ　薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。

ハ　利用者又は入所者に対し、利用者又は入所者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握も含む。）

を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

注２　介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に、１月につき所定単位数に 20 単位を加算する。

注３　疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤【＊７】の投薬又は注射が行われている利用者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、１回につき所定単位数に 50 単位を加算する。

【＊７】厚生労働大臣が定める特別な薬剤

麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第２条第１号に規定する麻薬

(1) 薬剤管理指導に係る特別診療費は、介護医療院の薬剤師が医師の同意を得て、薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導（服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に、週１回に限り算定できる。ただし、算定する日の間隔は６日以上とする。なお、本人への指導が困難な場合にあっては、その家族等に対して服薬指導を行った場合であっても算定できる。

(2) 当該介護医療院の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を利用者等に面接・聴取し、当該介護医療院及び可能な限り医療提供施設における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

(3) 薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。

(4) 当該介護医療院の薬剤師が利用者等ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。利用者等の氏名、生年月日、性別、入所年月日、退所年月日、要介護度、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容（重複投薬、配合禁忌等に関する確認等を含む。）、利用者等への指導及び利用者等からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日その他の事項。

(5) 30 号告示別表２の７の注２の加算の算定に当たって、厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（ Long-term care Information system For Evidence）」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

　サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討（Plan）、当該検討に基づく処方（Do）、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価（Check）、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

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

(6) 30 号告示別表２の７の注３の加算は、特別な薬剤の投薬又は注射が行われている利用者等（麻薬を投与されている場合に限る。）に対して、通常の薬剤管理指導に加えて当該薬剤の服用に関する注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。

(7) 薬剤管理指導に係る特別診療費を算定している利用者等に投薬された医薬品について、当介護医療院の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者等の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。

　① 医薬品緊急安全性情報

　② 医薬品等安全性情報

(8) 30 号告示別表２の７の注３算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次に掲げる事項についての記載がされていなければならない。

　① 麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

　② 麻薬に係る利用者等への指導及び利用者等からの相談事項

　③ その他麻薬に係る事項

(9) 薬剤管理指導及び30 号告示別表２の７の注３に掲げる指導を行った場合は必要に応じ、その要点を文書で医師に提供する。

(10) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行うものとするが、緊急

やむを得ない場合においてはこの限りではない。

＜運営指導における不適正事例＞
・利用者又は入所者に対して、直接服薬指導を行っていない。

8　医学情報提供

イ　医学情報提供(Ⅰ)　220 単位

ロ　医学情報提供(Ⅱ)　290 単位

注１　イについては、併設型小規模介護医療院(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成 30 年厚生労働省令第５号)第４条第７項に規定する併設型小規模介護医療院をいう。以下この号において同じ。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院(併設型小規模介護医療院を除く。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に、所定単位数を算定する。

注２　ロについては、併設型小規模介護医療院である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、病院での診療の必要を認め、病院に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合又は介護医療院(併設型小規模介護医療院を除く。)である指定短期入所療養介護事業所、介護医療院若しくは指定介護予防短期入所療養介護事業所が、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス若しくは指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者若しくは入所者の退所時に、診療に基づき、診療所での診療の必要を認め、診療所に対して、当該利用者若しくは入所者の同意を得て、当該利用者若しくは入所者の診療状況を示す文書を添えて当該利用者若しくは入所者の紹介を行った場合に所定単位数を算定する。

(1) 医学情報提供に係る特別診療費は、介護医療院と医療機関の間の有機的連携の強化等を目的として設定されたものであり、両者の利用者等の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大及び医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。
(2) 介護医療院が、退所する利用者等の診療に基づき医療機関での入院治療の必要性を認め、利用者等の同意を得て、当該機関に対して診療状況を示す文書を添えて利用者等の紹介を行った場合にそれぞれの区分に応じて算定する。
(3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、別添様式１に定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、利用者等又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該利用者等に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。
(4) 提供される内容が、利用者等に対して交付された診断書等であり、当該利用者等より自費を徴収している場合又は意見書等であり意見書の交付について公費で既に相応の評価が行われている場合には、医学情報提供に係る特別診療費は算定できない。
(5) １退所につき１回に限り算定できる。

◇リハビリテーションの通則
① リハビリテーションは、利用者等の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。
② 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、利用者等１人につき１日合計４回に限り算定し、集団コミュニケーション療法は１日につき３回、摂食機能療法は、１日につき１回のみ算定する。
③ リハビリテーションの実施に当たっては、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士の指導のもとに計画的に行うべきものであり、特に訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が

行えるようにすること。また、その実施は以下の手順により行うこととする。
イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、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。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとすること。
ロ 利用者等ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）がリハビリテーションを行うとともに、利用者等の状態を定期的に記録すること。
ハ 利用者等ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すとともに、その内容を利用者等又はその家族に説明し、その同意を得ること。
ニ リハビリテーションを行う医師又は理学療法士等が、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。

9　理学療法（1回につき）

イ　理学療法（Ⅰ）　123 単位

ロ　理学療法（Ⅱ）　73 単位

注1　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊8】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定し、ロについては、それ以外の指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。

……

【＊8】理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法の施設基準

(1)　理学療法士が適切に配置されていること。

(2)　利用者又は入所者の数が理学療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

(3)　当該両方を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(4)　当該両方を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

……

注2　理学療法については、利用者又は入所者1人につき1日3回(作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する。

注3　理学療法(Ⅰ)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法(Ⅰ)を算定すべき理学療法を行った場合に、利用者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第 27 条第1項に基づく要介護認定若しくは法第 32 条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に 480 単位を加算する。ただし、作業療法の注3の規定により加算する場合はこの限りでない。

注4　指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う療養棟(指定施設サービス等の費用の額の算定に関する基準(平成 12 年厚生省告示第 21 号)別表の4のイからへまでの注1に規定する療養棟をいう。10 において同じ。)において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月 2 回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に 300 単位を加算する。ただし、作業療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

注5　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専

従する常勤の理学療法士を２名以上配置し、理学療法(Ⅰ)を算定すべき理学療法を行った場合に、１回につき 35 単位を所定単位数に加算する。

注６　介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、１月につき１回を限度として所定単位数に 33 単位を加算する。ただし、作業療法の注６又は言語聴覚療法の注４の規定により加算する場合はこの限りでない。

注７　次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、都道府県知事に対して届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、1 月に 1 回を限度として所定単位数に 20 単位を加算する。ただし、作業療法の注７又は言語聴覚療法の注 5 の規定により加算する場合はこの限りではない。

イ　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

ロ　注 6 を算定していること。

ハ　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（ニにおいて「関係職種」という。）が、リハビリテーション計画の内容等の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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

ニ　ハで共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。

① 理学療法(Ⅰ)に係る特別診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院において、理学療法(Ⅱ)に係る特別診療費は、それ以外の介護医療院において算定するものであり、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、種々の運動療法・実用歩行訓練・活動向上訓練・物理療法等を組み合わせて個々の利用者等の状態像に応じて行った場合に算定する。

② 理学療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は理学療法士の監視下で行われるものである。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

③ 届出施設である介護医療院において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても算定できる。

④ 理学療法に係る特別診療費は、利用者等に対して個別に 20 分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。

⑤ 理学療法に係る特別診療費の所定単位数には、徒手筋力検査及びその他の理学療法に付随する諸検査が含まれる。

⑥ 理学療養(Ⅰ)における理学療法にあっては、１人の理学療法士が１人の利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であって、理学療法士と利用者等が１対１で行った場合にのみ算定する。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、１日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち２回分の合計が 20 分を超える場合については、１回として算定することができる。

⑦ 別に厚生労働大臣が定める理学療法(Ⅰ)を算定すべき理学療法の施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院であって、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し事前に指示を行い、かつ理学療法士が、従事者とともに訓練を受ける全ての利用者等の運動機能訓練の内容等を的確に把握するとともに、事後に従事者から医師又は理学療法士に対し当該療法に係る報告が行なわれる場合に限り、理学療法(Ⅱ)に準じて算定する。なお、この場合に監視に当たる理学療法士が理学療法を行った場合は、理学療法(Ⅰ)を算定することができる。

⑧ 理学療法(Ⅰ)の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。ただし、理学療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後３か月に１回以上利用者等に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

⑨ 理学療法(Ⅱ)とは、個別的訓練（機械・器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等を組み合わせて行なう個別的訓練を含む。）を行う必要がある利用者等に行う場合であって、従事者と利用者等が１対１で行った場合に算定する。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、１日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち２回分の合計が 20 分を超える場合については、１回として算定することができる。

１０　作業療法（１回につき）　123 単位

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊９】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、作業療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊９】作業療法を算定すべき作業療法の施設基準

⑴　作業療法士が適切に配置されていること。

⑵　利用者又は入所者の数が作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

⑶　当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

⑷　当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

……

注２　作業療法については、利用者又は入所者１人につき１日３回(理学療法及び言語聴覚療法と合わせて１日４回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して４月を超えた期間において、１月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する。

注３　作業療法に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、利用者が作業療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第 27 条第１項に基づく要介護認定若しくは法第 32 条第１項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、１月に１回を限度として所定単位数に 480 単位を加算する。ただし、理学療法の注３の規定により加算する場合はこの限りでない。

注４　指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、作業療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う療養棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月２回以上行った場合は、１月に１回を限度として所定単位数に 300 単位を加算する。ただし、理学療法の注４の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

注５　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専従する常勤の作業療法士を２名以上配置して作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、１回につき 35 単位を所定単位数に加算する。

注６　介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、１月につき１回を限度として所定単位数に 33 単位を加算する。ただし、理学療法の注６又は言語聴覚療法の注４の規定により加算する場合はこの限りでない

注７　次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、都道府県知事に対し届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、１月に１回を限度として所定単位数に 20 単位を加算する。ただし、理学療法の注７又は言語聴覚療法の注５の規定により加算する場合はこの限りではない。

イ　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

ロ　注６を算定していること。

ハ　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職

員、介護職員その他の職種の者（ニにおいて「関係職種」という。）が、リハビリテーション計画の内容等の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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

ニ　ハで共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。

① 作業療法に係る特別診療費は、別に厚生大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った介護医療院において、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、総合的に個々の利用者等の状態像に応じて作業療法を行った場合に算定する。

② 作業療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は作業療法士の監視下で行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

③ 届出施設である介護医療院において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても、所定単位数により算定できる。

④ 作業療法にあっては、１人の作業療法士が１人の利用者等に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であって、作業療法士と利用者等が１対１で 20 分以上訓練を行った場合にのみ算定する。なお、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、１日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち２回分の合計が 20 分を超える場合については、１回として算定することができる。

⑤ 作業療法の所定単位数には、日常生活動作検査その他の作業療法に付随する諸検査が含まれる。

⑥ 作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業機能検査をもとに、作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成する必要がある。ただし、作業療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後３か月に１回以上、利用者等に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

◇理学療法及び作業療法に係る加算等

① 理学療法及び作業療法の注３に掲げる加算（②及び③において「注３の加算」という。）は、理学療法（Ⅰ）又は作業療法に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして介護医療院が届出をした指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、当該注３に掲げる場合に限り算定するものであること。

② 注３の加算に関わるリハビリテーション計画は、利用者毎に行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

③ 注３の加算は、以下のイ及びロに掲げるとおり実施した場合に算定するものであること。

イ 利用時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。

ロ 作成したリハビリテーション実施計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ていること。

④ 理学療法及び作業療法の注４に掲げる加算（⑤及び⑥において「注４の加算」という。）は、理学療法又は作業療法を算定する指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士、作業療法士、看護職員等が利用者に対して、看護職員又は介護職員と共同して、月２回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導（以下「入所生活リハビリテーション管理指導」という。）を行った場合に、１月に１回を限度として算定するものであること。

⑤ 注４の加算を算定すべき入所生活リハビリテーション管理指導を行った日においては、理学療法及び作業療法に係る実施回数に含まず、特別診療費の所定単位数は算定できないものである。

⑥ 注４の加算を算定する場合にあっては、入所生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

１１　**言語聴覚療法**（１回につき）　203 単位

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊10】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、言語聴覚療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊10】言語聴覚療法を算定すべき施設基準

イ　言語聴覚士が適切に配置されていること。

ロ　利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ハ　当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

ニ　当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

……

注２　言語聴覚療法については、利用者又は入所者１人につき１日３回(理学療法及び作業療法と併せて１日４回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して４月を超えた期間において、１月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する。

注３　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、専従する常勤の言語聴覚士を２名以上配置して言語聴覚療法を行った場合に、１回につき 35 単位を所定単位数に加算する。

注４　介護医療院において、入所者ごとのリハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は、１月につき１回を限度として所定単位数に 33 単位を加算する。ただし、理学療法の注６又は作業療法の注６の規定により加算する場合はこの限りでない。

注５　次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして、都道府県知事に対し老健局長が定める様式による届出を行った介護医療院において、リハビリテーションを行った場合に、１月に１回を限度として所定単位数に 20 単位を加算する。ただし、理学療法の注７又は作業療法の注７の規定により加算する場合はこの限りではない。

イ　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

ロ　注４を算定していること。

ハ　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（ニにおいて「関係職種」という。）が、リハビリテーション計画の内容等の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、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

ニ　ハで共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。

① 言語聴覚療法に係る特別診療費は、失語症、構音障がい、難聴に伴う聴覚・言語機能の障がい又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障がいを持つ利用者等に対して言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。

② 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士により実施された場合に算定する。

③ 言語聴覚療法は、利用者等に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と利用者等が１対１で 20 分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、利用者等の状態像や日常生活パターンに合わせて、１日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち２回分の合計が 20 分を超える場合については、１回として算定することができる。

④ 言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。ただし、言語聴覚療法実施計画をリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、言語聴覚療法を実施する場合は、開始時及びその後３か月

に１回以上利用者等に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

◇理学療法及び作業療法の注６並びに言語聴覚療法の注４に掲げる加算

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

② サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション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。

◇理学療法及び作業療法の注７並びに言語聴覚療法の注５に掲げる加算

理学療法及び作業療法の注７並びに言語聴覚療法の注５におけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組について基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1-2 を参考とした上で、常に当事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

１２　集団コミュニケーション療法（１回につき）　50 単位

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊11】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、集団コミュニケーション療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊11】集団コミュニケーション療法を算定すべき施設基準

イ　言語聴覚士が適切に配置されていること。

ロ　利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ハ　当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

ニ　当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

……

注２　集団コミュニケーション療法については、利用者又は入所者１人につき１日３回に限り算定するものとする。

① 集団コミュニケーション療法に係る特別診療費は、失語症、構音障がい、難聴に伴う聴覚・言語機能の障がい又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障がいを持つ複数の利用者等に対し、集団で言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。

② 集団コミュニケーション療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士の監視下で行われるものについて算定する。

③ 集団コミュニケーション療法に係る特別診療費は、１人の言語聴覚士が複数の利用者等に対して訓練を行うことができる程度の症状の利用者等であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる利用者等に対し、言語聴覚士が複数の利用者等に対して 20 分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護医療院サービスに係る介護給付費のうち特別診療費でない部分に含まれる。また、同時に行なう利用者等の数については、その提供時間内を担当する言語聴覚士により、適切な集団コミュニケーション療法が提供できる人数以内に留める必要があり、過度に利用者等の数を多くして、利用者等１人１人に対応できないということがないようにする。なお、利用者等の状態像や日常生活のパターンに合わせて、１

日に行われる訓練が複数回にわたる場合であっても、そのうち２回分の合計が 20 分を超える場合については、１回として算定することができる。

④ 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに、効果判定を行い、集団コミュニケーション療法実施計画を作成する必要がある。ただし、集団コミュニケーション療法実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は、開始時その後３か月に１回以上利用者等に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

１３　摂食機能療法（１日につき）　208 単位

注　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者であって摂食機能障がいを有するものに対して、摂食機能療法を 30 分以上行った場合に、１月に４回を限度として所定単位数を算定する。

① 摂食機能療法に係る特別診療費は、摂食機能障がいを有する利用者等に対して、個々の利用者等の状態像に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が１回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障がいを有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障がいがある者のことをいう。

② 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

１４　短期集中リハビリテーション（１日につき）　240 単位

注　介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所した日から起算して３月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、算定しない。

① 短期集中リハビリテーションにおける集中的なリハビリテーションとは、１週につき概ね３日以上実施する場合をいう。

② 短期集中リハビリテーションは、当該入所者が過去３月間に、介護医療院に入所したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、入所者が過去３月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、４週間以上の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者の場合及び入所者が過去３月間の間に、介護医療院に入所したことがあり、４週間未満の入院後に介護医療院に再入所した場合であって、以下に定める状態である者の場合はこの限りでない。

ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者

イ 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者、当該加算を算定することができる。

＜運営指導における不適正事例＞

・短期集中リハビリテーションと理学療法、作業療法、言語聴覚士療法、摂食機能療法を併算定していた。

１５　認知症短期集中リハビリテーション（１日につき）　240 単位

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊12】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護医療院において、介護医療院サービスを受けている入所者のうち、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所した日から起算して３月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、１週に３日を限度として所定単位数を算定する。

……

【＊12】認知証短期集中リハビリテーションを算定すべき施設基準

イ　当該リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

ロ　入所者の数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

……

① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週３日、実施することを標準とする。

② 認知症短期集中リハビリテーションに係る特別診療費は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。

③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。

④ 当該リハビリテーションにあっては、１人の医師又は理学療法士等が１人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。

⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に 20 分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が 20 分に満たない場合は、介護医療院サービス費に含まれる。

⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者は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。

⑦ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者ごとに保管されること。

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

①　認知症短期集中リハビリテーションに係る特別診療費は、当該利用者が過去３月間の間に、当該加算を算定したことがない場合に限り算定できることとする。ただし、入所者が過去３月間の間に、当該リハビリテーション加算をしたことがあっても、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために医療機関に入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、当該加算を算定することができる。

１６　精神科作業療法（１日につき）　220 単位

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準【＊13】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、精神科作業療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

……

【＊13】精神科作業療法の施設基準

イ　作業療法士が適切に配置されていること。

ロ　利用者又は入所者の数が作業療法士の数に対し適切なものであること。

ハ　当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

……

① 精神科作業療法は、精神障がい者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は利用者等１人当たり１日につき２時間を標準とする。

② 精神科作業療法に係る特別診療費は、１人の作業療法士が１人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定する。この場合の１日当たりに取扱う利用者等の数は、概ね 25 人を１単位として、１人の作業療

法士の取扱い利用者等の数は１日３単位 75 人以内を標準とする。
③ 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の利用者等の診療録に記載すること。
④ 当該療法に要する消耗材料、作業衣等については、当該介護医療院の負担となるものである。

１７　認知症入所精神療法（１週間につき）　330 単位

注　指定短期入所療養介護事業所、介護医療院又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、指定短期入所療養介護、介護医療院サービス又は指定介護予防短期入所療養介護を受けている利用者又は入所者に対して、認知症入院精神療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

① 認知症入所精神療法とは、回想法又はＲ・Ｏ・法（リアリティー・オリエンテーション法）を用いて認知症の利用者等の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。
② 認知症入所精神療法とは、精神科医師の診療に基づき対象となる利用者等ごとに治療計画を作成し、この治療計画に従って行うものであって、定期的にその評価を行う等の計画的な医学的管理に基づいて実施しているものである。
③ 精神科を担当する１人の医師及び１人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計２人の従事者が行った場合に限り算定する。なお、この場合、精神科を担当する医師が、必ず１人以上従事していること。
④ １回に概ね 10 人以内の利用者等を対象として、１時間を標準として実施する。
⑤ 実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記載する。

⑶施設基準等

１　感染対策指導管理

１　感染対策指導管理に係る特別診療費を算定しようとする介護医療院において、別添様式２を参考として、施設内感染防止対策委員会が設置され、対策がなされていること。

２　当該介護医療院において、施設内感染対策委員会が月１回程度、定期的に開催されていること。

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

３　施設内感染対策委員会は、当該介護医療院の管理者、看護部門の責任者、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。（各部門の責任者を兼務することは差し支えない。）

４　当該介護医療院において、当該介護医療院の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週１回程度作成されており、当該レポートが施設内感染対策委員会において十分に活用されている体制がとられていること。当該レポートは、利用者等からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が当該介護医療院の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、当該介護医療院からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

５　施設内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各療養室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、認知症の利用者等が多い等、その特性から療養室に消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

２　褥瘡対策指導管理

１　褥瘡対策指導管理に係る特別診療費を算定しようとする介護医療院において、褥瘡対策に係る専任の医師、看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

２　当該介護医療院における「障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」ランクＢ以上に該当する利用者等につき、別添様式３を参考として褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること。なお、診療計画については、見直しが必要であれば、その都度に計画を修正する必要があること。また、日常生活自立度がＪ１～Ａ２である利用者等については、当該計画書の作成を要しないものであること。なお、「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」別添様式５（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）を用いて褥瘡対策に関する診療計画を作成することも差し支えないこと。

３　利用者等の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

３　初期入所診療管理

１　初期入所診療管理については、入所の際に、医師、看護職員、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、入所者に対し、別添様式４を参考として、文書により病名、症状、治療計画、栄養状態、日常生活の自立の程度（認知症の評価を含む。）等のアセスメント及びリハビリテーション計画、栄養摂取計画等について、入所後２週間以内に説明を行い、入所者又はその家族の同意を得ること。

２　初期入所診療管理において求められる入所に際して必要な医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から医師が必要と判断する検査が含まれるものであること。

３　入所時に、治療上の必要性から入所者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。

４　医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる入所者については、その家族等に対して行ってもよいこと。

５　説明に用いた文書は、入所者（説明に対して理解ができないと認められる入所者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとすること。

４　重度療養管理

重度療養管理を算定できる利用者の状態は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続し、かつ、当該処置を行っているものであること。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（イからヘまで）を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア　イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは当該月において１日あたり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が 20 日を超える場合をいうものであること。

イ　ロの「呼吸障がい等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ　ハの「中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態」については、中心静脈注射を実施し、かつ、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を 24 時間以上持続投与している状態であること。

エ　ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

- a　透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
- b　常時低血圧（収縮期血圧が 90㎜Hg 以下）
- c　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障がいを呈するもの
- d　出血性消化器病変を有するもの
- e　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- f　うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）のもの

オ　ホの「重篤な心機能障がい、呼吸障がい等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90㎜Hg 以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度が 90%以下の状態で、常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ　への「膀胱又は直腸の機能障がいの程度が身体障がい者福祉法施行規則別表第５号に掲げる身体障がい者障がい程度等級表の４級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

５　重度皮膚潰瘍管理指導

１　褥瘡対策に関する基準を満たしていること。

２　個々の利用者等に対する看護計画の策定、利用者等の状態の継続的評価、適切な医療用具の使用、褥瘡

等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
3　その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。
4　重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出は別添様式５を用いること。
なお、当該加算の届出については実績を要しない。

6　薬剤管理指導

1　薬剤指導管理に係る特別診療費を算定しようとする介護医療院において、次に掲げる区分に応じ、当該区分に掲げる薬剤師の数が配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。
① 医療機関と併設する介護医療院　常勤換算方法で、２人から当該併設医療機関に基準上必要とされる数を減じて得た数以上（その数が、Ⅰ型療養床の利用者等の数を 150 で除した数に、Ⅱ型療養床の利用者等の数を 300 で除した数を加えて得た数に満たないときは、Ⅰ型療養床の利用者等の数を 150 で除した数に、Ⅱ型療養床の利用者等の数を 300 で除した数を加えて得た数以上）
② 医療機関と併設しない介護医療院　常勤換算方法で、１人以上
2　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、薬剤師が配置されていること。ただし、医療機関と併設する介護医療院にあっては、介護医療院の入所者の処遇に支障がない場合には、併設する医療機関の医薬品情報管理室及びそこに配置される薬剤師と兼ねることができる。
3　医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
4　当該介護医療院の薬剤師は、利用者等ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき適切に利用者等に対し指導を行っていること。
5　投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行うとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
6　届出に関しては、以下のとおりとする。
① 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添様式６を用いること。
② 当該介護医療院に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）、勤務時間を別添様式７を用いて提出すること。
③ 調剤、医薬品情報管理又は利用者等へ薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨を）、及び併設する医療機関との兼務の有無を備考欄に記載する。
④ 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

7　理学療法（Ⅰ）

1　専任の医師及び専従する理学療法士がそれぞれ１人以上勤務すること。
ただし、医療機関と併設する介護医療院の理学療法士については、サービス提供に支障がない場合には、理学療法士が常勤換算方法で１人以上勤務することで差し支えない。
2　治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは介護医療院については 100 平方メートル以上、併設型小規模介護医療院については 45 平方メートル以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
3　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること（サービス提供に支障がない場合には、作業療法に係る訓練室と共有としても構わないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。
各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具
4　リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等ごとに同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
5　届出に関する事項
① 理学療法（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添様式８を用いること。
② 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤及び専従・非専従の別）及び勤務時間について、別添様式７を用いて提出すること。なお、その他の

従事者が理学療法の経験を有するものである場合はその旨を備考欄に記載すること。

③　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

8　作業療法

1　7　理学療法の1を準用する。この場合において、「理学療法士」とあるのは、「作業療法士」と読み替えるものとする。

2　治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、75 平方メートル以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

3　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を具備していること（サービス提供に支障がない場合には、理学療法に係る訓練室と共有としてもかまわないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、家事用設備、各種日常生活活動訓練用器具

4　リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等ごとに同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

5　届出に関する事項

7　理学療法の5を準用する。

注意　7 理学療法と 8 作業療法との専用施設の供用は可能

9　言語聴覚療法

1　言語聴覚療法

①　専任の医師が1名以上勤務すること。

②　専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。ただし、医療機関と併設する介護医療院の常勤の言語聴覚士については、サービス提供に支障がない場合には、言語聴覚士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。

③　次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア　専用の療法室

個別療法室（8平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療法室に該当しないものとする。）。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ　必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

④　リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等ごとに同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2　届出に関する事項

①　言語聴覚療法の施設基準に係る届出は、別添様式8を用いること。

②　当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤及び専従・非専従の別）並びに勤務時間を別添様式7を用いて提出すること。

③　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

10　集団コミュニケーション療法

1　集団コミュニケーション療法

①　専任の常勤医師が1名以上勤務すること。

②　専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士を1人以上配置すること。

③　次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア　専用の療法室

集団コミュニケーション療法室（8平方メートル以上）を1室以上有していること（集団コミュニケーション療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。

ただし、言語聴覚療法における個別療養室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする。）。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ　必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

④　リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者等ごとに同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2　届出に関する事項

9　言語聴覚療法の２を準用する。

１１　精神科作業療法

1　専任の作業療法士が１人以上必要であること。

2　利用者等の数は、作業療法士１人に対しては、１日 75 人を標準とすること。

3　作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士１人に対して 75 平方メートルを基準とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

4　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準（例示）
手工芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木工	作業台、塗装具、工具等
印刷	印刷器具、タイプライター等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

5　精神科を担当する医師の指示の下に実施するものとする。

6　届出に関する事項

①　精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添様式９を用いること。

②　当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添様式７を用いて提出すること。

③　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

５　介護医療院に関して広告できる事項について

厚生労働省老健局老人保健課長通知（老老発 0330 第１号平成 30 年３月 30 日付）

＜概要＞

標記については、介護保険法（平成９年法律第 123 号）及び厚生労働大臣の定める介護医療院が広告し得る事項（平成 30 年厚生労働省告示第 185 号）において関係規定が整備されているところであるが、「介護老人保健施設に関して広告できる事項」（平成 13 年２月 22 日老振発第 10 号）に準じて、「介護医療院に関して広告できる事項」を制定したので、十分ご了知の上、介護医療院の広告関係事務の適正な運用を期されたい。なお、医療の内容に係るものについては、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」を準用されたい。

＜介護医療院に関して広告できる事項について＞

介護医療院に関する広告については、介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下「法」という。）第 112 条の規定により制限が設けられており、同条第１項第１号、第２号及び第４号に掲げる事項を広告できるほか、同項第３号により厚生労働大臣の定める事項について広告することができることとなっている。

厚生労働大臣の定める事項については、平成 30 年厚生労働省告示第 185 号（厚生労働大臣の定める介護医療院が広告し得る事項）により、介護医療院に関して、法第 112 条第１項第１号、第２号及び第４号に掲げるもののほか、次の事項について広告できることとされている。

(1)　施設及び構造設備に関する事項
(2)　職員の配置員数
(3)　提供されるサービスの種類及び内容（医療の内容に関するものを除く。）
(4)　利用料の内容

具体的な取扱いについては、下記のとおりであるので留意されたい。

1　施設及び構造設備に関する事項

介護医療院の施設及び構造設備に関する事項について、その内容を広告できること。

具体的には、以下の内容のものについて広告できること。

①　施設の概要

敷地面積、建築面積、床面積（延べ床、療養棟別、階層別等）、階層数（地上○階、地下○階等）、入所者やエレベーター等の数、設計者・施工者の名称、免震構造や耐震構造である旨、工法、工期、竣工日、療養棟配置図、施設内案内図その他の介護医療院の施設に関することで、客観的な事実として検証可能な事項について、広告が可能であること。敷地内の写真、建物の外観又は内装を撮影した写真や映像等についても、広告して差し支えないこと。

②　療養床の種別ごとの数（療養床数）又は療養室数

療養床の種類、療養棟等の数を広告して差し支えないこと。

③　療養室、機能訓練室、談話室、レクリエーションルーム、食堂、浴室又は院内売店その他の設備に関する事項

これらの設備の有無、数、広さ、空調状況、利用可能時間、費用又は設置年月日等を広告して差し支えないこと。

なお、当該構造設備で実施される「医療の内容」に関することを広告する場合には、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」の内容に準じる必要があること。

④　利用者等に対する構造上の配慮

バリアフリー構造、施設内点字ブロック、点字表示又は音声案内設備等の有無等を広告できるものであり、車椅子利用者、視覚障がい者等への配慮をした構造である旨を示すことも差し支えないこと。

⑤　据え置き型の医療機器等の機械器具の配置状況

画像診断装置等の医療機器又は空気清浄機等の医療機器以外の機械器具の配置状況について、一般的な名称（例えば単純エックス線装置等）、それらの写真・映像、導入台数又は導入日等について、広告して差し支えないこと。

ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）において、承認又は認証を得ていない医療機器（以下「未承認医療機器」という。）については、その販売・授与等にかかる広告が禁じられている他、承認又は認証されている医療機器であっても、昭和55年10月9日薬発第1339号厚生省薬務局長通知の別紙「医薬品等適正広告基準」により、医薬関係者以外の一般人を対象とする広告は行わないものとされていることに鑑み、医療機器が特定可能となる販売名や型式番号については、広告は行わないものとすること。

2　職員の配置員数

介護医療院に配置される職員の職種ごとの員数を広告できること。広告できる職員の員数は、常勤換算した場合の員数とすること。

具体的な取扱いについては、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」の内容に準じる必要があること。

3　提供されるサービスの種類及び内容（医療の内容に関するものを除く。）

(1)　レクリエーション、理美容その他日常生活上のサービスの内容について広告できること。具体的には、以下の内容について広告できること。

イ　レクリエーションの内容

ロ　生活上のサービスの内容（入浴回数、機能訓練の回数等）

(2)　指定短期入所療養介護等を実施している介護医療院については、その旨を広告できること。この場合においては、指定短期入所療養介護等の定員数及びその実施時間についても広告できること。

(3)　利用料の徴収できる「特別な療養室」を有する施設については、その旨及びその室数について広告できること。

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

(5)　当該介護医療院によるサービスの提供に関する諸記録に係る情報を開示することができる旨を広告できること。

(6)　医療の内容に関する事項は、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」を踏まえ、広告できないこと。

4　利用料の内容

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

5　その他

広告の内容は虚偽であってはならないこと。

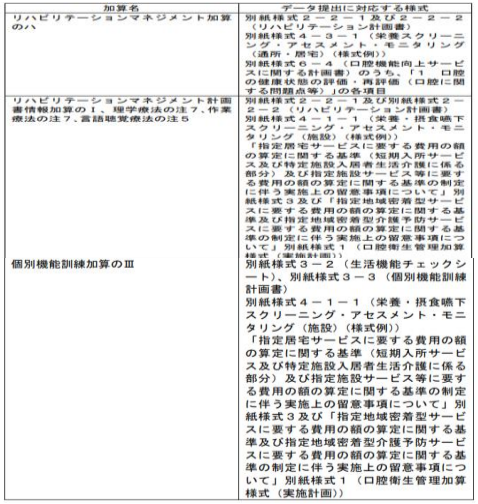
介護医療院関係 Q&A集

（No.16～21追加）

連番	サービス種別	基準種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等 文書名
1	介護医療院	運営	ユニット間の勤務について	ユニット型施設において、昼間は１ユニットに１人配置とされているが、新規採用職員の指導に当たる場合や、夜間に担当する他ユニットの入居者等の生活歴を把握する目的で、ユニットを超えた勤務を含むケア体制としてよいか。	引き続き入居者等との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供により、より良いケアを提供する観点から、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、必要に応じてユニット間の勤務を行うことが可能である。 ※　令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．１）（令和６年３月 15 日） 問 96 を上記のとおり修正する。	R6.5.17 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1263 問2 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)（令和6年5月17 日）」の送付について
2	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	厚生労働省の令和３～５年度老人保健健康増進等事業（※）において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。 ※ 令和３年度BPSDの軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和４～５年度 BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究（実施主体：社会福祉法人浴風会）	貴見のとおり。なお、令和５年度 BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和６年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。	R6.5.17 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1263 問4 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)（令和6年5月17 日）」の送付について
3	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算Ⅱの配置要件として、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の双方の研修を修了した者の配置が必要とされるが、認知症介護実践リーダー研修の受講が予定されている者について、認知症介護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。	可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものと考える。	R6.5.17 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1263 問5 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)（令和6年5月17 日）」の送付について
4	介護医療院	報酬	認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算	同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法となるのか。	当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。	R6.5.17 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1263 問6 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.6)（令和6年5月17 日）」の送付について
5	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。	本加算の研修に係る算定要件として、本加算（Ⅰ）については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを 含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。 また、本加算（Ⅱ）については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。 詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和6年老高発 0318 第1号、老認発 0318 第1号、老老発 0318 第1号通知）を御参照いただきたい。 ○認知症チームケア推進加算Ⅰ 算定要件となる研修：認知症介護指導者養成研修＋認知症チームケア推進研修 ○認知症チームケア推進加算Ⅱ 算定要件となる研修：認知症介護実践リーダー研修＋認知症チームケア推進研修	R6.8.29 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1306 問1 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.9)（令和6年8月29日）」の送付について
6	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	全国の介護職員を対象として認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）が、オンデマンド形式で実施する「認知症チームケア推進研修」を受講するための申込み方法如何。	認知症チームケア推進研修（※1）の研修の受講申込みは、認知症介護研究・研修センターが運営するホームページ（※2）から行うことができる。 （※1）認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修 （※2）認知症チームケア推進研修のホームページ：https://www.dcnet.gr.jp/teamcare/ （参考）令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)（令和6年3月 19 日）問1	R7.4.18 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1376 問3 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.14)（令和7年4月18 日）」の送付について
7	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算算定にあたっては、認知症チームケア推進加算に係るワークシートの作成が必要とされている。当該ワークシートでは、チェックリストを用いたインタビューを行うことになっているが、チェックリストはどこで確認・入手することができるのか。	・認知症チームケア推進研修のホームページで確認することができる。 ・具体的には、研修動画視聴ページに、テキスト、ワークシート、BPSD25Q のシート、チェックリストが掲載されており、ダウンロードが可能となっている。	R7.4.18 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1376 問4 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.14)（令和7年4月18 日）」の送付について

介護医療院関係 Q&A集

（No.16～21追加）

連番	サービス種別	基準種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等 文書名
8	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	東京都が開発した日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。	・貴見のとおり。 ・なお、日本版 BPSD ケアプログラム（以下「ケアプログラム」という。）の利用に当たっては、道府県はケアプログラムを導入する必要があり、その具体的な導入方法については、東京都（※）にお尋ねいただきたい。 （※）担当部署：福祉局高齢者施策推進部在宅支援課認知症支援担当（03-5320-4276） ・各事業所におかれては、所在する都道府県のケアプログラムの導入状況や利用について、当該都道府県にお尋ねいただきたい。	R7.4.18 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1376 問5 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.14）（令和7年4月18 日）」の送付について
9	介護医療院	報酬	認知症チームケア推進加算	日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修修了者が、日本版BPSD ケアプログラムにおける評価指標を用いて BPSD の出現予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施する場合、認知症チームケア推進加算算定にあたり作成が必要となる「認知症チームケア推進加算に係るワークシート」については、日本版 BPSD ケアプログラムの「DEMBASE」への記録及び【利用者一覧】タブ内で出力さ れる【入力履歴】から入力を完了した PDF を出力したもの及びそれに紐付く打合せ記録をもって代えることができるか。	・貴見のとおり。	R7.4.18 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1376 問6 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.14）（令和7年4月18 日）」の送付について
10	施設系サービス	報酬	協力医療機関連携加算	協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。	協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。	R6.6.7 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1270 問1 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.7）（令和6年6月7日）」の送付について
11	施設系サービス	報酬	リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注７、作業療法の注７、言語聴覚療法の注５、個別機能訓練加算のⅢ及びリハビリテーションマネジメント加算のハにより評価されているが、当該加算を算定する場合の科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出方法如何。	LIFEへのデータ提出は、介護記録ソフト等を使用して作成したCSVファイルを用いたインポート機能を使用するか、LIFE上での直接入力を行うこととなる。なお、下記に記載の左欄の加算を算定する場合に、右欄の様式に対応するデータを提出することに留意する。 ・各様式等の詳細においては、「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き」を参照されたい。  加算名 / データ提出に対応する様式 リハビリテーションマネジメント加算のハ / 別紙様式２－２－１及び２－２－２（リハビリテーション計画書） 別紙様式４－３－１（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式５－４（口腔機能向上サービスに関する計画書）のうち、「１　口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の各項目 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注７、作業療法の注７、言語聴覚療法の注５ / 別紙様式２－２－１及び別紙様式２－２－２（リハビリテーション計画書） 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 「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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算様式（実施計画）） 個別機能訓練加算のⅢ / 別紙様式３－２（生活機能チェックシート）、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書） 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 「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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算様式（実施計画））	R6.6.7 事務連絡 介護保険最新情報Vol.1270 問2 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.7）（令和6年6月7日）」の送付について

介護医療院関係 Q&A集

（No.16～21追加）

<table>
<tr><th rowspan="2">連番</th><th rowspan="2">サービス種別</th><th rowspan="2">基準種別</th><th rowspan="2">項目</th><th rowspan="2">質問</th><th rowspan="2">回答</th><th>QA発出時期、文書番号等</th></tr>
<tr><th>文書名</th></tr>
<tr><td>12</td><td>施設系サービス</td><td>報酬</td><td>リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書</td><td>「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３及び１－４が示されたが、当該様式を用いて利用者の情報を記録した場合、科学的介護情報システム（LIFE）への入力項目との対応はどうなっているのか。</td><td>・以下の表を参照すること。
・なお、各別紙様式とリハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔に係る各加算の様式における詳細な対照項目については「介護保険最新情報Vol.1270 問3の回答内別紙を参照されたい。

○別紙様式１－１、別紙様式１－２（１枚目）
<table><tr><th colspan="4">別紙様式１－１、１－２（１枚目）</th></tr><tr><th>対応する様式</th><th>大項目</th><th>中・小項目</th><th>備考</th></tr><tr><td>リハビリテーション計画書</td><td>共通</td><td>・「リハビリテーションが必要となった原因疾患」
・「発症日・受傷日」
・「合併症」</td><td></td></tr><tr><td>栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング</td><td>共通</td><td>・「身長」
・「体重」
・「ＢＭＩ」
・「栄養補給法」
・「食事の形態」
・「とろみ」
・「合併症」のうち「うつ病」、「認知症」、「褥瘡」
・「症状」</td><td></td></tr><tr><td></td><td>課題</td><td>・選択肢に係る情報</td><td></td></tr><tr><td>口腔機能向上サービスに関する計画書</td><td>共通</td><td>・「栄養補給法」
・「食事の形態」
・「現在の歯科受診について」
・「義歯の使用」</td><td></td></tr><tr><td></td><td>方針・目標</td><td>・選択肢に係る情報</td><td></td></tr></table>
○別紙様式１－１、別紙様式１－２（２枚目）
<table><tr><th colspan="4">別紙様式１－１、別紙様式１－２（２枚目）</th></tr><tr><th>対応する様式</th><th>大項目</th><th>中・小項目</th><th>備考</th></tr><tr><td>リハビリテーション計画書</td><td>評価時の状態</td><td>・「リハビリテーション」の列に示す事項</td><td>※小項目「基本動作」「ＡＤＬ」「ＩＡＤＬ」においては、各項目毎の評価を要する。</td></tr><tr><td></td><td>具体的支援内容</td><td>・「リハビリテーション」の列に示す事項</td><td></td></tr><tr><td>栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング</td><td>評価時の状態</td><td>・「栄養」の列に示す事項</td><td>※小項目「３％以上の体重減少」については、１ヶ月、３ヶ月、６ヶ月の各評価の結果を要する。</td></tr><tr><td></td><td>具体的支援内容</td><td>・「栄養」の列に示す事項</td><td></td></tr><tr><td>口腔機能向上サービスに関する計画書</td><td>評価時の状態</td><td>・「口腔」の列に示す事項</td><td></td></tr><tr><td></td><td>具体的支援内容</td><td>・「口腔」の列に示す事項</td><td></td></tr></table>
○別紙様式１－３、１－４（１枚目）　※口腔・栄養は１－１、１－２と同様
<table><tr><th colspan="4">別紙様式１－３、別紙様式１－４（１枚目）</th></tr><tr><th>対応する様式</th><th>大項目</th><th>中・小項目</th><th>備考</th></tr><tr><td>個別機能訓練計画書</td><td>共通</td><td>・「個別機能訓練が必要となった原因疾患」
・「発症日・受傷日」
・「合併症」</td><td></td></tr></table>
○別紙様式１－３、１－４（２枚目）※口腔・栄養は１－１、１－２と同様
<table><tr><th colspan="4">別紙様式１－３、別紙様式１－４（１枚目）</th></tr><tr><th>対応する様式</th><th>大項目</th><th>中・小項目</th><th>備考</th></tr><tr><td>生活機能チェックシート</td><td>評価時の状態</td><td>・「個別機能訓練」の列に示す事項</td><td></td></tr><tr><td>個別機能訓練計画書</td><td>具体的支援内容</td><td>・「個別機能訓練」の列に示す事項</td><td></td></tr></table>
（別紙）</td><td>R6.6.7 事務連絡
介護保険最新情報Vol.1270
問3
「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.7）（令和6年6月7日）」の送付について</td></tr>
<tr><td>13</td><td>施設系サービス</td><td>報酬</td><td>リハビリテーション（個別機能訓練）・栄養・口腔に係る実施計画書</td><td>「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４について、様式の一部のみ記入した場合は各個別の様式の作成に代えることはできないとされているが、栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若しくは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合、別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「具体的支援内容」の欄は空欄でも差し支えないか。</td><td>栄養又は口腔のアセスメントを行った結果として、栄養又は口腔の介入は不要と判断し、栄養マネジメント強化加算若しくは栄養改善加算に係る介入又は口腔衛生管理加算若しくは口腔機能向上加算に係る介入を行わなかった場合においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式１－１、１－２、１－３又は１－４の「特記事項」の欄にその旨を明記することで、同様式の「具体的支援内容」の記載に代えることができる。</td><td>R7.4.7 事務連絡
介護保険最新情報Vol.1372
問1
「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.13）（令和7年4月7日）」の送付について</td></tr>
<tr><td>14</td><td>施設系サービス</td><td>報酬</td><td>科学的介護情報システム（LIFE）のデータ提出について</td><td>要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。</td><td>「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。
・通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合
・全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合
・システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合
やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。
➢ LIFE システム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合
➢ 介護ソフトのバージョンアップ（LIFE の仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合
➢ LIFE システムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合
等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。
ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

※ 令和3年度報酬改定Q＆A（Vol.3）（令和3年3月 26 日）問 16 は削除する。</td><td>R6.9.27 事務連絡
介護保険最新情報Vol.1313
問4
「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.10）（令和6年9月27日）」の送付について</td></tr>
</table>

介護医療院関係 Q&A集

（No.16～21追加）

連番	サービス種別	基準種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等 文書名
15	施設系サービス	報酬	新興感染症等施設療養費	施設等の入所者等が新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザ等に感染し、施設等内において療養を行う場合、新興感染症等施設療養費を算定できるか。	「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年3月8日老企第 40 号）のとおり、「対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する」こととしており、令和6年4月以降指定されている感染症はない。そのため、今後対象となる感染症を新たに指定しない限りは、新興感染症等施設療養費を算定することはできない。	R7.1.22　事務連絡 介護保険最新情報Vol.1348 問1 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.12）（令和7年1月22日）」の送付について
16	施設系サービス	運営	協力医療機関について	介護老人保健施設は、基準省令において、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならないこととされている。この点、協力医療機関の要件として、「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。」、「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。」が規定されているが、それぞれ、入所者に対して常に往診を行う体制が整っていない場合、入所者が入院を要する場合に備えて、常に空床を確保していない場合においても要件を満たすものとして差し支えないか。	貴見のとおり。介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 30 条第1項第2号に規定する「当該介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること」の要件については、介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において、常時外来も含めて診療が可能な体制を確保する必要があることを求めているものであり、必ずしも往診を行う体制を常時確保している必要はない。また、同項第3号に規定する「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」の要件については、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する必要はなく、一般的に当 該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。 これらの考え方については、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院及び養護老人ホームにおける協力医療機関についても同様（※）である。なお、協力医療機関を定めておくことは、令和9年4月1日より義務化（令和9年3月 31 日まで努力義務）されるが、期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。	R7.9.5　事務連絡 介護保険最新情報Vol.1418 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.16）（令和7年9月5日）」の送付について
17	施設系サービス	報酬	高齢者施設等感染対策向上加算	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも 1年に 1 回以上参加し、指導及び助言を受けることを要件として定めているが、高齢者施設等は各年度で 1 回以上研修又は訓練に参加すればよく、前回の参加日から 1 年以上経過して参加した場合でも、各年度で 1 回は参加する予定があれば算定可能か。	貴見のとおり。当該加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであり、研修又は訓練について、前回の参加から長い期間を空けることは望ましくないが、前回の参加日から1年以内に研修等に参加することができない場合であっても、高齢者施設等において、医療機関等に研修等の実施予定日を把握し、前回の参加日の属する年度の翌年度中に参加する予定が確認できた場合であれば、高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の算定は可能である。	R7.10.1　事務連絡 介護保険最新情報Vol.1425 「令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.17）（令和7年 10 月1日）」の送付について
18	施設系サービス	報酬	協力医療機関連携加算	協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年1回以上開催すること」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。	例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。 この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。 ※ 令和6年度介護報酬改定に関するQ＆A（Vol.3）（令和6年3月 29 日）問3は一部修正する。	R8.5.8　事務連絡 「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」及び当該通知の発出に伴うQ＆Aの発出について
19	【通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、 （介護予防）小規模多機能型居宅介護、（介護予防）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、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護	人員	やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い	「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。	例えば、以下のような場合において、職員が一時的に不足する状況が該当する。 ・職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合 ・職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合 なお、職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等に求人の申込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。	R8.5.8　事務連絡 「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」及び当該通知の発出に伴うQ＆Aの発出について

介護医療院関係 Q&A集

（No.16～21追加）

連番	サービス種別	基準種別	項目	質問	回答	QA発出時期、文書番号等 文書名
20	【通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)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、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護	人員	やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い	「1年に1回に限り、」とあるが、1年はいつから起算するのか。	突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月の初日から起算する。	R8.5.8 事務連絡 「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」及び当該通知の発出に伴うQ＆Aの発出について
21	【通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)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、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護	人員	やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い	「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。	自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。	R8.5.8 事務連絡 「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」及び当該通知の発出に伴うQ＆Aの発出について

老老発0327第２号
保医発0327第４号
令和８年３月27日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長
殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

「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

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第119号）が告示され、令和８年６月１日から適用されること等に伴い、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年４月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、令和８年６月１日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。なお、「保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について」（平成30年９月28日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）は令和８年５月31日限り廃止する。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

別添

第１　保険医療機関に係る留意事項について

１　介護保険における短期入所療養介護を利用中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

（１）　介護保険における短期入所療養介護において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。

（２）　この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によるものであること。

２　医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項

（１）　保険医療機関の病床から、同一建物内の介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあっては、特別療養費又は特別診療費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して６月以内の場合であって、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。

（２）　保険医療機関の病床から介護医療院又は介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護医療院又は介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。

（３）　特定診療費又は特別診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとすること。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

第２　介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙１を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱い

について」（平成18年３月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

第３　介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について

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

２　介護医療院サービス費を算定している患者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

３　介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙２を参照のこと。

４　療養病棟（令和６年３月31日限り廃止された介護保険適用の療養病床を含む。）の一部を介護医療院に転換した場合において、１病棟を医療療養病床と介護医療院とに分けた場合には、当該病棟の医療療養病床と介護医療院が全体で一体性を確保できていると認められ、患者又は入所者に対する医療又は介護サービスの提供に支障がない場合であって、（１）から（３）までを満たす場合には、１病棟全てを各保険適用の病床又は療養床とみなした場合に、各保険適用の病床又は療養床としての基準を満たす夜勤体制を採用できること。

（１）　転換前の療養病棟の数が２以下の保険医療機関であること。

（２）　転換後の介護医療院の療養床数は転換病床数以下であること。

（３）　転換後の保険医療機関の療養病床数と介護医療院の療養床数の合計が転換前の保険医療機関の療養病床数以下であること。

第４　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

１　同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第２章第２部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

２　月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、１月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

3　訪問診療に関する留意事項について

（1）　指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第１項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第１項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第１項）のいずれかに入居する患者（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192条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

（2）　要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。

（3）　特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

4　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

5　在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6　在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7　精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者について、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8　訪問看護等に関する留意事項について

（1）　訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第２の１の（１）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第２の１の（１）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費１については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定している月にあっては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあっては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては医療保険の看護・介護職員連携強化加算、介護保険における専門管理加算を算定している月にあっては医療保険の専門管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費（遠隔死亡診断補助加算を含む。）は算定できない。

（2）　要介護被保険者等については、在宅患者連携指導加算は算定できない。

9　訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、６月に１回、14日間に限り算定できる。

10　リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等に

ついて、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は１月７単位までとする。

なお、医療保険における疾患別リハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料を除く。）の算定中に介護保険におけるリハビリテーションの案内等が行われ、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外に１月に５日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、３か月以内に限り、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとはみなさない。

11　重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

（１）　医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

（２）　グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デ

イ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りでないこと。

12　人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「１」から「３」までのいずれかを算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の者の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル及びＨＩＦ－ＰH阻害剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。また、ＨＩＦ－ＰH阻害剤は、原則として人工腎臓を算定する保険医療機関において院内処方すること。

「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

（別紙１）

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
								併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
初・再診料	○					—	×	×	○（入院に係るものを除く。）	○（配置医師が行う場合を除く。）
看護師等遠隔診療補助加算	○	×	×	×	×	—	×	×		×
入院料等	×					○	×	×		—
通則第３号　外来感染対策向上加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第３号ただし書　発熱患者等対応加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第４号　連携強化加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第５号　サーベイランス強化加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第６号　抗菌薬適正使用体制加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第７号　遠隔電子処方箋活用加算	○					○	○※３	○※３		○
通則第８号　医療提供機能連携確保加算	○					○	○	○		○
Ｂ００１の10　入院栄養食事指導料	—					○	×	×		—
Ｂ００１の22　がん性疼痛緩和指導管理料	○					○	○	○		○
Ｂ００１の24　外来緩和ケア管理料	○					—	—	○（悪性腫瘍の患者に限る。）		○
Ｂ００１の25　移植後患者指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の27　糖尿病透析予防指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の32　一般不妊治療管理料	○					—	—	×		○

「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

区分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。）			2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護） 特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
				うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設			併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
医学管理等	B001の33　生殖補助医療管理料	○			—	—	×		○
	B001の34　ハ　二次性骨折予防継続管理料3	○			—	—	×		○
	B001の37　慢性腎臓病透析予防指導管理料	○			—	—	×		○
	B001－2－6　救急外来医学管理料	○			—	—	×	○	○
	B001－2－7　外来リハビリテーション診療料	○			—	—	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	B001－2－8　外来放射線照射診療料	○			—	—	○		○（配置医師が行う場合を除く。）
	B001－2－12　外来腫瘍化学療法診療料	○			—	—	○		○
	B001－10　3　心不全再入院予防継続管理料3	○			—	—	×		○
	B001－11　遺伝性疾患療養指導管理料	○			○	×	×		○
	B004　退院時共同指導料1	—			○	×	×		—
	B005　退院時共同指導料2	—			○	×	×		—
	B005－1－2　介護支援等連携指導料	—			○	×	×		—
	B005－6　がん治療連携計画策定料	○			○	×	×		—
	B005－6－2　がん治療連携指導料	○			—	×	×		○
	B005－6－4　外来がん患者在宅連携指導料	○			—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	B005－7　認知症専門診断管理料	○			○（療養病棟に入院中の者に限る。）	×	×		○
	B005－7－2　認知症療養指導料	○			○（療養病棟に入院中の者に限る。）	×	×		○
	B005－8　肝炎インターフェロン治療計画料	○			○	×	×		○
	B005－12　こころの連携指導料（Ⅰ）	○			—	—	×		○
	B005－13　こころの連携指導料（Ⅱ）	○			—	—	×		○
	B007　退院前訪問指導料	—			○	×	×		—
	B007－2　退院後訪問指導料	○			—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	B007－3　退院後訪問栄養食事指導料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（管理栄養士が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）			—	×	○（管理栄養士が配置されている場合を除く。）		○（管理栄養士が配置されている場合を除く。）
	B008　薬剤管理指導料	—			○	×	×		—
	B008－2　薬剤総合評価調整管理料	○			—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）								
	注1	○			○	×	×		○

「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

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）			2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
									併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
	注２	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）					○	○	×		—
	注３	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）					—	×	×		○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）
	注４	○					○	×	×	○	—
	注５及び注６	○					○	○	×		○
	注８加算及び注９加算	○					○	×	×		○
	注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	○					○	○	×		○
	注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）	○					—	×	×		○
	注14加算（歯科医療機関連携加算１） 注15加算（歯科医療機関連携加算２）	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）					○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）	×	×		○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）
	注16加算（地域連携診療計画加算）	○					—	×	×		—
	注17加算（療養情報提供加算）	○					—	×	×		○
	注18加算（検査･画像情報提供加算）	○					○	×	×		○
	Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料	○					○	×	×		○
	Ｂ０１０　診療情報提供料（Ⅱ）	○					○	×	×		○
	Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料	○					○	○	×		○
	Ｂ０１１　連携強化診療情報提供料	○					○	×	×		○
	Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料	○					○	×	×		○
	Ｂ０１１－６　栄養情報連携料	—					○	×	×		—
	Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料	—					○	×	×		—
	Ｂ０１５　精神科退院時共同指導料	—					○	×	×		—
	上記以外	○					○	○	×		○※１
	Ｃ０００　往診料	○					—	×	×	○	○（配置医師が行う場合を除く。）

「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

区　分	1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					2．入院中の患者		3．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）	○	○ ※10	○			—	×	×		ア：○　※８ （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	○	○ ※10	○			—	×	×		ア：○　※８ （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には看取り加算は算定できない。） イ：○　※10
Ｃ００２　在宅時医学総合管理料	○ （養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○ ※10	—			—	×	×		—
Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料	○ （定員110名以下の養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍のものに限る。）に限る。）	—	○			—	×	×		ア：○　※８ （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※10
Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料	○	○ ※10	○	×	○	—	×	×		—
Ｃ００４　救急搬送診療料	○					—	×	×		○
Ｃ００４－２　救急患者連携搬送料	○					○	○	○		○
Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料 Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※２	○ ※２及び※11	○ ※２			—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※12

「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

区　分			1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
			自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
在宅医療		在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※11 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。）		—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。） イ：○　※12
		在宅移行管理加算	○ ※2 （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※11 （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）		—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※12
		看護・介護職員連携強化加算	○	×			—	×	×		—
		専門管理加算	○ ※2 （同一月において、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※11 （同一月において、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※2 （同一月において、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）		—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※12
		遠隔死亡診断補助加算	○ ※2 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※2及び※11 （同一月において、介護保険のターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。）		—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※12
		その他の加算	○ ※2	○ ※2及び※11	○ ※2		—	×	×		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○　※12
	Ｃ００５－１－３　訪問看護遠隔診療補助料		○ ※18	○ ※18	○ ※18		—	×	×		×
	Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料		○	○ ※2	○ ※2		—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）		○ （急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。）				—	×	×		—
	Ｃ００７　訪問看護指示料		○				—	×	×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）

「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

区　分			1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
			自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料		○				—	×	×		—
	Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）		×				—	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定）		×				—	×	×		—
	Ｃ０１０　在宅患者連携指導料		×				—	×	×		—
	Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料		○				—	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ０１２　在宅患者共同診療料の１		○				—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	Ｃ０１２　在宅患者共同診療料の２ Ｃ０１２　在宅患者共同診療料の３（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）		○	×	○		—	×	×		—
	Ｃ０１２－２　訪問診療薬剤師同時指導料		○（養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○※10	—		—	×	×		—
	Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○				—	×	×		—
	Ｃ０１４　外来在宅共同指導料		○	—			—	—	—		—
	第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料	Ｃ１１６　在宅補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	○				—	×	○		○※１
		その他の指導管理料	○				—	×	×		○※１
	第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○				—	×	○		○
	上記以外		○				—	×	○		○※１
検査			○				○	×	○※７		○
画像診断			○				○	○（単純撮影に係るものを除く。）	○		○
投薬			○				○	○（第３節及び第５節に限る。）※３	○（第３節及び第５節に限る。）※３		○
注射			○				○	○（第２節に限る。）※４	○※５		○

「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

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
リハビリテーション		○（同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の３月目以降は算定不可））				○	○（Ｈ００５視能訓練及びＨ００６難病患者リハビリテーション料に限る。）	○※７		○（同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の３月目以降は算定不可））
精神科専門療法	Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１通院精神療法に限る。）	○				—	×	×		○※１
	Ｉ００２　通院・在宅精神療法（２在宅精神療法に限る。）	○				—	×	×		○（ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
	Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法	○				—	×	×		○（ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
	Ｉ００５　入院集団精神療法	—				○	×	×		—
	Ｉ００７　精神科作業療法	○				○	×	×		○
	Ｉ００８　入院生活技能訓練療法	—				○	×	×		—
	Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア	○（認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○（当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○（精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	×		○
	注５	—				○	○	×		—
	Ｉ００９　精神科デイ・ケア	○（認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○（当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		○（精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。）	×	×		○
	注６	—				○	○	×		—
	Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア	○（認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○（当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）		—	—	×		○
	Ｉ０１１　精神科退院指導料 Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料	—				○	○	×		—

「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

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）（看護・介護職員連携強化加算以外の加算を含む。）	○ ※9	○ ※9及び※13	○ ※9		—	×	×		ア：○ （認知症患者を除く。） イ：○　※13 （認知症患者を除く。）
	看護・介護職員連携強化加算	○	×			—	×	×		—
	Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料	○				—	—	×		○ （認知症患者を除く。）
	Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。）	○ （重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	—	—	×		○
	Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料	○				—	×	×		○ （精神科在宅患者支援管理料１のハを算定する場合を除く。）
	上記以外	○				○	○	×		○ ※1
処置		○				○	○ ※6	○ ※7		○
手術		○				○	○	○ ※7		○
麻酔		○				○	○	○ ※7		○
放射線治療		○				○	○	○		○
病理診断		○				○	×	○		○
その他	Ｏ０００　看護職員処遇改善評価料	—				○	×	—		—
	Ｏ００１　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	○				—	—	○		○
	Ｏ００２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	○				—	—	○		○
	Ｏ００３　入院ベースアップ評価料	—				○	×	—		—
	Ｏ１００　１　外来・在宅物価対応料	○				—	—	○		○
	Ｏ１００　２　入院物価対応料	—				○	×	—		—

「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

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
Ｂ０００－４　歯科疾患管理料 Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	○	○		○
Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料	－				○	×	－		－
Ｂ００４－９　介護支援等連携指導料	－				○	×	－		－
Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料	○				○	×	○		○
Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料	○				－	×	○		○
Ｂ００７　退院前訪問指導料	－				○	×	－		－
Ｂ００８　薬剤管理指導料	－				○	×	－		－
Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料	○				－	×	×		○
Ｂ００９　診療情報提供料（Ｉ）（注２及び注６）	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	○	○		○ ※１
Ｂ０１１－４　退院時薬剤情報管理指導料	－				○	×	－		－
Ｂ０１１－６　栄養情報連携料	－				○	×	－		－
Ｂ０１４　退院時共同指導料１	－				○	×	×		－
Ｂ０１５　退院時共同指導料２	－				○	×	－		－
Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料	×				○	○	○		○
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	○	○		○
Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				○	○	○		○
Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×				－	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
Ｃ００７　在宅患者連携指導料	×				－	×	×		－
Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料	○				－	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
上記以外	○				○	○	○		○

「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

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
第１節に規定する調剤技術料	○				×	×	○		○
１０の２　調剤管理料	○				×	×	○		○
１０の３　服薬管理指導料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可）				×	×	○		○
１４の２　１　外来服薬支援料１	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○
１４の２　２　外来服薬支援料２	○				×	×	○		○
１４の３　２　服用薬剤調整支援料２	○				×	×	○		○
１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×				×	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○				×	×	○（注10に規定する場合に限る。）		○（末期の悪性腫瘍の患者又は注10に規定する場合に限る。）
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料	○（同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の４　退院時共同指導料	—				○	×	×		—
１５の５　服薬情報等提供料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○
１５の９　訪問薬剤管理医師同時指導料	○（養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）		×		×	×	×		×
１５の１０　複数名薬剤管理指導訪問料	○（在宅患者訪問薬剤管理指導料の１を算定している患者に限る。）		×		×	×	×		×
第３節に規定する薬剤料	○				×	×	○（※３及び※４）		○
第４節に規定する特定保険医療材料料	○				×	×	○		○
上記以外	○				×	×	×		○

「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

区　分	1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
０１　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）（注加算を含む。）（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※２	○ ※２及び※19	○ ※２		—	—	—		ア：○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。） イ：○ （末期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。）
０１－２　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）（注加算を含む。）（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※９	○ ※９及び※14	○ ※９		—	—	—		ア：○ （認知症患者を除く。） イ：○　※14 （認知症患者を除く。）
０１－３　訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）	—				○	ア：○ イ：×	—		—
０２　訪問看護管理療養費	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
24時間対応体制加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定していない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定していない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定していない場合に限る。）		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
特別管理加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月おいて、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月おいて、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
退院時共同指導加算	—				○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	×	ア：○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 イ：×		×

「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

区　分		1．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				2．入院中の患者		3．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※1	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	退院支援指導加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）	○ ※17 （末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）		—	—	—		—
	在宅患者連携指導加算	×				—	—	—		×
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
	看護・介護職員連携強化加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月おいて、介護保険の看護・介護職員連携強化加算を算定していない場合に限る。）	×			—	—	—		×
	専門管理加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月おいて、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※15及び※17 （同一月おいて、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月おいて、介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。）		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
	訪問看護医療ＤＸ情報活用加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
	訪問看護医療情報連携加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17

「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

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
０３　訪問看護情報提供療養費１	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）		—	—	—		×
０３－２　訪問看護情報提供療養費２	—				—	—	—		—
０３－３　訪問看護情報提供療養費３	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		×
０４　包括型訪問看護療養費	○ ※２	×	×	○ ※２	—	—	—		×
０５　訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（同一月において、介護保険によるターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※15及び※17（同一月において、介護保険によるターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定していない場合に限る。）	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者（ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費２を算定する）		—	—	—		ア：○　※16 （ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費２を算定する） イ：○　※16及び※17
遠隔死亡診断補助加算	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17

「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

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
０６　訪問看護遠隔診療補助料	○ ※２	○ ※２及び※19	○ ※２		—	—	—		×
０７　訪問看護ベースアップ評価料	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17
０８　訪問看護物価対応料	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※２又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—		ア：○　※16 イ：○　※16及び※17

注）　○：要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成20年厚生労働省告示第128号）の規定により算定されるべき療養としているもの
×：診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）第６号の規定により算定できないもの　－：診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの

※１　社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※２　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料及び当該薬剤の処方に係る遠隔電子処方箋活用加算及び処方箋料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※４　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

「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

<table>
<tr><th rowspan="3">区　分</th><th colspan="4">１．入院中の患者以外の患者
（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）</th><th colspan="2">２．入院中の患者</th><th colspan="3">３．入所中の患者</th></tr>
<tr><td rowspan="2">自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）
※１</td><td rowspan="2">うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）</td><td rowspan="2">認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）</td><td rowspan="2">特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）</td><td rowspan="2">保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）</td><td rowspan="2">短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者</td><td colspan="2">ア．介護老人保健施設
イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者</td><td rowspan="2">ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設
イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者</td></tr>
<tr><td>うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設</td><td>併設保険医療機関</td><td>併設保険医療機関以外の保険医療機関</td></tr>
</table>

※５　次に掲げる費用に限る。
・外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイ
・外来化学療法加算
・皮内、皮下及び筋肉内注射（がん性疼痛緩和指導管理料又は外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）を算定するものに限る。）
・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・動脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイを算定するものに限る。）
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又はは３のイを算定するものに限る。）
・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・植込型カテーテルによる中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）

・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※６　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※７　検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合別表第四に掲げるものを除く。

※８　死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。

※９　認知症患者を除く。（ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）

※10　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。
また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。

※11　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。

※12　末期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。

※13　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

※14　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

※15　末期の悪性腫瘍等の患者、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）

※16　末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）に限る。

※17　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

※18　当該補助料の算定月と同月内に、介護保険の訪問看護費を算定している場合を除く。

※19　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

（別紙２）

区　分		ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料		×	○	○	
	看護師等遠隔診療補助加算	×			
入院料等		×		○ （Ａ４００の１　短期滞在手術等基本料１に限る。）	
	通則の３　外来感染対策向上加算	○			
	通則の４　連携強化加算	○			
	通則の５　サーベイランス強化加算	○			
	通則の６　抗菌薬適正使用体制加算	○			
	通則第７号　遠隔電子処方箋活用加算	○ ※２		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
	通則第８号　医療提供機能連携確保加算	○			
	Ｂ００１の１　ウイルス疾患指導料	○			
	Ｂ００１の２　特定薬剤治療管理料	○			
	Ｂ００１の３　悪性腫瘍特異物質治療管理料	○			
	Ｂ００１の６　てんかん指導料	○			
	Ｂ００１の７　難病外来指導管理料	○			
	Ｂ００１の８　皮膚科特定疾患指導管理料	○			
	Ｂ００１の９　外来栄養食事指導料	○ ※１			
	Ｂ００１の11　集団栄養食事指導料	○ ※１			
	Ｂ００１の12　心臓ペースメーカー指導管理料	○			
	Ｂ００１の14　高度難聴指導管理料	○			

「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

区　分		ア.介護医療院に入所中の患者 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	Ｂ００１の15　慢性維持透析患者外来医学管理料	○			
	Ｂ００１の16　喘息治療管理料	○			
	Ｂ００１の20　糖尿病合併症管理料	×		○	
	Ｂ００１の22　がん性疼痛緩和指導管理料	○			
	Ｂ００１の23　がん患者指導管理料	○			
	Ｂ００１の24　外来緩和ケア管理料	○			
	Ｂ００１の25　移植後患者指導管理料	○			
	Ｂ００１の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			
	Ｂ００１の27　糖尿病透析予防指導管理料	×		○	
	Ｂ００１の32　一般不妊治療管理料	○			
	Ｂ００１の33　生殖補助医療管理料	○			
	Ｂ００１の34　ハ　二次性骨折予防継続管理料３	○			
	Ｂ００１の35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	○			
	Ｂ００１の36　下肢創傷処置管理料	×		○	
	Ｂ００１の37　慢性腎臓病透析予防指導管理料	×		○	
	Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料	×	○	×	○
	Ｂ００１－２－６　救急外来医学管理料	×	○	×	○
	Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料	○			
	Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料	○			
	Ｂ００１－３　生活習慣病管理料（Ⅰ）	○ （注３に規定する加算に限る。）			

「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

区　分	ア.介護医療院に入所中の患者 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料	×		○	
Ｂ００１－３－３　生活習慣病管理料（Ⅱ）	○ （注３に規定する加算に限る。）			
Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料（注２の場合に限る。）	○			
Ｂ００１－１０　３　心不全再入院予防継続管理料３	○			
Ｂ００１－１１　遺伝性疾患療養指導管理料	×		○	
Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料	○			
Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料	○			
Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料	○			
Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料	○			
Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料	○			
Ｂ００７－３　退院後訪問栄養食事指導料	○（管理栄養士が配置されている場合を除く。）			
Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）				
注１ 注６ 注８加算 注10加算　（認知症専門医療機関紹介加算） 注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注14加算（歯科医療機関連携加算１） 注15加算（歯科医療機関連携加算２） 注18加算（検査･画像情報提供加算）	○ （注14,15については、同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）			
Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料	×	○	×	○
Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料	×	○	×	○
Ｂ０１１　連携強化診療情報提供料	○			

「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

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">区　分</td><td colspan="4">ア. 介護医療院に入所中の患者
イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合</td><td colspan="2">介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合</td></tr>
<tr><td>併設保険医療機関</td><td>併設保険医療機関以外の保険医療機関</td><td>併設保険医療機関</td><td>併設保険医療機関以外の保険医療機関</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td>Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○</td></tr>
<tr><td>Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td>Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td rowspan="5">在宅医療</td><td>Ｃ０００　往診料</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td></tr>
<tr><td>Ｃ００４－２　救急患者連携搬送料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>Ｃ１１６　在宅補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td colspan="2">検査</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td colspan="2">画像診断</td><td colspan="2">○
（単純撮影に係るものを除く。）</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td colspan="2">投薬</td><td colspan="2">○
（第３節及び第５節に限る。）※２</td><td colspan="2">○
（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">注射</td><td colspan="2">○
※３</td><td colspan="2">○
（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">リハビリテーション</td><td colspan="4">○
（Ｈ００５視能訓練及びＨ００６難病患者リハビリテーション料に限る。）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">精</td><td>Ｉ０００　精神科電気痙攣療法</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td>Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td>Ｉ００２　通院・在宅精神療法</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td>Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法</td><td colspan="2">×</td><td colspan="2">○</td></tr>
<tr><td>Ｉ００６　通院集団精神療法</td><td colspan="2">×</td><td>×</td><td>○
（同一日において、特別診療費を算定する場合を除く。）</td></tr>
</table>

「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

区　分		ア.介護医療院に入所中の患者 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
神科専門療法	Ｉ００７　精神科作業療法	×		×	○
	Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア（注５の場合を除く。）	×		×	○
	Ｉ００９　精神科デイ・ケア（注６の場合を除く。）	×		×	○
	Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料	×		×	○
	上記以外	×			
処置		○ ※４		○	
手術		○			
麻酔		○			
放射線治療		○			
病理診断		○			
その他	Ｏ００１　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	×	○	○	
	Ｏ００２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	×	○	○	
	Ｏ１００　１　外来・在宅物価対応料	×	○	○	
	上記以外	×			

「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

<table>
<tr><td rowspan="3">区　分</td><td colspan="4">ア. 介護医療院に入所中の患者
イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合</td><td colspan="2">介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合</td></tr>
<tr><td>併設保険医療機関</td><td>併設保険医療機関以外の保険医療機関</td><td>併設保険医療機関</td><td>併設保険医療機関以外の保険医療機関</td></tr>
<tr><td>Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>Ｂ０１４　退院時共同指導料１</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>Ｃ００７　在宅患者連携指導料</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>第１節に規定する調剤技術料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>１０の２　調剤管理料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>１０の３　服薬管理指導料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>１４の２の２　外来服薬支援料２</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>１４の３　服用薬剤調整支援料２</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</td><td colspan="4">○
（注10に規定する場合に限る。）</td></tr>
<tr><td>第３節に規定する薬剤料</td><td colspan="2">○
※２</td><td colspan="2">○
（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>訪問看護療養費</td><td colspan="4">×</td></tr>
<tr><td>退院時共同指導加算</td><td colspan="4">○
※５又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者</td></tr>
</table>

「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

区　分	ア.介護医療院に入所中の患者 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関

※１　介護報酬において、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）の別表（指定施設サービス等介護給付費単位数表）の４のイからへまでの注５に掲げる減算を算定した場合に限る。

※２　次に掲げる薬剤の薬剤料と当該薬剤の処方に係る遠隔電子処方箋活用加算及び処方箋料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※４　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※５　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

老高発 0508 第１号
老認発 0508 第２号
老老発 0508 第１号
令和８年５月８日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（　　公　　印　　省　　略　　）
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（　　公　　印　　省　　略　　）
厚生労働省老健局老人保健課長
（　　公　　印　　省　　略　　）

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

平素より、介護保険行政の推進につきまして、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

第 255 回社会保障審議会介護給付費分科会（令和８年３月 30 日）において、令和８年度診療報酬改定を踏まえた「協力医療機関連携加算に係る要件変更」及び「やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い」について報告したところです。

これを踏まえ、関係通知を下記のとおり改正することとしますので、内容を御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等に周知いただくとともに、その取扱いにあたっては遺漏なきようお願いします。

本通知による改正後の取扱いについては、令和８年６月の算定分から適用することとします。

記

１　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に

要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月１日老企第 36 号）の一部改正
別紙１のとおり改正する。

２　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月８日老企第 40 号）の一部改正
別紙２のとおり改正する。

３　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年３月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）の一部改正
別紙３のとおり改正する。

４　指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年３月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）の一部改正
別紙４のとおり改正する。

別紙１

○　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年３月１日老企発第36厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

新	旧
第一　（略） 第二　居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項 １～６　（略） ７　通所介護費 ⑴～㉔　（略） ㉕　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について ①　（略） ②　人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。 イ～ニ　（略） ホ　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合であって、次のａからｄまでの全てに該当するときは、ニの規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。 この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式７に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式７には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。	第一　（略） 第二　居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項 １～６　（略） ７　通所介護費 ⑴～㉔　（略） ㉕　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について ①　（略） ②　人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。 イ～ニ　（略） （新設）

ａ　職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第 33 条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。	
ｂ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。	
ｃ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。	
ｄ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。	
③　（略）	③　（略）
㉖・㉗　（略）	㉖・㉗　（略）
８　通所リハビリテーション費	８　通所リハビリテーション費
(1)～㉗　（略）	(1)～㉗　（略）
㉘　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について	㉘　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について
①　（略）	①　（略）

② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、

イ 人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

ロ １割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

ハ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合であって、次のａからｄまでの全てに該当するときは、ロの規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式７に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式７には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

ａ 公共職業安定所又は無料職業紹介事業を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介

② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、

イ 人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

ロ １割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

（新設）

事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 b　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 c　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 d　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。 ③　（略） ㉙～㉝　（略） 9　（略） 第三　（略） 別紙様式１～６　（略） 別紙様式７	③　（略） ㉙～㉝　（略） 9　（略） 第三　（略） 別紙様式１～６　（略） （新設）

別紙様式７

やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類

１．基本情報

事業所名			
事業所住所	〒		
介護保険事業所番号			
連絡先	電話番号		
	E-mail		
記載者名			

２．人員基準欠如の状況

欠員となった職員 （該当するすべての職種に「✔」を選択すること。）		介護職員		看護職員		医師
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士
		介護支援専門員		薬剤師		
人員欠如の発生月		年		月		
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要						
これまでのやむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出状況						
	今回の届出より以前に届出を行ったことがある					
	該当する場合、人員欠如が発生した最初の月 （複数回該当する場合は直近の届出について記載）	年		月		

３．職員確保の取組

職員の確保に係る取組の状況 （該当するすべてに「✔」を選択すること。）		職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所の活用	
		職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の無料職業紹介事業の活用	
	民間職業紹介事業者の利用状況		
	民間職業紹介事業者の利用		
	医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用		
一部の職員の過度な業務負担とならないよう、職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図っている。			

（注）指定等権者への報告の際は、本様式に加え、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

別紙２

○　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年３月８日老企40　厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

新	旧
第一　（略） 第二　居宅サービス単位数表（短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。）及び施設サービス単位数表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表に関する事項 １　通則 ⑴～⑷　（略） ⑸　人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について ①～④　（略） ⑤　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（③ロ及び④の場合に限る。）であって、次のイからニまでの全てに該当するときは、③及び④の規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。 この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式 14 に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式 14 には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。 イ　職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）	第一　（略） 第二　居宅サービス単位数表（短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。）及び施設サービス単位数表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表に関する事項 １　通則 ⑴～⑷　（略） ⑸　人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について ①～④　（略） （新設）

又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第33条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。	
ロ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。	
ハ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。	
ニ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。	
⑥・⑦　（略）	⑤・⑥　（略）
⑹～⑾　（略）	⑹～⑾　（略）
２・３　（略）	２・３　（略）
４　特定施設入居者生活介護費	４　特定施設入居者生活介護費
⑴～⑿　（略）	⑴～⑿　（略）
⒀　協力医療機関連携加算について	⒀　協力医療機関連携加算について
①～③　（略）	①～③　（略）
④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可	④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協

能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。	力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。	（新設）
ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入居者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入居者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	（新設）
⑤～⑧　（略）	⑤～⑧　（略）
⑭～㉕　（略）	⑭～㉕　（略）
５　介護福祉施設サービス	５　介護福祉施設サービス
⑴～㉖　（略）	⑴～㉖　（略）
㉗　協力医療機関連携加算について	㉗　協力医療機関連携加算について
①～③　（略）	①～③　（略）
④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。	④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医

	療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。	（新設）
ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入所者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入所者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	（新設）
⑤～⑦　（略）	⑤～⑦　（略）
㉘～㊶　（略）	㉘～㊶　（略）
６～８　（略）	６～８　（略）
別紙様式１～13　（略）	別紙様式１～13　（略）
別紙様式 14	（新設）

別紙様式 14

やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類

１．基本情報

事業所名			
事業所住所	〒		
介護保険事業所番号			
連絡先	電話番号		
	E-mail		
記載者名			

２．人員基準欠如の状況

欠員となった職員 （該当するすべての職種に「✔」を選択すること。）		介護職員		看護職員		医師
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士
		介護支援専門員		薬剤師		
人員欠如の発生月	年		月			
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要						
これまでのやむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出状況						
今回の届出より以前に届出を行ったことがある						
該当する場合、人員欠如が発生した最初の月 （複数回該当する場合は直近の届出について記載）	年		月			

３．職員確保の取組

職員の確保に係る取組の状況 （該当するすべてに「✔」を選択すること。）		職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所の活用
		職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の無料職業紹介事業の活用
民間職業紹介事業者の利用状況		
民間職業紹介事業者の利用		
医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用		
一部の職員の過度な業務負担とならないよう、職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図っている。		

（注）指定等権者への報告の際は、本様式に加え、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

別紙３

○　「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の一部改正について（平成18年３月17日　老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001　厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）

新	旧
第一　（略） 第二　指定介護予防サービス単位数表に関する事項 １～８　（略） ９　介護予防特定施設入居者生活介護費 ⑴～⑻　（略） ⑼　協力医療機関連携加算について ①～③　（略） ④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。 イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること。 ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該事業所の入居者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該事業所の入居者に当該協力医療機関が年２件以上往診を	第一　（略） 第二　指定介護予防サービス単位数表に関する事項 １～８　（略） ９　介護予防特定施設入居者生活介護費 ⑴～⑻　（略） ⑼　協力医療機関連携加算について ①～③　（略） ④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。 （新設） （新設）

実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該事業所の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	
⑤～⑦　（略）	⑤～⑦　（略）
⑧　会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。	（新設）
⑽～⑲　（略）	⑽～⑲　（略）
10・11　（略）	10・11　（略）

別紙４

○　指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月31日老計発0331005・老振発0331005・老老発0331018　厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）

新	旧
第一　（略） 第二　指定地域密着型サービス介護給付費単位数表に関する事項 １　通則 ⑴～⑺　（略） ⑻　人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について ①～③　（略） ④　看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。小規模多機能型居宅介護事業所並びに看護小規模多機能型居宅介護事業所における介護支援専門員及びサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所並びにサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所における指定地域密着型サービス基準第 63 条第 12 項に規定する研修修了者並びに認知症対応型共同生活介護事業所における計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合及び認知症対応型共同生活介護事業所（サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所を除く。）における計画作成担当者のうち、介護支援専門員を配置していない場合についても、同様の取扱いとする。ただし、都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）における研修の開催状況を踏まえ、研修を修了した職員の離職等に	第一　（略） 第二　指定地域密着型サービス介護給付費単位数表に関する事項 １　通則 ⑴～⑺　（略） ⑻　人員基準欠如に該当する場合等の所定単位数の算定について ①～③　（略） ④　看護・介護職員以外の人員基準欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。小規模多機能型居宅介護事業所並びに看護小規模多機能型居宅介護事業所における介護支援専門員及びサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所並びにサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所における指定地域密着型サービス基準第 63 条第 12 項に規定する研修修了者並びに認知症対応型共同生活介護事業所における計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合及び認知症対応型共同生活介護事業所（サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所を除く。）における計画作成担当者のうち、介護支援専門員を配置していない場合についても、同様の取扱いとする。ただし、都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）における研修の開催状況を踏まえ、研修を修了した職員の離職等に

より人員基準欠如となった場合に、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い、研修を修了することが確実に見込まれる職員（以下この④において「研修未修了職員」という。小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所にあっては介護支援専門員を、認知症対応型共同生活介護事業所にあっては計画作成担当者を指す。）を新たに配置した場合は、当該配置の翌月から、当該研修未修了職員が研修を修了するまでの間は減算対象としない取扱いとする。なお、当該研修未修了職員が研修を修了しなかった場合は、通常の減算の算定方法に従って、人員基準欠如が発生した翌々月（⑤が適用されている場合は人員欠如が発生した月から起算して第四月目に当たる月）に遡って減算を行うこととする。ただし、当該研修未修了職員が研修を修了しなかった理由が、当該研修未修了職員の急な離職等、事業所の責に帰すべき事由以外のやむを得ないものである場合、当該離職等の翌々月までに、研修未修了職員を新たに配置したときは、当該配置を行った月から、当該研修未修了職員が研修を修了するまでの間は、引き続き減算対象としない取扱いとすることで差し支えない。

⑤　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（③ロ及び④の場合に限る。）であって、次のイからニまでの全てに該当するときは、③及び④前段の規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式 11 に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月まで

より人員基準欠如となった場合に、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所にあっては介護支援専門員を、認知症対応型共同生活介護事業所にあっては計画作成担当者を新たに配置し、かつ、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い、当該介護支援専門員又は当該計画作成担当者が研修を修了することが確実に見込まれるときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない取扱いとする。なお、当該介護支援専門員又は当該計画作成担当者が受講予定の研修を修了しなかった場合は、通常の減算の算定方法に従って、人員基準欠如が発生した翌々月から減算を行うこととするが、当該介護支援専門員等が研修を修了しなかった理由が、当該介護支援専門員等の急な離職等、事業所の責に帰すべき事由以外のやむを得ないものである場合であって、当該離職等の翌々月までに、研修を修了することが確実に見込まれる介護支援専門員等を新たに配置したときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない取扱いとすることも差し支えない。

（新設）

に速やかに市町村長に報告すること。なお、別紙様式11には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。 イ　職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第33条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 ロ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 ハ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 ニ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。 ⑥・⑦　（略）	⑤・⑥　（略）
⑼～⑭　（略）	⑼～⑭　（略）
２・３　（略）	２・３　（略）
３の２　地域密着型通所介護費	３の２　地域密着型通所介護費
⑴～㉔　（略）	⑴～㉔　（略）

⑵5　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について ①　（略） ②　人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。 イ～ニ　（略） ホ　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合であって、次のａからｄまでの全てに該当するときは、ニの規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。 この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式11に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに市町村長に報告すること。なお、別紙様式11には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。 ａ　公共職業安定所又は無料職業紹介事業を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 ｂ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 ｃ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当	⑵5　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について ①　（略） ②　人員基準欠如についての具体的取扱いは次のとおりとする。 （新設）

該事業所が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

ｄ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

③　（略）

⑵⑹　療養通所介護費について

①～④　（略）

⑤　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について

イ　（略）

ロ　看護職員及び介護職員の配置数については、

ⅰ）　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

ⅱ）　１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

ⅲ）　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合であって、次のａからｄまでの全てに該当するときは、ⅱの規定にかかわらず、１

---

③　（略）

⑵⑹　療養通所介護費について

①～④　（略）

⑤　人員基準欠如に該当する場合の所定単位数の算定について

イ　（略）

ロ　看護職員及び介護職員の配置数については、

ⅰ）　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算する。

ⅱ）　１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者等の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）。

年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。 この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式 11 に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに市町村長に報告すること。なお、別紙様式 11 には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。 ａ　公共職業安定所又は無料職業紹介事業を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 ｂ　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 ｃ　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 ｄ　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。	
ハ　（略）	ハ　（略）

⑥～⑧　（略）	⑥～⑧　（略）
⑵7・⑵8　（略）	⑵7・⑵8　（略）
４・５　（略）	４・５　（略）
６　認知症対応型共同生活介護費	６　認知症対応型共同生活介護費
⑴～⑽　（略）	⑴～⑽　（略）
⑾　協力医療機関連携加算について	⑾　協力医療機関連携加算について
①～③　（略）	①～③　（略）
④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。	④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること	（新設）
ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該事業所の入居者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該事業所の入居者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該事業所の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	（新設）
⑤～⑦　（略）	⑤～⑦　（略）
⑿～⑵7　（略）	⑿～⑵7　（略）

7　地域密着型特定施設入居者生活介護費	7　地域密着型特定施設入居者生活介護費
⑴～⑾　（略）	⑴～⑾　（略）
⑿　協力医療機関連携加算について	⑿　協力医療機関連携加算について
①～③　（略）	①～③　（略）
④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。	④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること	（新設）
ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該事業所の入居者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該事業所の入居者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該事業所の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	（新設）
⑤～⑧　（略）	⑤～⑧　（略）
⒀～㉕　（略）	⒀～㉕　（略）
8　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	8　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
⑴～㉕　（略）	⑴～㉕　（略）

㉖　協力医療機関連携加算について	㉖　協力医療機関連携加算について
①～③　（略）	①～③　（略）
④　「会議を定期的に開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。	④　「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
イ　電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年１回以上開催すること	（新設）
ロ　年３回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該施設の入所者が当該協力医療機関で年２件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該施設の入所者に当該協力医療機関が年２件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年１回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該施設の入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	（新設）
⑤～⑦　（略）	⑤～⑦　（略）
㉗～㉜　（略）	㉗～㉜　（略）
９　（略）	９　（略）
第三　（略）	第三　（略）
別紙様式１～10　（略）	別紙様式１～10　（略）
別紙様式 11	（新設）

別紙様式 11

やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類

１．基本情報

事業所名			
事業所住所	〒		
介護保険事業所番号			
連絡先	電話番号		
	E-mail		
記載者名			

２．人員基準欠如の状況

欠員となった職員 （該当するすべての職種に「✔」を選択すること。）		介護職員		看護職員		医師
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士
		介護支援専門員		薬剤師		
人員欠如の発生月		年		月		
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要						
これまでのやむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出状況						
	今回の届出より以前に届出を行ったことがある					
	該当する場合、人員欠如が発生した最初の月 （複数回該当する場合は直近の届出について記載）	年		月		

３．職員確保の取組

職員の確保に係る取組の状況 （該当するすべてに「✔」を選択すること。）		職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所の活用	
		職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の無料職業紹介事業の活用	
	民間職業紹介事業者の利用状況		
	民間職業紹介事業者の利用		
	医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用		
一部の職員の過度な業務負担とならないよう、職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図っている。			

（注）指定等権者への報告の際は、本様式に加え、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスをまとめたものです。常に介護保険の最新情報を御確認していただくとともに、日頃の業務で疑問が生じた場合等に御活用ください。

（１）厚生労働省令和６年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

（２）介護保険最新情報（厚生労働省ホームページ）
厚生労働省から発出される介護保険の最新情報を掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index_00010.html

（３）介護サービス関係Ｑ＆Ａ（厚生労働省ホームページ）
介護サービス関係のＱ＆ＡをＰＤＦ又はエクセルファイルで閲覧可能
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/

（４）ＷＡＭＮＥＴ介護サービス関係Ｑ＆Ａ一覧
介護サービス関係Ｑ＆Ａの内容を検索できるページ
https://www.wam.go.jp/wamappl/R3kaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=&qn=&tn=&pc=1

（５）「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
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001697767.pdf