

1 介護老人福祉施設

2 I.指定基準

3 ◆人員基準

4 (1) 医師 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数

5

6 (2) 生活相談員 入所者の数は100又はその端数を増すごとに1以上(常勤者)

7 <資格要件>

8 1. 社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者

9 ①社会福祉士

10 ②精神保健福祉士

11 ③社会福祉主事

12 2. これと同等以上の能力を有すると認められる者

13 ①介護福祉士

14 ②介護支援専門員

15

16 (3) 介護職員又は看護師若しくは准看護師(看護職員のうち、1人は常勤者)

17 総数については、常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以
18 上

19

20 看護職員については、常勤換算で

21 ①入所者の数が30を越えない場合、1以上

22 ②入所者の数が30を超えて50を越えない場合、2以上

23 ③入所者の数が50を超えて130を越えない場合、3以上

24 ④入所者の数が130を超える場合には、130を超えて50又はその端数を増すごとに
25 1を加えて得た数以上

26

27 (4) 栄養士又は管理栄養士 1以上

28

29 (5) 機能訓練指導員 1以上

30

31 (6) 介護支援専門員 1以上(常勤)

32

33 ○施設長の資格要件(特別養護老人ホーム基準省令第5条第1項)

- 1 (1) 社会福祉主事の要件を満たす者
- 2 (2) 社会福祉事業に2年以上従事した者
- 3 (3) 社会福祉施設長資格認定講習会を受講した者

4
5 ○夜勤配置基準（平成12年厚生労働省告示第29号五イ）

6 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が次のとおりであること。

7 A 指定短期入所者生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の
8 合計数が25以下の特別養護老人ホームにあっては、1以上

9 B 26以上60以下は、2以上

10 C 61以上80以下は、3以上

11 D 81以上100以下は、4以上

12 E 101以上は、4に100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た
13 数以上

14 F BからEまでの規定にかかわらず、次に掲げる要件のいずれにも適合する場合は、
15 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計
16 数に応じてBからEまでの規定に基づき算出される数に十分の八を乗じて得た数以上

17 I 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器（以下「見守り機器」
18 という。）を当該施設の利用者の数以上設置していること。

19 II 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使
20 用し、職員同士の連携促進が図られていること。

21 III 見守り機器及び情報通信機器（以下「見守り機器等」という。）を活用する際の安全
22 体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、
23 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
24 するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委
25 員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

26 (1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする入所者への訪問及び当該
27 入所者に対する適切なケア等による入所者の安全及びケアの質の確保

28 (2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

29 (3) 夜勤時間帯における緊急時の体制整備

30 (4) 見守り機器等の定期的な点検

31 (5) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

32 IV 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合
33 計数が60以下の場合に1以上、61以上の場合に2以上の介護職員又は看護職員が、
34 夜勤時間帯を通じて常時配置されていること。

35

1 ◆ユニット型介護老人福祉施設の勤務体制の確保

- 2 (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
3 こと。
4 (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
5 間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
6 (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。
7

8 ◆設備基準

- 9 (1)居室 入所者1人当たりの床面積は、10.65平方メートル以上
10 (2)静養室
11 (3)浴室
12 (4)洗面設備
13 (5)便所
14 (6)医務室
15 (7)食堂及び機能訓練室 それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、
16 3平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上とすること。
17 (8)廊下幅 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
18 とすること。
19 (9)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
20

21 ※上記の基準については、従来型の介護老人福祉施設の基準となります。
22

23 Ⅱ.留意事項

24 Ⅰ. 口腔衛生の管理

25 指定介護老人福祉施設は、入所者の口腔の健康保持を図り、自立した日常生活を営む
26 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
27 管理を計画的に行わなければならない。

- 28
29 (1) 当該施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施
30 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
31 と。
32

1 (2) 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
2 口腔の健康状態の評価を実施すること。

3
4 (3) (1) の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛
5 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
6 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
7 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
8 とができるものとする。

- 9
10 イ 助言を行った歯科医師
11 ロ 歯科医師からの助言の要点
12 ハ 具体的方策
13 ニ 当該施設における実施目標
14 ホ 留意事項・特記事項

15
16 (4) 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
17 等に係る技術的助言及び指導又は(3)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあ
18 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。

19 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
20 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。

21
22 ※「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」
23 (令和6年3月15日厚生労働省通知)も参照のこと。

24 25 2. 協力医療機関との連携体制の構築

26 (1) 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
27 す協力医療機関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
28 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。

29 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
30 常時確保していること。

31 ②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
32 と。

33 ③入所者の病状が急変した場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の
34 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
35 け入れる体制を確保していること(病院に限る)。

1
2 ※令和9年3月31日まで努力義務、令和9年4月1日より義務化

3
4 ※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
5 (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
6 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
7 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
8 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
9 すること。

10 また、第3号の要件については、必ずしも当該施設の入所者が入院するための専用の
11 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
12 受け入れる体制が確保されていればよい。

13
14 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)

15 (問124)連携することが想定される医療機関として、在宅療養支援病院や地域包括ケ
16 ア病棟を持つ医療機関等が挙げられているが、当該基準の届出を行う医療機関をどのよ
17 うに把握すればよいか。

18 (答)診療報酬における施設基準の届出受理状況については、地方厚生局のホームペ
19 ージに掲載されているので参考とされたい。

20
21 (地方厚生局ホームページ)

22 以下のホームページの一覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関
23 が該当する医療機関となります。

24 在宅療養支援病院:(支援病1)、(支援病2)、(支援病3)

25 在宅療養支援診療所:(支援診1)、(支援診2)、(支援診3)

26 在宅療養後方支援病院:(在後病)

27 地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料):

28 (地包ケア1)、(地包ケア2)、(地包ケア3)、(地包ケア4)

29 ※地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に200床
30 未満(主に地包ケア1及び3)の医療機関が連携の対象として想定されます。

31 ※令和6年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を
32 受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませ
33 ないので、ご注意ください。

34
35 ■九州厚生局 <在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院>
36 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_000

1 [07.html](#)

2 ※各都道府県の「医科」ファイルをご参照ください

3
4 (2) 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
5 を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等を、知事に届け出なければならない。

7 **【協力医療機関に関する届出】**

8 長崎県の電子申請システム（「電子申請届出システム」とは異なります。）で受け付けて
9 おります。郵送・持参は受け付けておりません。提出期限は毎年2月末です。

10
11 長崎県ホームページ>福祉・保健>高齢者・介護保険>介護保険事業者の諸手続き>協
12 力医療機関に関する届出

13 [https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/shinsei-](https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/shinsei-henkou/kyoryokuiryokikan)
14 [henkou/kyoryokuiryokikan](https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/koreisha/shinsei-henkou/kyoryokuiryokikan)

15
16 (3) 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取り決めるよ
17 うに努めなければならない。

18 取り決めの内容としては、流行初期期間経過後において、入所者が新興感染症に感染
19 した場合に、相談、診療、入院の可否の判断、入院調整等を行うことが想定される。

20
21 <第二種協定指定医療機関の一覧>

22 長崎県ホームページ>福祉・保健>感染症>感染症対策>感染症法に基づく医療措置協定
23 について

24 [https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-](https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/kansensho/kansenshou/iryousochikyoutei/)
25 [hoken/kansensho/kansenshou/iryousochikyoutei/](https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/kansensho/kansenshou/iryousochikyoutei/)

26
27 (4) 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
28 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
29 ない。

30
31 (5) 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場
32 合においては、速やかに再入所させることができるように努めなければならない。

33 なお、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
34 というのではなく、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
35 ことである。

1 (6) 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。

2 3 3. 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 4 する方策を検討するための委員会の設置

5 基準省令第35条の3

6 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
7 図るため、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
8 策を検討するための委員会を定期的に開催しなければならない(テレビ電話装置等を活
9 用して行うことができる)。

10
11 ※令和9年3月31日まで努力義務、令和9年4月1日より義務化

12
13 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
14 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
15 バーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも
16 差し支えないものであること。

17 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、
18 本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、
19 適切な開催頻度を定めることが望ましい。

20 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
21 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
22 ましい。

23 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
24 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
25 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
26 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、法令とは異なる委員会の
27 名称を用いても差し支えない。

28 29 4. 外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱い

30 EPAに関する通知の一部改正(令和6年3月15日)

31 外国人介護職員の日本語能力やケアの習熟度に個人差があることを踏まえ、事業者が、
32 外国人介護職員の日本語能力や指導の実施状況、管理者や指導職員等の意見等を勘案し、
33 当該外国人介護職員を人員配置基準に算入することについて意思決定を行った場合に
34 は、就労開始直後から人員配置基準に算入して差し支えないこととする。

1 なお、人員配置基準への算入の有無にかかわらず、研修又は実習のための指導職員の
2 配置や、計画に基づく技能等の修得や学習への配慮など、法令等に基づき、受入れ施設
3 において適切な指導及び支援体制の確保が必要である。

4
5 〈体制要件〉

- 6 ①一定の経験のある職員とチームでケアを行う体制とすること。
7 ②安全対策担当者の配置、指針の整備や研修の実施など、組織的に安全対策を実施する
8 体制を整備していること。

9
10 （従前より人員配置基準へ算入可能な外国人介護職員）

- 11 ①受入れ施設において就労を開始した日から6月を経過した外国人職員
12 ②日本語能力試験N1又はN2に合格した者

13 14 5. ユニットケア施設管理者研修の努力義務化

15 ユニット型施設の管理者は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めなけれ
16 ばならない。

17 18 6. ユニット間の勤務体制に係る取扱い

19 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)

20 （問96）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
21 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所者等の生活歴を把
22 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。

23 （答）引き続き入所者等との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供によ
24 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、
25 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。

26 27 7. 新型コロナウイルス感染症に係る人員基準等の臨時的な取扱いについて

28 以下を除き、令和6年3月31日をもって全て廃止

29 ユニットリーダー研修については、新型コロナウイルス感染症の影響により、例年ど
30 おり実地研修が実施できない期間が生じたことから、特例措置として、令和元年度～令
31 和5年度に実施された当該研修のうち、講義・演習を受講済みであって、実地研修が未
32 修了の者については、実地研修が可能となった際は速やかに受講することを条件に、令
33 和6年度に限り、人員基準上、ユニットリーダー研修修了者として取り扱って差し支え

1 ないものとする。

2

3 Ⅲ.報酬

4 Ⅰ. 身体拘束廃止未実施減算

5 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、

6 ・身体的拘束等を行う場合の記録（その態様、時間、入所者の心身の状況、緊急やむを
7 得ない理由）を行っていない場合

8 ・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
9 て行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催していない場合

10 ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合

11 ・身体的拘束等の適正化のための従業者に対する定期的な研修(年2回以上、新規採用
12 時)を実施していない場合

13 に、入所者全員について所定単位数から所定単位数の10%を減算する。

14

15 記録等を行っ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
16 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
17 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
18 者全員について所定単位数から減算することとなる。

19

20 Ⅱ. 栄養管理に係る減算

21 指定介護老人福祉施設基準第2条に定める栄養士又は管理栄養士の員数（※1）もし
22 くは指定介老人福祉施設基準第17条の2（指定介護老人福祉施設基準第49条におい
23 て準用する場合を含む。）に規定する基準（※2）を満たさない事実が生じた場合につ
24 ては、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
25 について、所定単位が減算（14単位/日）されることとする。（ただし、翌月の末日に
26 において基準を満たすに至っている場合を除く。）

27

28 （※1）基準省令第2条第1項ただし書に規定する、入所定員が40人を超えない場合
29 において他の社会福祉施設等の栄養士又は管理栄養士との連携を図ることにより当該
30 指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の
31 処遇に支障がないときは、隣接の他の社会福祉施設や病院等の栄養士又は管理栄養士
32 との兼務や地域の栄養指導員（健康増進法第19条に規定する栄養指導員をいう。）と
33 の連携を図ることにより、適切な栄養管理が行われている場合であること。

1
2 (※2)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、
3 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
4 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
5 理栄養士の協力により行うこととする。

6
7 実務については、「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
8 的取組について」（令和6年3月15日厚生労働省通知）を参照すること。

9 10 3. 協力医療機関連携体制加算

11 〈要件〉協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共
12 有する会議を定期的開催していること。

13 〈協力医療機関が基準に定める3要件を満たしている場合〉1月につき50単位（令和
14 7年3月31日までは100単位）

15 〈協力医療機関が基準に定める3要件を満たしていない場合〉1月につき5単位

16
17 (1) 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
18 入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認を行うこととし、毎回の会議におい
19 て必ずしも入所者全員について詳細な症状等を共有しないこととしても差し支えない。

20 (2) 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
21 は、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。なお、3要件全てを満たす医療機関
22 を協力医療機関として複数定めている場合、そのうち1つと会議を行うことで差し支
23 えない。

24 (3) 会議は概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、地域医療情報連携
25 ネットワークに参加するなどして、協力医療機関において、入所者の情報が随時確認で
26 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
27 い。

28 (4) 会議は、テレビ電話等を活用して行うことができるものとする。

29 (5) 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。

30 (6) 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
31 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。
32 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
33 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
34 るよう取り組むことが必要。

4. 高齢者施設等感染対策向上加算

(Ⅰ) 次のいずれにも適合する場合、1月につき10単位を加算する。

①第二種協定指定医療機関である診療所、病院との間で、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協力医療機関との間で、一般的な感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）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。

※③の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。

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

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

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

・感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。

・また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

・医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、職員の参加の可否を確認した上で、年度末までに参加できる目途があれば、算定してよい。

(Ⅱ) 次に適合する場合、1月につき5単位を加算する。

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。

※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または看護師等が行うことが想定される。なお、単に施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

5. 退所時情報提供加算

〈要件〉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、入所者の同意を得て、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、入所者の紹介を行った場合に、1人につき1回に限り算定する。(250単位)

(1) 別紙様式13の文書に必要事項を記載の上、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介護記録等に添付すること

(2) 同一医療機関に入退院を繰り返す場合であって、同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

(3) 医療機関の入院にあたり、退所の手続きを行わない場合においても算定可能。

6. 配置医師緊急時対応加算

介護老人福祉施設の配置医師が、施設の求めに応じ、通常の勤務時間外（配置医師と当該施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間）、早朝、夜間又は深夜に当該施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合は、診療が行われた時間が配置医師の通常の勤務時間外の場合は1回につき325単位、早朝又は夜間の場合は1回につき650単位、深夜の場合は1回につき1,300単位を加算する。ただし、看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は、算定しない。

(1) 配置医師緊急時対応加算は、入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、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) 配置医師緊急時対応加算の算定については、事前に氏名等を届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できる。

(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わなければならない。

(4) 配置医師の通常の勤務時間外とは、配置医師と施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間（早朝・夜間及び深夜を除く）と

1 し、早朝・夜間（深夜を除く）とは、午後6時から午後10時まで又は午前6時から午
2 前8時までとし、深夜とは、午後10時から午前6時までとする。なお、診療の開始時
3 刻が加算の対象となる時間にある場合に、当該加算を算定すること。診療時間が長時間
4 にわたる場合に、加算の対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める
5 割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

6 （5）算定に当たっては、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
7 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
8 等に関する取り決めを事前に定め、1年に1回以上見直しをすることにより、24時間
9 配置医師による対応又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
10 する。

11
12 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)

13 (問138) 配置医師の通常の勤務時間内であるが、出張や休暇等により施設内に不在で
14 あった時間帯において、当該配置医師が対応した場合、配置医師緊急時対応加算を算定
15 できるか。

16 (答) 算定できない。

17
18 (問139) 配置医師の所属する医療機関の他の医師が、緊急の場合に施設の求めに応じ
19 て、配置医師に代わり診療した場合、配置医師緊急時対応加算を算定できるか。

20 (答) 算定できない。なお、配置医師の所属する保険医療機関かどうかに関わらず、緊
21 急の場合に配置医師以外の保険医が特別養護老人ホームの入所者を診療する場合の診
22 療の費用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
23 ついて」(平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知)
24 の3の(2)を参照されたい。

25 26 7. 新興感染症等施設療養費

27 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院
28 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等に対し、適切な
29 感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限
30 度として1日あたり240単位を算定する。

31 ※現時点において、指定されている感染症はない。

32 33 8. 生産性向上推進体制加算

34 算定基準ク・大臣基準告示86の6(37の3を準用)

1 (I) 1月につき100単位

2 (II) 1月につき10単位

3

4 詳細は、「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
5 式例等の提示について」(令和6年3月15日厚生労働省通知)を参照のこと。

6

7 (1) 介護機器について

8 ・見守り機器は、全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態であることが必要であ
9 る。また、インカム等連絡機器は、同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用する
10 ことが必要である。

11 (2) 実績データの厚生労働省への報告について

12 ・勤務時間の調査については、算定初年度は、算定を開始した月に調査し、次年度より
13 10月に調査すること。

14 ・有給休暇の取得状況の調査については、事業年度の10月を起点に直近1年間につい
15 て調査すること。

16 ・報告の方法については、別途、国より通知される。

17 (3) 加算Iの算定を開始する場合

18 ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出の際、別紙28「生産性向上推進体制加算
19 に係る届出書」に規定する調査結果のデータとして別紙2を添付すること。