算定の留意事項

（2018年改定時の変更点）

参考　2018年改定介護報酬

算定の留意事項変更点

2018年3月22日に公表された介護報酬改定の算定基準に関する留意事項の変更点をまとめた。

介護サービス

◇機能訓練指導員の対象資格にはり師、きゅう師を追加

機能訓練指導員は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師またはきゅう師の資格を有する者（はり師およびきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る）とする。

訪問介護費

◇サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化

①3年以上介護職等の業務に従事した者で介護職員初任者研修課程修了者は2018年3月31日時点で訪問介護においてサービス提供責任者（以下「サ責」）として従事している者に限り、1年間の経過措置を設けているが、経過措置期間中に、これに該当するサ責に介護福祉士実務者研修の受講または介護福祉士の資格を取得するための十分な機会を与え、要件に合致するよう必要な措置を講ずること。

②サ責は居宅介護支援等に対し、サービス担当者会議等を通じて、訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況や口腔機能等の利用者の心身の状態および生活の状況に係る必要な情報の提供を行うことも差し支えない。必要な情報の内容は、例えば▽薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用している▽薬の服用を拒絶している▽使いきらないうちに新たに薬が処方されている▽口臭や口腔内出血がある▽体重の増減が推測される見た目の変化がある▽食事量や食事回数に変化がある▽下痢や便秘が続いている▽皮膚が乾燥していたり湿疹等がある▽リハビリの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない――等が考えられるが、サ責が適切に判断する。なお、必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援等と調整しておくことが望ましい。

③2018年度以降、生活援助中心型のみに従事することができる生活援助従事者研修修了者が従事するため、当該研修修了者を含む訪問介護員等であって、訪問介護に従事したことがない者については、初回訪問時にサ責が同行するなどのOJTを通じて支援を行う。また、緊急時の対応等についてもあらかじめ当該訪問介護員等に指導しておく。さらに、生活援助従事者研修修了者が所属する訪問介護のサ責は、当該訪問介護員等が生活援助中心型しか提供できないことを踏まえ、利用者の状況を判断の上、適切な業務管理を行う。具体的には、生活援助中心型のみ利用している利用者に対する訪問介護に従事させることなどが考えられる。

◇不当な働きかけの禁止

訪問介護事業者が、居宅サービス計画の作成または変更に関し、ケアマネジャーまたは被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることなどの不当な働きかけを行ってはならない。具体的には、例えば、訪問介護と居宅介護支援が同一法人等である場合や同一の建物等に所在する場合において、当該利用者の状況を勘案することなく、自らが提供する訪問介護サービスを居宅サービス計画に位置付けるよう働きかけるような場合が該当する。

◇共生型訪問介護の基準

（1）従業者、サ責、管理者

①従業者（ホームヘルパー）：居宅介護または重度訪問介護（以下「居宅介護等」）の従業者の員数が、共生型訪問介護を受ける利用者（要介護者）の数を含めて当該居宅介護等の利用者の数とした場合に、当

該居宅介護等として必要とされる数以上。
②サ責：居宅介護等における居宅介護または重度訪問介護の利用者（障害者および障害児）および共生型訪問介護の利用者（要介護者）の合計数が、40またはその端数を増すごとに１人以上。居宅介護等のサ責であれば、共生型訪問介護のサ責の資格要件を満たす。なお、共生型訪問介護のサ責と居宅介護等のサ責を兼務することは差し支えない。
③管理者：訪問介護と同趣旨。なお、共生型訪問介護の管理者と居宅介護等の管理者を兼務することは差し支えない。
(2) 設備に関する基準:居宅介護等として満たすべき設備基準を満たしていれば足りる。
(3) 訪問介護その他の関係施設から、居宅介護等が要介護高齢者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けている。
(4) 運営等に関する基準:訪問介護の運営基準を参照する。
(5) その他の共生型サービス：高齢者と障害者・障害児に一体的にサービス提供するものであって▽デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイについて、障害福祉制度と介護保険制度の両方の基準を満たして両方の指定を受けている▽法令上、共生型サービスの対象とされているデイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ以外のサービス（例えば、障害福祉制度の共同生活援助と介護保険制度の認知症対応型共同生活介護）について、障害福祉制度と介護保険制度の両方の指定を受けている▽障害福祉制度の指定を受け、かつ、介護保険制度の基準該当サービスを活用している――場合も共生型サービスであり、地域共生社会の実現に向け、これらの推進も図られることが望ましい。

◇共生型訪問介護の所定単位数等の取扱い

①障害福祉制度の居宅介護が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合
イ　介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級課程または旧2級課程修了者および居宅介護職員初任者研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む）が訪問介護を提供する場合は、所定単位数を算定。
ロ　障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む。なお、3級課程修了者については、相当する研修課程修了者に含むものとする）、実務経験を有する者（身体障害者居宅介護等、知的障害者居宅介護等または児童居宅介護等に従事した経験を有する者であって、都道府県知事から必要な知識および技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けたもの）および廃止前の視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修または知的障害者外出介護従業者養成研修課程修了者（これらの研修課程に相当するものとして都道府県知事が認める研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下「旧外出介護研修修了者」）を含む）が訪問介護（旧外出介護研修修了者については、通院・外出介助（通院等乗降介助を含む）に限る）を提供する場合は、所定単位数の70％に相当する単位数を算定する。
ハ　重度訪問介護従業者養成研修課程修了者（相当する研修課程修了者を含む）が訪問介護を提供する場合（早朝・深夜帯や年末年始などにおいて、一時的に人材確保の観点から市町村がやむを得ないと認める場合に限る）は、所定単位数の93％に相当する単位数を算定する。
②障害福祉制度の重度訪問介護事業所が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合は、所定単位数の93％に相当する単位数を算定する。
③障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者および重度訪問介護従業者養成研修課程修了者等による共生型訪問介護の取扱い
①イ以外の者については、65歳に達した日の前日において、これらの研修課程修了者が勤務する居宅介護または重度訪問介護において、居宅介護または重度訪問介護を利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。新規の要介護高齢者へのサービス提供はできない。

◇訪問介護の所要時間

訪問介護事業者は、訪問介護員等に、訪問介護を実際に行った時間を記録させるとともに、当該時間が訪問介護を行うのに要する標準的な時間に比べ著しく短時間となっている状態が続く場合には、サ責に、ケアマネジャーと調整の上、訪問介護計画の見直しを行わせるものとする。具体的には、介護報酬の算定に当たっての時間区分を下回る状態（例えば、身体介護中心型において、標準的な時間は45分、実績は20分

の場合）が１カ月以上継続する等、常態化している場合等が該当する。

◇特定事業所加算

訪問介護員等要件について、生活援助従事者研修修了者の割合は、前年度（3月を除く）または届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、常勤換算数に0.5を乗じて算出する。

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「同一敷地内建物等の利用者50人以上」の場合の利用者の算出方法は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除した値とし、小数点以下を切り捨てる。

◇生活機能向上連携加算（Ⅱ）

訪問介護計画の作成にあたり、訪問・通所リハビリテーション事業所、またはリハビリを実施している医療提供施設（病院は認可病床数200床未満または当該病院を中心に半径4km以内に診療所が存在しないもの）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師（以降「理学療法士等」、この加算のみ医師を含む）は、利用者の居宅を訪問する際にサ責が同行するまたは当該理学療法士等およびサ責が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、当該利用者のADLおよびIADLに関する利用者の状況につき、理学療法士等とサ責が共同して、現在の状況およびその改善可能性の評価を行う。「リハビリを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院もしくは診療所または介護老人保健施設、介護療養型医療施設もしくは介護医療院である。

◇生活機能向上連携加算（Ⅰ）

①訪問介護計画の作成に当たっては、理学療法士等が当該利用者のADLおよびIADLに関する状況について、当該リハビリテーション提供の場、または訪問介護のサ責と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、サ責に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合は、理学療法士等が利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサ責で事前に方法等を調整する。

②サ責は、理学療法士等の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、訪問介護計画の作成を行う。また、計画には助言の内容を記載する。

③理学療法士等の助言に基づき計画を見直した場合は、算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により計画を見直した場合を除き、①の計画に基づき訪問介護を提供した翌月・翌々月は算定しない。

④計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者および理学療法士等に報告する。

訪問入浴介護費

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

訪 問 看 護 費

◇理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の訪問

①主治医に提出する訪問看護計画書および訪問看護報告書は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が実施した内容も一体的に含む。

②複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書および報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成する。

③計画書および報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時および利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行う。「利用開始時」とは、利用者が過去2月間（歴月）当該訪問看護から訪問看護（医療保険を含む）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合をいう。また、「定期的な訪問」とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう。

◇精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者

精神科訪問看護・指導料または精神科訪問看護基本療養費の算定に係る医療保険による訪問看護（以下、「精神科訪問看護」）の利用者は医療保険の給付対象であり、同一日に介護保険の訪問看護費は算定できない。なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看

護に変更、または介護保険の訪問看護から医療保険の精神科訪問看護に変更することは可能である。

◇居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合

①事業所の事情により保健師または看護師が訪問した場合は所定単位数に90％を乗じた単位数を算定する。また、居宅サービス計画上、保健師または看護師が訪問する場合に、准看護師が訪問する場合は、准看護師が訪問する場合の単位数（所定単位数の90％）を算定する。

②理学療法士等が訪問した場合は理学療法士等の場合の所定単位数を算定する。また、居宅サービス計画上、理学療法士等が訪問する場合に、准看護師が訪問した場合については、理学療法士等の所定単位数を算定する。

◇複数名訪問加算

①体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、1人で看護を行うことが困難な場合に算定を認めるものであり、これらの事情がない場合に、単に2人の看護師等（うち1人が看護補助者の場合も含む）が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定はできない。

②加算（Ⅱ）における看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下、療養生活上の世話の他、居室内の環境整備､看護用品および消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要がある。

◇長時間訪問看護への加算

保健師、看護師、准看護師のいずれが行う場合であっても、同じ単位を算定する。

◇ターミナルケア加算

①看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者および家族の意向を把握し、それに基づくアセスメントおよび対応の経過を訪問看護記録書に記録するが、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」等の内容を踏まえ、利用者本人およびその家族等と話し合いを行い、利用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する。

②ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療および介護関係者と十分な連携を図るよう努める。

◇看護体制強化加算

①医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保･育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

②訪問看護の利用者によって加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを選択し、届出を行うこと。

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

訪問リハビリテーション費

◇専任の常勤医師配置の必須化

①訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設または介護医療院であって、病院または診療所（医師について介護老人保健施設または介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合）と併設されている場合は、当該病院または診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。

②訪問リハビリを行う介護老人保健施設または介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件を満たす。また、訪問リハビリを行う介護老人保健施設または介護医療院であって、病院または診療所と併設されている事業所において、訪問リハビリの医師が、当該病院または当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件を満たす。

◇訪問リハビリテーション計画の作成

訪問リハビリの医師の診療に基づき、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成する。利用者の希望、リハビリの目標および方針、健康状態、リハビリの実施上の留意点、リハビリ終了の目安･時期等を記載する。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画等に沿って訪問リハビリ計画を立案すること。

◇事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

「利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から訪問リハ

ビリの医師が、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方ならびにリハビリ計画書等の事務処理手順および様式例の提示について」（以下「様式例」）のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ADL）、リハビリの目標、リハビリ実施上の留意点等について、当該訪問リハビリの医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

◇算定の基準

①医療保険の脳血管疾患等、廃用症候群または運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリを受けていた患者が、介護保険の訪問リハビリへ移行する際に、「様式例」の別紙様式2－1をもって、医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、記載された内容を確認し訪問リハビリの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2－1をリハビリ計画書とみなしてもよい。なお、その場合も、算定開始月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づき次回の訪問リハビリ計画を作成する。

②利用者が訪問リハビリ事業所である医療機関を受診した日または訪問診療もしくは往診を受けた日に、訪問リハビリ計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

◇リハビリテーションマネジメント加算

①訪問リハビリ事業所の医師が利用者に対して3月以上の訪問リハビリの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリ計画書の特記事項欄にその理由、通所リハビリやその他居宅サービスの併用や移行の見通しを記載する。

②リハビリ会議の構成員である医師の当該会議への出席については、当該会議の議事に支障のないように留意し、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよい。

③加算（Ⅳ）のデータの提出については、厚生労働省「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」（以下「VISIT」）に参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリ計画書等のデータを提出することを評価する。当該事業への参加方法や提出データについては「様式例」を参照する。

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

居宅療養管理指導費

◇単一建物居住者の人数について

同一月における①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している利用者②小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る、予防含む）、認知症対応型共同生活介護（予防含む）、看護小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）などのサービスを受けている利用者――の人数をいう。ただし、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所はそれぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物居住者の人数とみなすことができる。また1つの居宅に同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合は、利用者ごとに「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。さらに、当該建築物において利用者数が、当該建築物の戸数の10％以下の場合または当該建築物の戸数が20戸未満であって、利用者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。

通 所 介 護 費

◇設備に係る共用の明確化

通所介護と居宅サービス等を併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、設備基準上両方のサービスに規定があるもの（訪問介護の場合は事務室）は共用が可能。ただし、通所介護の機能訓練室等と、通所介護と併設する病院、診療所、介護老人保健施設または介護医療院における通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用する場合には▽当該部屋等において、通所介護の機能訓練室等と通所リハビリ等を行うためのスペースが明確に区分されている▽通所介護の機能訓練室等と

して使用される区分が設備基準を満たし、かつ、通所リハビリ等を行うためのスペースとして使用される区分が設備基準を満たす――に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えない。また玄関、廊下、階段、送迎車両など、基準上は規定がないが、設置されるものについても、利用者へのサービス提供に支障がない場合は共用が可能である。なお設備を共用する場合、衛生管理等に一層努めること。

◇共生型通所介護の基準

(1) 従業者の員数および管理者

①従業者：生活介護、自立訓練（機能訓練、生活訓練）、児童発達支援、放課後等デイサービス（以下「生活介護等」）の従業者の員数が、共生型通所介護を受ける利用者（要介護者）の数を含めて生活介護等の利用者の数とした場合に、生活介護等として必要とされる数以上であること。この場合、生活介護の従業者は、前年度の利用者の平均障害支援区分に基づき、必要数を配置することになっているが、その算出には共生型通所介護を受ける利用者（要介護者）は障害支援区分5とみなして計算する。

②管理者：通所介護の場合と同趣旨。共生型通所介護の管理者と生活介護等の管理者を兼務することは差し支えない。

(2) 設備に関する基準

生活介護等としての設備基準を満たしていれば足りる。ただし、児童発達支援または放課後等デイサービスの場合は、必要な設備等について要介護者が使用するものに適したものとするよう配慮する。なお共生型サービスは要介護者、障害者・児に同じ場所で同時に提供することを想定していることから、要介護者、障害者・児がそれぞれ利用する設備を区切る壁、家具、カーテンやパーティション等の仕切りは不要。

(3) 通所介護、その他の関係施設から、生活介護等が要介護者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること

(4) 運営等に関する基準

利用定員は、共生型通所介護の指定を受ける生活介護等において同時にサービス提供を受けることができる利用者数の上限をいう。つまり、介護給付の対象となる利用者（要介護者）の数と障害給付の対象となる利用者（障害者・児）の数との合計数により、利用定員を定める。例えば利用定員が20人の場合、要介護者と障害者・児とを合わせて20人という意味であり、利用日によって要介護者が10人、障害者・児が10人であっても、要介護者が5人、障害者・児が15人であっても差し支えない。

(5) その他の共生型サービスについて

「訪問介護費」を準用。

(6) その他の留意事項

同じ場所において、サービスを時間によって要介護者、障害者・児に分けて提供する場合（例えば、午前中に要介護者に対して通所介護、午後の放課後の時間に障害児に対して放課後等デイサービスを提供する場合）は、共生型サービスとしては認められない。

◇生活相談員配置等加算

①生活相談員（社会福祉士、精神保健福祉士等）は、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要があるが、共生型通所介護の指定を受ける生活介護等に配置している従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合は、兼務しても差し支えない。例えば、特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ加算の算定対象となる。

②地域に貢献する活動は▽地域の交流の場（開放スペースや保育園等との交流会など）の提供▽認知症カフェ・食堂等の設置▽地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催▽地域のボランティアの受入や活動（保育所等における清掃活動等）の実施▽協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参画▽地域住民への健康相談教室・研修会――など、地域や多世代との関わりを持つためのものとするよう努める。

◇生活機能向上連携加算

①訪問・通所リハビリ事業所、またはリハビリを実施している医療提供施設（「訪問介護費」と同様）の理学療法士等が、当該事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、アセスメント、利用者の身体の状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等または医師は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行う。

②①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければな

らない。目標は利用者またはその家族の意向、担当ケアマネジャーの意見も踏まえ策定し、利用者の意欲の向上につながるよう､段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とする。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。また個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はない。

③個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供している。

④個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が通所介護を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者またはその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行う。

⑤各月の評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者またはその家族、理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者またはその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL、IADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行う。

⑥機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにする。

◇ADL維持等加算

①ADLの評価は、Barthel Index（バーセル･インデックス）を用いる。

②ADL値の提出は､サービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載する。加算（Ⅱ）の場合は、当該提出月の属する年の1月から12月までが評価対象期間となる際に大臣基準告示によって求められるADL値の提出を兼ねる。

③2018年度は、2017年1月から12月までの評価対象期間について▽P.36「ADL維持等加算」（Ⅰ）の要件①～③までの基準を満たすことを示す書類▽同④の基準（厚生労働大臣への提出を除く）を満たすことを示す書類▽同⑤中「提出者」を「ADL値が記録されている者」とした場合に、同⑤の基準を満たすことを示す書類――を保存している場合に算定する。

④2019年度以降に加算を算定する場合、加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの間に、同加算の基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ている場合には、届出の日から同年12月までの期間を評価対象期間とする。

⑤提出データは国民の健康の保持増進およ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。

◇栄養改善加算の配置要件の緩和（外部の管理栄養士との連携）

外部とは、他の介護事業所、医療機関、栄養ケア･ステーションを指す。

◇栄養スクリーニング加算

①栄養スクリーニングは､利用者ごと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。

②利用者について▽BMIが18.5未満▽1～6月間で3％以上の体重の減少が認められる、または「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当▽血清アルブミン値が3.5g/dl以下▽食事摂取量が不良（75％以下）――に関して確認し、ケアマネジャーへ情報提供する。

③同加算の算定を行う事業所は、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

④栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できる。

通所リハビリテーション費

◇常勤医師の要件

通所リハビリを行う介護老人保健施設、介護医療院で、病院･診療所（「訪問リハビリテーション費」と同様）と併設されている事業所で、通所リハビリの医師が、当該病院・診療所の常勤医師と兼務している場

合でも常勤の要件を満たす。

◇短時間リハビリ実施時の面積要件等の緩和

医療機関が医療保険の脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、通所リハビリ（1時間以上2時間未満、予防含む）を実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料などを算定すべきリハビリを受けている患者と介護保険の利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない。この場合の通所リハビリを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリの患者数に関わらず、常時3㎡に、通所リハビリの利用者数（介護予防通所リハビリと同一事業所で一体的に運営されている場合はそれぞれの利用者数の合計数）を乗じた面積以上とする。なお機器および器具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えない。

◇リハビリテーション提供体制加算

「当該事業所の利用者の数」とは、通所リハビリと介護予防通所リハビリの指定を併せて受け、それぞれが同一の事業所において一体的に運営されている場合の、通所リハビリの利用者数と介護予防通所リハビリの利用者数の合計をいう。

◇通所リハビリテーションの提供について

「訪問リハビリテーション費」算定の基準①を準用。

◇リハビリテーションマネジメント加算

①「訪問リハビリテーション費」リハビリテーションマネジメント加算①～③を準用。

②リハビリ会議の開催頻度について、（介護予防）通所リハビリ事業所、当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて6月以上ある利用者については、算定当初から3月に1回の頻度でよい。

◇栄養改善加算の配置要件の緩和／栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

短期入所生活介護費

◇内容および手続の説明・同意

短期入所生活介護事業者は、利用者に対し適切な短期入所生活介護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者またはその家族に対し、当該事業所の運営規程の概要、勤務体制、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）等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等（当該事業所が、他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えない）の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から短期入所生活介護の提供を受けること（サービスの内容および利用期間等を含む）につき同意を得なければならない。なお、当該同意については、利用者および事業所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。

◇共生型短期入所生活介護の基準

（1）従業者の員数および管理者

①従業者：共生型短期入所生活介護を受ける利用者（要介護者）の数を含めて当該短期入所の利用者の数とした場合に、当該短期入所として必要とされる数以上である。この場合、昼間に生活介護を実施している障害者支援施設の空床利用型または併設型の短期入所の従業者については、前年度の利用者の平均障害支援区分に基づき、必要数を配置することになっているが、共生型短期入所生活介護を受ける利用者（要介護者）は障害支援区分5とみなして計算する。

②管理者：短期入所生活介護の場合と同趣旨。なお、共生型短期入所生活介護の管理者と短期入所の管理者を兼務することは差し支えない。

（2）設備に関する基準

短期入所の居室の面積が、当該短期入所の利用者（障害者・児）の数と共生型短期入所生活介護の利用者

短期入所生活介護費

（要介護者）の数の合計数で除して得た面積が9.9㎡以上。その他の設備については、短期入所として満たすべき設備基準を満たしていれば足りる。当該設備については、共生型サービスは要介護者、障害者・児に同じ場所で同時に提供することを想定していることから、要介護者、障害者・児がそれぞれ利用する設備を区切る壁、家具、カーテンやパーティション等の仕切りは不要である。

(3) 短期入所生活介護その他の関係施設から、短期入所が要介護者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けている。

(4) 運営等に関する基準

共生型短期入所生活介護の利用定員は、短期入所の事業の専用の居室のベッド数と同数とする。つまり、短期入所が、併設事業所の場合は短期入所の専用の用に供される居室のベッド数、空床利用型の場合は障害者支援施設の居室のベッド数となる。例えば、併設で利用定員20人という場合、要介護者と障害者・児とを合わせて20人という意味であり、利用日によって要介護者が10人、障害者・児が10人であっても、要介護者が5人、障害者･児が15人であっても差し支えない。

(5) その他の共生型サービスについて

「訪問介護費」を準用。

◇生活相談員配置等加算

「通所介護費」を準用。ただし①の「提供時間を通じて1人以上」は「常勤換算方法で1人以上」とする。

◇併設事業所

ユニット型同士が併設する場合は、介護老人福祉施設のユニット数と短期入所生活介護のユニット数を合算した上で、夜勤職員の配置数を算定する。例えば、3ユニットの介護老人福祉施設に、1ユニットの短期入所生活介護が併設されている場合は、2のユニットごとに夜勤職員を1人以上配置することが必要であることから、必要な夜勤職員数は2人である。また、ユニット型とユニット型以外が併設されている場合は、利用者の処遇に支障がなく（災害が起こった際にも利用者の安全が確保できる等）、夜勤職員1人あたりの介護老人福祉施設の入所者数と短期入所生活介護の利用者数の合計が20人以下の場合には、介護老人福祉施設と短期入所生活介護の夜勤職員の兼務が認められる。例えば、3ユニットで入居者数29人のユニット型介護老人福祉施設に、利用者数3人の多床室の短期入所生活介護が併設されている場合は、必要な夜勤職員数は2人である。

◇生活機能向上連携加算

「通所介護費」を準用。

◇看護体制加算（Ⅲ）（Ⅳ）

①要介護3～5の割合については、前年度（3月を除く）または届出月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数または、利用延人員数を用いて算定し、要支援者は含めない。

②利用実人員数または利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱によるものとする。

ⅰ）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、または再開した事業所を含む）は、前年度の実績による加算の届出はできない。

ⅱ）前3月の実績により届出を行った事業所は、届出月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また､その割合は毎月記録し､所定の割合を下回った場合は直ちに訪問通所介護サービス通知第1の5の届出を提出する。

③併設事業所の定員要件は、短期入所生活介護のみの定員に着目して判断する。例えば、介護老人福祉施設の入所者数が50人、併設する短期入所生活介護の利用者が10人の場合短期入所生活介護については29人以下の規模の単位数を算定する。

④同加算は利用者全員に算定でき、加算（Ⅲ）･（Ⅳ）は同時に算定できる。

◇夜勤職員配置加算

「見守り機器」は、利用者がベッドから離れようとしている状態または離れたことを検知できるセンサーおよび当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、利用者の見守りに資するものとする。また、「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、3月に1回以上行う。

◇認知症専門ケア加算

短期入所生活介護費／短期入所療養介護費／特定施設入居者生活介護費

①「日常生活に支障を来すおそれのある症状も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またはMに該当する利用者を指す。日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1／2以上の算定方法は、算定月の前3月間の利用者実人員数または利用延人員数（要支援者を含む）の平均で算定する。また、届出月以降においても、直近3月間の当該利用者が毎月継続的に所定の割合以上であることが必要である。なお、その割合については毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合は、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出する。

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」および「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」を指す。ただし、2019年3月31日までの間は、同リーダー研修の研修対象者（認知症介護実践者等養成事業実施要綱）に該当し、かつ2018年9月30日までに当該研修の受講の申し込みを行っている者を含む。

③「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」および「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」を指す。ただし、2019年3月31日までの間は、認知症介護指導者研修の研修対象者に該当し、かつ2018年9月30日までに当該研修の受講の申し込みを行っている者を含む。

④併設事業所であって本体施設と一体的に運営が行われている場合、および特別養護老人ホームの空床を利用して短期入所生活介護を行う場合は、本体施設である介護老人福祉施設と一体的に行うものとする。具体的には、本体施設の対象者と併設事業所の対象者（特別養護老人ホームの空床を利用する場合は、当該短期入所生活介護の対象者の数）を合算した数が20人未満である場合は１以上、当該対象者が20人以上である場合にあっては１に、当該対象者の数が19を超えて10またはその端数を増すごとに１を加えて得た数以上の、②･③に規定する研修修了者を配置している場合に算定する。

短期入所療養介護費

◇ユニット型短期入所療養介護の事業

介護医療院の人員、施設および設備ならびに運営に関する基準と同趣旨である

◇介護老人保健施設における短期入所療養介護費

当該基本施設サービス費の算定根拠等の関係書類を整備しておく

◇療養体制維持特別加算（Ⅱ）

「著しい精神症状、周辺症状または重篤な身体疾患または日常生活に支障を来すような症状･行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」は、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣまたはMに該当する者をいう。

◇病院または診療所における短期入所療養介護

同一の者について、例えば「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、2つの処置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含める。

◇介護医療院における短期入所療養介護

介護医療院の空きベッドを利用して行われることから、所定単位数の算定（職員の配置数の算定）、定員超過利用･人員基準欠如（ケアマネジャーに係るものを除く）･夜勤体制および療養環境による所定単位数の減算および加算については、介護医療院の本体部分と常に一体的な取扱いが行われる。また、施設基準および夜勤職員の基準を満たす旨ならびに夜間勤務等看護（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定するための届出については、本体施設である介護医療院について行われていれば、行う必要がない。

◇認知症専門ケア加算

「短期入所生活介護費」を準用。

特定施設入居者生活介護費

◇身体的拘束の適正化

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」（以下「検討委員会」）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば施設長･管理者、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および役割分担を明確にするとともに、専任の身体

的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。なお、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、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。特定施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意する。具体的には、次のようなことを想定している。(イ) 身体的拘束等について報告するための様式を整備 (ロ) 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、イの様式に従い、身体的拘束等について報告 (ハ) 検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し分析 (ニ) 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、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 (ホ) 報告された事例および分析結果を従業者に周知徹底 (ヘ) 適正化策を講じた後に、その効果について評価。

②「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込む。(イ) 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 (ロ) 検討委員会その他施設内の組織に関する事項 (ハ) 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 (ニ) 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 (ホ) 身体的拘束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する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該特定施設における指針に基づき、適正化の徹底を行う。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特定施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育 (年2回以上) を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の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。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

◇身体拘束廃止未実施減算

記録を行っていない、検討委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない、または身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算する。

◇入居継続支援加算について

①痰の吸引等を必要とする者の割合は、届出月の前3月の各末日時点の割合の平均で算出する。届出月以降も、毎月、直近3月間が所定の割合以上であることが必要である。割合については毎月記録するものとし、下回った場合は直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出する。

②介護福祉士の員数については、届出月の前3月間の平均を、常勤換算方法を用いて算出する。届出月以降も、毎月、直近3月間の員数が必要数を満たしていることとし、満たさなくなった場合は直ちに訪問通所サービス通知1の5の届出を提出する

③同加算を算定する場合、サービス提供体制強化加算は算定できない。

◇生活機能向上連携加算

「通所介護費」を準用。

◇口腔衛生管理体制加算

①「口腔ケアに係る技術的助言および指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言および指導のことであり、個々の入所者の口腔ケア計画ではない。

②「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には▽入所者の口腔ケアを推進するための課題▽当該施設における目標▽具体的方策▽留意事項▽歯科医療機関との連携状況▽歯科医師からの指示内容の要点 (当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合) ▽その他必要と思われる事項――を記載する

③医療保険において歯科訪問診療料または訪問歯科衛生指導料が算定された月であっても同加算を算定できるが、介護職員に対する技術的助言・指導や口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言・指導を行う場合、歯科訪問診療等の実施時間以外の時間帯に行うこと。

◇栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

◇退院・退所時連携加算

①当該利用者の退院・退所に当たり、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行う

②過去3月間に、当該特定施設に入居したことがない場合に限り算定できる。当該短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく当該特定施設に入居した場合は、入居直前の短期利用特定施設入居者生活介護の利用日数を30日から控除した日数に限り算定できる。

居宅介護支援費

◇内容および手続きの説明・同意

①居宅サービス計画の作成にあたって、利用者からケアマネジャーに対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行うこととするが、この場合、利用者または家族から理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得る。

②利用者が入院する場合は、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有する。居宅介護支援と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院または診療所に入院する必要が生じた場合には担当のケアマネジャーの氏名および連絡先を当該病院または診療所に伝えるよう、利用者またはその家族に対し事前に協力を求める必要がある。より実効性を高めるため、日頃からケアマネジャーの連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

◇利用者自身によるサービスの選択

①ケアマネジャーは、利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から複数の居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者またはその家族に対して提供する。また、例えば集合住宅等において、特定の居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

◇サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治医等が日常生活上の障害が１カ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治医等の助言を得た上で、ケアマネジャーがサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治医等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者またはその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

◇居宅サービス計画の実施状況等の把握および評価等

居宅介護支援の提供に当たり、例えば▽薬が大量に余っているまたは複数回分の薬を一度に服用している▽薬の服用を拒絶している▽使いきらないうちに新たに薬が処方されている▽口臭や口腔内出血がある▽

体重の増減が推測される見た目の変化がある▽食事量や食事回数に変化がある▽下痢や便秘が続いている▽皮膚が乾燥していたり湿疹等がある▽リハビリが必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況――等の利用者の心身または生活状況に係る情報を得た場合は、このうち、主治医もしくは歯科医師または薬剤師の助言が必要であるとケアマネジャーが判断したものについて、主治医師等に提供する。なお、ここでいう「主治医」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意する。なお、主治医等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治医等に交付する。交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。

◇ターミナルケアマネジメント加算

①利用者の居宅を最後に訪問した月と、利用者の死亡月が異なる場合は、死亡月に算定する。

②1人の利用者に対し、1カ所の居宅介護支援に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合は、当該利用者が死亡日またはそれに最も近い日に利用した居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所が算定する。

③ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録する。（イ）終末期の利用者の心身または家族の状況の変化や環境の変化、およびこれらに対して居宅介護支援が行った支援の記録（ロ）利用者への支援にあたり、主治医および居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録

④ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については、加算を算定することができる。

◇特定事業所加算

同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施する。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定める。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合、当該届出を行うまでに当該計画を策定する。

介護福祉施設サービス

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算

「特定施設入居者生活介護費」を準用。なお、身体的拘束適正化検討委員会は、事故防止委員会および感染対策委員会と一体的に設置･運営することも差し支えない。

◇夜勤職員配置加算／生活機能向上連携加算

「短期入所生活介護費」を準用。

◇外泊時在宅サービスの利用

①病状および身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、ケアマネジャー等により、居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討する。

②当該入所者または家族に対し、加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施する。

③介護老人福祉施設のケアマネジャーが、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者または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。

④家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましい:（イ）食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導（ロ）運動機能および日常生活動作能力の維持および向上を目的として行う体位変換、起座または離床訓練、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）介助方法の指導

⑤利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能である。この場合、外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできない。

◇再入所時栄養連携加算

①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。

②当該介護老人福祉施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に

関する指導また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。当該計画については、二次入所後に入所者またはその家族の同意が得られた場合に算定する。

◇栄養マネジメント加算

施設が同一敷地内に1つの介護老人福祉施設（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院を併設している場合、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設で算定できる。

◇低栄養リスク改善加算

①原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師または歯科医師の指示を受けたものを対象とする。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、主治医の指導を受けている場合に限る（以下同じ）。

②「入所者の栄養管理をするための会議」は月１回以上とする。また、当該計画については、対象となる入所者またはその家族に説明し、同意を得ること。なお、当該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、当該計画の作成に代えることができる。

③当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行う。6月を超えて同加算を算定する場合は、医師または歯科医師の指示はおおむね2週間ごとに受ける。

④褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は算定できない。

◇口腔衛生管理加算

①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ケア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（特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行うにあたり配慮すべき事項）、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言および指導の内容およ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」）を作成し、当該施設に提出する。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。

②当該歯科衛生士は、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および当該施設への情報提供を行う。

◇配置医師緊急時対応加算

①定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できない。ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りでない。

②事前に氏名等を届け出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定する。

③施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行う。

④診療の開始時刻が加算対象の時間帯にある場合に算定する。診療時間が長時間となり、加算対象の時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかな場合は算定しない。

⑤配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、24時間配置医師による対応またはその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えることとする。

◇褥瘡マネジメント加算

①施設入所時の評価は都道府県知事に届け出た日に、既入所者は届出月に評価を行う。

②評価結果の厚生労働省への報告は、介護給付費請求書等の記載要領に従って、同加算の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載する。施設入所時については、入所後最初（既入所者については届出日に最も近い日）に評価した結果、それ以外の場合は、当該加算の算定月に評価した結果のうち最も末日に近いものとする。

③褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関

する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙「褥瘡対策に関するケア計画書」を参考に作成する。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、褥瘡ケア計画の作成に代えることができる。

④褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者またはその家族に説明し、その同意を得る。

⑤褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施する。

⑥マネジメントについては、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。

⑦提出されたデータについては、国民の健康の保持増進およ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。

◇排せつ支援加算

①例えば、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できない。

②「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版」を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」または「全介助」と評価される者をいう。

③「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿または排便にかかる状態の評価が不変または悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。

④③の見込みの判断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。また、医師と連携した看護師が③の見込みの判断を行う際、利用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。

⑤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、それに基づいた支援計画を別紙「排せつ支援計画書」を参考に作成する。要因分析および支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行った医師または看護師、ケアマネジャー、およ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。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、支援計画の作成に代えることができるものとすること。

⑥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。

⑦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、入所者またはその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析および支援計画の内容、当該支援は入所者また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、および支援開始後であってもいつでも入所者またはその家族の希望に応じて支援計画を中断または中止できることを説明し、入所者およびその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

⑧加算算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者またはその家族に説明する。

介護保健施設サービス

◇医師の要件の緩和

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

②介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション､(介護予防）訪問リハビリテーション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、(介護予防）通所リハビリテーション、(介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えない。

◇療養室に関する基準

①療養室にはナース・コールを設ける。ただし、入所者の状況等に応じ、サービスに支障をきたさない場合には、入所者の動向を検知できる見守り機器を設置することで代用することとして差し支えない。

②一般･療養病床等を平成36年3月31日までに転換を行って介護老人保健施設を開設する場合、当該転換に係る療養室の床面積は、新築、増築または全面的な改築の工事が修了するまでの間は、入所者1人当たり6.4㎡以上であること。

◇施設サービス計画の作成

計画担当ケアマネジャー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。

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇外泊時在宅サービスの利用

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇再入所時栄養連携加算

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇試行的退所時指導加算

①試行的退所期間中は居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等の利用はできない。

②退所して病院または診療所へ入院する場合、退所して他の介護保険施設へ入院・入所する場合、また死亡退所の場合は算定できない

③試行的退所時指導は医師､看護職員､支援相談員､理学療法士または作業療法士､栄養士､ケアマネジャー等が協力して行い、入所者およびその家族等のいずれにも行う。

④試行的退所時指導を行った場合は、指導日および指導内容の要点を診療録等に記載する。

◇栄養マネジメント加算／低栄養リスク改善加算

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇かかりつけ医連携薬剤調整加算

①4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入所者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状および生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮する。

②入所時において処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

③内服薬の種類数の計算は、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤および液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

④合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

⑤複数の医療機関から処方されている入所者の場合には、主治の医師と調整し、当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時または退所後1月以内に当該入所者の主治医に報告し、診療録に記載する。

◇所定疾患施設療養費（Ⅱ）

①診断名および診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておく。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておく。また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症および帯状疱疹の検査･診断･治療に関するガイドライン等を参考にする。

②給付費請求明細書の摘要欄に、診断、行った検査、治療内容等を記入する。

③治療の実施状況の公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該

加算の算定状況を報告する。
④「感染症対策に関する研修」については、感染症対策に関する十分な経験を有する医師の場合は研修を受講した者とみなす。また、平成30年10月31日までは研修を受講予定（平成30年4月以降、受講申込書などを持っている場合）であれば研修を受講した者とみなすが、10月31日までに研修を受講していない場合は、4月～10月に算定した加算については、遡り過誤請求を行う。

◇褥瘡マネジメント加算／排せつ支援加算

「介護福祉施設サービス」を準用。

介護療養型医療施設サービス

◇一定の要件を満たす入院患者数が規準に満たない場合の減算

「喀痰吸引を必要とする入院患者等の割合」は、(a) 直近3月間の入院患者等ごとの喀痰吸引を必要とする入院患者等延日数または経管栄養を必要とする入院患者等延日数を (b) 直近3月間の入院患者等延日数で除した数とする。

◇退院時指導等加算

(1) 退院前訪問指導加算・退院後訪問指導加算
①退院前訪問指導加算は、入院後早期に退院に向けた訪問指導の必要があると認められる場合、2回まで加算できる。この場合、1回目の訪問指導は退院を念頭においた施設サービス計画の策定および診療の方針の決定として、また2回目は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われる。
②退院前訪問指導加算は退院日に算定し、退院後訪問指導加算は訪問日に算定する。
③算定できない場合、指導対象、診療録への記載については「介護保健施設サービス」の試行的退所時指導加算②～④を準用。
(2) 退院時指導加算
退院時指導の内容は次のようなものとする：(イ) 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導 (ロ) 退院する者の運動機能および日常生活動作能力の維持および向上を目的として行う体位変換、起座または離床訓練、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) 退院する者の介助方法の指導
(3) 退院時情報提供加算
退院後の主治医に対して入院患者を紹介するにあたっては、事前に主治医と調整し、必要な事項を記載の上、入院患者または主治医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。また、当該文書に入院患者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付する。
(4) 訪問看護指示加算
①介護療養型医療施設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。
②訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付する。また、特に退所者の求めに応じて、退所者また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または看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えない。
③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。
④訪問看護の指示を行った介護療養型医療施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

◇栄養マネジメント加算／低栄養リスク改善加算／排せつ支援加算

「介護福祉施設サービス」を準用。

介護医療院サービス

◇介護医療院サービスの基準

Ⅱ型療養床のみ有する介護医療院等、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。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。

◇療養棟

①「病棟」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。高層建築等の場合で、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。3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、特例として認める。

②１療養棟当たりの療養床数は、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、療養棟の建物等の構造の観点から、総合的に判断し決定される。原則として60床以下を標準とする。

③②の療養床数の標準を上回っている場合で、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。

④複数階で1療養棟を構成する場合も、②および③と同様だが、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。

◇看護職員または介護職員数

実際に入所者の看護または介護に当たっている員数で、併設医療機関または事業所の職務に従事する場合は、介護医療院で勤務する時間が勤務計画表で管理され、常勤換算方法における勤務延時間に併設医療機関または事業所の職務に従事する時間は含まれない。

◇夜勤体制による減算および加算の特例

①夜勤職員の勤務体制は施設単位で職員数を届け出る。

②夜勤職員の数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌午前5時までの連続する16時間）の延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じた数で除して算定し、小数点第3位以下は切り捨てる。

③月平均夜勤時間数は、施設ごとに届出前1月（4週間）の夜勤時間帯の看護職員・介護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員で除して得た数とし、月当たりの平均夜勤時間数の直近1月（4週間）の実績平均値で判断する。届出直後は施設の直近3月間（12週間）の実績平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

④専ら夜間勤務時間帯に従事する者（夜勤専従者）は、それぞれの夜勤時間数の基準のおおむね2倍以内であること。月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員および延夜勤時間数には、夜勤専従者および月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く。1日平均夜勤職員数の算定においては、すべての夜勤従事者の夜勤時間数が含まれる。

⑤１日平均夜勤職員数または月平均夜勤時間数が以下のいずれかに該当する月は、入所者の全員に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で、届け出た夜勤を行う職員数を満たせなくなった場合も同様。（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（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（ハ）前月において月平均夜勤時間数が、夜勤職員基準上の基準時間を1割以上上回っていたこと（ニ）月平均夜勤時間数の過去3月間（暦月）平均が、夜勤職員基準上の基準時間を超えていたこと。

⑥夜勤体制による減算が適用された場合、夜勤体制加算は算定しない。

⑦施設ユニット部分また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施設利用者全員に対して行われるもの。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。

◇所定単位数を算定するための施設基準

①Ⅰ型介護医療院（ユニット型含む）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。

②ユニット型の場合の療養室の基準については（a）1療養室の定員は1人。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人とできる。（b）療養室は、いずれかのユニットに属し、ユニットの共同生活室に近接して一体的に設ける。1ユニットの入所者の定員はおおむね10人以下（c）１の療養室の床面積等は▽10.65㎡以上。（a）のただし書の場合は21.3㎡以上▽ユニットに属さない療養室を改修したものは、入所者どうしの視線の遮断の確保を前提とした上で、療養室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じていても差し支えない――のいずれかを満たす（d）ブザーまたはこれに代わる設備

を設ける。
③併設型小規模介護医療院の場合、機能訓練室は機能訓練を行うのに十分な広さで足りる。
◇Ⅰ型介護医療院サービス費（ユニット型含む）
①月の末日においてそれぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、届出月から当該届出に係る介護医療院サービス費を算定する（翌月の末日において当該施設基準を満たしている場合を除く）。
②以下③に示す重篤な身体疾患を有する者と④に示す身体合併症を有する認知症高齢者の合計について⑦に示す方法で算出する。ただし、同一の者について、③・④のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含める。なお、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。なお、DPCコードの上6桁を用いた傷病名は、2018年9月末までは記載するよう努める。
③重篤な身体疾患を有する者：(a) NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態（b）Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態または連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態（c）各週2日以上の人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。（イ）常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）（ロ）透析アミロイド症で毛根管症候群や運動機能障害を呈するもの（ハ）出血性消化器病変を有するもの（ニ）骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの（d）Chile-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態（e）連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態（f）単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態（g）現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」）または内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む）状態。
④身体合併症を有する認知症高齢者：(a) 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者（b）認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者（イ）パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）（ロ）多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）（ハ）筋萎縮性側索硬化症（ニ）脊髄小脳変性症（ホ）広範脊柱管狭窄症（ヘ）後縦靱帯骨化症（ト）黄色靱帯骨化症（チ）悪性関節リウマチ（c）認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、ⅣまたはMに該当する者。
⑤喀痰吸引、経管栄養またはインスリン注射が実施された者の合計について⑦に示す方法で算出した割合が、基準を満たすものであること。
⑥「経管栄養」の実施とは、経鼻経管または胃ろうもしくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が１年以上である入所者にあっては、当該入所期間中（入所時を含む）に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算または栄養マネジメント加算を算定されている者については、経管栄養が実施されている者として取り扱う。「喀痰吸引」の実施とは、過去１年間に喀痰吸引が実施されていた者（経管栄養と同様）であって、口腔衛生管理加算または口腔衛生管理体制加算を算定されている者については、喀痰吸引が実施されている者として取り扱う。「インスリン注射」の実施においては、自ら実施する者は除く。同一の者について、例えば、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、2つの処置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含める。
⑦②・⑤は以下a・bのいずれかの方法に基づき、算定月の前3月において当該割合の平均値が当該基準に適合している場合。小数点第3位以下は切り上げる。（a）月の末日における該当者の割合とし、算定月の前3月において当該割合の平均値が基準に適合（b）算定月の前3月で該当者等の入所延べ日数が全入所者等の入所延べ日数に占める割合とし、算定月の前3月において当該割合の平均値が基準に適合。なお、入所者等（当該介護医療院の入所者および短期入所療養介護の利用者）とは毎日24時現在当該施設に入所している者をいい、当該施設に入所しその日のうちに退所または死亡した者を含む。
⑧施設基準第14号ヨ（1）（一）ⅰまたは施設基準第14号ヨ（2）（一）cの基準については、同号ⅰからⅲまでのすべてに適合する入所者等の入所延べ日数が、全ての入所者等の入所延べ日数に占める割合が、基準を満たすものであること。当該割合の算出にあたっては、小数点第3位以下は切り上げる。ただし、

本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者等の状態等に応じて随時、入所者等に対するターミナルケアについて相談し、共同してターミナルケアを行っていると認められる場合を含む。この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載する。

⑨「生活機能を維持改善するリハビリテーション」は、可能な限りその入院患者等の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の共同によって、医師の指示に基づき、療養生活の中で随時行う。

⑩「地域に貢献する活動」とは（ａ）地域との連携とは、地域住民またはその自発的な活動等との連携・協力を行う等の地域との交流に努めることだが、介護医療院においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行う（ｂ）当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互および地域住民と当該介護医療院の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供する（ｃ）当該基準については、平成30年度に限り、平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしているが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましい。また、既に当該基準に適合する活動を実施している介護医療院は、更に創意工夫を行うよう努める。

⑪併設型小規模介護医療院の場合、⑥「経鼻経管または胃ろうもしくは腸ろうによる栄養の実施」は「経鼻経管、胃ろうもしくは腸ろうまたは中心静脈栄養による栄養の実施」、⑧「同号ⅰからⅲまでのすべてに適合する入所者等の入所延べ日数が、全ての入所者等の入所延べ日数に占める割合」とあるのは「同号ⅰからⅲまでのすべてに適合する入所者等の入所延べ日数が、全ての入所者等の入所延べ日数に占める割合と、19を当該併設型小規模介護医療院におけるⅠ型療養床数で除した数で除した数との積」と読み替える。

◇Ⅱ型介護医療院サービス費（ユニット型含む）の基準

①適用すべき所定単位数の算定区分についてはⅠ型介護医療院サービス費①を準用。
②認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する者の合計は⑥に示す方法で算出する。
③喀痰吸引または経管栄養が実施された者の合計は⑥に示す方法で算出する。
④「経管栄養」「喀痰吸引」の実施についてはⅠ型介護医療院サービス費⑥を準用。
⑤認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣまたはMに該当する者の合計は⑥に示す方法で算出する。
⑥②③⑤の算出についてはⅠ型介護医療院サービス費⑦を準用。

◇特別介護医療院サービス費（ユニット型含む）の基準

①適用すべき所定単位数の算定区分についてはⅠ型介護医療院サービス費①を準用。
②認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する者の合計は⑥に示す方法で算出した割合と19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積。
③喀痰吸引または経管栄養が実施された者の合計について⑥に示す方法で算出した割合と19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積。
④「経管栄養」「喀痰吸引」の実施についてはⅠ型介護医療院サービス費⑥を準用。
⑤認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣまたはMに該当する者の合計は⑥に示す方法で算出した割合と19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積。
⑥②③⑤の算出については、Ⅰ型介護医療院サービス費⑦を準用。

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇療養環境減算

各療養棟を単位として評価を行うもので、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減算（Ⅰ）を受ける。

◇入所者が外泊したときの費用

「介護福祉施設サービス」を準用。

◇退所時指導等加算

「介護療養施設サービス」を準用。

介護医療院サービス

◇再入所時栄養連携加算／栄養マネジメント加算／低栄養リスク改善加算／口腔衛生管理加算／排せつ支援加算
「介護福祉施設サービス」を準用。

◇緊急時施設診療費
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へ入院が必要であるが、介護医療院において緊急その他やむを得ない事情により施設診療を行うときがあるので、このような場合に行われる施設診療を評価するもの。

◇認知症専門ケア加算
「短期入所生活介護費」を準用。

◇重度認知症疾患療養体制加算
①「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。ただし、入所後3カ月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE（MiniMentalStateExamination）で23点以下、またはHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）で20点以下の者を含む。確定診断の結果、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。
②届出月の前3月において日常生活に支障を来すおそれのある症状また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は、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を、認知症の者の延入所者数で除した数とする。
③届出月の前3月において日常生活に支障を来すおそれのある症状また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は、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を、認知症の者の延入所者数で除した数とする。
④生活機能回復訓練室は介護医療院の基準のとおり、機能訓練室、談話室、食堂およ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、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。
⑤医師が診察を行う体制については、老人性認知症疾患療養病棟の全部または一部を転換し開設した介護医療院の場合、当該介護医療院の精神科医師また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。

◇移行定着支援加算
①転換し介護医療院を開設した等の周知や説明については、ホームページや掲示等で行うとともに、質問、相談等に丁寧に応じ、説明日時・内容等を記録する。入所者や家族等に対しては、質問、相談等の有無に関わらず、少なくとも一度は丁寧に説明を行う機会を設けること。介護医療院の職員から適切に説明することが可能となるよう、職員に対しては、研修を開催するなどして、職員にも周知すること。
②入所者および家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、例えば、介護医療院でお祭り等の行事を実施する場合には、地域住民等に周知する。また、地域の行事や活動等に入所者、家族等および職員が参加できるように取り組む。

介護予防サービス

介護予防訪問入浴介護費

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

介護予防訪問看護費

◇理学療法士等の訪問／精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者の取扱い／居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合／複数名訪問加算／長時間訪問看護への加算／看護体制強化加算

「訪問看護費」を準用。（看護体制強化加算は①のみ準用）

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

介護予防訪問リハビリテーション費

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

◇リハビリテーションマネジメント加算

①利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた（Survey）、多職種協働によるリハビリ計画の作成（Plan）、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリの提供（Do）、当該提供内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し等（Action）（以下「SPDCA」）といったサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリの質の管理を行った場合に加算する

②「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持または向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリが提供できているかを管理することをいう。

③「定期的に」とは、初回の評価はリハビリ計画に基づくリハビリ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月ごとに評価を行う。

④リハビリ事業所の医師が利用者に対して3月以上のリハビリの継続利用が必要と判断する場合は、リハビリ計画書の特記事項欄にその理由、介護予防通所リハビリその他介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載する。

介護予防居宅療養管理指導費

◇単一建物居住者の人数について

「居宅療養管理指導費」を準用。

介護予防通所リハビリテーション費

◇リハビリテーションマネジメント加算

「介護予防訪問リハビリテーション費」リハビリテーションマネジメント加算①～③を準用。

◇生活行為向上リハビリテーション実施加算

①「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。

②同加算におけるリハビリ（以下「生活行為向上リハビリ」）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と、当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリの実施内容を計画にあら

かじめ定めた上で、計画的に実施するものである。
③生活行為向上リハビリ実施計画作成や、当該リハビリの目標の達成状況の報告については、生活行為の充実を図るための研修を修了した理学療法士等が行うことが想定される。
④計画作成に当たっては、加算の趣旨および、生活行為リハビリの実施後にリハビリが継続した場合の減算について説明した上で、当該計画の同意を得る。
⑤リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提であり、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定する。
⑥6月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族も生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましい。
⑦計画に従ったリハビリの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達する。なお、居宅を訪問した際はリハビリを実施することはできない。

◇栄養改善加算の配置要件の緩和（外部の管理栄養士との連携）／栄養スクリーニング加算
「通所介護費」を準用。

介護予防短期入所生活介護費

◇併設事業所／生活相談員配置加算／認知症専門ケア加算
「短期入所生活介護費」を準用。
◇生活機能向上連携加算
「通所介護費」を準用。

介護予防短期入所療養介護費

◇介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護／介護医療院における介護予防短期入所療養介護／療養体制維持特別加算
「短期入所療養介護費」を準用。
◇認知症専門ケア加算
「短期入所生活介護費」を準用。

介護予防特定施設入居者生活介護費

◇身体的拘束の適正化／身体拘束未実施減算／口腔衛生管理体制加算
「特定施設入居者生活介護費」を準用。
◇生活機能向上連携加算／栄養スクリーニング加算
「通所介護費」を準用。

介護予防支援費

◇内容および手続きの説明および同意／利用者自身によるサービスの選択／居宅サービス計画の実施状況等の把握および評価等
「居宅介護支援費」を準用。

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護費

◇オペレーター基準の緩和

①サービス提供責任者（介護職員初任者研修課程修了者および旧訪問介護職員養成研修2級修了者）がオペレーターを兼務する場合、「1年以上（3年以上）従事」とは単なる介護等の業務に従事した期間を含まず、サ責として任用されていた期間を通算したものである。

②オペレーターは、随時訪問サービスを行う訪問介護員等として従事することができる。なお、「利用者に対する随時対応サービスの提供に支障がない場合」とは、ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応ができると認められる場合である。

◇地域との連携等

正当な理由がある場合を除き、地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならない。

◇ターミナルケア加算

「訪問看護費」を準用。

◇生活機能向上連携加算（Ⅱ）

①「生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力および改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する定期巡回サービスの内容を定めたものでなければならない。

②①の計画作成に当たっては、訪問・通所リハビリ事業所またはリハビリ実施医療提供施設（認可病床数200床未満または半径4km以内に診療所が存在しない場合）の理学療法士等が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行、または当該理学療法士等および計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンスを行い、利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）およびIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、現在の状況およびその改善可能性の評価（「生活機能アセスメント」）を行う。この場合の「リハビリ実施医療提供施設」については「訪問介護費」と同様。

③①の計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載する：（ⅰ）利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容（ⅱ）生活機能アセスメントの結果に基づき、（ⅰ）の内容について定めた3月を目途とする達成目標（ⅲ）（ⅱ）の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標（ⅳ）（ⅱ）・（ⅲ）の目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

④③（ⅱ）・（ⅲ）の達成目標は、利用者の意向およびケアマネジャーの意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位または座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定する。

⑤①の計画および当該計画に基づく訪問介護員等が行う定期巡回サービスの例としては次のようなものが考えられる。

達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定。【1月目】訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守りおよび付き添いを行う。【2月目】ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。【3月目】ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止の

ため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、定期巡回サービス提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認）。

⑥3月を超えて本加算を算定する場合は、再度②の評価に基づき計画を見直す必要がある。なお、当該3月の間に利用者に対する訪問･通所リハビリ等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能である。

⑦本加算の算定期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者および訪問・通所リハビリ事業所またはリハビリ実施医療提供施設の理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL・IADLの改善状況および③（ⅱ）の達成目標を踏まえた適切な対応を行う。

◇生活機能向上連携加算（Ⅰ）

「訪問介護費」を準用。

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

夜間対応型訪問介護費

◇オペレーター基準の緩和

「定期巡回･随時対応型訪問介護看護」を準用。

◇同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算範囲の拡大

「訪問介護費」を準用。

地域密着型通所介護費

◇設備に係る共用の明確化／共生型地域密着型通所介護の基準／生活相談員配置等加算／生活機能向上連携加算／ ADL維持等加算／栄養改善加算／栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

認知症対応型通所介護費

◇生活相談員

認知症対応型通所介護が、利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関、他の居宅サービス事業者、地域の住民活動等と連携し、認知症対応型通所介護を利用しない日でも当該利用者の地域生活を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるように、生活相談員の確保すべき勤務延時間数には、「サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間」、「利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談･援助のための時間」、「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間」など、利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間も含めることができる。ただし、生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談･援助等を行う必要があり、これらに支障がない範囲で認められるものである。

◇栄養改善加算／栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

小規模多機能型居宅介護費

◇生活機能向上連携加算

「定期巡回･随時対応型訪問介護看護費」を準用。

◇栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

認知症対応型共同生活介護費

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算

「特定施設入居者生活介護費」を準用。

◇利用者が入院したときの費用

①「退院することが明らかに見込まれるとき」は、利用者の入院先の病院または診療所の当該主治医への確認などにより判断する。

②「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、利用者およびその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指す。

③「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由により、居室の確保が間に合わない場合等を指す。事業所側の都合は基本的には該当しない。

④利用者の入院の期間中の居室は、短期利用認知症対応型共同生活介護等に利用しても差し支えないが、当該利用者が退院する際に円滑に再入居できるよう、その利用は計画的なものとする。

⑤連続して7泊の入院を行う場合の入院期間は6日と計算される。

⑥入院中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。

⑦入院中で、かつ、入院時の費用の算定期間中は、当該利用者の居室は空けておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。

⑧1回の入院で月をまたぐ場合は、最大で連続13泊（12日分）まで算定が可能である。

◇初期加算について

短期利用の利用者が日を空けることなく引き続き当該事業所に入居した場合（短期利用の終了した翌日に当該事業所に入居した場合を含む）は、初期加算は入居直前の短期利用の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定する。

◇医療連携体制加算

①加算（Ⅱ）について、当該看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所または訪問看護ステーションの看護師との連携を要する。

②加算（Ⅱ）・（Ⅲ）の場合、「利用者に対する日常的な健康管理、通常時および特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整、看取りに関する指針の整備」に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り同事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うこと。

◇生活機能向上連携加算／口腔衛生管理体制加算

「特定施設入居者生活介護費」を準用。

地域密着型特定施設入居者生活介護費

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算／入居継続支援加算／口腔衛生管理体制加算／退院・退所時連携加算

「特定施設入居者生活介護費」を準用。

◇生活機能向上連携加算／栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

◇身体的拘束等の適正化／身体拘束廃止未実施減算／口腔衛生管理体制加算

「特定施設入居者生活介護費」を準用。

◇夜勤職員配置加算

「短期入所生活介護費」を準用。

◇生活機能向上連携加算

「通所介護費」を準用。

◇外泊時在宅サービス利用の費用／再入所時栄養連携加算／栄養マネジメント加算／低栄養リスク改善加算／口腔衛生管理加算／配置医師緊急時対応加算／褥瘡マネジメント加算／排せつ支援加算

「介護福祉施設サービス」を準用。

看護小規模多機能型居宅介護看護費

◇サテライト型事業所の基準

①事業者は、居宅サービス事業等その他の保健医療または福祉に関する事業について3年以上の経験を有する必要がある。看護小規模多機能型居宅介護（以下「看多機」）以外の事業の経験についても当該経験に算入できる。「3年以上の経験」については、指定日において満たしている必要があり、休止等、事業を運営していない期間は除いて計算。

②本体事業所を有する。「支援機能を有する事業所」については、本体事業所が次のいずれかに該当する。

（ａ）事業開始以降１年以上の本体事業所としての実績を有する

（ｂ）本体事業所の登録者数が、本体事業所において定められた登録定員の70％を超えたことがある

③本体事業所とサテライト型事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ましいが、隣接市町村における看多機でも差し支えない。

④市町村長は指定に当たり、あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等の意見を聴き、必要があると認められる場合は、指定の際に条件を付す等により、事業の適正な運営に当たっての措置を講ずる。

◇サテライト型事業所の従業者

①訪問サービスを行う看多機の従業者を常勤換算方法で2以上ではなく、2名以上配置することで足りる。本体事業所とサテライト型看多機事業所における訪問サービスは一体的に提供することが可能。

②従業者のうち常勤換算方法で1.0以上の者は看護職員であるものとし、本体事業所の看護職員は適切にサテライト型事業所の登録者を支援する。

③本体事業所の宿直職員が、当該サテライト型事業所の登録者からの訪問サービスの要請に適切に対応できるときは、宿直職員を配置しないこともできる。

④本体事業所の登録者がサテライト型事業所の宿泊サービスを受けることは認められていない。

⑤サテライト型事業所における看護職員は、次の要件を満たす場合に限り、訪問看護事業所として一体的な届出として認められる。（a）利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われる（b）職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理される（c）苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にある（d）事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められる（e）人事、給与･福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われる。

⑥本体事業所が訪問看護を一体的に運営している場合、サテライト型事業所を訪問看護の出張所としての指定を受けることは差し支えない。

⑦居宅サービス計画の作成および市町村への届出の代行は、本体事業所のケアマネジャーが行う。

◇サテライト体制未整備減算

訪問看護体制減算の実績の計算に必要な前3月間において、本体事業所が訪問看護体制減算を届出していない期間に限り、サテライト型事業所および本体事業所は本減算を算定しない。4月目以降において訪問看護体制減算に該当し届出を行う場合には、本減算を算定する。

◇栄養スクリーニング加算

「通所介護費」を準用。

◇ターミナルケア加算

「訪問看護費」を準用。

◇訪問体制強化加算

「訪問サービスの提供回数」は、暦月ごとに看多機と同様の方法に従って算定する。

2018年介護報酬改定Q&A

厚生労働省「2018年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）」（2018年3月23日）より居宅介護支援および関連項目について取りまとめた。

【居宅介護支援】

問131（契約時の説明について）

今回の改正により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、18年４月以前に居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

（答） 次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。

≪参考≫

・第4条第2号

居宅介護支援事業者は、居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

・通知：第2の3（1）

基準第4条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。利用者は指定居宅サービスのみならず、指定居宅介護支援事業者についても自由に選択できることが基本であり、指定居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、当該居宅介護支援事業所の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援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。なお、当該同意については、利用者及び居宅介護支援事業者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。

また、居宅介護支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って行われるものであり、居宅サービス計画は基準第1条の2の基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである。このため、居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であり、居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明するに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。

また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。基準第4条第3項は、居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

問132（主治の医師について）

末期の悪性腫瘍の利用者に関するケアマネジメントプロセスの簡素化における「主治の医師」は、「利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師」とされたが、どのような者を想定しているのか。

（答） 訪問診療を受けている末期の悪性腫瘍の利用者は、診療報酬における在宅時医学総合管理料または在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関の医師を「主治の医師」とすることが考えられる。これらの

医師については、ケアマネジャーに対し、病状の変化等について適時情報提供を行うこととされていることから、連絡を受けた場合には十分な連携を図ること。

また、在宅時医学総合管理料等を算定していない末期の悪性腫瘍の利用者の場合でも、家族等からの聞き取りにより、かかりつけ医として定期的な診療と総合的な医学管理を行っている医師を把握し、当該医師を主治の医師とすることが望ましい。

問133（主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師への情報提供について）

「利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身または生活の状況に係る情報」（基準13条13号2）について、解釈通知の記載事項のほかにどのようなものが想定されるか。

（答） 主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師への情報提供が必要な情報については、主治の医師らの助言が必要かどうかをもとにケアマネジャーが判断するものとする。

なお、同基準の規定は、日頃の居宅介護支援の業務においてケアマネジャーが把握したことを情報提供するものであり、当該規定の追加により利用者に係る情報収集について新たに業務負担を求めるものではない。

問135（特定事業所集中減算について）

特定事業所集中減算における通所介護および地域密着型通所介護の紹介率の計算方法は18年度以降も同様の取扱いか。

（答） そのとおり。

問136

特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）および（Ⅲ）において、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施することが要件とされ、解釈通知において、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに事例検討会等に係る次年度の計画を定めることとされているが､18年度はどのように取扱うのか。

（答） 18年度は、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を同年度4月末日までに定め、共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を9月末日までに定める。なお、9月末日までに当該計画を策定していない場合には、10月以降は特定事業所加算を算定できない。

問137

特定事業所加算（Ⅰ）から（Ⅲ）において新たに要件とされた、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同での事例検討会、研修会等は、市町村や地域のケアマネジャーの職能団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

（答） そのとおり。ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず2法人以上が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、他の法人の居宅介護支援事業者が開催者または参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

問138

特定事業所加算（Ⅳ）については、前々年度の3月から前年度の2月までの間における退院・退所加算およびターミナルケアマネジメント加算の算定実績等を算定要件とし、19年度より算定可能とされたが、要件となる算定実績について19年度はどのように取扱うのか。

（答） 19年度に限っては、前々年度の3月において18年度介護報酬改定が反映されていないため、退院・退所加算およびターミナルケアマネジメント加算それぞれについて、以下の取扱いとする。

●退院･退所加算

17年度3月における退院・退所加算の算定回数と18年度4月から同年度2月までの退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数の合計が35回以上である場合に要件を満たすこととする。

●ターミナルケアマネジメント加算

18年度の4月から同年度の2月までの算定回数が5回以上である場合に要件を満たすこととする。なお、退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数の合計により、例えば、特定事業所加算（Ⅳ）を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、退院･退所加算（Ⅰ）イを10回、退院･退所加算（Ⅱ）ロを10回、退院･退所加算（Ⅲ）を2回算定している場合は、それらの算定に係る病院等との連携回数は合計36回であるため、要件を満たすこととなる。

問139（入院時情報連携加算について）

先方と口頭でのやりとりがない方法（ＦＡＸやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

（答） 入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、ＦＡＸ等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

問140

退院･退所加算（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）ロおよび（Ⅲ）の算定において評価の対象となるカンファレンスについて、退所施設の従業者として具体的にどのような者の参加が想定されるか。

（答） 退所施設からの参加者としては、当該施設に配置されるケアマネジャーや生活相談員、支援相談員等、利用者の心身の状況や置かれている環境等について把握した上で、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに必要な情報提供等を行うことができる者を想定している。

問141（居宅サービス計画の変更について）

今回、通所介護・地域密着型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分について、2時間ごとから1時間ごとに見直されたことにより、時間区分を変更することとしたケースについては、居宅サービス計画の変更（サービス担当者会議を含む）は必要なのか。

（答） 介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合（例えば、サービス提供時間が、7時間以上9時間未満が7時間以上8時間未満に）であっても、サービスの内容および提供時間に変更が無ければ、居宅サービス計画の変更を行う必要はない。一方で、今回の時間区分の変更を契機に、利用者のニーズを踏まえた適切なアセスメントに基づき、これまで提供されてきた介護サービス等の内容をあらためて見直した結果、居宅サービス計画を変更する必要が生じた場合は、通常の変更と同様のプロセスが必要となる。

【訪問看護】

問25（ターミナルケア加算について）

ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療および介護関係者と十分な連携を図るよう努めることとあるが、具体的にはどのようなことをすれば良いのか。

（答） ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療および介護関係者と十分な連携を図ることが必要であり、サービス担当者会議等における情報共有等が想定される。例えば、訪問看護師と居宅介護支援事業者等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護の情報共有･情報提供の手引き～質の高い看取りに向けて～」（2017年度厚労省老健事業訪問看護における地域連携のあり方調査（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング））等においても示されており、必要に応じて参考にしていただきたい。

【特定施設入所者生活介護】

問70（退院･退所時加算について）

退院･退所時の連携の記録はどのような事項が必要か。

（答） 退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携の記録については、特に指定しないが、「居宅介護支援費の退院･退所加算に係る様式例」を参考にされたい。