

介護療養型医療施設
短期入所療養介護事業
の手引き

令和5年（2023年）6月

熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課

【目次】

第1章	介護療養型医療施設とは	2
1	人員・設備に関する基準	8
2	運営に関する基準	12
第2章	短期入所療養介護とは	28
1	人員・設備に関する基準	30
2	運営に関する基準	32
第3章	介護療養型医療施設における介護報酬算定に関する基準	34
1	基本報酬	35
2	介護報酬に係る加算及び減算	
(1)	夜勤職員基準と基準未満の減算	44
(2)	入院患者が定員を超える場合の減算	44
(3)	看護職員及び介護職員の員数が基準に満たない場合の減算	46
(4)	介護支援専門員の員数が基準に満たない場合の減算	46
(5)	看護職員の員数が基準に満たない場合の減算	46
(6)	医師の員数が基準に満たない場合の減算（僻地）	46
(7)	医師の員数が基準に満たない場合の減算（僻地以外）	46
(8)	一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算	47
(9)	ユニットケア減算	48
(10)	身体拘束廃止未実施減算	48
(11)	病院療養病床療養環境減算	48
(12)	医療法施行規則第49条適用の医師配置減算	49
(13)	診療所療養病床設備基準減算	49
(14)	安全管理体制未実施減算	49
(15)	栄養管理の基準を満たさない場合	49
(16)	移行計画未提出減算	49
(17)	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	50
(18)	若年性認知症患者受入加算	52
(19)	外泊時費用の算定	52
(20)	試行的退院サービスの算定	53
(21)	他科受診時費用の算定	54
(22)	初期加算の算定	55
(23)	退院時指導等加算の算定	55
(24)	低栄養リスク改善加算	59
(25)	経口移行加算	61
(26)	経口維持加算	62
(27)	口腔衛生管理加算	65
(28)	療養食加算	67
(29)	在宅復帰支援機能加算	68
(30)	認知症専門ケア加算	68
(31)	認知症行動・心理症状緊急対応加算	71
(32)	排せつ支援加算	72
(33)	安全対策体制加算	74
(34)	サービス提供体制強化加算	75
(35)	介護職員処遇改善加算	77
(36)	介護職員等特定処遇改善加算	77
(37)	介護職員等ベースアップ支援加算	78
(38)	送迎加算	78
(39)	食堂を有しない場合の減算	78
(40)	緊急短期入所受入加算	78
(41)	特定診療費	79
第4章	・特定診療費に関する留意事項等	89
	・算定構造	

第1章 介護療養型医療施設とは

(介護保険法)

健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項

この法律において「介護療養型医療施設」とは、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、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その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設をいい、「介護療養施設サービス」とは、介護療養型医療施設の療養病床等に入院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その他の世話及び機能訓練その他必要な医療をいう。

基準省令「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」

第1条の2 指定介護療養型医療施設は、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、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その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、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 指定介護療養型医療施設は、入院患者の意思及び人格を尊重し、常に入院患者の立場に立って指定介護療養施設サービスの提供に努めなければならない。

3 指定介護療養型医療施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅介護支援事業者（居宅介護支援事業を行う者をいう。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。）、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 指定介護療養型医療施設は、入院患者の人権の擁護、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 指定介護療養型医療施設は、指定介護療養施設サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一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。

解釈通知「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について」

4 用語の定義

(1) 「常勤換算方法」

当該指定介護療養型医療施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の指定介護療養施設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、ある従業者が指定介護療養施設サービスと指定（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、指定介護療養施設サービスに係る勤務時間だけを算入することとなるものであること。

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

(2) 「勤務延時間数」

勤務表上、指定介護療養施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者一人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3) 「常勤」

当該指定介護療養型医療施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、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）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、入院患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、指定介護療養型医療施設、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、指定介護療養型医療施設の管理者、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の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

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

(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

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

(5) 「前年度の平均値」

- ① 基準省令第 2 条第 4 項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（毎年 4 月 1 日に始まり翌年 3 月 31 日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入院患者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第 2 位以下を切り上げるものとする。
- ② 減床の場合には、減床後の実績が 3 月以上あるときは、減床後の入院患者延数を延日数で除して得た数とする。

(参考)

Q & A (平成 27 年 4 月 1 日最新情報 vol.454)

○常勤要件について

(問 1) 各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、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。)の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間としているときは、当該対象者については 30 時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

(答) そのような取扱いで差し支えない。

Q & A (平成 27 年 4 月 1 日最新情報 vol.454)

○常勤要件について

(問 3) 各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第 23 条第 1 項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

(答) 労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第 41 条第 2 号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で

「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第 23 条第 1 項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

Q & A (令和 3 年 3 月 26 日最新情報 vol.952)

○認知症介護基礎研修の義務づけについて

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

(答) 養成施設については、卒業証明書及び履修科目証明書により事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。

なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

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

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

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

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

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

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

(問7) 外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

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

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

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

Q & A (令和3年3月19日最新情報 vol.941)

○人員配置基準における両立支援

・(問1) 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてはどのように判断するのか。

(答)

<常勤の計算>

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

<常勤換算の計算>

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

＜同等の資質を有する者の特例＞

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

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

介護療養型医療施設

1 人員・設備に関する基準

●療養病床を有する病院

従業者の員数	(1) 医師・薬剤師	それぞれ医療法に規定する必要数以上	
	栄養士又は管理栄養士	療養病床が100以上の施設にあつては1人以上	
	療養病床の病棟の	(2) 看護職員	療養病床に係る病棟の入院患者6人に1人以上 (常勤換算方法)
		(3) 介護職員	療養病床に係る病棟の入院患者6人に1人以上 (常勤換算方法)
	(4) 理学療法士・作業療法士	その施設の実情に応じた適当数	
(5) 介護支援専門員	①常勤で1人以上(介護保険適用部分の入院患者100人に1人を標準、増員分は非常勤可) ②専従(入院患者の処遇に支障がない場合は、他の業務に従事できる)		
管理者	①管理する医師は、原則として同時に他の病院・診療所を管理することはできない ②同時に他の介護保険施設、養護老人ホーム等の社会福祉施設を管理することはできない (同一敷地内などにより当該介護療養型医療施設の管理上支障がない場合には、他の施設を管理することが可能)		
設備	(1) 療養病床に関する病室	①1の病室の病床数：4床以下 ②床面積：入院患者1人につき6.4㎡以上(内測法) ③廊下幅：1.8m以上(両側居室2.7m以上)(内測法)	
	(2) 機能訓練室	床面積：40㎡以上(内測法)／必要器械・器具	
	(3) 談話室	療養病床の入院患者同士や家族と談話を楽しめる広さを有する	
	(4) 食堂	面積：療養病床の入院患者1人につき1㎡以上(内測法)	
	(5) 浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	
	(6) 消火設備など	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	

●療養病床を有する診療所

従業者の員数	(1) 医師	1人以上(常勤換算方法)	
	療養病床の病室の	(2) 看護職員	療養病床に係る病室の入院患者6人に1人以上(常勤換算方法)
		(3) 介護職員	療養病床に係る病室の入院患者6人に1人以上(常勤換算方法)
	(4) 介護支援専門員	1人以上	
管理者	療養病床を有する病院と同じ		
設備	(1) 療養病床に関する病室	療養病床を有する病院と同じ	
	(2) 機能訓練室	機能訓練を行うために十分な広さ／必要な器械・器具	
	(3) 談話室、(4) 食堂、(5) 浴室、(6) 消火設備などは、療養病床を有する病院と同じ		

●老人性認知症疾患療養病棟を有する病院

従業者の 員数	(1) 医師・薬剤師	それぞれ医療法上必要とされる数以上 (医師 1 人は病棟で介護療養施設サービスを担当)	
	栄養士又は管理栄養士	老人性認知症疾患療養病棟に係る病床及び療養病床の数が100以上の施設にあつては 1 人以上	
	老人性 認知症 疾患療 養病棟 の	(2) 看護職員	①大学病院等：病棟入院患者 3 人に 1 人以上(常勤換算方法) ②大学病院等以外：病棟入院患者 4 人に 1 人以上(常勤換算方法)
		(3) 介護職員	病棟入院患者 6 人に 1 人以上(常勤換算方法)
		(4) 作業療法士	常勤・専従で 1 人以上
		(5) 精神保健福祉士	常勤・専従で 1 人以上
(5) 介護支援専門員	①常勤で 1 人以上(病棟の介護保険適用部分 100 人に 1 人を標準、増員分は非常勤可) ②専従(入院患者の処遇に支障がない場合は、他の業務に従事できる)		
管理者	療養病床を有する病院と同じ		
設備	(1) 老人性認知症疾患療養病棟に関する病室	① 1 の病室の病床数：4 床以下 ②床面積：入院患者 1 人につき 6.4 m ² 以上(内測法) ③老人性認知症疾患療養病棟に用いられる部分の床面積(事業管理事務の部分を除く)：入院患者 1 人につき 18 m ² 以上 ④廊下幅：1.8 m 以上(両側は大学病院等 2.1 m/その他 2.7 m 以上)	
	(2) 生活機能回復訓練室	床面積：60 m ² 以上/専用の器械・器具	
	(3) デイルーム・面会室	合計面積：老人性認知症疾患療養病棟の入院患者 1 人につき 2 m ² 以上	
	(4) 食堂	①面積：病棟の入院患者 1 人につき 1 m ² 以上 ②デイルームを食堂として使用可	
	(5) 浴室	入院患者の入浴介護を考慮して、できるだけ広いもの	
	(6) 消火設備など	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	

※医療法施行規則第 19 条

第 1 項

一 医師 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を 2.5(精神科、耳鼻咽喉科又は眼科については、5)をもって除した数との和(以下この号において「特定数」という。)が 52 までは 3 とし、特定数が 52 を超える場合には当該特定数から 52 を減じた数を 16 で除した数に 3 を加えた数

第 2 項

一 薬剤師 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 150 をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を 70 をもって除した数と外来患者に係る取扱処方せんの数 75 をもって除した数とを加えた数(その数が 1

に満たないときは1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。)

四 栄養士 病床数 100 以上の病院にあっては、1。

【医師配置数の計算方法】

医療法施行規則第19条

$$\frac{\text{①療養病床の1日平均入院患者数}}{3} + \text{②療養病床以外の1日平均入院患者数} + \frac{\text{③一日平均外来患者数}}{2.5} = \text{④特定数}$$

※ 小数点第2位以下切り捨て

※ 耳鼻咽喉科又は眼科の場合は5で除す
※ 小数点第2位以下切り捨て

④特定数 ≤ 52 の場合 医師数は3名以上

④特定数 > 52 の場合 医師数 ≥ (④特定数 - 52) ÷ 16 + 3

医療法施行規則第49条

< 次の要件を全て満たす場合に適用 >

- ・病院の全病床数に対し療養病床数の占める割合50%以上
- ・医師数が3名未満

④特定数 ≤ 36 の場合 医師数は2名以上

④特定数 > 36 の場合 医師数 ≥ (④特定数 - 36) ÷ 16 + 2

※ 入院患者数とは、前年度の入院患者数延数 ÷ 日数(小数点2位以下切り上げ)

【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年厚生労働省告示第29号7】

→平成12年厚生労働省告示第29号2の口(1)を準用

告示第29号2口

(1)病院療養病床短期入所療養介護費又は病院療養病床経過型短期入所療養介護費を算定すべき指定短期入所療養介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

(一)指定短期入所療養介護を行う療養病床に係る病棟(以下(療養病棟)という。)における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が30又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、2以上であること。

(二)療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。

(三)療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が64時間以下であること。

第2の7(7)夜勤体制による減算及び加算の特例について(抜粋)→老企第40号

①夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位ではなく、病棟単位で職員数を届け出ること。

②夜勤を行う職員の数は、一日平均夜勤職員数とする。一日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯(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。

※夜勤時間帯は、「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」という条件を満たす範囲で、各事業所で定めることができる。

③ 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前 1 月又は 4 週間の夜勤時間帯における看護職員及び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、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近 1 月又は直近 4 週間の実績の平均値によって判断する。なお、届出直後においては、当該病棟の直近 3 月間又は 12 週間の実績の平均値が条件を満たしていれば差し支えない。

④ 専ら夜勤勤務時間帯に従事する者(以下「夜勤専従者」という。)については、それぞれの夜勤時間数は基準の概ね 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及び延夜勤時間数には、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間数が 16 時間以下の者は除く。ただし、1 日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤従事者の夜勤時間数が含まれる。

$$\text{※ 1 日平均夜勤職員数} = \frac{\text{当該月の夜勤時間帯における延夜勤時間数（夜勤専従者含む）}}{\text{当該月の日数（1 月なら 31）} \times 16}$$

※小数点第 3 位は切り捨て

$$\text{※ 月平均夜勤時間数} = \frac{\text{届出の前月又は 4 週間の延夜勤時間数（夜勤専従者と夜勤時間数が 16 時間以下の者は除く）}}{\text{夜勤時間帯に勤務した実人員（夜勤専従者と夜勤時間数が 16 時間以下の者は除く）}}$$

生活機能回復訓練室と精神科作業療法の専用施設の兼用について

平成 30 年 Q & A (vol.5) (平成 30 年 7 月 4 日最新情報 vol.662)

(問 2) 介護療養型医療施設の精神科作業療法の専用施設と、当該介護療養型医療施設内の生活機能回復訓練室、機能訓練室、食堂等との兼用について、どのように取り扱えばよいか。

(答) 入所者に対するサービス提供に支障を来さず、かつ、必要な面積を満たす場合にはいずれの場合も兼用することは差し支えない。また、複数のスペースで、精神科作業療法等のサービスを提供することについては、入所者に対するサービス提供に支障を来さず、かつ、全体として必要な面積を満たす場合には、差し支えないものであること。なお、介護療養型医療施設の精神科作業療法の専用施設を他の種瀬と兼用する場合、それらを区画せず、1 つのオープンスペースとすることも差し支えない。

2 運営に関する基準（抜粋）

[基] …厚生省令第41号（H11.3.31） 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（基準省令）

[通] …老企第45号（H12.3.17） 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について（解釈通知）

（※指定基準は平成25年度から熊本市の条例で各々定められましたが、本冊子においては基準省令の条項で記載しています。）

（1）内容及び手続の説明及び同意（[基]第6条）

サービス提供の開始に際し、あらかじめ、患者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の患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患者の同意を得なければならない。

（[通]第4 運営に関する基準2）

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の文書を交付して懇切丁寧に説明を行う。

同意については、患者及び指定介護療養型医療施設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。

（重要事項説明書に記載すべき事項）

- ① 運営規程の概要
- ② 従業者の勤務体制
- ③ 事故発生時の対応
- ④ 苦情処理の体制 等患者がサービスを選択するために必要な重要事項

（2）提供拒否の禁止（[基]第6条の2）

指定介護療養型医療施設は、正当な理由なく指定介護療養型施設サービスの提供を拒んではならない。

（[通]第4 運営に関する基準3）

原則として、入院申込に対して応じなければならない。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。提供を拒むことのできる正当な理由とは、入院治療の必要の無い場合その他入院患者に対し自ら適切な介護療養施設サービスを提供することが困難な場合である。

（3）受給資格等の確認（[基]第7条）

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なければならない。

（4）要介護認定の申請に係る援助（[基]第8条）

要介護認定を受けていない患者については、患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 要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入院患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。

(5) 入退院（〔基〕第9条）

- 2 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、指定介護療養施設サービスを受ける必要性が高いと認められる患者を優先的に入院させるよう努めなければならない。
- 3 患者の入院に際しては、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、心身の状況、病歴、生活歴、指定居宅サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。
- 4 医師は、適時、療養の必要性を判断し、医学的に入院の必要性がないと判断した場合には、患者に対し、退院を指示しなければならない。
- 5 患者の退院に際しては、本人又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報提供に努めるほか、退院後の主治の医師に対する情報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。

(6) サービス提供の記録（〔基〕第10条）

- 2 指定介護療養施設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。

(〔通〕第4 運営に関する基準7)

サービス提供の記録には、サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入院患者の状況その他必要な事項を記録しなければならない。

なお、当該記録は、5年間保存しなければならない。

(※保存期限は条例による)

(〔通〕第4 運営に関する基準35)

サービス提供の記録には、診療録が含まれるものであること（ただし、診療録については、医師法第24条第2項の規定により、5年間保存しなければならないものであること）。

(7) 利用料等の受領（〔基〕第12条、〔通〕第4 運営に関する基準7)

(サービス利用料その他費用の額)

- 1 介護療養施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。
- 2 前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるとする。
ただし、食費、居住費については、入院患者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。

(1) 食費 〇〇〇円 (日額)
※食費の設定については、1日単位でも、朝食・昼食・夕食に分けることも可能。短期入所サービスについては、原則として1食毎に設定。

(2) 居住費 従来型個室 〇〇〇円 (日額)
多床室 〇〇〇円 (日額)
※従来型個室＝室料＋光熱水費、多床室＝光熱水費
※施設の建設費用（修繕・維持費用等を含み、また公的助成の有無を勘案）、近隣の類似施設との比較、光熱水費の平均的な水準等を勘案して設定すること。なお、従来型個室については特例あり。

(3) 特別な室料 〇〇〇円
※入院患者の特別な希望に基づく居住環境。（占有面積、立地条件、景観、インターネット接続等の利便性等）
※入院患者の選択によって提供されるものであり、施設側の都合による場合は、当該費用の徴収はできない。

(4) 特別メニューの食費 〇〇〇円

※(1)～(4)については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」【H17.9.7 厚生労働省告示第 419 号】及び「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」【H12.3.30 厚生省告示第 123 号】の定めるところによる。

(5) 理美容代 〇〇〇円

(6) その他の日常生活費 〇〇〇円
（日常生活でも通常必要となる費用で、入院患者負担が適当と認められるもの）
・入院患者の日常生活の身の回り品（歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等）
・教養娯楽として日常生活に必要なもの（一律に提供される教養娯楽（テレビ・カラオケ等）は不可）
・健康管理費（インフルエンザ予防接種等）
・預り金の出納管理の費用（曖昧な額は不可。積算根拠を明確にし、適切な額でなければならない）
・私物の洗濯代

※入院患者または家族等の選択によるものでなければならぬため、全ての入院患者に対し、一律に提供し、その費用を画一的に徴収することはできない。

※おむつ、おむつカバー代、これらの洗濯代等おむつに係る費用は、一切徴収できない。（介護給付費に含まれる）

※「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」【老企第 54 号（平成 12 年 3 月 30 日）】、『「その他の日常生活費」に係る Q & A』【厚生省事務連絡（平成 12 年 3 月 31 日）】参照。

※その他、サービスとは関係ない費用として、入院患者がその嗜好又は個別の生活上の必要に応じて購入等を行うものについては、その費用を日常生活費等とは区分して徴収することができる。「介護保険施設等における日常生活費等の受領について」【老振第 75 号・老健第 122 号（平成 12 年 11 月 16 日）】

【サービス提供とは関係のない費用】

(個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用)

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

- 3 前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入院患者又はその家族に対し、サービス内容及び費用を文書で説明した上で、入院患者の同意を得なければならない。(1)～(4)までの利用料に係る同意は文書によって得なければならない)
- 4 第1項の法定代理受領サービスに該当しない指定介護療養施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した指定介護療養施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入院患者に交付しなければならない。

平成24年Q & A (vol.2) (平成24年3月30日最新情報 vol.273)

○食費の設定

(問42) 食費の設定は、朝食、昼食、夕食に分けて設定すべきか。また、そのように設定した場合の補足給付はどのようになるのか。

(答) 食費は利用者と施設の契約により設定するものであり、朝食、昼食、夕食に分けて設定することも可能である。特にショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護)については、入所の期間も短いことから、原則として一食ごとに分けて設定する。

利用者負担第4段階の方について、一食ごとの食費の設定をする場合には、利用者負担第1段階から第3段階の方についても一食ごとの食費の設定になるものと考えますが、その際の補足給付の取扱いについては、一日の食費の合計額について、補足給付の「負担限度額」に達するまでは補足給付は行われず、「負担限度額」を超える額について補足給付が行われることとなる。

具体的には、例えば、朝食400円、昼食450円、夕食530円と設定した場合、利用者負担第3段階の方であれば、食費の「負担限度額」は650円であるので、朝食のみ(400円)の場合は補足給付は行われず、朝食と昼食(850円)の場合であれば「負担限度額」との差額200円が補足給付として支給される。

(8) 指定介護療養施設サービスの取扱方針(〔基〕第14条)

- 1 施設サービス計画に基づき、入院患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 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なければならない。

- 3 入院患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 施設サービスの提供に当たっては、当該入院患者又は他の入院患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院患者の行動を制限する行為を行ってはならない。
- 5 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記載しなければならない。
- 6 指定介護療養型医療施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。
 - 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - 三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- 7 自ら提供する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。

(〔通〕第4 運営に関する基準1)

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1条の2第5項は、指定介護療養施設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 careInformation 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。

(〔通〕第4 運営に関する基準10)

(3) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第6項第1号）

同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

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

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

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

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。

④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(4) 身体的拘束等の適正化のための指針（第6項第2号）

指定介護療養型医療施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項

③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

⑤ 身体的拘束等の発生時の対応に関する基本方針

⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

(5) 身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修（第6項第3号）

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、当該指定介護療養型医療施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

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

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

(9) 施設サービス計画の作成（〔基〕第15条）

1 介護支援専門員が施設サービス計画の作成を行う。

4 介護支援専門員は、解決すべき課題の把握のため、入院患者及びその家族に面接すること。

6 作成した施設サービス計画の原案について、サービス担当者会議（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、入院患者又はその家族（以下「入院患者等」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院患者等の同意を得なければならない。）を開催し、担当者から専門的な意見を求めること

7 施設サービス計画の原案の内容を、入院患者又は家族に説明し、文書により同意を得ること。

8 作成した施設サービス計画を入院患者に交付しなければならない。

9 施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うこと。

10 定期的に入院患者への面接によるモニタリングを実施し、その結果を記録すること。

11 入院患者が要介護認定の更新や要介護状態区分の変更を受けた場合、サービス担当者

会議、担当者に対する照会等により、施設サービス計画変更の必要性について専門的な見地から意見を求めること。

【事務負担軽減に係る通知の改正内容】

(平成20年7月29日付厚生労働省老健局課長通知)

- 第6表の「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を削除し、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合にサービス担当者に対して行った照会の内容等については、第5表に記載することとするが、他の書類等により必要事項が確認できる場合は、第5表への記載を省略して差し支えないこととする。

(10) 医師の診療の方針（〔基〕第16条）

- 一 診療は、一般に医師として診療の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。
- 三 常に入院患者の病状及び心身の状況並びに日常生活及びその置かれている環境の的確な把握に努め、入院患者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- 七 入院患者の病状の急変等により、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、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。

（〔通〕第4 運営に関する基準12）

医師は、常に入院患者の病状や心身の状態の把握に努めること。特に、診療に当たっては、的確な診断を基とし、入院患者に対して必要な検査、投薬、処置等を妥当適切に行うものとする。

(11) 機能訓練（〔基〕第17条）

指定介護療養型医療施設は、入院患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、必要に応じて理学療法、作業療法その他適切なりハビリテーションを計画的に行わなければならない。

(12) 栄養管理（〔基〕第17条の2）

指定介護療養型医療施設は、入院患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、各入院患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。

（〔通〕第4-14）

指定介護療養型医療施設施設の入院患者に対する栄養管理について、令和3年度より栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入院患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 入院患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、入院患者ごとの摂食・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。

ロ 入院患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、入院患者の栄養状態を定期的に記録すること。

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

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和3年厚生労働省令第9号。以下「令和3年改正省令」という。）附則第8条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

（13）口腔衛生の管理（〔基〕第17条の3）

指定介護療養型医療施設は、入院患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、各入院患者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

*令和6年3月31日までの間は、努力義務

（〔通〕第4-15）

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

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

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

イ 助言を行った歯科医師

ロ 歯科医師からの助言の要点

ハ 具体的方策

ニ 当該施設における実施目標

ホ 留意事項・特記事項

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

に行うこと。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

(14) 看護及び医学的管理下における介護（〔基〕第18条）

- 2 1週間に2回以上、入浴又は清しきを実施すること。
- 3 排泄の自立について必要な援助を行うこと。
- 5 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うこと。
- 6 「寝たきり」を防ぐため、離床・着替え・整容その他日常生活上の世話をを行うこと。

(〔通〕第4 運営に関する基準16)

褥瘡防止の適切な介護と予防体制の整備について

- ①褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための計画作成、実践並びに評価
- ②専任の施設内褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい）を配置
- ③医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置
- ④褥瘡対策のための指針を整備
- ⑤介護職員等に対する施設内職員継続教育（褥瘡対策）を実施
- ⑥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。

(15) 食事の提供（〔基〕第19条）

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

- 2 自立支援に配慮して、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。

(〔通〕第4 運営に関する基準17)

- (3)夕食時間は午後6時以降とすることが望ましい。
- (4)食事の提供に関する業務は、施設自ら行うことが望ましい。ただし、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。
- (5)病院関係部門と食事関係部門との連携が十分とられていること。
- (7)食事内容については、当該施設の医師又は栄養士を含む会議において検討すること。

(16) 運営規程（〔基〕第24条）

(運営規程において定めておかなければならない事項)

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 入院患者の定員
- ④ 入院患者に対する指定介護療養施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額

⑤ 施設の利用にあたっての留意事項

(入院患者が留意すべき事項…入院生活上のルール、設備利用上の留意事項等)

⑥ 非常災害対策 * [基] 第27条 (非常災害に際して、必要な具体的計画の策定、関係機関等の通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等)

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

* 虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日までの間は、努力義務

([通] 第4 運営に関する基準22)

(3) 当該入院患者又は他の入院患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きについて定めておくことが望ましい。

※記録すれば身体的拘束を行っても良いというわけではない。基準省令第14条のとおり、「緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入院患者の行動を制限する行為を行ってはならない。」のであり、「やむを得ない」と認められるのは、以下の3要件をすべて満たす場合に限られる。

①切迫性 (本人又は他の利用者の生命または身体の危険性があること。)

②非代替性 (他に代替する手段がないこと。)

③一時性 (身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。)

以上の3要件を満たさず身体拘束にあたる行動制限等を行った場合、基準違反となる。また、虐待にあたるおそれがある。

(17) 勤務体制の確保等 ([基] 第25条)

指定介護療養型医療施設は、入院患者に対し、適切な指定介護療養施設サービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 指定介護療養型医療施設は、当該施設の従業者によって指定介護療養施設サービスを提供しなければならない。ただし、入院患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 指定介護療養型医療施設は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該指定介護療養型医療施設は、全ての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

4 指定介護療養型医療施設は、適切な指定介護療養施設サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

* 認知症に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置は、令和6年3月31日までの間は、努力義務

([通] 第4 運営に関する基準23)

従業者の月ごと病棟ごとの勤務状況を明確にしておかなければならない。

(勤務表に記載すべき事項)

- ① 従業者の日々の勤務時間
- ② 常勤・非常勤の別
- ③ 看護・介護職員等の配置
- ④ 管理者との兼務関係 等

（〔通〕第4運営に関する基準23）

（3）同条第3項後段は、当該指定介護療養型医療施設の従業者の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

また、同項後段は、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が義務づけられ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とし、具体的には、同条第3項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とする。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第5条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。（以下「省略」）

（4）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。（中略）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、入院患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。（以下 省略）

（18）業務継続計画の策定等（〔基〕第25条の2）

指定介護療養型医療施設は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入院患者が継続して指定介護療養型医療施設サービスの提供を受けられるよう、指定介護療養型医療施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、指定介護療養型医療施設に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならない。

* 令和6年3月31日までの間は、努力義務

（19）定員の遵守（〔基〕第26条）

指定介護療養型医療施設は、入院患者の定員及び病室の定員を超えて入院させてはならない。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。

(20) 非常災害対策（〔基〕第27条）

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

指定介護療養型医療施設は、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。

1. 水防法等の一部改正（平成29年6月）

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

2. 水防法等の一部改正（令和3年7月）

避難確保計画の作成と避難訓練の実施が義務化されている施設が避難訓練を実施した場合に、施設管理者等から市町村に対して訓練結果を報告することが義務化されました。

3. 避難確保計画の提出先及び訓練実施結果の報告先

⇒熊本市政策局危機管理防災総室

(21) 衛生管理等（〔基〕第28条）

2 指定介護療養型医療施設は、当該指定介護療養型医療施設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、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 当該指定介護療養型医療施設における感染症又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。

三 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。*令和6年3月31日までの間は、努力義務

(〔通〕第4 運営に関する基準26)

(2) ① 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。

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、基準第34条第1項第三号に規定する事故発生防止のための委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が感染対策委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。感染対策担当者は看護師であることが望ましい。

(22) 掲示（〔基〕第29条）

1 指定介護療養型医療施設の見やすい場所に、運営規程の概要、並びに従業者の勤務

の体制、利用料その他のサービスの選択に関する重要事項を掲示しなければならない。

2 指定介護療養型医療施設は、前項に規定する事項を記載した書面を当該指定介護療養型医療施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。

(23) 事故発生の防止及び発生時の対応（〔基〕第34条）

4 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(〔通〕第4 運営に関する基準32)

⑤ 施設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、専任の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において安全対策を担当する者との同一の従業者が務めることが望ましい。

* 担当者の配置は、令和3年9月30日までの間は、努力義務

(24) 秘密保持等（〔基〕第30条）

(1) 基準省令第30条第1項は、指定介護療養型医療施設の従業者に、その業務上知り得た入院患者又はその家族の秘密の保持を義務づけたものである。

(2) 同条第2項は、指定介護療養型医療施設に対して、過去に当該指定介護療養型医療施設の従業者であった者が、その業務上知り得た入院患者又はその家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定介護療養型医療施設は、当該指定介護療養型医療施設の従業者が、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) 同条第3項は、入院患者の退院後の居宅における居宅介護支援計画の作成等に資するために、居宅介護支援事業者等に対して情報提供を行う場合には、あらかじめ、文書により入院患者から同意を得る必要があることを規定したものである。

(25) 苦情処理（〔基〕第32条第1項）

提供した指定介護療養施設サービスに関する入院患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、必要な措置を講じなければならない。

① 苦情を相談する相談窓口

② 苦情処理体制・手続の定め

③ 苦情に対して速やかな対応

④ 入院患者又はその家族に対する説明、重要事項説明書への記載及び施設への掲示

* 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報として認識し、苦情解決等により、サービスの質の向上に向けて自ら行うべきである。

(26) 虐待の防止([基]第34条の2)

指定介護療養型医療施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 当該指定介護療養型医療施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- 二 当該指定介護療養型医療施設における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 三 当該指定介護療養型医療施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

* 令和6年3月31日までの間は努力義務

基準省令第34条の2は虐待の防止に関する事項について規定したものである。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定介護療養型医療施設は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、入院患者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

○虐待の未然防止

指定介護療養型医療施設は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第1条の2の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護施設の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

○虐待等の早期発見

指定介護療養型医療施設の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、虐待等を早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、入院患者及びその家族からの虐待等に係る相談、入院患者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

○虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、指定介護療養型医療施設は当該通報の手續が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

(27) 記録の整備（〔基〕第36条第2項）

入院患者に対する指定介護療養施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- 1 施設サービス計画
- 2 第10条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- 3 第14条第5項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- 4 第21条に規定する市町村への通知に係る記録
- 5 第32条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- 6 第34条第3項に規定す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

（〔通〕第4 運営に関する基準35）

なお、「その完結の日」とは、個々の入院患者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、入院患者の死亡、入院患者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

(28) 電磁的記録等（〔基〕第51条第1項）

1 電磁的記録について

基準省令第51条第1項は、指定介護療養型医療施設及び指定介護療養施設サービスの提供に当たる者（以下「施設等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、施設等は、この省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものである。

(1) 電磁的記録による作成は、施設等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または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

(2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。

① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

(3) その他、基準省令第51条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。

(4) また、電磁的記録により行う場合は、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」及び厚生労働省「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。

2 電磁的方法について

基準省令第51条第2項は、入院患者及びその家族等（以下「入院患者等」という。）の利便性向上並びに施設等の業務負担軽減等の観点から、施設等は、書面で行うことが規

定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に入院患者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。

- (1) 電磁的方法による交付は、基準省令第6条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入院患者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (3) 電磁的方法による締結は、入院患者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (4) その他、基準省令第51条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、基準省令又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (5) また、電磁的方法による場合は、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」及び厚生労働省「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。

第2章 短期入所療養介護とは

指定居宅サービスに該当する短期入所療養介護の事業は、要介護状態となった場合においても、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、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(介護保険法)

第8条第10項 この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者について、介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

【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】

<9 短期入所療養介護費 口 注13>

利用者が連続して30日を超えて指定短期入所療養介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所療養介護については、療養病床を有する病院における短期入所療養介護費は、算定しない（診療所・老人性認知症疾患療養病棟を有する病院に同じ）。

Q & A（最新情報 Vol.952）（令和3年3月26日）

（問67）連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、この連続利用日数を計算するにあたり、例えばA事業所にて連続15日間（介護予防）短期入所介護費を請求した後、同日にB事業所（A事業所と同一、隣接もしくは近接する敷地内にはない事業所）の利用を開始し、利用開始日を含めて連続15日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求した場合、連続利用日数は何日となるのか。

（答）30日となる。（介護予防）短期入所生活介護の利用日数は、原則として利用を開始した日および利用を終了した日の両方を含むものとされており、連続利用日数の考え方もこれに連動して介護報酬を請求した日数をもとに算定されるものである。このため、A事業所からB事業所に利用する事業所を変更した日については、A事業所・B事業所とも介護報酬請求を行うことから、利用変更日は2日と計算される。なお、上記の事例におけるB事業所がA事業所と同一敷地内にある場合、または隣接もしくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている事業所であった場合は、A事業所は利用を終了した日の介護報酬請求はできないこととなっていることから、連続利用日数は29日となる。

（問68）連続して30日を超えてサービス提供を受けている場合、30日を超える日以降に受けたサービスについては介護報酬の請求が認められていないが、例えばA事業所にて連続30日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求し、同日にB事業所（A事業所と同一、隣接もしくは近接する敷地内にはない事業所）の利用を開始した場合、B事業所は利用開始日から介護報酬を請求することが可能であるか。

（答）A事業所においてすでに連続して30日間（介護予防）短期入所生活介護費を請求していることから、B事業所は利用開始日においては介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌日から介護報酬を請求することができる。

なお、上記の事例におけるB事業所がA事業所と同一敷地内にある場合、または隣接もしくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている事業所であった場合は、A事業所は利用を終了した日の介護報酬は請求できないこととなっていることから、B事業所は利用開始日には介護報酬を請求することができるが、B事業所の利用開始日をもって連続して30日間（介護予防）短期入所生活介護費を算定していることとなることから、利用開始日の翌日は介護報酬を請求することはできず、当該日のサービス提供に係る費用は利用者の自己負担によることとなり、利用開始日の翌々日から再び介護報酬を請求することができる。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準】

<第13条第1項第21号抜粋>

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

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

短期入所療養介護

1 人員・設備に関する基準

●療養病床を有する病院若しくは診療所又は老人性認知症疾患療養病棟を有する病院
 本体施設となる指定介護療養型医療施設が、施設として必要な人員基準を満たしていれば足りる。

→指定介護療養型医療施設の手引きの第1章1「人員・設備に関する基準」を参照

●一般病床を有する診療所（H21.4施行）

平成21年4月の法改正により、一般病床を有する診療所も短期入所療養介護の指定を受けることが可能。

	介護療養型医療施設	療養病床を有する病院・診療所	療養病床を有するものを除く診療所(H21.4施行)
従業者の員数	短期入所の利用者を入所者（入院患者）とみなしたうえで、施設の人員基準を満たすこと	医療法に規定する必要数以上	看護職員又は介護職員の員数が、利用者及び入院患者の3人に1以上（常勤換算） かつ、夜間における緊急連絡体制を整備することとし、看護職員又は介護職員を1人以上配置していること
設備	施設の設備基準を満たすこと	医療法に規定するとおり	・病室の床面積：利用者1人につき6.4㎡以上 ・浴室を有すること ・機能訓練を行うための場所を有すること
指定	みなし指定	みなし指定	通常の指定

[基] ……厚生省令第37号（H11.3.31） 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（基準省令）

[通] ……老企第25号（H11.9.17） 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（解釈通知）

（※指定基準は平成25年度から熊本市の条例で各々定められましたが、本冊子においては基準省令の条項で記載しています。）

従業者の員数

（[基] 第142条第1項第2号）

指定介護療養型医療施設である指定短期入所療養介護事業所にあつては、当該指定短期入所療養介護事業所に置くべき医師、薬剤師、看護職員、介護職員、栄養士及び理学療法士又は作業療法士の員数は、それぞれ、利用者を当該指定介護療養型医療施設の入院

患者とみなした場合における旧法に規定する指定介護療養型医療施設として必要とされる数が確保されるために必要な数以上とする。

([基] 第 1 4 2 条第 1 項第 3 号)

療養病床（医療法第 7 条第 2 項第 4 号に規定する療養病床をいう。）を有する病院又は診療所（前号に該当するものを除く。）である指定短期入所療養介護事業所にあつては、当該指定短期入所療養介護事業所に置くべき医師、薬剤師、看護職員、介護職員（同法に規定する看護補助者をいう。）、栄養士及び理学療法士又は作業療法士の員数は、それぞれ、同法に規定する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる数が確保されるために必要な数以上とする。

([基] 第 1 4 2 条第 1 項第 4 号)

診療所（前 2 号に該当するものを除く。）である指定短期入所療養介護事業所にあつては、当該指定短期入所療養介護を提供する病室に置くべき看護職員又は介護職員の員数の合計は、常勤換算方法で、利用者及び入院患者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。かつ夜間における緊急連絡体制を整備することとし、看護師若しくは准看護師又は介護職員を 1 人以上配置していること。

設備基準

([基] 第 1 4 3 条第 1 項第 2 号)

指定介護療養型医療施設である指定短期入所療養介護事業所にあつては、旧法に規定する指定介護療養型医療施設として必要とされる設備を有すること。

([基] 第 1 4 3 条第 1 項第 3 号)

療養病床を有する病院又は診療所（指定介護療養型医療施設であるものを除く。）である指定短期入所療養介護事業所にあつては、医療法に規定する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる設備を有すること。

([基] 第 1 4 3 条第 1 項第 4 号)

診療所（療養病床を有するものを除く。）である指定短期入所療養介護事業所にあつては、次に掲げる要件に適合すること。

- イ 指定短期入所療養介護を提供する病室の床面積は、利用者 1 人につき 6.4 平方メートル以上とすること。
- ロ 食堂を有すること。
- ハ 機能訓練を行うための場所を有すること。

2 運営に関する基準（※基本的に介護療養型医療施設に同じ）

（1）内容及び手続の説明及び同意（〔基〕第125条準用）

指定短期入所療養介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、短期入所療養介護従業者の勤務の体制その他の利用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、サービスの内容及び利用期間等について利用申込者の同意を得なければならない。

（〔通〕2運営に関する基準の1）

「サービスの内容及び利用期間等についての同意」については、書面によって確認することが望ましいものである。

（2）対象者（〔基〕第144条）

利用者の心身の状況・病状により、若しくは家族の疾病・冠婚葬祭・出張等により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担軽減等を図るために、一時的に入所して看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある者

（3）指定短期入所療養介護の取扱方針（〔基〕第146条第2項）

指定短期入所療養介護は、相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、次条第1項に規定する短期入所療養介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配意しなければならない。

（〔通〕2運営に関する基準(2)）

「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合を指すが、4日未満の利用者であっても、利用者を担当する居宅介護支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況を踏まえて必要な療養を提供するものとする。

（4）運営規程（〔基〕第153条）

指定短期入所療養介護事業者は、次に掲げる事業運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めておかななければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 指定短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額
- ④ 通常の見送の実施地域
- ⑤ 施設利用に当たっての留意事項
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑧ その他運営に関する重要事項

※虐待の防止に係る措置は、令和6年3月31日まで努力義務

（5）勤務体制の確保等（〔通〕2運営に関する基準(2)）

指定短期入所療養介護事業所ごとに、従業者の月ごとの勤務状況を明確にしておかななければならない。

（勤務表に記載すべき事項）

- ① 従業者の日々の勤務時間
- ② 常勤・非常勤の別

- ③ 看護職員・介護職員及び機能訓練指導員等配置
- ④ 管理者との兼務関係

(4) 定員の遵守（〔基〕第154条）

指定短期入所療養介護事業者は、次に掲げる利用者数以上の利用者に対して同時に指定短期入所療養介護を行ってはならない。

二 療養病床を有する病院若しくは診療所又は老人性認知症疾患療養病棟を有する病院である指定短期入所療養介護事業所にあつては、療養病床又は老人性認知症疾患療養病棟に係る病床数及び療養病床又は老人性認知症疾患療養病棟に係る病室の定員を超えることとなる利用者数

三 診療所である指定短期入所療養介護事業所にあつては、指定短期入所療養介護を提供する病床数及び病室の定員を超えることとなる利用者数

(5) 掲示（〔基〕第32条準用）

指定短期入所療養介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、短期入所療養介護従業者の勤務の体制その他の利用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掲示しなければならない。

(6) 苦情処理（〔基〕第36条第1項準用）

提供した指定短期入所療養介護に係る利用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。

第3章 介護療養型医療施設における介護報酬算定に関する基準

[算定基準] …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2月10日厚生省告示第21号）

[算定基準留意事項] …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）

(1) 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費の対象となるサービスの範囲

- ① 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費については、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並びにおむつ代を含むものであること。
- ② 認知症疾患型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における特定入院料（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。）及びおむつ代を含むものであること。

(2) 診療録への記載

介護療養型医療施設の入院患者に係る診療録について、医療保険の診療録の様式を用いる場合、以下の要領により記載すること。

- ・「保険者番号」欄→介護保険者番号を記載
- ・「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄→介護保険の被保険者証の番号を記載
- ・「有効期限」欄→要介護認定の有効期限を記載
- ・「被保険者氏名」欄→要介護状態区分を記載
- ・「資格取得、事業所、保険者」欄→空白にする
- ・「備考」欄→医療保険に係る保険者番号等の情報を記載

※ 緊急時等で医療保険に請求する医療行為等を行った場合には、当該医療行為等に係る記載部分に下線を引くか、枠で囲む等により明確に分けられるようにすること。

※ 介護療養型医療施設の入院患者の診療録については、医療保険適用病床の患者と見分けられるようにすること。

(3) 所定単位数の算定単位について

各類型の介護療養施設サービス費のうち、介護保険適用病床の病棟における看護職員等の配置によって1種類を選定して届け出ること。（同じ病棟で複数の届出はできない）

1病棟において、介護保険適用病床と医療保険適用病床が混在する場合には、当該病棟すべてが介護保険適用病床とみなして、必要な人員を確保していることが必要。（療養病床と老人性認知症疾患療養病棟が混在している場合には、それぞれの類型毎に1種類を選定して届け出ること。）

(4) 病棟について（抜粋）

- ① 病棟の概念は、病院である医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって

病棟として取り扱うものとする。

② 一病棟当たりの病床数は、原則として60床以下を標準とする。

③ 省略

④ 複数階で一病棟を構成する場合は、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護職員の配置を工夫すること。

1 基本報酬

介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟を除く）について、令和5年度末の廃止期限までの介護医療院等への移行を進める観点から、令和2年度診療報酬改定における医療療養病床に係る評価の見直しを踏まえ、基本報酬の見直しを行う。

※算定構造を確認すること。

【基準】

≪ 指定介護療養施設サービス（療養病床・病院）の施設基準 ≫

イ 療養型介護療養施設サービス費を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(1) 療養型介護療養施設サービス費(I)(i)又は(iv)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) 療養病床を有する病院（医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第52条の規定の適用を受ける病院を除く。）である指定介護療養型医療施設であること。
- (二) 当該指定介護療養施設サービスを行う療養病床に係る病棟（以下「療養病棟」という。）における看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等（当該療養病棟における指定短期入所療養介護（指定居宅サービス等基準第141条に規定する指定短期入所療養介護をいう。以下同じ。）の利用者及び入院患者をいう。イからハまでにおいて同じ。）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。
- (三) 当該療養病棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患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。
- (四)～(ハ)（略）

(2) 療養型介護療養施設サービス費(I)(ii)又は(v)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準 [療養機能強化型A]

- (一) (1)に該当するものであること。
- (二) 次のいずれにも適合すること。
 - a 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患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。
 - b 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、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
- (三) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、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

- a 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること
- b 入院患者等又はその家族等の同意を得て、当該入院患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
- c 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること

- (四) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること
- (五) 地域に貢献する活動を行っていること

(3) 療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(iii)又は(vi)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型B〕

(2)の規定を準用する。この場合において、(2)(二)b中「100分の50」とあるのは「100分の30」と、(2)(三)中「100分の10」とあるのは「100分の5」と読み替えるものとする。

(4) 療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(i)又は(iii)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) (1)(一)、(二)及び(四)から(八)までに該当するものであること。
- (二) 当該療養病棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患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。

(5) 療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(ii)又は(iv)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型B〕

- (一) (4)に該当するものであること。
- (二) (2)(二)から(五)までの規定を準用する。この場合において、(2)(二)b中「100分の50」とあるのは「100分の30」と、(2)(三)中「100分の10」とあるのは「100分の5」と読み替えるものとする。

(6) 療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) (1)(一)、(二)及び(四)から(八)までに該当するものであること。
- (二) 当該療養病棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患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。

□ 療養型経過型介護療養施設サービス費を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(1) 療養型経過型介護療養施設サービス費(Ⅰ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) (略)
- (二) 当該療養病棟における看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患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。
- (三) 当該療養病棟における介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計

数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

(四)～(六) (略)

(2) 療養型経過型介護療養施設サービス費(Ⅱ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(一) 当該療養病棟における看護職員の数、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が8又はその端数を増すごとに1以上であること。

(二) (略)

ハ ユニット型療養型介護療養施設サービス費又はユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(1) ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)又は経過的ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(一) (略)

(二) 当該療養病棟における看護職員の数、常勤換算方法で、入院患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。

(三) 当該療養病棟における介護職員の数、常勤換算方法で、入院患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。

(四) (略)

(2) ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)又は経過的ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準 [療養機能強化型A]

(一) (1)に該当するものであること。

(二) イ(2)(ニ)から(五)までの規定を準用する。

(3) ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)又は経過的ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準 [療養機能強化型B]

(一) (1)に該当するものであること。

(二) イ(2)(ニ)から(五)までの規定を準用する。この場合において、イ(2)(ニ)b中「100分の50」とあるのは「100分の30」と、イ(2)(三)中「100分の10」とあるのは「100分の5」と読み替えるものとする。

(4) (略)

【基準】

≪ 指定介護療養施設サービス(療養病床・診療所)の施設基準 ≫

ニ 診療所型介護療養施設サービス費を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(1) 診療所型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(ⅰ)又は(ⅳ)を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) 診療所である指定介護療養型医療施設であること。
- (二) 当該指定介護療養施設サービスを行う療養病床に係る病室（医療法施行規則第16条第2号の2又は第3号に規定する病室をいう。以下この二及びホにおいて同じ。）における看護職員の数、常勤換算方法で、入院患者等（当該療養病床に係る病室における指定短期入所療養介護の利用者及び入院患者をいう。以下この二及びホにおいて同じ。）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
- (三) 当該療養病床に係る病室における介護職員の数、常勤換算方法で、入院患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
- (四)・(六)（略）

(2) 診療所型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（ii）又は（v）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型A〕

- (一) (1)に該当するものであること
- (二) 次のいずれにも適合すること
 - a 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患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
 - b 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、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
- あ(三) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、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
 - a 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること
 - b 入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること
 - c 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること
- (四) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること
- (五) 地域に貢献する活動を行っていること

(3) 診療所型介護療養施設サービス費（Ⅰ）（iii）又は（vi）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型B〕

- (一) (1)に該当するものであること。
- (二) (2)(二)から(五)までの規定を準用する。この場合において、(2)(二) a 中「100分の50」とあるのは「100分の40」と、(2)(二) b 中「100分の50」とあるのは「100分の20」と、(2)(三)中「100分の10」とあるのは「100分の5」と読み替えるものとする。

(4) 診療所型介護療養施設サービス費（Ⅱ）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) (1)(一)、(四)及び(六)に該当するものであること。
- (二) 当該療養病床に係る病室における看護職員又は介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が3又はその端数を増すごとに1以上であること。

ホ ユニット型診療所型介護療養施設サービス費を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

(1) ユニット型診療所型療養施設サービス費（Ⅰ）又は経過的ユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅰ）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準

- (一) (略)
- (二) 当該療養病床に係る病室における看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患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。
- (三) 当該療養病床に係る病室における介護職員の数、常勤換算方法で、入院患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。

(2) ユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅱ）又は経過的ユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅱ）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型A〕

- (一) (1)に該当するものであること。
- (二) ニ(2)(ニ)から(五)までの規定を準用する。

(3) ユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅲ）又は経過的ユニット型診療所型介護療養施設サービス費（Ⅲ）を算定すべき指定介護療養施設サービスの施設基準〔療養機能強化型B〕

- (一) (1)に該当するものであること。
- (二) ニ(2)(ニ)から(五)までの規定を準用する。この場合において、ニ(2)(ニ) a 中「100分の50」とあるのは「100分の40」と、ニ(2)(ニ) b 中「100分の50」とあるのは「100分の20」と、(2)(三)中「100分の10」とあるのは「100分の5」読み替えるものとする。

【留意事項】

◀ 指定短期入所療養介護（療養病床・病院）の施設基準 ▶

病院療養病床短期入所療養介護費（Ⅰ）(ii)、(iii)、(v)若しくは(vi)若しくは(Ⅱ)(ii)若しくは(iv)又はユニット型病院療養病床短期入所療養介護費（Ⅱ）若しくは(Ⅲ)又は経過的ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費（Ⅱ）若しくは(Ⅲ)を算定するための基準について

- ②
- イ 当該介護療養型医療施設における短期入所療養介護について、適用すべき所定単位数の算定区分については、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、届出を行った月から当該届出に係る短期入所療養介護費を算定することとなる。（ただし、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。）
- ロ 施設基準第14号ニ(2)(ニ) a については、ハに示す重篤な身体疾患を有する者とニ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ヘ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。ただし、同一の者について、重篤な身体疾患を有する者の基準及び身体合併症を有する認知症高齢者の基準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ものとする。なお、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。

ハ 施設基準第 14 号ニ(2)(ニ) a の「重篤な身体疾患を有する者」とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- 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又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態
- c 各週 2 日以上的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。
 - (a) 常時低血圧（収縮期血圧が 90mmHg 以下）
 - (b) 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - (c) 出血性消化器病変を有するもの
 - (d) 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- d Child-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」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。）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

ニ 施設基準第 14 号ニ(2)(ニ) a の「身体合併症を有する認知症高齢者」とは、次のいずれかに適合する者をいう。

- 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
 - (a) 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）
 - (b) 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）
 - (c) 筋萎縮性側索硬化症
 - (d) 脊髄小脳変性症
 - (e) 広範脊柱管狭窄症
 - (f) 後縦靭帯骨化症
 - (g) 黄色靭帯骨化症
 - (h) 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Ⅲ b、Ⅳ又は M に該当する者

ホ 施設基準第 14 号ニ(2)(ニ) b の「経管栄養」の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若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（入院期間が 1 年以上である入院患者にあつては、当該入院期間中（入院時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和 2 年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）は、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。「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（入院期間が 1 年以上である入院患者にあつては、当該入院期間中（入院時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成 27 年度から令和 2 年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成 26 年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算

を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)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ものとする。 「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ものであること。

へ 施設基準第14号ニ(2)(ニ)a及び(ニ)bの基準については、次のいずれかの方法によるものとし、小数点第3位以下は切り上げることとする。なお、ここにおいて入院患者等(当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入院患者をいう。以下3において同じ。)とは、毎日24時現在当該施設に入院している者をいい、当該施設に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものであること。

a 月の末日における該当者の割合によることとし、算定日が属する月の前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こと。

b 算定日が属する月の前3月において、当該基準を満たす入院患者等の入院延べ日数が全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合によることとし、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こと。

ト 施設基準第14号ニ(2)(三)の基準については、同号ニ(2)(三)aからcまでのすべてに適合する入院患者等の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院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ものとする。ただし、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来院が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入院患者等の状態等に応じて随時、入院患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こと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院がなかった旨を記載しておくことが必要である。ターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等の支援に努めること。

チ 施設基準第14号ニ(2)(四)における「生活機能を維持改善するリハビリテーション」とは、以下の考え方によるものとする。

a 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、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こと。

b 入院中のリハビリテーションに係るマネジメントについては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)第2のⅢで考え方等を示しているところであるが、生活機能を維持改善するリハビリテーションについても、この考え方は適用されるものである。

c 具体的には、患者ごとに解決すべき日常生活動作上の課題の把握(アセスメント)を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、当該目標を達成するために必要なリハビリテーションを、機能訓練室の内外を問わず、また時間にこだわらず療養生活の中で随時行い、入院患者等の生活機能の維持改善に努めなければならないこと。

リ 施設基準第14号ニ(2)(五)における「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。

- a 地域との連携については、基準省令第 155 条の規定により準用する第 139 条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、短期入所療養介護事業所である医療機関においては、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こと。
- b 当該活動は、地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

診療所短期入所療養介護費(Ⅰ)(ii)、(iii)、(v)、若しくは(vi)又はユニット型診療所短期入所療養介護費(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)又は経過的ユニット型診療所短期入所療養介護費(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)を算定するための基準について

②を準用する。この場合において、②ホ中「経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施」とあるのは「経鼻経管、胃ろう若しくは腸ろう又は中心静脈栄養による栄養の実施」と、同ト中「同号ニ(2)(三) a から c までのすべてに適合する入院患者等の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合」とあるのは「同号ニ(2)(三) a から c までのすべてに適合する入院患者等の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合と、19 を当該診療所の介護保険適用病床数で除した数との積」と読み替えるものとする。

【介護療養施設サービス費の従来型個室の算定について】

●介護療養型施設サービス費所定単位数の算定区分について

「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（H12. 2. 10 厚生省告示第21号）」に掲げる区分及び「厚生労働大臣が定める施設基準（H12. 2. 10 厚生省告示第26号）」に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

算定時の留意事項については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（H12. 3. 8 老企40号）第2の7」に定められている。

介護療養施設サービス費は、施設基準第66号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66号イに規定する介護療養施設サービス費 介護療養施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入院患者に対して行われるものであること。
- ロ 施設基準第66号ロに規定する介護療養施設サービス費 介護療養施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の入院患者に対して行われるものであること。

●従来型個室に入院している者で、多床室で療養型介護療養施設サービス費の算定ができる者（以下「従来型個室特例対象者」という。）は、下記のとおり。

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）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護療養施設サービスのイ及びロの注11及び注12に定める者

- ・平成17年9月30日において従来型個室に入院している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入院するもの（平成17年9月1日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者に限る）。
- ・感染症等により、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入院期間が30日以内であるもの。
- ・病室の面積が6.4㎡以下に適合する従来型個室に入院する者。
- ・著しい精神症状等により、同室の他の入院患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、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者。

Q & A（最新情報 Vol.454）（平成27年4月1日）

（問150）一人の者について、認知症高齢者の日常生活自立度がⅣであって、かつ、喀痰吸引を実施している場合、「身体合併症を有する認知症高齢者」及び「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射を受けている者」のそれぞれに含めることができるか。

（答）できる。

（問152）「重篤な身体疾患を有する者及び身体疾患を有する認知症高齢者の占める割合」（以下「重度者割合」という。）及び「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割合」（以下「処置実施割合」という。）の算出に当たっては、月の末日における該当者の割合による方法（以下「末日方式」という。）又は算定日が属する月の前3月間において、当該基準を満たす患者の入院延べ日数が全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合による方法（以下「延べ日数方式」という。）のいずれかによることとされているが、例えば、重度者割合については末日方式、処置実施割合については延べ日数方式による算出としてもよいか。また、末日方式と延べ日数方式のどちらを用いるか月ごとに決めることとしてよいか。

（答）重度者割合と処置実施割合は、必ずしも同一の方法で算出される必要はない。また、月ごとに用いる方式を決めても差し支えない。いずれの場合も病棟日誌等の算定の根拠となる記録を整備しておくこと。

（問153）重篤な身体疾患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などの算出における「入院患者数」については、外泊中の入院患者は含まれるのか。

（答）含まれる。

Q & A（最新情報 Vol.469）（平成27年4月28日）

（問1）「療養機能強化型」の算定要件のうち、「算定日の属する月の前三月間における入院患者等のうち、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」とあるが、これらの処置について実施回数自体に関する規定があるか。（一日当たり何回以上実施している者等）

（答）喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射の実施の頻度は、医学的な必要性に基づき判断されるべきものであり、本要件は実施の有無を見ているもので、1日当たりの吸引の回数や月当たりの実施日数についての要件を設けていない。

(問2) 同一の者について、「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準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ものとしているが、同一の者について、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、要件に適合する者は1人と数えるのか、2人と数えるのか。

(答) 前者の要件は、当該施設の重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の受け入れ人数を評価しているものであり、重篤な身体疾患を有する者の基準及び身体合併症を有する認知症高齢者の基準のいずれにも当てはまる患者であっても、施設として実際に受け入れた患者の人数については1人と数える。

一方、後者の要件は、当該施設で行われる処置の実施を評価しているものであり、同一の患者であっても、喀痰吸引と経管栄養の両方を実施していれば、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、この場合には2人と数える。

(問3) 「生活機能を維持改善するリハビリテーション」とは、どのようなものか。

(答) 療養機能強化型介護療養型施設における生活機能を維持改善するリハビリテーションとは、機能訓練室の内外を問わず、また時間にこだわらず、療養生活において排泄や食事動作等の自立に向けて随時行われるものである。

(問4) 「生活機能を維持改善するリハビリテーション」の考え方として、「作業療法士を中心とする多職種の間によって、医師の指示に基づき、療養生活の中で随時行うこと」が挙げられているが、当該施設に作業療法士が配置されていない場合には、要件を満たさないことになるのか。

(答) 生活機能の維持改善に当たっては特に作業療法士の関与が重要であり、作業療法士を中心とすべきという理念を示しているところである。当該理念を踏まえ、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が要件として求められており、実際の作業療法士の配置を要件としているものではない。

(問5) ターミナルケアに係る計画の様式及び内容はどのようなものが望ましいか。

(答) ターミナルケアに係る計画の様式及び内容については、患者及びその家族等の意向を十分に反映できるよう、各施設で工夫することが望ましい。なお、当該計画は診療録や施設サービス計画に記載しても差し支えない。ただし、記載がターミナルケアに係る計画であることが明確になるようにすること。

2 介護報酬に係る加算及び減算

※各加算及び減算の適用は、サービス区分ごとに違うため、算定構造を確認のこと。

※各加算における算定種別表記は次のとおり。

病)・・・療養病床を有する病院

診)・・・療養病床を有する診療所、指定短期入所療養介護事業所である診療所

老)・・・老人性認知症疾患療養病棟を有する病院

1 夜勤職員基準と基準未満の減算(療養型)((予防)短期入所療養介護共通) 病)

<夜勤職員基準>

① 病棟単位の夜勤職員の配置（入院患者数と短期入所療養介護の利用者数の合計数に対して）

看護職員＋介護職員が30：1以上（最低2人以上、うち1人は看護職員）

② 夜勤を行う看護職員又は介護職員1人当たり月平均夜勤時間数は、64時間以下。

<夜勤職員数の基準未滿による減算>

ある月（暦月）において、夜勤時間帯に夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に満たない事態が、①2日以上連続して発生するか、あるいは②4日以上発生した場合に、その翌月のすべての介護保険適用部分の入院患者と短期入所サービスの利用者について、要介護度別の所定単位数を2.5単位減算。（発生した病棟を問わず、またユニット部分かユニット以外の部分かを問わない）

<1日平均夜勤職員数・月平均夜勤時間数による減算等>

夜勤職員基準に満たない次のいずれかに該当した月には、すべての入院患者・利用者について、要介護別の所定単位数を2.5単位減算。

(1) 前月に1日平均夜勤職員数が基準員数から1割を超えて不足していたこと。

(2) 1日平均夜勤職員数が基準員数から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。

(3) 前月に月平均夜勤時間数が基準時間数を1割以上上回っていたこと。

(4) 月平均夜勤時間数の過去3月間（暦月）平均が基準時間数を超えていたこと。

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。

※夜勤体制による減算及び加算の特例について〔老企第40 第2の7(7)〕

2 入院患者が定員を超える場合の減算((予防)短期入所療養介護共通) 病)診)老)

定員超過による減算

月平均の入院患者の数が、旧施行規則第138条の規定に基づき知事に提出した運営規程の入院患者定数を超えた場合、所定単位数に1.00分の7.0を乗じて算定する。

※減算は、定員超過利用となった翌月から、定員超過利用が解消されるに至った月まで、介護保険適用部分の入院患者（短期利用者も含む）全員に適用。

なお、災害・虐待の受入等、やむを得ない理由による定員超過利用については、翌月から直ちに減算しない。やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から減算となる。災害等の生じた時期が月末で、その翌月も定員超過利用がやむを得ない場合は、さらに1月遅れの取り扱いとなる。

3 看護職員及び介護職員の員数が基準に満たない場合の減算
((予防)短期入所療養介護共通) 病) 老)

指定介護療養施設サービスを行う病棟に、基準第2条に定める員数の看護職員及び介護職員を置いてない場合、利用者等全員について所定単位数に100分の70を乗じて算定する。

4 介護支援専門員の員数が基準に満たない場合の減算
((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 老)

基準第2条に定める員数の介護支援専門員を置いてない場合、所定単位数に100分の70を乗じて算定する。

5 看護職員の員数が基準に満たない場合の減算
((予防)短期入所療養介護共通) 病) 老)

看護職員及び介護職員の員数は満たしているが、そのうち看護職員の員数（正看比率）が20/100を満たしていない場合、所定単位数に100分の90を乗じて算定する。

6 医師の員数が基準に満たない場合の減算（僻地医師確保計画を届出したもの）
((予防)短期入所療養介護共通) 病) 老)

医師の員数の60/100を満たしていない場合、1.2単位を所定単位数から減算する。

7 医師の員数が基準に満たない場合の減算（僻地医師確保計画届出以外）
((予防)短期入所療養介護共通) 病) 老)

医師の員数の60/100を満たしていない場合、所定単位数に100分の90を乗じて算定する。

8 一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算
((予防)短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、所定単位数に100分の95を乗じて算定する。

<厚生労働大臣が定める施設基準>

算定日が属する前3月において、下記のいずれかを満たすこと

- ・喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上
- ・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20%以上

① 施設基準第65の2号(1)の基準における入院患者等(当該指定介護療養型医療施設である療養病床を有する病院の入院患者及び当該療養病床を有する病院である指定短期入所療養介護事業所の利用者をいう。以下同じ。)の割合については、以下の式により計算すること。

イ (i)に掲げる数を(ii)に掲げる数で除して算出すること。

(i) 当該施設における直近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又は経管栄養を必要とする入院患者等延日数

(ii) 当該施設における直近3月間の入院患者等延日数

ロ (a)において、「喀痰吸引を必要とする入院患者等」については、過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)については、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ものとすること。また、「経管栄養を必要とする入院患者等」とは、経鼻経管又は胃ろう若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(入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中(入院時を含む。)に経管栄養が実施されていた者)であって、経口維持加算を算定している者又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者(令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者)は、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとすること。

ハ (a)において、同一の者について、「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。

② 施設基準第65の2号(1)の基準を満たさない場合は、各類型の介護療養施設サービス費のうち、看護・介護職員の配置に応じた所定単位数に100分の95を乗じて得た単位数が算定され、退院時指導等加算、低栄養リスク改善加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理加算、在宅復帰支援機能加算、特定診療費及び排せつ支援加算は適用されない。

算定基準留意事項

9 ユニットケア減算 ((予防)短期入所療養介護共通) 病) 診) 老)

ユニット型療養型介護療養施設について、以下の基準を満たしていない場合は、1日につき所定単位数に100分の97を乗じて算定する。

- 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。

10 身体拘束廃止未実施減算 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 診) 老)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じていない場合、1日につき1.0%を所定単位数から減算する。

<要件>

- ①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すること。
- ②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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
- ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④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を実施すること。

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

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

(答)

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

11 病院療養病床療養環境減算 ((予防)短期入所療養介護共通) 病)

廊下幅(内法) 1. 8m(両側に居室の場合 2. 7m)未満の場合は、1日につき2.5単位を所定単位数から減算する。

12 医療法施行規則第49条適用の医師配置減算
((予防)短期入所療養介護共通) 病)

医師の配置について、医療法施行規則第49条の規定が適用されている病院は、1日につき1.2単位を所定単位数から減算する。

※医療法施行規則第49条〔療養病床を有する病院の従業者の員数の標準の特例〕

療養病床を有する病院であって、療養病床の病床数の全病床数に占める割合が百分の五十を超えるものについては、当分の間、第19条第1項第1号（第43条の2の規定により読み替えて適用する場合を含む。）、第52条第1項及び平成13年改正省令附則第16条第2項第1号「52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数」とあるのは「36までは2とし、特定数が36を超える場合には当該特定数から36を減じた数を16で除した数に2を加えた数」とする。

13 診療所療養病床設備基準減算 ((予防)短期入所療養介護共通) 診)

廊下幅（内法）1. 8m（両側に居室の場合2. 7m）未満の場合は、1日につき6.0単位を所定単位数から減算する。

14 安全管理体制未実施減算 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 診) 老)

運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合、1日につき5単位を所定単位数から減算する。*6ヶ月間の経過措置期間を設ける。

15 栄養管理の基準を満たさない場合 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 診) 老)

*1日につき1.4単位を所定単位数から減算する。

イ 指定介護療養型医療施設基準第2条又は指定介護療養型医療施設基準附則第19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。

ロ 指定介護療養型医療施設基準第17条の2（指定介護療養型医療施設基準第50条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。

*令和6年3月31日までの間は経過措置。

16 移行計画未提出減算 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 診) 老)

令和6年4月1日までの介護医療院等への移行等に関する計画を、4月から9月まで及び10月から翌年3月までの半期ごとに都道府県知事に届け出していない場合は、移行計画未提出減算として、当該半期経過後6月の期間、1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

① 移行計画未提出減算は、別紙様式 10 により、令和 6 年 4 月 1 日までの移行等に関する計画を、4 月から 9 月まで及び 10 月から翌 3 月までの半期ごとに都道府県知事に届け出ている場合、当該半期経過後 6 月の期間、減算することとしたもの。

例えば、令和 3 年 9 月 30 日までに届け出ている場合、令和 3 年 10 月 1 日から令和 4 年 3 月 30 日までの期間、減算となり、その後、令和 3 年 11 月 1 日に届け出た場合は、令和 4 年 4 月 1 日から同年 9 月 30 日まで減算されない。

② 別紙様式 10 について、令和 4 年 4 月 1 日以降は、「令和 4 年 4 月 1 日の予定病床数」の列を、令和 5 年 4 月 1 日以降は、「令和 5 年 4 月 1 日の予定病床数」の列を削除して使用すること。

③ 計画については、あくまでも届出時点の意向を示すものであり、届け出た移行先以外への移行等を否定するものではないことに留意すること。

17 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算 (（予防）短期入所療養介護共通) 病)
--

- 夜間勤務等看護（Ⅰ） 23 単位／日
- 夜間勤務等看護（Ⅱ） 14 単位／日
- 夜間勤務等看護（Ⅲ） 14 単位／日
- 夜間勤務等看護（Ⅳ） 7 単位／日

夜間勤務等看護（Ⅰ）

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 1.5 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ 2 以上であること。
- b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 7 2 時間以下であること。

夜間勤務等看護（Ⅱ）

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 2.0 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ 2 以上であること。
- b 療養病棟における夜勤を行う看護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 7 2 時間以下であること。

夜間勤務等看護（Ⅲ）

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が 1.5 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ 2 以上であること。
- b 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 7 2 時間以下であること。
- c 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が 1 以上であること。

夜間勤務等看護（Ⅳ）

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、当該療養病棟における指定短期入所療養介護の利用者の数及び入院患者の数の合計数が2.0又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ2以上であること。
- b 療養病棟における夜勤を行う看護職員又は介護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が7.2時間以下であること。
- c 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数が1以上であること。

※夜勤体制による減算及び加算の特例について〔老企第40号 第2の7(7)〕

療養型介護療養施設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（Ⅲ）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（第7号イにおいて準用する第2号ロ（1））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、施設単位ではなく、病棟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 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1月又は4週間の夜勤時間帯における看護職員及び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、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1月又は直近4週間の実績の平均値によって判断する。なお、届出直後においては、当該病棟の直近3月間又は12週間の実績の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（以下「夜勤専従者」という。）については、それぞれの夜勤時間数は基準のおおむね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及び延夜勤時間数には、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は除く。ただし、1日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤従事者の夜勤時間数が含まれる。
 - ⑤ 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、入院患者の全員について、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病院において、届け出し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。
- 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）の平均が、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は夜勤体制による加算は算定しないものとする。

⑦ 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。

平成 21 年 Q & A (vol.1) (平成 21 年 3 月 23 日最新情報 vol.69)

(問 99) 夜勤帯を交代制で導入している場合、夜勤を行う者の頭数で要件に該当するか否かを判断するのではなく、夜勤帯に職員が勤務した延べ時間から夜勤帯の時間を割くという方法で算出するのか。

(答) そのとおり。

18 若年性認知症患者受入加算

((予防)短期入所療養介護共通) 病) 診)

若年性認知症患者受入加算 120 単位/日

(特定病院療養病床短期入所療養介護の場合は、60 単位/日)

<算定要件>

- a 受け入れた若年性認知症患者ごとに個別の担当者を定めること
- b 当該患者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと

平成 21 年 Q & A (vol.1) (平成 21 年 3 月 23 日最新情報 vol.69)

(問 101) 一度本加算制度の対象者となった場合、65 歳以上になっても対象のままか。

(答) 65 歳の誕生日の前々日までは対象である。

(問 102) 担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

(答) 若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

19 外泊時費用の算定 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病) 診) 老)

外泊時費用 362 単位/日

<算定要件>

- a 1 月に 6 日を限度
- b 外泊の初日及び最終日は、算定できない。

入院患者が外泊したときの費用の算定について

① 外泊時の費用の算定について、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) 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 外泊の終了……………所定単位数を算定

② 入院患者の外泊の期間中にそのまま退院した場合は、退院した日の外泊時の費用は算定できる。また、入院患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 入院患者の外泊の期間中で、かつ、外泊時の費用の算定期間中にある場合は、当該入院患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、当該入院患者の同意があれば、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。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) 月をまたがる外泊の場合

外泊期間：1月25日～3月8日

1月25日 外泊……………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 外泊の終了……………所定単位数を算定

※上記例のとおり、月を連続してまたがる場合にのみ最大12日分の算定ができ、毎月ごとに6日分の外泊時費用の算定ができるものではない。

ロ 「外泊」には、入院患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、当該入院患者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。

算定基準留意事項

20 試行的退院サービスの算定 ((予防)短期入所療養介護を除く) 病)

試行的退院サービス 800単位/日

退院が見込まれるものを試行的に退院させ、その居宅において、指定介護療養型医療施設が居宅サービスを提供する場合に算定する。

<算定要件>

a 1月に6日を限度。

b 試行的退院に係る初日及び最終日は算定できない。

c 外泊時費用の算定を行う場合は算定しないこと

他科受診時費用 362単位/日

<算定要件>

- a 1月に4日を限度。
 - b 入院患者に対し専門的な診療が必要な場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し他の病院または診療所において当該診療が行われた場合。
 - c 他医療機関と特別の関係※にないこと。
- ※ 「特別の関係」とは、以下に掲げる関係をいう。
- ア 当該医療機関と当該他の医療機関の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該医療機関と当該他の医療機関は特別の関係にあると認められる。
 - (イ) 当該医療機関の開設者が、当該他の医療機関の開設者と同一の場合
 - (ロ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者と同一の場合
 - (ハ) 当該医療機関の代表者が、当該他の医療機関の代表者の親族等の場合
 - (ニ) 当該医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の医療機関の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
 - (ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該医療機関が、当該他の医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができる」と認められる場合に限る。）
 - イ 「医療機関」とは、病院又は診療所をいう。
 - ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。
 - (イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者
 - (ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの
 - (ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

- ※ 指定介護療養型医療施設は、必要な医療を提供する施設であり、施設サービス費又は短期入所療養介護費に含まれる診療は、別途医療保険で請求できない。
- ※ 施設サービス費又は短期入所療養介護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。
- ※ 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設（短期入所療養介護）以外での診療が必要となった場合は、他医療機関へ転医又は対診によることが原則。
- ※ 急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合は、医療保険適用病床に転床し、すべて医療保険により算定することが原則（転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様の取扱い）。
- ※ 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において医療行為が行われた場合は、介護保険の施設サービスに相当する療養以外の診療報酬を「入院外」のレセプトで請求すること（患者負担も通常外来に要する費用負担となる）。
- ※ 療養病棟に該当する病棟が1つである病院又は診療所において、あらかじめ届け出ている場合は、最大2室8床までは、介護保険適用病床に要介護者以外の患者を受入れ、医療保険から給付を受けることが可能。

- ※ 介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行う。
- ※ 他科受診時費用を算定した日においては、特定診療費に限り別途算定できる。ただし、同一の診療項目については、医療保険と介護保険での重複算定はできない。
- ※ 他医療機関において診療が行われる場合は、当該患者が入院している介護療養医療施設が、当該他医療機関に対し当該診療に必要な情報を文書により提供する（この費用は介護療養型医療施設が負担）とともに、診療録にその写しを添付すること。
- ※ 眼科等の専門的な診療が必要になり、かつ介護療養型医療施設にその診療科がない場合は、その専門的な診療科を標榜する他医療機関（特別の関係にあるものを除く）が、外来診療として医療保険で算定することになる。

平成 21 年 Q & A (vol.2) (平成 21 年 4 月 17 日最新情報 vol.79)

(問 3 8) 他科受診時の費用を算定した日については、どの加算が算定できるのか。

(答) 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は算定できる。

2 2 初期加算の算定 ((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

初期加算 30 単位/日

<算定要件>

入院した日から起算して 30 日以内の期間について算定する。

2 3 退院時指導等加算の算定 ((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

(1) 退院時等指導加算

a 退院前訪問指導加算 460 単位/回

- ・入院期間が 1 月を超える（見込みを含む）
- ・退所後生活する居宅を訪問し、当該入院患者及び家族等に対し療養上の指導を行った場合に、入院中 1 回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる入院患者にあっては、2 回）を限度として算定する。
- ・退院日に算定。

b 退院後訪問指導加算 460 単位/回

- ・退院後 30 日以内に当該入院患者の居宅を訪問し、当該入院患者及び家族等に対し療養上の指導を行った場合に、退院後 1 回を限度として算定する。
- ・訪問日に算定。

(a、b 共通)

- ・退院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、当該入院患者の同意を得て、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。

- ・ 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。
- ・ 指導日、指導内容の要点を診療録等に記載すること。

- ① 退院前訪問指導加算については、入院期間が1月を超えると見込まれる入院患者の退院に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入院患者が退院後生活する居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行った場合に、入院中1回に限り算定するものである。なお、介護療養型医療施設においては、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。この場合にあつては、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。
- ② 退院後訪問指導加算については、入院患者の退院後30日以内に入院患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。
- ③ 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こと。
- ④ 退院前訪問指導加算及び退院後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。
 - a 退院して病院又は診療所へ入院する場合
 - b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - c 死亡退院の場合
- ⑤ 退院前訪問指導及び退院後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ⑥ 退院前訪問指導及び退院後訪問指導は、入院患者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ⑦ 退院前訪問指導及び退院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。

算定基準留意事項

c 退院時指導加算

400単位/回

- ・ 入院期間が1月を超える
- ・ 退院時に入院患者及び家族等に対し退院後の療養上の指導を実施。
- ・ 指導日、指導内容の記録の整備

- ① 退院時指導の内容は、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 退院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 退院する者の介助方法の指導
- ② 退院時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。
 - a 退院して病院又は診療所へ入院する場合
 - b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - c 死亡退院の場合
- ③ 退院時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ④ 退院時指導は、入院患者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ⑤ 退院時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

算定基準留意事項

d 退院時情報提供加算

500単位／回

- ・ 入院期間が1月超える
- ・ 本人の同意を得て主治の医師に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介を行う。

- ① 退院後の主治の医師に対して入院患者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2の文書に必要な事項を記載の上、入院患者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こと。
- ② 退院時情報提供加算は、次の場合には算定できないものであること。
 - a 退院して病院又は診療所へ入院する場合
 - b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - c 死亡退院の場合

※別紙様式2については、厚生労働省のHP等で確認すること。

算定基準留意事項

e 退院前連携加算

500単位／回

- ・ 入院期間が1月超える
- ・ 退院に先立って居宅介護支援事業者に対し、利用者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて情報提供をし、かつ、居宅サービス等の利用に関する調整を実施。
- ・ 連携を行った日、内容に関する記録の整備

- ① 退所前連携加算については、入院期間が1月を超える入院患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、入院患者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。

- ② 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。
- ③ 退院前連携加算は、次の場合には算定できないものであること。
- a 退院して病院又は診療所へ入院する場合
 - b 退院して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - c 死亡退院の場合
- ④ 退院前連携は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

算定基準留意事項

(a、b、c、d、e 共通)

退院理由が病院、診療所、他の介護保険施設への入院・入所、死亡でないこと。

令和3年Q&A (vol.3) (令和3年3月26日最新情報 vol.948)

(問 89) 介護保険施設サービスにおける退所前連携加算における「退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整」とは、具体的にどのような調整が考えられるのか。
(答)

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

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

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

(2) 訪問看護指示加算

300単位/回

- ・ 入院患者の退院時に、指定介護療養型医療施設の医師が、診療に基づき指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限る。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の利用が必要であると認めた場合。
- ・ 当該入院患者の同意を得て、訪問看護指示書を交付。
- ・ 入院患者1人につき1回を限度として算定。
- ・ 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。

- 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こと。
- ② 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。

算定基準留意事項

関連Q & A

平成24年Q & A (vol.1) (平成24年3月16日)

(問185) 退所(院)前訪問指導加算(退所前相談援助加算)において、入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所した場合の「他の社会福祉施設等」は、具体的には何を指すのか。

(答) 他の社会福祉施設等とは、病院、診療所、及び介護保険施設を含まず、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームを指す。

なお、退所(院)後訪問指導加算(退所後訪問相談援助加算)、退所(院)時情報提供加算、入所前後訪問指導加算においても同様の取扱いである。

2.4 低栄養リスク改善加算

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

低栄養リスク改善加算 300単位/月

<算定要件>

次に掲げる①から⑤までのとおり実施するものとする。

なお、当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第4に基づき行うこと。

- 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、対象となる入院患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。)
- ② 月1回以上、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会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した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、低栄養状態の改善等を行うため

の栄養管理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、介護療養型施設サービスにおいては、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、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとする。

入院患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。なお、テレビ電話装置等を活用するに当たっては、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。

- ③ 当該計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入院患者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入院患者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。低栄養リスク改善加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は入院患者又はその家族の同意を得られた月から起算して6月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。
- ④ 低栄養状態の改善等のための栄養管理が、入院患者又はその家族の同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。
- ⑤ 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、低栄養リスク改善加算は算定できない。

平成30年Q&A (vol.1) (平成30年3月23日最新情報 vol.629)

(問187) 週5回以上の食事の観察について、管理栄養士は必ず週5回以上実施する必要があるか。

(答) 食事の観察については、管理栄養士が1日1回、週5日以上実施することを原則とする。病欠等の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、介護職員等の他職種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。

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

問90 運営基準における栄養管理、経口移行加算、経口維持加算、低栄養リスク改善加算の算定にあたって歯科医師の関与や配置は必要か。

(答)

多職種共同で計画を立案する必要があるが、歯科医師の関与および配置は必須ではなく、必要に応じて行うものである。

経口移行加算 28 単位/日

<算定要件>

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院患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。

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。

① 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。

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

ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、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つては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

② 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。

イ 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）。

ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。

ハ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭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。

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。

Q & A（平成27年4月1日最新情報 vol454）

（問121）言語聴覚士又は看護職員による支援とは何か。

（答）入所者等の誤嚥を防止しつつ、経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における特別な配慮のことをいう。

栄養マネジメントの基準を満たさない場合は算定しない。

経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容を介護療養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又は経口維持計画に代替することができることとする。

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

（問91）経口移行加算の算定に当たっては、管理栄養士の配置は必須なのか。

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

26 経口維持加算（（介護予防）短期入所療養介護を除く） 病）診）老）

経口維持加算（Ⅰ） 400単位／月

経口維持加算（Ⅱ） 100単位／月

（1）経口維持加算（Ⅰ）

①別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設であること。

②現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。）を有し、水飲みテスト、食物テスト、頸部聴診法、造影撮

影、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。）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。）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（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主治の医師の指導を受けている場合に限る。）を受けたものを対象。

- ③月1回以上、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、食事の観察及び会議等を行うこと。
- ④入院患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特別な管理（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。）の方法等を示した経口維持計画を作成するとともに、必要に応じた見直しを行うこと。
- ⑤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院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑥計画に基づき管理栄養士等が栄養管理を行うこと。

経口維持加算（Ⅰ）は、栄養管理の基準を満たさない場合、又は経口移行加算を算定している場合は、算定しない。

（２）経口維持加算（Ⅱ）

- ①当該施設が協力歯科医療機関を定めていること。
- ②経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に、医師（人員基準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。

経口維持加算（Ⅱ）は、経口維持加算（Ⅰ）を算定していない場合は、算定しない。

注1 入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

注2 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。

注3 誤嚥等が発生した場合の管理体制（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）が整備されていること。

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成24年厚生労働省告示第96号67】

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

ロ 入院患者の摂食・嚥下機能が医師の判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 上記口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。

平成 24 年 Q & A (vol.1) (平成 24 年 3 月 16 日最新情報 vol.267)

(問 191) 指示を行う歯科医師は、対象者の入所（入院）している施設の歯科医師でなければいけないか。

(答) 対象者の入所（入院）している施設に勤務する歯科医師に限定していない。

平成 21 年 Q & A (vol.2) (平成 21 年 4 月 17 日最新情報 vol.79)

(問 6) 経口維持加算について、ビデオレントゲン撮影や内視鏡検査を行った場合、費用は利用者の負担となると考えてよろしいか。

(答) 造影撮影（造影剤使用撮影）の場合、老人性認知症疾患療養病床以外の介護保険施設に入所している者については、当該検査を実施した医療機関がその費用を医療保険で算定可能である。

また、内視鏡検査（喉頭ファイバースコープ）の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設入所者については、医療保険で算定可能である。

なお、歯科医療については、医学管理等を除いて、医科の場合のような往診、通院についての施設療養と保険診療の調整の措置は採られていないこと。

平成 30 年 Q & A (vol.1) (平成 30 年 3 月 23 日最新情報 vol.629)

(問 73) 経口維持加算（I）の嚥下機能評価について、造影撮影や内視鏡検査以外での評価（水飲みテストなど）で嚥下機能評価している場合でも可能か。

(答) 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト（「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」等を含む。）、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。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。）等により誤嚥が認められる場合に算定できるものである。

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

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

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

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

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

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

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

(問94) 水飲みテストとはどのようなものか。

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

27 口腔衛生管理加算

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) 診) 老)

口腔衛生管理加算 90単位/月

入院患者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、歯科衛生士が入院患者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行うもの。

<算定要件>

イ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合。

ロ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。

ハ 歯科衛生士が、当該入所者に係る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

【別に厚生労働大臣が定める基準→(平成12年3月8日老企第40号)】

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

② 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びそ

の他必要と思われる事項に係る記録を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。

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

⑥ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上算定された場合には算定できない。

※別紙様式3については、厚生労働省のHP等で確認すること。

平成30年Q&A (vol.1) (平成30年3月22日最新情報 vol.629)

(問77) 口腔衛生管理加算は、一人の歯科衛生士が、同時に複数の入所者に対して口腔ケアを行った場合も算定できるのか。

(答) 利用者ごとに口腔ケアを行うことが必要である。

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

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

(答) 貴見のとおり。

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

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

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

ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

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

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

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

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

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

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

28 療養食加算

((予防) 短期入所療養介護共通)

(病) (診) (老)

療養食加算 6単位/回 (短期入所療養介護は8単位/回)

※1日につき3回を限度とする。

<算定要件>

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

イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

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

ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設において行われていること。

療養食加算は、経口移行加算又は経口維持加算との併算定が可能である。

【別に厚生労働大臣が定める療養食→平成24年厚生労働省告示第95号72】

→平成24年厚生労働省告示第95号23を準用

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成24年厚生労働省告示第96号35】

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

平成21年Q & A (vol.2) (平成21年4月17日最新情報 vol.79)

(問10) 療養食加算の対象となる脂質異常症の入所者等について、薬物療法や食事療法により、血液検査の数値が改善された場合でも、療養食加算を算定できるか。

(答) 医師が疾病治療の直接手段として脂質異常症食にかかる食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定できる。

平成30年Q & A (vol.1) (平成30年3月22日最新情報 vol.629)

(問82) 10時や15時に提供されたおやつは1食に含まれるか。

(答) おやつは算定対象に含まれない。

平成 30 年 Q & A (vol.1) (平成 30 年 3 月 22 日最新情報 vol.629)

(問 8 3) 濃厚流動食のみの提供の場合は、3 食として理解してよいか。

(答) 1 日給与量の指示があれば、2 回で提供しても 3 回としてよい。

29 在宅復帰支援機能加算 ((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) 診) 老)

在宅復帰支援機能加算 10 単位/日

<算定要件>

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護療養型医療施設であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合に算定する。

イ 入院患者の家族との連絡調整を行っていること。

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

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成 24 年厚生労働省告示第 96 号 97】

→第 70 号の規定を準用

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院した者の総数のうち、当該期間内に退院し、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院期間が 1 月間を超えていた者に限る。）の占める割合が 100 分の 30 を超えていること。

ロ 退院患者の退院後 30 日以内に、当該施設の従業者が当該退院患者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退院患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。

30 認知症専門ケア加算

((介護予防) 短期入所療養介護共通)

(病) 診)

認知症専門ケア加算 (I) 3 単位/日

認知症専門ケア加算 (II) 4 単位/日

<算定要件>

認知症専門ケア加算 (I) (以下の a ~ c のすべてに適合すること)

a 当該施設の入院患者の総数のうち、認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ以上）が 1 / 2 以上。

b 認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修の修了者が、対象者 20 人未満の場合は 1 以上、対象者 20 人以上の場合は 19 人を超えて 10 又はその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

- c 当該施設の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行っていること。

認知症専門ケア加算（Ⅱ）（以下のa～cのすべてに適合すること）

- a 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準にすべて適合すること。
- b 認知症介護指導者研修及び認知症看護に係る適切な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- c 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

令和3年Q & A（vol.4）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

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

（答）・現時点では、以下のいずれかの研修である。

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

令和3年Q & A（vol.4）（令和3年3月26日最新情報 vol.952）

（問38）認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定するためには、当該加算（Ⅰ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

（答）必要ない。例えば加算の対象者が20名未満の場合、

- ・認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
- ・認知症看護に係る適切な研修を修了した者のいずれかが1名配置されていれば、認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）（省略）

平成21年Q & A（vol.1）（平成21年3月23日最新情報 vol.69）

（問112）例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

（答）本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体の実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

(問 1 1 3) 認知症専門ケア加算Ⅱの認知症介護指導者は、研修修了者であれば施設長でもかまわないか。

(答) 認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所又は施設全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

(問 1 1 4) 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合の算定方法如何。

(答) 届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者又は利用者数の平均で算定する。

(問 1 1 5) 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答) 専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには施設・事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象施設・事業所の職員であることが必要である。

なお、本加算制度の対象となる施設・事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所1か所のみである。

(問 1 1 6) 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成12年9月5日老発第623号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成12年10月25日老計第43号)において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

(答) 含むものとする。

平成21年Q&A (vol.2) (平成21年4月17日最新情報 vol.79)

(問 3 9) 「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

(答) 医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

平成 21 年 Q & A (平成 21 年 5 月 13 日最新情報 vol.88)

(問) 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

(答) 認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修(認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修)の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成20年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

従って、平成21年度4月17日発出のQ&A (Vol.2) 問40の答において示したように加算対象となる者が10名未満の場合にあつては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。

なお、平成21年度から行われる認知症介護指導者養成研修については、認知症介護実践リーダー研修の受講修了を前提としたカリキュラムとして見直しが行われたところである。しかしながら、平成21年度については既に募集が開始されていることから、当該研修中に一定のプログラムを補うことにより、認知症介護実践リーダー研修修了者とみなすこととする。

平成22年度以降については、認知症介護指導者養成研修の受講者を認知症介護実践リーダー研修修了者に限定する予定であるので、留意されたい。

3.1 認知症行動・心理症状緊急対応加算

((介護予防) 短期入所療養介護共通) (病) 診)

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

<算定要件>

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、緊急に入院することが適当であると判断した者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合には、入院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害に伴う、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、介護療養型医療施設に一時的に入院することにより、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、緊急に介護療養型医療施設への入院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、当該施設に入院した場合に算定できる。

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、当該施設への入院ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

- 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、入院後速やかに退院に向けた施設サービス計画を策定し、当該入院患者の「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、当該施設へ入院した場合には、当該加算は算定できない。
 - ・ 病院又は診療所に入院中の者
 - ・ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
 - ・ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者
- 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、当該入院患者が入院前1月の間に、当該介護療養型医療施設に入院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。

算定基準留意事項

平成24年Q&A (vol.1) (平成24年3月16日最新情報 vol.267)

(問183) 入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定できるのか。

(答) 当初の入所予定期間も含め、認知症行動・心理症状により緊急に入所した日から7日間以内で算定できる。

(問184) 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるのか。

(答) 本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所の場合、算定できない。

3.2 排せつ支援加算

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

排せつ支援加算 100単位/日

<算定要件>

排せつに介護を要する入院患者であって、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と医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護療養型医療施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入院患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た場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を加算する。ただし、同一入院期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない。

- ① 本加算は、全ての入院患者について、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って排せつの状態を改善することを評価したものである。したがって、例えば、入院患者が尿意・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。
- ② 「排せつに介護を要する入院患者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成30年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「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、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又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、又は「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。
- ④ ③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こととする。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、入院患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様式6の様式を参考に作成する。要因分析及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、介護療養型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。
- 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、個々の入院患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、支援において入院患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、入院患者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入院患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院患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、入院患者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑧ 本加算の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、入院患者又はその家族に説明すること。

算定基準留意事項

平成 30 年 Q & A (vol.1) (平成 30 年 3 月 22 日最新情報 vol.629)

(問84) 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する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

①EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン(平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班)、②男性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)、③女性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)、④便失禁診療ガイドライン(平成29年 日本大腸肛門病学会)

(答) いずれも含まれる。

(問85) 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、1)「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。2) 支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。3)「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

(答)

- 1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。
- 2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。
- 3) 貴見のとおりである。

3.3 安全対策体制加算

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) 診) 老)

安全対策体制加算 20単位(入所時に1回)

<算定要件>

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

* 令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定(令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10

月 31 日までに研修を受講していない場合には、令和 3 年 4 月から 10 月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。

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

(問 39) 安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

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

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

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

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

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

3 4 サービス提供体制強化加算

((介護予防) 短期入所療養介護共通)

病) 診) 老)

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	1 日につき 2 2 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	1 日につき 1 8 単位
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	1 日につき 6 単位

<算定要件>

サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

以下のいずれかに該当すること。

- ① 介護福祉士 8 0 % 以上
- ② 勤続 1 0 年以上の介護福祉士 3 5 % 以上

上記に加え、サービスの質の向上に資する取り組みを実施していること。(介護予防) 短期入所療養介護を除く)

サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

- ① 介護福祉士 6 0 % 以上

サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

以下のいずれかに該当すること。

- ① 介護福祉士 5 0 % 以上
- ② 常勤職員 7 5 % 以上
- ③ 勤続 7 年以上 3 0 % 以上

- * 介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」
- * 常勤職員に係る要件は、「看護、介護職員の総数に占める割合」
- * 勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年以上勤続職員の割合」

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、又は再開した事業所については、4月目以降届出が可能となるものである。

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 前号ただし書きの場合にあっては、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、直ちに介護給付費算定に係る体制等に関する届出書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。具体的には、令和3年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。

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)短期入所療養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。

⑦ 介護療養施設サービスを利用者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士として勤務を行う職員を指すものとする。

Q & A (平成27年4月30日最新情報 vol.471)

(問63) サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月目以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということでのいいのか。

(答) 貴見のとおり。なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならない。その割合については毎月記録する必要がある。

35 介護職員処遇改善加算

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可) (病) (診) (老)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事及び指定都市の市長に届け出た指定介護療養型医療施設が、入院患者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

1. 介護職員処遇改善加算 (I)

算定した単位数の1000分の26に相当する単位数

2. 介護職員処遇改善加算 (II)

算定した単位数の1000分の19に相当する単位数

3. 介護職員処遇改善加算 (III)

算定した単位数の1000分の10に相当する単位数

【問142】 外国人の技能実習制度における介護職種の技能実習生は、介護職員処遇改善加算の対象となるのか。

【答142】 介護職種の技能実習生の待遇について、「日本人が従事する場合の報酬の額と同等以上であること」とされていることに鑑み、介護職種の技能実習生が介護業務に従事している場合、EPAによる介護福祉士候補者と同様に、介護職員処遇改善加算の対象となる。

平成30年4月改定関係Q&A (Vol. 1)

36 介護職員等特定処遇改善加算

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可) (病) (診) (老)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施しているものとして、都道府県知事及び指定都市の市長に届け出た指定介護療養型医療施設が、入院患者に対し、指定介護療養施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1. 介護職員等特定処遇改善加算 (I)

算定した単位数の1000分の15に相当する単位数

2. 介護職員等特定処遇改善加算 (II)

算定した単位数の1000分の11に相当する単位数

【介護職員処遇改善加算】 【介護職員等特定処遇改善加算】

※詳細については、以下を参照すること。

- ・介護サービス事業者等集団指導《共通編》
- ・厚生労働省局長通知「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和5年3月1日付け老発0301第2号)

・市ホームページ

熊本市ホームページ：トップページ＞分類から探す＞しごと・産業・事業者向け＞届出・証明・法令・規制＞介護・福祉＞介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について

37 介護職員等ベースアップ等支援加算（令和4年度新設）
（（介護予防）短期入所療養介護も算定可） 病）診）老）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事（市長）に届け出た指定介護療養型医療施設が、利用者に対し、指定介護療養型医療施設サービスを行った場合は、算定した単位数の1000分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※令和4年10月1日から適用

詳細については、以下を参照すること。

- ・介護サービス事業者等集団指導《共通編》
- ・厚生労働省局長通知「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和5年3月1日付け老発0301第2号）
- ・市ホームページ

熊本市ホームページ：トップページ＞分類から探す＞しごと・産業・事業者向け＞届出・証明・法令・規制＞介護・福祉＞介護職員等処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について

※（介護予防）短期入所療養介護のみに関する介護報酬算定

38 送迎加算 **病）診）老）**

184単位／片道

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき184単位を所定単位数に加算する。

39 食堂を有しない場合の減算 **診）**

診療所における指定短期入所療養介護事業所については、食堂を有していない場合、1日につき2.5単位を所定単位数から減算する。

40 緊急短期入所受入加算 **病）診）老）**

緊急短期受入加算 90単位/日

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

<算定要件>

- ・ 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めていること。
- ・ 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行っていること。
- ・ 利用を開始した日から起算して、7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を算定の限度とすること。
- ・ 「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。

① 本加算は、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。

② やむを得ない事情により、当該介護支援専門員との事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合であって、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても、当該加算を算定できる。

③ 本加算の算定対象期間は原則として7日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14日を限度に引き続き加算を算定することができること。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。

④ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。

⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合には、当該加算は算定できないものであること。

⑥ 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

算定基準留意事項

4 1 特定診療費について

特定診療費について、詳しくは、以下の告示を参照のこと

「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）

(最終改正：令和3年3月15日厚生労働省告示73)

「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施設基準等」

●厚生省告示第31号(平成12年2月10日)

(最終改正：平成30.3.22厚生労働省告示78)

「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特別な薬剤」

●厚生省告示第32号(平成12年2月10日)

(最終改正：平成30.3.22厚生労働省告示78)

「特定診療費の算定に関する留意事項について」

■平成12年3月31日 老企第58号

(最終改正：令和3老高発0316第3号老認発0316第6号老老発0316第5号)

※特定診療費の算定にあたっては、以下の告示上の要件に加え、「特定診療費の算定に関する留意事項について」の「第3 施設基準等」を満たす必要がある。

※特定診療費に関する留意事項等として、施設基準の概要等を本書末尾に添付しているので参考とされたい。

40-1 感染対策指導管理

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可) (病) (診) (老)

感染対策指導管理 6単位/日

<算定要件>

- 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。
- ハ 施設全体として常時感染対策をとっていること。

40-2 褥瘡対策指導管理

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可) (病) (診) (老)

褥瘡対策指導管理 6単位/日

<算定要件>

- イ 褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。
- ロ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)B以上に該当する患者に対し、常時褥瘡対策を実施していること。

40-3 初期入院診療管理

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) (診) (老)

初期入院診療管理 250単位/回

※入院中1回(診療方針に重要な変更があった場合は2回)を限度とする。

<算定要件>

- 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院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 当該診療計画が入院した日から起算して2週間以内に、患者に対し文書により交付され説明がなされるものであること。
- ニ 当該入院患者が過去3月間（ただし、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する者の場合は過去1月間とする。）に当該介護療養型医療施設に入院したことがないこと。
- ホ 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合は算定できない。

40-4 重度療養管理

(短期入所療養介護のみ) (※要介護4又は要介護5に該当するものに限る) 病) 診) 老)

重度療養管理 1 2 3 単位/日

<算定要件>

- ・利用者が次のいずれかに該当する状態にあること
- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害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 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ・利用者に対し、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、当該処置日について算定する。
- ・当該処置日、その内容等を診療録に記載すること。

40-5 特定施設管理

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

特定施設管理 2 5 0 単位/日

※個室又は2人部屋においてサービス提供する場合は、個室の場合にあつては1日につき300単位、2人部屋の場合にあつては1日につき150単位を加算

<算定要件>

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院患者に対して、サービス提供していること。

40-6 重症皮膚潰瘍管理指導

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

重症皮膚潰瘍管理指導 1 8 単位/日

<算定要件>

- イ 褥瘡対策指導管理の基準を満たしていること。
- ロ 皮膚科又は形成外科を標ぼうしている病院又は診療所であること。
- ハ 重症皮膚潰瘍を有する入院患者について皮膚泌尿器科若しくは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。

- ニ 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。
- ホ 重症皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行っていること。
- ヘ 治療内容等について診療録に記載すること。

40-7 薬剤管理指導

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

薬剤管理指導 350 単位/回 ※週 1 回に限り月 4 回を限度とする。

※疼痛緩和のために特別な薬剤（麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第一号に規定する麻薬）の投与又は注射が行なわれている患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、1 回につき 50 単位を加算する。

<算定要件>

- 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 利用者又は入院患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。
- ニ 当該施設の薬剤師が、医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき本人又はその家族等に対し直接服薬指導を行っていること。
- ホ 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者に面接・聴取し、基礎的事項を把握すること。
- ヘ 算定日を請求明細書の摘要欄に記載すること。
- ト 患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、患者情報、薬学的管理の内容等の必要事項を記載し、最後の記入日から最低 3 年間保存すること。

40-8 医学情報提供

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

医学情報提供 (Ⅰ) 220 単位/回

※ 1 退院につき 1 回に限る。

医学情報提供 (Ⅱ) 290 単位/回

<算定要件>

- ・他の医療機関での入院治療の必要性を認め、患者の同意を得て当該機関に対し、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行なっていること。
- ・交付した文書の写しを診療録に添付すること。
- ・情報提供内容が、患者に対し交付された診断書等であり、当該患者より自費を徴収している場合又は意見書等でありその交付について診療報酬、公費で既に相応の評価が行われている場合には算定できない。

(Ⅰ) 診療所→診療所、病院→病院

(Ⅱ) 診療所→病院、病院→診療所

理学療法 (Ⅰ) 1 2 3 単位/回

理学療法 (Ⅱ) 7 3 単位/回

※ 1 日 3 回 (作業療法又は言語聴覚療法と併せて 1 日 4 回) に限る。

<算定要件>

イ 理学療法 (Ⅰ)

①厚生労働大臣が定める以下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医療機関であること。

- ・理学療法士が適切に配置されていること。
- ・利用者又は入院患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。
- ・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。
- ・当該療法を行うにつき必要が器械及び器具が具備されていること。

② (介護予防) 短期療養のみ

- ・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要介護認定若しくは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。

ロ 理学療法 (Ⅱ)

- ・イ①以外の医療機関であること。
- ・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うものを含む個別的訓練を行うこと。

イロ共通

- ①理学療法士又は従業者と患者が 1 対 1 で個別訓練を 20 分以上行っていること。
- ②訓練の開始時及びその後 3 か月に 1 回以上患者に対して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こと。
- ③利用を開始又は入院した日から起算して 4 月を越えた期間において、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。
- ④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。

(介護予防) 短期療養のみ共通

- ①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はない。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。

40-10 作業療法

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

作業療法 123 単位/回

※1日3回(理学療法又は言語聴覚療法と併せて1日4回)に限る。

<算定要件>

- (1) 作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) 利用者又は入院患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。
- (3) 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。
- (4) 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。

※上記の施設基準以外は理学療法と同様

40-11 言語聴覚療法

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

言語聴覚療法 203 単位/回

※1日3回(理学療法又は作業療法と併せて1日4回)に限る。

<算定要件>

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入院患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。

※上記の施設基準以外は理学療法(I)(II)共通③④と同様

集団コミュニケーション療法 50単位/回 ※1日3回に限る

<算定要件>

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 入院患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、器具が具備されていること。

- ① 集団コミュニケーション療法に係る特定診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ複数の患者に対し、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定診療費は、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、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患者に対し、言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定する。同時に行う患者数については、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、過度に患者数を多くして、患者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、患者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。
- 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回以上患者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。

平成21年Q&A (vol.1) (平成21年3月23日最新情報 vol.69)

(問98) 集団コミュニケーション療法について、算定要件に「常勤かつ専従の言語聴覚士」の配置とあるが、この際の言語聴覚士は、他病棟も兼務した言語聴覚士では算定できないのか。

(答) 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配置すれば足りる。

40-13 摂食機能療法

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診)

摂食機能療法 208単位/日 ※1月に4回を限度とする。

<算定要件>

摂食機能障害を有する患者に対して、個別の診療計画書に基づき、医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護職員、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上摂食機能療法を行うこと

40-14 短期集中リハビリテーション

((介護予防) 短期入所療養介護を除く)

病) 診)

短期集中リハビリテーション 240単位/日 ※入院日から3月以内

<算定要件>

- ・入院患者の入院した日から起算して3月以内の期間に1週につき概ね3日以上、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うこと。
- ・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。

平成24年Q&A (vol.2) (平成24年3月30日最新情報 vol.273)

(問39) 入退院や転棟を繰り返している場合の短期集中リハビリテーション実施加算の算定はどうか。

(答) 介護療養型医療施設を退院後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合には退院日から3ヶ月経過していなければ算定できない。なお、別の介護療養型医療施設に入院した場合は算定できる。

なお、

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中で別の医療機関に入院したため、退院となった後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合、再入院時には、短期集中リハビリテーション実施加算を算定すべきだった3ヶ月の残りの期間については、短期集中リハビリテーション実施加算を再度算定することができる。
- ② 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は終了後3ヶ月に満たない期間に4週間以上の入院後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者に限り、短期集中リハビリテーション実施加算を再度算定することができる。

平成21年Q&A (vol.1) (平成21年3月23日最新情報 vol.69)

(問97) リハビリテーションマネジメント加算が包括化されたことから、リハビリテーション実施計画書は作成しなくてもよいのか。

(答) 理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法の実施に当たっては、リハビリテーションの提供に関する実施計画を立てる必要がある。

なお、今回の介護報酬改定に伴い、特定診療費の解釈通知を改正し、リハビリテーション実施に当たっての留意点を追加したところであるので、参照されたい。

40-15 認知症短期集中リハビリテーション加算

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) (病) 診) 老)

認知症短期集中リハビリテーション加算 240単位/日

※入院日から3月以内かつ1週に3回を限度

<算定要件>

- イ 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 入院患者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

- 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 当該リハビリテーション加算は、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、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）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つては、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、介護療養施設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）は利用者毎に保管されること。
- 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リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去3月間の間に、当該リハビリテーション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。

平成 21 年 Q & A (vol.2) (平成 21 年 4 月 17 日最新情報 vol.79)

(問 4 2) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後 3 ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

(答) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後 3 ヶ月に満たない期間に、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、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに 3 月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに 3 月以内に限り算定できる。

40-16 精神科作業療法

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診) 老)

精神科作業療法 220 単位/日

<算定要件>

- イ 作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入院患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 当該作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ニ 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患者 1 人当たり 1 日につき 2 時間を標準とする
- ホ 1 人の作業療法士が 1 人以上の助手とともに作業療法を実施した場合に算定する。1 日当たりの取扱い患者数は、概ね 25 人を 1 単位として、作業療法士 1 人につき 1 日 3 単位 75 人以内を標準とする。
- ヘ 作業療法を実施した場合は、その要点を個々の患者の診療録に記載すること。

40-17 認知症老人入院精神療法

((介護予防) 短期入所療養介護も算定可)

病) 診) 老)

認知症老人入院精神療法 330 単位/週

<算定要件>

- ①精神科医師の診療に基づき対象となる患者ごとに治療計画を作成し行うもの。
- ②精神科医師 1 人及び臨床心理技術者等 1 人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(精神科医師は必ず 1 人以上従事)。
- ③ 1 回に概ね 10 人以内の患者を対象として、1 時間を標準として実施。
- ④実施内容、要点及び時刻について診療録等に記載。

特定診療費に関する留意事項等

特定診療加算項目	届出 要	算定の可否						留意事項通知における施設基準等の概要 (※詳細は、青本p925を参照のこと)
		病院		診療所		老人性		
		長	短	長	短	長	短	
感染対策指導管理	×	○	○	○	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・院内感染防止対策委員会が設置され、定期的(月1回程度)に開催。参考(様式2)。 ・感染情報レポートが週1回程度作成・活用されていること。 ・各病室に水道又は速乾式手洗い液等が設置されていること。
褥瘡対策指導管理	×	○	○	○	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・日常生活の自立度ランクB以上に該当する入院患者につき、別紙様式3を参考に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。 ・体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制整備。
初期入院診療管理	×	○	×	○	×	○	×	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師、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、入院後2週間以内に患者に対し説明を行い、患者又は家族から同意を得ること。参考(様式4)。 ・入院に際して必要な医師の診察、検査等には、院内感染対策としての検査も含まれるものであること。 ・入院患者又はその家族に対して、病名等の情報提供・説明を行うにあたっては、文書を交付するとともに、その写しを診療録に貼付。
重度療養管理 (注:要介護4又は5に該当するものに限り)	×	×	△	×	△	×	△	<ul style="list-style-type: none"> ・算定できる患者の状態については青本p926を確認のこと ・請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載すること
特定施設管理	×	○	○	○	○	×	×	
重症皮膚潰瘍管理指導	○	○	○	○	○	×	×	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策に関する基準を満たしていること ・個々の患者に対する看護計画の策定、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の体制 ・その他褥瘡等の予防及び治療にふさわしい体制 ・施設基準の届出は、様式5を用いること。
薬剤管理指導	○	○	○	○	○	×	×	<ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関に常勤薬剤師が、2人以上配置されていること。 ・医薬品情報管理室を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置。 ・入院患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、薬学的管理及び患者指導を行っていること。 (届出に関する事項) ・施設基準の届出には、様式6を用いて提出すること。 ・当該医療機関に従事する薬剤師の勤務形態を様式7を用いて提出すること。なお、備考欄には、従事している業務の種別・兼務の状況を記載すること。 ・調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図も提出すること。
医学情報提供(Ⅰ)	×	○	○	○	○	×	×	
医学情報提供(Ⅱ)	×	○	○	○	○	×	×	
理学療法(Ⅰ)	○	○	○	○	○	×	×	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士がそれぞれ1人以上勤務すること。ただし、理学療法士については医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。 ・治療・訓練の専用施設の広さは病院100㎡以上、診療所45㎡以上 ・当該療法を行うために必要な専用の器械・器具(青本p927参照)を具備していること。 ・リハビリテーションに関する記録は、患者毎に保管し、常に医療従事者による閲覧が可能であること。 (届出に関する事項) ・施設基準に係る届出は、様式8を用いること。 ・当該治療の従事者の勤務形態を様式7を用いて提出すること。なお、備考欄には、理学療法に関する経験を記載すること。 ・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。
理学療法(Ⅱ)	○	○	○	○	○	×	×	※体制等状況一覧表の提出においては、リハビリテーション提供体制の「その他」で提出すること。

言語聴覚療法	○	○	○	○	○	×	×	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が1名以上勤務すること。 ・専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。 ・専用の療法室として、個別療法室(8㎡以上)を1室以上有していること。 ・当該療法を行うために必要な器械・器具(青本p928参照)を具備していること。 ・リハビリテーションに関する記録は、患者毎に保管し、常に医療従事者による閲覧が可能であること。 (届出に関する事項) ・施設基準に係る届出は、様式8を用いること。 ・当該治療の従事者の勤務形態を様式7を用いて提出すること。 ・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。
集団コミュニケーション療法	○	○	○	○	○	×	×	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が1名以上勤務。 ・専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務。 ・専用の療養室として、8㎡以上の集団コミュニケーション療法室を1室以上有していること。 ・当該療法を行うために必要な器械・器具(青本p928参照)を具備していること。 ・リハビリテーションに関する記録は、患者毎に保管し、常に医療従事者による閲覧が可能であること。 (届出に関する事項) ・施設基準に係る届出は、様式8を用いること。 ・当該治療の従事者の勤務形態を様式7を用いて提出すること。 ・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。
摂食機能療法	○	○	○	○	○	×	×	※体制等状況一覧表の提出においては、リハビリテーション提供体制の「その他」で提出すること。
短期集中リハビリテーション	×	○	×	○	×	×	×	
認知症短期集中リハビリテーション	○	○	×	○	×	○	×	
精神科作業療法	○	○	○	○	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法士は、専従者として最低1人が必要。 ・作業療法士一人に対して、1日患者75人を標準。 ・専用施設の広さは、作業療法士一人に対して75㎡を標準。 ・当該療法を行うために必要な器械・器具(青本p928参照)を具備していること。 ・精神科を標ぼうする医療機関であって、精神科を担当する医師(非常勤でも可)の指示の下に実施するものとする。 (届出に関する事項) ・施設基準に係る届出は、様式9を用いること。 ・当該治療に従事する作業療法士の勤務形態を様式7を用いて提出すること。 ・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。
認知症老人入院精神療法	○	○	○	○	○	○	○	※体制等状況一覧表の提出においては、リハビリテーション提供体制の「その他」で提出すること。

※実際の届出にあたっては、県又は市ホームページから提出書類等を確認して提出すること。

※算定の可否における「長」=介護療養型医療施設、「短」=(介護予防)短期入所療養介護