

平成30年度
新規(更新)指定介護保険事業者研修

目次

I 介護療養型医療施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

II 介護療養型医療施設の人員・設備に関する基準・・・・・・・・・・・・・1

III 介護療養型医療施設の運営に関する基準(抜粋)・・・・・・・・・・・・・7

IV 短期入所療養介護の人員・設備・運営に関する基準・・・・・・・・・・・・・21

V 介護報酬算定に関する基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33

1 通則・・・33

2 基本報酬・・・34

3 介護報酬に係る加算及び減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

4 特定診療費・・・66

介護保険事業者
指定基準と報酬体系

介護療養型医療施設

(介護予防)短期入所療養介護

I 介護療養型医療施設の概要

1 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

○「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の必要な医療を行うことを目的とする施設をいう。

○「介護療養型医療施設サービス」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の必要な医療をいう。

(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。

○ 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型医療施設サービスの提供に努めなければならない。

○ 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（居宅サービス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。

II 介護療養型医療施設の人員・設備に関する基準

1 療養病床を有する病院

従業者の員数	(1)医師・薬剤師・栄養士 療養病床の病棟の	それぞれ医療法に規定する必要数以上 療養病床に関する病棟の入院患者6人に1人以上 (常勤換算方法)
	(2)看護職員	病室単位で指定を受ける病院又は診療所については、当該病室を含む病棟全体について、又は診療所の療養病床等全体について指定介護療養型医療施設の指定を受けたとした場合の必要数を算出し、当該病棟又は診療所の療養病床等に勤務する職員数が当該必要数を満たしておればよい。
		・ 外来勤務と病棟勤務を兼務している職員については、勤務計画表による病棟勤務時間を比例計算の上、職員の数に算入することができる。

(3)介護職員 (常勤換算方法)	療養病床に関する病棟の入院患者6人に1人以上
(4)理学療法士・作業療法士	その施設の实情に応じた適当数
(5)介護支援専門員	① 常勤で1人以上（介護保険専用部分の入院患者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病院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 ① I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） ※ 病床転換による旧療養型病床群であって、医療法施行規則等の一部を改正する省令（H13厚労令第8号）附則第7条による改正前の医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成5年厚生省令第3号）附則第4条の適用を受けた病室に隣接する廊下については、「1.8m以上」を「1.2m以上」と、「2.7m以上」を「1.6m以上」とする。 (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を (6)消火設備など 消化設備その他の非常災害に際して必要な設備を設ける

2 療養病床を有する診療所

従業員数	(1) 医師 療養病床の病室の	1人以上(常勤換算方法) 療養病床に関する病棟の入院患者6人に1人以上(常勤換算方法) 療養病床に関する病棟の入院患者6人に1人以上(常勤換算方法)
管理者	(2) 看護職員 (3) 介護職員 (4) 介護支援専門員	※ 当分の間、療養病床に係る病室に置くべき看護職員及び介護職員については、常勤換算方法で、療養病床に係る病室における入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上。ただし、そのうちの1以上については看護職員とする。 1人以上
設備	療養病床を有する病室 (1) 療養病床に関する病室 (2) 機能訓練室 (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	療養病床を有する病院と同じ 機能訓練を行うために十分な広さ/必要な器械・器具

●用語の定義

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」

(1) 「常勤換算方法」

当該指定介護療養型医療施設の従業員の勤務延時間を当該施設において常勤の従業員が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該施設の従業員数を常勤の従業員の員数に換算する方法をいうもの。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、従業員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、当該従業員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。

Q & A (平成14年3月28日運営基準等に係るQ & A)

○常勤換算方法

(問) 常勤換算方法により算定される従業員が出張したり、また休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。

(答) 常勤換算方法とは、非常勤の従業員について「事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業員の員数に換算する方法」(居宅サービス運営基準第2条第8号等)であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサー

ビスの提供に従事する時間(又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間(待機の時間を含む))として明確に位置づけられている時間の合計数である(居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-(2)等)。以上から、非常勤の従業員の休暇や出張(以下「休暇等」)の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含まれない。
なお、常勤の従業員(事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-1-(3)における勤務体制を定められている者をいう。)の休暇等の期間についてはその期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業員として勤務したものと取り扱うものとする。

(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づけられている時間の合計数とする。なお、従業員一人につき、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員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員が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)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員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。

また、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員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。

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

<p>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時間として取り扱って良いか、当該対象者については30時間勤務することによって「常勤」として取り扱って良いか。</p> <p>(答) そのような取扱いで差し支えない。</p> <p>Q&A (平成27年4月1日最新情報 vol.454)</p> <p>○常勤要件について</p> <p>(問2) 育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者がいる場合、常勤換算方法による人員要件についてはどのように計算すれば良いか。</p> <p>(答) 常勤換算方法については、従前どおり「当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(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、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法」であり、その計算に当たっては、育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者の有無は問題にはならない。</p> <p>Q&A (平成27年4月1日最新情報 vol.454)</p> <p>○常勤要件について</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(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。

3 医療法の基準

医療法施行規則第19条

第1項

一 医師 精神科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、精神科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

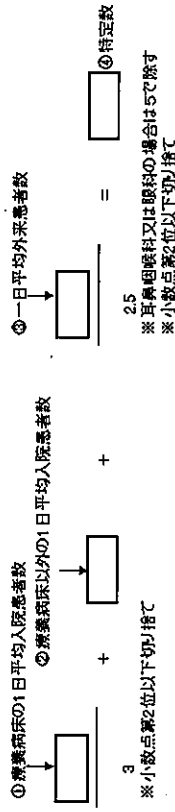
第2項

一 薬剤師 精神科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、精神科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数を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以上の病院にあつては、1

【医師配置数の計算方法】

医療法施行規則第19条



① 特定数 ≤ 52 の場合 医師数は3名以上
 ② 特定数 > 52 の場合 医師数は(④ 特定数 - 52) ÷ 16 + 3

医療法施行規則第49条

<次の要件全てを満たす場合に適用>
 ・病室の全病床数に対し療養病床の占める割合50%以上
 ・医師数が3名未満

③ 特定数 ≤ 36 の場合 医師数は2名以上
 ④ 特定数 > 36 の場合 医師数は(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(小教点2位以下切り上げ)

Ⅲ 介護療養型医療施設の運営に関する基準（抜粋）

- 1 内容及び手続の説明及び同意（基準第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ぬ。

【基準解釈通知】

- (1) 重要事項を記した文書に記載しなければならぬことは
ア 運営規程の概要
イ 従業者の勤務の体制
ウ 事故発生時の対応
エ 苦情処理の体制
オ その他患者がサービスを選択するために必要な重要事項
(2) わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧に言う。
(3) サービスの提供を受けることについての同意は、患者及び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。

- 2 提供拒否の禁止（基準第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。

【基準解釈通知】

- (1) 原則として、入院申込に対して応じなければならない。
(2) 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されている。
(3) 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 サービス提供困難時の対応（基準第6条の3）
患者の病状等を勘案し、自ら必要なサービスを提供することが困難であると認められた場合には、適切な病院又は診療所等を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

- 4 受給資格等の確認（基準第7条）
サービスの提供を求められた場合には、被保険者証によって、被保険資格、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。

- 5 要介護認定の申請に係る援助（基準第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。
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日前には行われよう必要な援助を行わなければならない。

6 入退院（基準第9条）

- (1) 長期にわたる療養が必要であると認められる要介護者を対象に、サービスを提供するものとする。
(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、自身の状況、病歴、生履歴、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。

- 7 サービス提供の記録（基準第10条）
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。
【基準解釈通知】

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。
(※保存期間は条例による)

【基準第29条 基準解釈通知】

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、医療法第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）。

8 利用料等の受領（基準第12条）

- (1) 入院患者から指定介護療養施設サービスについての患者負担として、法第48条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の1割、2割又は3割の支払を受けなければならない。

- (2) 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を提供したときに入院患者から支払いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額の間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

(3) 事業者が入所者等から徴収することができる費用について
 入院患者から徴収する費用については、あらかじめ入院患者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記載した文書(重要事項説明書等)を交付して説明を行い、文書により入所者の同意(①から④まで及び⑥の利用料にかかる同意は文書による。)を得なければならぬ。

- ① 食事の提供に要する費用(食費)
 - ② 居住に要する費用(居住費)
- 「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」平成17年9月7日厚生労働省告示第419号
- ア 入院患者又はその家族に対し、食費と居住費の契約の内容について文書により事前に説明を行い、文書により同意を得ること。
- イ 食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載を行うとともに施設の見やすい場所に掲示を行うこと。
- ウ 居住費について、個室は、室料及び光熱水費、多床室は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案すること。
- エ 食費は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とすること。
- オ 入所者が選定する特別な療養室・特別な食事の提供に係る利用料については、居住費・食費と明確に区別して受領すること。

平成24年Q&A (vol.2) (平成24年3月30日最新情報 vol.278)

(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なものか。

(答) 食費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、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580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。

- ③ 入院患者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用
 - ④ 入院患者が選定する特別な食事の提供に伴う費用
- ※ ③及び④については、「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」平成12年3月30日厚生省告示第123号を参照

⑤ 理美容代

⑥ 指定介護療養施設サービスとして提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入院患者に負担させることが適当と認められるもの。(「その他の日常生活費」という。)

○「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」平成12年3月30日老企第54号

ア 「その他の日常生活費」は、入院患者又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費がこれに該当する。

イ 施設が入院患者から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、次の基準が遵守されなければならない。

(7) 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。

(4) 保険給付対象サービスと明確に区分されないあいまいな名目「お世話料、管理協力費、共益費等」による費用の徴収は認められない。

(7) 入院患者又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。

(2) 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内であること。

(4) 運営規程において定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。

《その他の日常生活費の例》

- ・ 入院患者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用(歯ブラシ、化粧品等の個人の日用品等)
- ・ 入院患者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用(クラブ活動の材料費等)
- ・ 健康管理費(インフルエンザ予防接種に係る費用等)
- ・ 預かり金の出納管理に係る費用
- ・ 私物の洗濯代

※ おむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつを始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できない。

○ これら指定介護療養施設サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付しなければならぬ。(介護保険法施行規則第82条)

9 指定介護療養施設サ―ビスの取扱方針（基準第14条）（H30改正・変更）

- (1) 施設サ―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―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―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。

<p>○ 緊急やむを得ない場合の3要件 [身体拘束ゼロへの手引き]</p> <p>① 切迫性：入院患者本人または他の入院患者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。</p> <p>② 非代替性：身体的拘束等の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。</p> <p>③ 一時性：身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。</p> <p>○ 緊急やむを得ず身身的拘束を行う場合の留意点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（又は数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておくこと。・ 手続や説明者を事前に運営規程等に明文化し、入院患者や家族に対し、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ること。また家族に身体的拘束を行う時点でも、必ず個別に説明を行うこと。・ 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなつた場合には、直ちに解除すること。・ 身体的拘束を行う場合には、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録すること。

(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。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催することにも、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図ること。

【基準解釈通知】

「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、事故防止委員会及び感染対策委員会については、関係する職種等が身体的拘束適正化検討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。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、第三者や専門家の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。

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、決して従業員へ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。

- ア 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。
- イ 介護職員その他の従業員は、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。
- ウ 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。
- エ 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、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- オ 報告された事例及び分析結果を従業員に周知徹底すること。
- カ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

【基準解釈通知】

「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。

- ア 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
- イ 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
- ウ 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
- エ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
- オ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- カ 入所者等に対する当該指針の周知に関する基本方針
- キ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

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

【基準解釈通知】

介護職員その他の従業員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。

(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。

10 施設サービス計画の作成（基準第15条）

(1) 計画担当介護支援専門員による施設サービス計画の作成
指定介護療養型医療施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

(2) 総合的な施設サービス計画の作成
入院患者の日常生活全般を支援する観点から、入院患者に対して提供される地域の住民の自発的な活動によるサービス等の提供について施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

(3) 課題分析の実施
適切な方法により、入所者について、有する能力、置かれている環境等の評価を通じて当該入所者が現在抱える問題を明らかにし、当該入所者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

(4) 課題分析における留意点
解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、入院患者及びその家族に面接を行わなければならない。この場合、面接の趣旨を当該入院患者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

(5) 施設サービス計画原案の作成
入院患者の希望、入院患者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入院患者の家族の希望を勘案し、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般における解決すべき課題、指定介護療養型医療施設サービスの目標及び達成時期、サービスの内容及び提供上の留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

(6) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取
「入院患者に対する指定介護療養型医療施設サービスの提供に当たたる他の担当者」を招集して行うサービス担当者会議の開催や、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者の専門的な見地からの意見を求めるものとする。

(7) 施設サービス計画原案の説明及び同意
「施設サービス計画の原案」の内容について入院患者又はその家族に対して説明し、文書により入院患者の同意を得なければならない。

(8) 施設サービス計画の交付
施設サービス計画を作成したときは、当該施設サービス計画を遅滞なく入院患者に交

付しなければならない。

(9) 施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等
施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて、計画の変更を行うものとする。

(10) モニタリングの実施

モニタリングに当たっては、入院患者及び家族並びに他の担当者との連絡を継続的に行うとともに、特段の事情のない限り、次により行わなければならない。

- ① 定期的に入院患者に面接すること。
- ② 定期的にモニタリングを行い、その結果を記録すること。

(11) 施設サービス計画の変更

次に掲げる場合は、サービス担当者会議の開催、他の担当者に対する照会等により施設サービス計画の変更の必要性について、担当者の専門的な見地からの意見を求めるものとする。

- ① 入院患者が要介護更新認定を受けた場合
- ② 入院患者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
施設サービス計画を変更する際には、原則として、(2) から (8) までの一連の業務を行う必要がある。

11 医師の診療の方針（基準第16条）

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

【基準解釈通知】

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、的確な診断をもととし、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。

12 機能訓練（基準第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リハビリテーションを計画的に行わなければならない。

13 看護及び医学的管理下における介護（基準第18条）

- (1) 1週間に2回以上、入浴又は清しきを実施すること。
- (2) 排泄の自立について必要な援助を行うこと。
- (3) おむつを使用せざるを得ない入院患者のおむつを適切に取り替えること。
- (4) 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うこと。

(5) 離床・着替え・整容その他日常生活上の世話をを行うこと。

【基準解釈通知】

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。

14 食事の提供（基準第19条）

- (1) 入院患者の食事は、栄養並びに入患者の身体の状態、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で行われるよう努めなければならない。

【基準解釈通知】

- ① 夕食時間は午後6時以降とすることが望ましい。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。

15 管理者の責務（基準第23条）

- (1) 管理者は、従業員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
- (2) 従業員に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとする。

16 計画担当介護支援専門員の責務（基準第23条の2）

- 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に関する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。
- (1) 入院申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
 - (2) 入院患者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
 - (3) 当該施設が提供した施設サービスに関する苦情の内容等を記録すること。
 - (4) 当該施設が提供した施設サービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

17 運営規程（基準第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 従業員の職種、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
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ その他施設の運営に関する重要事項

【基準解釈通知】

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。

18 勤務体制の確保等（基準第25条）

- (1) 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、従業員の勤務の体制を定めておかなければならない。
- (2) 従業員の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければならない。

【基準解釈通知】

原則として、月ごと病棟ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置等を明確にする。

19 定員の遵守（老健基準第26条）

入院患者及び病室の定員を超えて入所させてはならない。
ただし、災害があった場合、虐待を受けたものを入所せよとしたり、その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

20 非常災害対策（基準第27条）

「非常災害に関する具体的な計画」を立て、非常災害時における「関係機関への通報及び連絡体制」を整備し、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。

【基準解釈通知】

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び地震、風水害その他の災害に対処するための計画をいう。
- (2) 「関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制」の整備とは、火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めるとしたものである。
- (3) 消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、防火管理者を置くこととされている指定介護療養型医療施設にあってはその者に行わせるものとし、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定介護療養型医療施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるもの

とする。

○水防法等の一部改正（平成29年6月）

市町村地域防災計画に定められた洪水浸水想定区域等又は土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設については、避難確保計画の作成、避難訓練の実施が義務付けられた。

2.1 衛生管理等（基準第28条）

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

【基準解釈通知】

- ・ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求め、常に密接な連携を保つこと。
- ・ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が发出されているので、これに基づき、適切な措置を講ずること。
- ・ 空調設備等により、施設内の室温の確保に努めること。

(2) 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、次に掲げる措置を講じなければならない。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する「感染症対策委員会」を概ね3月に1回以上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。

【基準解釈通知】

- ・ 「感染症対策委員会」は、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員など幅広い職種により構成する。
 - ・ 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、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要である。
 - ・ 委員会は、施設の他の委員会と独立して設置運営することが必要（事故発生防止検討委員会と一体的に設置・運営することも差し支えない。）であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましい。
- また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

② 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための「指針」を整備すること。

【基準解釈通知】

- ・ 「指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
- ・ 平常時の対策としては、施設内の衛生管理、日常のケアにかかると感染対策等が、発生時の対応としては発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課との連携、医療措置、行政への報告等が想定される。

また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

③ 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための「研修」を定期的に実施すること。

【基準解釈通知】

- ・ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。
 - ・ 職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要である。
 - ・ 研修の実施内容については、記録することが必要である。
 - ・ 調理や清掃などの業務を委託する場合には、受託者に対しても、施設の指針が周知されるようにする必要がある。
- ④ 「厚生労働大臣定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行うこと。

2.2 掲示（基準第29条）

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。

2.3 秘密保持等（基準第30条）

- (1) 従業者は、正当な理由なく、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してはならない。
- (2) 従業者であった者が正当な理由なく、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、必要な措置を講じなければならない。
- (3) 居宅介護支援事業者等に対し、入院患者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により当該入所者の同意を得なければならない。

2.4 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止（基準第31条）

- (1) 居宅介護支援事業者による介護保険施設への紹介が、公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して指定介護療養型医療施設を紹介する対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。
- (2) 入院患者による退院後の居宅介護支援事業者の選択が公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該施設から退院患者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

2.5 苦情処理等（基準第32条）

(1) 提供した指定介護療養型医療施設サービスに関する入院患者又は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の設置その他の必要

- な措置を講じなければならぬ。
- (2) 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならぬ。

【基準解釈通知】

- ① 「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情解決の体制及び手順等、当該施設における苦情を解決するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入院患者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示すること等である。
- ② 苦情に対し施設が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければならぬ。
- ③ 苦情の内容等の記録は、5年間保存しなければなりません。
(※保存期間は条例による)
- ④ 施設は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければならない。

□市町村に苦情があった場合

- ・ 提供したサービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければならない。
 - ・ 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- 国民健康保険団体連合会に苦情があった場合
- ・ 提供したサービスに関する入院患者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
 - ・ 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

2 6 地域との連携等 (基準第33条)

- (1) 運営に当たっては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民、ボランティア団体等との連携及び協力を行う等により地域との交流に努めなければならない。
- (2) 提供した施設サービスに関する入院患者からの相談に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援援を行う事業、その他の「市町村が実施する事業」に協力するよう努めなければならない。
- 「市町村が実施する事業」には、
⇒ 介護相談員派遣事業のほか、市町村が老人クラブ、婦人会、その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれる。

2 7 事故発生の防止及び発生時の対応 (基準第34条)

- (1) 事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

- ① 事故が発生した場合の対応、事故が発生した場合等の報告の方法等が記載された事故発生防止のための「指針」を整備すること。

【基準解釈通知】

- ア 施設における介護事故防止に関する基本的考え方や
イ 介護事故発生の防止のための対策を検討する委員会その他の施設内の組織に関する事項
ウ 介護事故発生の防止のための職員研修に関する基本方針
エ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうなようになった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておくことと介護事故に結びつく可能性が高いもの(介護事故等)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
オ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
カ 入院患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
キ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

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

【基準解釈通知】

- ・ 改善のための方策を定め、職員に対し周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意する必要がある。
- ・ 具体的には、次のようなことを想定されること
ア 介護事故等について報告するための様式を整備すること
イ 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、介護事故等について報告するための様式に従い、介護事故等について報告すること。
ウ 事故防止検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
エ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等ととりまとめ、防止策を検討すること。
オ 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。
カ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

- ③ 事故発生の防止のための対策を検討する「事故防止検討委員会」を定期的に開催すること。

【基準解釈通知】

- ・ 「事故防止検討委員会」は、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの幅広い職種により構成された介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会である。
- ・ 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、専任の安全対策を担当する者を決めておく必要がある。
- ・ なお、委員会は他の委員会と独立して設置・運営することが必要(感染症対策

委員会と一体的に設置・運営することも差し支えない)であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

- ④ 従業者に対し、事故発生の防止のための「研修」を定期的に実施すること。
【基準解釈通知】
- ・ 研修の内容は、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。
 - ・ 職員教育を組織的に徹底させるためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。
 - ・ 研修の実施内容については記録が必要である。

- (2) 入院患者に対する、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入院患者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。
- (3) 事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- (4) 入院患者に対するサービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければならない。
【基準解釈通知】
- 損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償能力を有することが望ましい。

- 28 会計の区分(基準第35条)
指定介護療養型医療施設は、指定介護療養施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。
- 29 記録の整備(基準第36条)
(1) 指定介護療養型医療施設は、従業者、施設、構造設備及び会計に関する記録を整備しなければならない。
- (2) 次に掲げる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記録を整備し、そのサービスの提供の日から5年間保存しなければならない。

(※保存期間は条例による)

- ① 施設サービスの計画
- ② 提供したサービスの具体的な内容等の記録
- ③ 身体的拘束を行う場合は、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条の規定による市町村への通知(入院患者が正当な理由なしに指定介護療養施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は入院患者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知)に係る記録
- ⑤ 提供した指定介護療養施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録
- ⑥ 提供した指定介護療養施設サービスに関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録

IV 短期入所療養介護の人員・設備・運営に関する基準

介護保険法における定義(法第8条第10項、法施行規則第13条、第14条)

「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者(病状が安定期にあり、次に掲げる施設に短期間入所して、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を要する者に限る。)について、次に掲げ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。

- 一 介護老人保健施設
- 二 介護療養型医療施設(旧介護保険法)
- 三 介護医療院
- 四 医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床を有する病院若しくは診療所(以下「療養病床を有する病院等」という。)
- 五 診療所(前号に掲げるものを除く。)

1 趣旨、基本方針

- 短期入所療養介護(居宅基準第141条)
- 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的な身体的及び精神的な負担の軽減を図るものではない。

○介護予防短期入所療養介護(予防基準第186条)

その利用者が可能な限りその居宅において、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支援を行うことにより、療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

- 2 人員、設備に関する基準(居宅基準第142条、第143条、予防基準第187条、188条)

	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
従業者の員数	短期入所の利用者を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（H30.4～）	通常の指定

3 運営に関する基準（主な項目）

- (1) 内容及び手続の説明及び同意（居宅基準第125条準用 予防基準第133条準用）
サービス提供の開始に際し、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、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利用申込者の同意を得なければならぬ。

【基準解釈通知】

- ① 重要事項を記した文書に記載しなければならぬことは

- ア 運営規程の概要
 - イ 従業者の勤務の体制
 - ウ 事故発生時の対応
 - エ 苦情処理の体制
 - オ 提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)
 - カ その他患者がサービスを選択するために必要な重要事項
- ② わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧に行う。
他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えない。
- ③ サービスの提供を受けることに（サービスの内容及び利用期間等を含む）についての同意は、利用者及び事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

- (2) 対象者（居宅基準第144条 予防基準第189条）

利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の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を対象とする。

- (3) 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の開始及び終了（居宅基準第126条第2項準用 予防基準第134条第2項準用）

指定短期入所療養介護事業者（指定介護予防短期入所療養介護事業者）は、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）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より、サービス提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めなければならぬ。

らない。

- (4) 提供拒否の禁止（基準第9条準用 予防基準第49条の3準用）

指定短期入所療養介護事業者は、正当な理由なく指定短期入所療養介護の提供を拒否してはならない。

【基準解釈通知】

- ① 原則として、利用申込に対して応じなければならぬ。
- ② 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されている。
- ③ 提供を拒むことのできる正当な理由とは、
- ・ 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
 - ・ 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
 - ・ その他利用申込者に対し自ら適切な指定短期入所療養介護を提供することが困難な場合

- (5) サービス提供困難時の対応（居宅基準第10条準用 予防基準第49条の4準用）

当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定短期入所療養介護事業者等を紹介するなどの必要な措置を速やかに講じなければならぬ。

- (6) 受給資格等の確認（居宅基準第11条準用 予防基準第49条の5準用）

サービスの提供を求められた場合には、被保険者証によって、被保険資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認しなければならぬ。

- (7) 要介護認定の申請に係る援助（居宅基準第12条準用 予防基準第49条の6準用）

要介護認定を受けていない利用申込者については、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

要介護認定の更新の申請が遅くとも当該利用申込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。

- (8) 心身の状況等の把握（居宅基準第13条準用 予防基準第49条の7準用）

利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

- (9) 居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供（居宅基準第16条準用 予防基準第49条の7準用）

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が作成されている場合には、当該居宅サービス計画に沿ったサービスを提供しなければならない。

- (10) サービス提供の記録（居宅基準第19条準用 予防基準第49条の13準用）

サービスを提供したときは、サービスの提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しな

ればならない。

また、サービスを提供したときは、その具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならぬ。

(11) 利用料等の受領 (居室基準第145条 予防基準206条)

① 利用者から指定短期入所療養介護についての利用者負担として、法第41条第4項第2号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の1割、2割又は3割の支払を受けなければならない。

② 法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所療養介護を提供したときに利用者から支払いを受ける利用料の額と、居室サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

③ 事業者が利用者から徴収することができる費用について

利用者から徴収する費用については、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記載した文書(重要事項説明書等)を交付して説明を行い、文書により利用者の同意(aからdの利用料にかかる同意は文書による。)を得なければならない。

a 食事の提供に要する費用(食費)

b 滞在に要する費用(滞在費)

○「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」平成17年9月7日厚生労働省告示第419号

ア 利用者又はその家族に対し、食費と滞在費の契約の内容について文書により事前に説明を行い、文書により同意を得ること。

イ 食費と滞在費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載を行うとともに事業所の見やすい場所に掲示を行うこと。

ウ 滞在費について、個室は、室料及び光熱水費、多床室は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案すること。

エ 食費は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とすること。

オ 入所者が選定する特別な療養室・特別な食事の提供に係る利用料については、居住費・食費と明確に区別して受領すること。

平成24年Q&A (vol.2) (平成24年3月30日最新情報 vol.L273)

(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なものか。

(答) 食費利用者と施設間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、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。

c 利用者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用

d 利用者が選定する特別な食事の提供に伴う費用

※ c及びdについては、「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」平成12年3月30日厚生省告示第123号を参照

e 送迎に要する費用

介護報酬等に係るQ&A vol.2 (12.4.28事務連絡 介護保険最新情報 vol.71)

(問) 指定基準の「利用料等の受領」において、厚生労働大臣が別に定める場合を除いて、送迎に要する費用の支払いを受けることができることになっているが、厚生労働大臣が別に定める場合とはどのような場合なのか。

(答) 厚生労働大臣が定める場合とは、「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みとめられる利用者に対して、その居室と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合」である(指定居室サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月厚生省告示第19号)別表の8の注8)。ただし、利用者の居室が、当該指定短期入所生活介護事業所の「通常の送迎の実施地域」にならない場合には、送迎に係る費用のうち、通常の送迎の実施地域内における送迎に係る費用を超える部分について、利用者から支払いを受けることは可能である。

f 理美容代

g 指定短期入所療養介護として提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの。(「その他の日常生活費」という。)

○「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」平成12年3月30日老企第54号

ア 「その他の日常生活費」は、入院患者又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費がこれに該当する。

イ 事業者が利用者から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、次の基準が遵守されなければならない。

(7) 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスの間に重複関係がないこと。

(4) 保険給付対象サービスと明確に区分されないあいまいな名目「お世話料、管理協力費、共益費等」による費用の徴収は認められない。

- (イ) 利用者又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
- (ロ) 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内であること。

(ハ) 運営規程において定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示されていること。

＜その他の日常生活費の例＞

- ・ 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合には費用（歯ブラシ、化粧品等の個人の日用品等）
- ・ 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合には費用（クラブ活動の材料費等）

※ おむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できない。

- これら指定短期入所療養介護の提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付しなければならぬ。（介護保険法施行規則第65条）

(12) 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の取扱方針

○短期入所療養介護（居宅基準第146条）

- ・ 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等の利用者の心身の状況等を踏まえ、当該利用者の療養を適切に行わなければならない。
- ・ 相当期間にわたって継続して入所する利用者については、短期入所療養介護計画に基づき、適切に行うとともに、サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければならない。
- ・ 事業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用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。
- ・ 自らその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。

○介護予防短期入所療養介護（予防基準第196条）

- ・ 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。
- ・ 主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、自らその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。
- ・ 利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。
- ・ 利用者がその有する能力を最大限に活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。
- ・ 利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。

(13) 身体的拘束等の禁止（居宅基準第146条第4項、第5項）

- ・ 利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- ・ 身体的拘束等を行う場合には、医師がその態様及び時間、その際の入所者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を診療録に記載しなければなりません。

(14) 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の作成（居宅基準第147条予防基準第197条）

- ・ 相当期間（概ね4日以上連続して利用する場合）にわたって継続して入所することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及び置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、サービス提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮し、他の従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画を作成しなければならない。
- ・ 既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って短期入所療養介護計画を作成しなければならない。
- ・ 短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- ・ 短期入所療養介護計画（介護予防短期入所療養介護）を作成したときは、当該計画を利用者に交付しなければならない。

(15) 医師の診療の方針（居宅基準第148条 予防基準第198条）

- ・ 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。
- ・ 常に利用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、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- ・ 利用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たとときは、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。

【基準解釈通知】

医師は、常に利用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、的確な診断をもとし、利用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。

(16) 機能訓練（居宅基準第149条 予防基準第199条）

指定短期入所療養介護事業者は、利用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。

(17) 看護及び医学的管理下における介護（居宅基準第150条 予防基準第200条）

- ・ 1週間に2回以上、入浴又は清しきを実施すること。
- ・ 排泄の自立について必要な援助を行うこと。
- ・ おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えること。

- ・ 病瘡が発生しないよう適切な介護を行うこと。
- ・ 離床・着替え・整容その他日常生活上の世話を行うこと。
- (18) 食事の提供 (居宅基準第151条 予防基準第201条)
 - ・ 利用者の食事は、栄養並びに利用者の身体の状態、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。
 - ・ 自立支援に配慮して、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならない。

【基準解釈通知】

- ① 夕食時間は午後6時以降とすることが望ましい。
- ② 食事の提供に関する業務は、事業者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、施設管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について事業者自ら行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果し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。
- ③ 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。
- ④ 食事内容については、当該事業者の医師又は栄養士を含む会議において検討すること。

- (19) 管理者の責務 (居宅基準第52条準用 予防基準第52条準用)
 - ・ 管理者は、従業員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
 - ・ 従業員に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとする。

- (20) 運営規程 (居宅基準第153条 予防基準第192条)

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

- ① 事業の目的及び運営の方針
 - ② 従業員の職種、員数及び職務の内容
 - ③ 指定短期入所療養介護 (指定介護予防短期入所療養介護) の内容及び利用料その他の費用の額
 - ④ 通常の送迎の実施地域
 - ⑤ 施設の利用に当たった際の留意事項
 - ⑥ 非常災害対策
 - ⑦ その他運営に関する重要事項(「利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」について定めておくことが望ましい)
- (21) 勤務体制の確保等 (居宅基準第101条準用 予防基準第120条の2準用)
 - ・ 利用者に対し、適切な指定短期入所療養介護を提供できるよう、従業員の勤務体制を定めておかなければならない。
 - ・ 従業員の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければならない。

【基準解釈通知】

原則として、月ごと病棟ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非

常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置等を明確にする。

- (22) 定員の遵守 (居宅基準第154条 予防基準第193条)

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。ただし、災害、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

- ① 療養病棟を有する病院又は診療所である指定短期入所療養介護事業所療養病床の定員を超えることとなる利用者数以上
- ② 診療所 (前号に掲げる者を除く。) である指定短期入所療養介護事業所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
- (23) 非常災害対策 (居宅基準第103条準用 予防基準第120条の4準用)

「非常災害に関する具体的な計画」を立て、非常災害時における「関係機関への通報及び連絡体制」を整備し、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。

【基準解釈通知】

- ① 「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防計画 (これに準ずる計画を含む。) 及び地震、風水害その他の災害に対処するための計画をいう。
- ② 「関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制」の整備とは、火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるように従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえようような体制作りを求めることとしたものである。
- ③ 消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、防火管理者を置くこととされている指定短期入所療養介護事業所においてはその者に行わせるものとし、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定短期入所療養介護事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。

- (24) 衛生管理等 (居宅基準第118条準用 予防基準第121条準用)
 - ・ 利用者の使用する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。
 - ・ 事業所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、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
- (25) 掲示 (居宅基準第32条準用 予防基準第53条の4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、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。
- (26) 秘密保持等 (居宅基準第33条準用 予防基準第53条の5準用)
 - ① 従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
 - ② 従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

③ 居宅介護支援事業者等に対し、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により当該利用者の同意を得なければならない。

(27) 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止（居宅基準第35条準用 予防基準第53条の7準用）

居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスをj用jさせることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

(28) 苦情処理等（居宅基準第36条準用 予防基準第53条の8準用）

・ 提供した指定短期入所療養介護に関する利用者又は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の設置その他の必要な措置を講じなければならない。

・ 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

【基準解釈通知】

① 「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情解決の体制及び手順等、当該事業所における苦情を解決するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを利用者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、事業所に掲示すること等である。

② 苦情に対し事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければならない。

③ 苦情の内容等の記録は、5年間保存しなければならない。

(※保存期間は条例による)

④ 事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければならない。

□市町村に苦情があった場合

・ 提供したサービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければならない。

・ 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければならない。

□国民健康保険団体連合会に苦情があった場合

・ 提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

・ 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(29) 地域との連携等（居宅基準第139条、第36条の2準用 予防基準第140条、第53条の9準用）

・ 運営に当たっては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民、ボラン

ティア団体等との連携及び協力を行う等により地域との交流に努めなければならない。

・ 提供した指定短期入所療養介護に関する利用者からの相談に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業、その他の「市町村が実施する事業」に協力するよう努めなければならない。

「市町村が実施する事業」には、

⇒ 介護相談員派遣事業のほか、市町村が老人クラブ、婦人会、その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれる。

(30) 事故発生の防止及び発生時の対応（居宅基準第37条準用 予防基準第53条の10準用）

・ 利用者に対する、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、利用者の居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

・ 事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければならない。

・ 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければならない。

【基準解釈通知】

損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償能力を有することが望ましい。

(31) 会計の区分（居宅基準第38条準用 予防基準第53条の11準用）

指定短期入所療養介護事業者は、指定短期入所療養介護事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

(32) 記録の整備（基準第154条の2 予防基準第194条）

① 指定短期入所療養介護事業者は、従業員、施設、構造物設備及び会計に関する記録を整備しなければならない。

② 次に掲げる利用者に対する指定短期入所療養介護事業の提供に関する記録を整備し、そのサービス提供の日から5年間保存しなければならない。

(※保存期間は条例による)

・ 短期入所療養介護計画

・ 提供したサービスの具体的な内容等の記録

・ 身体的拘束を行う場合は、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

・ 第26条の規定による市町村への通知（利用者が正当な理由なしに指定短期入所療養介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は利用者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、事業者が市町村に行う通知）に係る記録

・ 提供した指定短期入所療養介護に関する利用者及びその家族からの苦情の内容等の記録

・ 提供した指定短期入所療養介護に関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録

V 介護報酬算定に関する基準

1. 通則

(1) 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。

(2) 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とする。病棟によって、複数の届出を行うことはできない。

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である。

Q & A (平成 27 年 4 月 1 日最新情報 vol.454)

○療養機能強化型の基本施設サービス費に係る届出について
(問 145) 複数の病棟を有する病院の場合、病棟単位で療養機能強化型の基本施設サービス費を届け出ることができるか。

(答) 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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知) 7 (3) に示すとおり、病棟単位で届出を行うことはできない。

(3) 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 1 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1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。

2. 基本報酬

(1) 概要(介護療養型医療施設(介護予防)短期入所療養介護)

○病院※ユニット型、経過型は省略

要件	療養型サービス費(Ⅰ)		療養型サービス費(Ⅱ)		療養型サービス費(Ⅲ)	
	強化型A	強化型B	強化型A	強化型B	強化型以外	強化型以外
看護職員数	6:1以上	6:1以上	6:1以上	6:1以上	6:1以上	6:1以上
正帯比率	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上	20%以上
介護職員数	4:1以上	4:1以上	4:1以上	5:1以上	5:1以上	6:1以上
重度者割合	50%以上	30%以上	30%以上	30%以上		
処置実施割合	50%以上	30%以上	30%以上	30%以上		
ターミナルケア割合	10%以上	5%以上	5%以上	5%以上		
生活機能維持改善リハビリ	実施	実施	実施	実施		
地域貢献活動	実施	実施	実施	実施		
医師 介護支援専門員	人員基準欠如でない					
機能訓練室	床面積が内法による測定で40㎡以上					

○診療所

要件	療養型サービス費(Ⅰ)		療養型サービス費(Ⅱ)	
	強化型A	強化型B	強化型以外	強化型以外
看護職員数	6:1以上	6:1以上	6:1以上	3:1以上
介護職員数	6:1以上	6:1以上	6:1以上	
重度者割合	50%以上	40%以上		
処置実施割合	50%以上	20%以上		
ターミナルケア割合	10%以上	5%以上		
生活機能維持改善リハビリ	実施	実施		
地域貢献活動	実施	実施		

(病院・診療所共通の要件)

- ① 療養病棟の病室が、
 - ア 病床数が4床以下
 - イ 床面積が、内法により患者1人につき6.4㎡以上
 - ウ 廊下幅が、内法により1.8m以上(両側居室は、2.7m以上)
- ② 食堂及び浴室を有していること。
(食堂の面積は、内法により療養病床の入院患者一人につき1㎡以上)

(2) 算定区分に係る施設基準を満たさない場合の届出

【留意事項通知】

イ 当該介護療養型医療施設における介護療養施設サービスについて、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つ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介護療養施設サービス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。)

※ 届け出た看護・介護職員の職員配置を満たせなくなつた場合のより低い所定単位数の適用については、看護・介護職員の人員基準欠如減算の例によることとされている。

(3) 重度者割合

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

【留意事項通知】

ロ 施設基準第14号ニ(2)□aについては、ハに示す重篤な身体疾患を有する者トニ示す身体合併症を有する認知症高齢者の合計についてへ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、いずれか一方のみを算定するものとする。

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病要欄に、ハ又はニに示すいずれの状態に適合するものであるかについて、記載要領に示す記号を用いてその状態を記入すること。

また、すべての患者(短期入所療養介護の利用者を除く。)について、医療資源を最も投入した傷病名を、以下診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて記載すること。

ハ 施設基準第14号ニ(2)□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つても差し支えない。

(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 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つて、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ーピー」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)□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 認知症であつて、悪性腫瘍と診断された者

b 認知症であつて、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、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー一症候群)

(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Ⅲb、Ⅳ又はMに該当する者

(4) 処置実施割合

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

【留意事項通知】

ホ 施設基準第14号ニ(2)□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〔診療所にあつては「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」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、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者については、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。〕

「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、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体附加算を算定されている者(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附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こと。

「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。

(5) 重度者割合及び処置実施割合の算出

【留意事項通知】

へ 施設基準第 14 号ニ(2)□a 及び□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。

(6) ターミナルケア割合

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

- 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。

【留意事項通知】

ト 施設基準第 14 号ニ(2)□b の基準については、同号ニ(2)□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。

(7) 生活機能を維持改善するリハビリテーション

【留意事項通知】

チ 施設基準第 14 号ニ(2)□d 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間共同によって、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平成 21 年度介護報酬改定においてリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方に並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成 18 年 3 月 27 日老老発 0327001)で考え方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は、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。

(8) 地域貢献活動

【留意事項通知】

リ 施設基準第 14 号ニ(2)□e 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。

Q & A (平成 27 年 4 月 1 日最新情報 vol.454)

○療養機能強化型の基本施設サービス費に係る届出について

(問 146) 療養機能強化型の基本施設サービス費に係る「算定日が属する月の前 3 月間」とは、どの範囲か。

(答) 療養機能強化型の介護療養型医療施設においては、届出が受理された日から属する月の翌月(届出が受理された日が月の初日である場合は当該月)から算定を開始するものであり、「算定日が属する月の前 3 月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前 3 月間のことをいう。

ただし、算定を開始する月の前月末の状況を届け出ることが困難である場合は、算定を開始する月の前々月末までの状況に基づき前月に届出を行う取扱いとしても差し支えない。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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知) 7 (3) に示すとおり、病棟単位で届出を行うこととはできない。

3. 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行うため、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

(1) 夜勤職員基準と基準未滿の減算（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）

看護職員十介護職員が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

【留意事項通知】

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。

<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象が、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。

(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

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100分の70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。

(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）
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いない場合、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）
基準第2条に定める員数の介護支援専門員を置いていない場合、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）
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（正番比率）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たもの）

（予防）短期入所療養介護共通（病）
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）
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。

【(3)～(7)に係る留意事項通知】

- ① 看護・介護職員の欠如については、人員基準上必要とされる員数から I 1割を超えて減少した場合は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について減算される。
II 1割の範囲内で減少した場合は、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について減算される。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っていない場合を除く。)
- ② 医師、介護支援専門員の欠如については、その翌々月から人員基準欠如が解消された月まで、利用者等の全員について減算される。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っていない場合を除く。)
- ③ 看護・介護職員については、最も低い所定単位数を算定するために必要な員数を満たさない場合にはじめて人員基準欠如となるものであり、最も低い所定単位数を基として減算を行うものであること。

(したがって、例えば看護6:1、介護4:1の職員配置に応じた所定単位数を算定していた指定介護療養型医療施設において、看護6:1、介護4:1を満たさなくなったが看護6:1、介護5:1は満たすという状態になった場合は、看護6:1、介護4:1の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数ではなく、看護6:1、介護5:1の所定単位数を算定するものであり、看護6:1、介護6:1を下回ってはじめて人員基準欠如となるものであること)

なお、届け出た看護・介護職員の職員配置を満たさなくなった場合には、事業者又は施設は、該当することとなった職員配置を速やかに都道府県知事に届け出なければならぬこと。また、より低い所定単位数の適用については、①の例によるものとする。

【100床未満の病院の人員基準欠如などによる減算の特例】

- ① 医療法(昭和23年法律第205号)上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院においては、やむをえない事情により配置されていた職員数が1割の範囲内で減少した場合の人員基準欠如による所定単位数の減算については、当分の間、次のとおり扱うものとする。
イ 看護職員・介護職員の人員基準欠如については、
 - a 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合は、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が減算される。
 - b 1割の範囲内で減少した場合には、その3月後から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が減算される。(ただし、翌々月の末日において人員基準を満たすに至っていない場合を除く。)
- ロ 医師、介護支援専門員の欠如については、その3月後から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が減算される。(ただし、翌々月の末日において人員基準欠如を満たすに至っていない場合を除く。)
- ② 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院において、届け出た看護・介護職員の職員配置を満たさなくなった場合のより低い所定単位数の適用(人員基準欠如の場合を除く)については、①の例によるものとする。

- (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(H30改正・新規)
(予防)短期入所療養介護を除く)病)診)
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(診療所の場合は、この割合に、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)が1.5%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患者の占める割合(診療所の場合は、この割合に、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)が2.0%以上

【留意事項通知】

- 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 イにおいて、「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、口腔衛生管理加算又は口腔機能維持管理加算を算定されている者(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加算を算定されていた者)について、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。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、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者については、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。

ハ イにおいて、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、口腔衛生管理加算、在宅復帰支援機能加算、特定診療費及び非せつ支援加算は適用されない。

(9) 身体的拘束廃止未実施減算 (H.3.0改正・変更)

(予防)短期入所療養介護を除く(病)診
 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、1.0%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、その際の入院患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実施すること。

(10) 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) 1.8 m (両側に居室の場合 2.7 m) 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。

(11) 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。

(医師標準数)

○医療法施行規則第19条

特定数が52まで・・・3人
 特定数が52を超える場合・・・ $\frac{16}{16}$ + 3人

○医療法施行規則第49条

(病院の療養病床の全病床に占める割合が100分の50を超える場合)
 特定数が36まで・・・2人
 特定数が36を超える場合・・・ $\frac{16}{16}$ + 2人

※特定数・・・ $\frac{\text{精神病床及び療養病床の入院患者数}}{3} + \frac{\text{精神病床及び療養病床以外の入院患者数}}{2.5} + \text{外来患者数}$

注1 患者数は、歯科関係の患者は除く。

注2 精神科、耳鼻咽喉科又は眼科については、「2.5」を「5」と読み替える。

(12) 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) 1.8 m (両側に居室の場合 2.7 m) 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。

(13) 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)

※基準に適合しているものとして知事への届出が必要

夜間勤務等看護 (I) 2.3 単位/日

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、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が7.2時間以下であること。

夜間勤務等看護 (II) 1.4 単位/日

- a 療養病棟における夜勤を行う看護職員の数、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が7.2時間以下であること。

夜間勤務等看護 (III) 1.4 単位/日

- 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、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) 7 単位/日

- 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、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。

(参考) 夜勤職員基準

- 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、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3.0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が6.4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。

【留意事項通知】

〔(1) 夜勤職員基準と基準未満の減算〕を参照

(14) 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>

- ① 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
- ② 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
- 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。

(15) 外泊時費用の算定(予防)短期入所療養介護を除く(病)診)

外泊時費用 362単位/日

<算定要件>

- ① 1月に6日を限度
- ② 外泊の初日及び最終日は、算定できない。

【留意事項通知】

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

- ロ 「外泊」には、入院患者の親戚の家に泊る宿泊、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。

(16) 試行的退院サービス(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>

- ① 1月に6日を限度。
- ② 試行的退院に係る初日及び最終日は算定できない。
- ③ 外泊時費用の算定を行う場合は算定しないこと。

(17) 他科受診時費用の算定(予防)短期入所療養介護を除く(病)診)

他科受診時費用 362単位/日

<算定要件>

- ① 1月に4日を限度
- ② 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
- ③ 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は、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
- (ニ) 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ていることと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
- ④ 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型医療施設が、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。

※ 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

※「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用を算定できる場合」（平成20年3月27日厚生労働省告示第128号）及び「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号等）を参照

(18) 初期加算の算定（介護予防）短期入所療養介護を除く（病）診

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。

【留意事項通知】

- ① 患者が過去3月間（日常生活自立度のランクⅢ、ⅣまたはMに該当する場合は過去1月間）に当該施設に入院したことがない場合に算定
- ② 当該施設の短期入所療養介護利用者が日を空けることなく引き続き入り所した場合は、短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定
- ③ 「入院日から30日間」中に、外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算は算定できない。

※ 医療療養病床から介護療養型医療施設へ転棟した場合には、初期加算が、入院した当初には施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることを評価する趣旨であるので、医療保険の入院日数を30日から控除することが適当

(19) 退院時指導等加算の算定（H30改正・変更）

((介護予防) 短期入所療養介護を除く) 病) 診)

(一) 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院する場合であって、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。

【留意事項通知】

- 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。この場合にあっては、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。

o 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

【留意事項通知】

- 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。

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。

【留意事項通知】

- 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、退院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

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。

【留意事項通知】

- ① 退院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、退院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回に限り退院日に加算を行うものであること。
- ② 退院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。

(二) 訪問看護指示加算 3000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り。）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り。）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。

【留意事項通知】

- 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、特に退院する者の求めに応じて、退院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。

平成24年Q&A (vol.1) (平成24年3月16日)

(問185) 退院前訪問指導加算において、入所者が退院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、退院後訪問指導加算、退院時情報提供加算においても同様の取扱いである。

(20) 栄養マネジメント加算 (H30改正・変更)
(介護予防) 短期入所療養介護を除く(病) 診)

栄養マネジメント加算 14単位/日

※基準に適合しているものとして知事への届出が必要

<算定要件>

- a 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
- b 入院患者の栄養状態を入院時に把握し、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していること。
- c 入院患者ごとの栄養ケア計画に従い、栄養管理を行っているとともに、入院患者の栄養状態を定期的に記録していること。
- d 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していること。
- e 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。

【留意事項通知】

- ① 栄養ケア・マネジメントは、入院患者ごとに行われるケア・マネジメントの一環として行われることに留意すること。また、低栄養状態のリスクにかかわらず、原

- 則として入院患者全員に対して実施するべきものであること。
- ② 施設に常勤の管理栄養士を1名以上配置する。調理業務の委託先によるみ管理栄養士が配置されている場合は算定不可。
- ③ 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院又は地域密着型介護老人福祉施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定できる。
- ただし、施設が同一敷地内に1の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合であって、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定できる。
- ④ 下記イ～トに掲げているとおり入所者毎に栄養ケア・マネジメントを実施すること。
- イ 施設入所時に、「栄養スクリーニング（＝低栄養状態のリスクの把握）」を行うこと。
- ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、「栄養アセスメント（＝解決すべき課題の把握）」を行うこと。
- ハ 栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、栄養ケア計画を作成すること。
- ※ 作成した栄養ケア計画は、入所者又はその家族に説明し、同意を得ること。
- ※ 栄養ケア計画の記載事項
- ・ 栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）
 - ・ 栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）
 - ・ 解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等
 - ・ 栄養状態のモニタリング間隔・・・等
- ニ 栄養ケア計画に基づき栄養ケア・マネジメントを実施し、栄養ケア計画に実施上の問題があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ホ 栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。
- 【モニタリング間隔】
低栄養状態のリスクが高い者（栄養補給方法の変更の必要性があるもの）
・・・概ね2週間毎
低栄養状態のリスクが低い者・・・概ね3月毎
- ヘ 低栄養状態のリスクにかかわらず、少なくとも月1回、体重を測定するなど、入所者の栄養状態の把握を行うこと。
- ト 概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと
- ⑤ 栄養ケア計画を作成し、患者又はその家族に説明し、その同意を得られた日から算定を開始するものとする。

- (21) 低栄養リスク改善加算（H30改正・新設）
（介護予防）短期入所療養介護を除く（病）診
低栄養リスク改善加算 300単位/月

<算定要件>

- ① 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ・ 経口移行加算若しくは経口維持加算を算定している場合は、算定しない。
 - ・ 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。
- ② 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。
- ※ 当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年9月7日老老第0907002号）に基づき行うこと。
- ③ 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、入院患者の栄養管理をするための会議を行い、入院患者ごとに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（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）
- ④ 当該計画について、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。
- ⑤ 作成した栄養ケア計画に基づき、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・栄養調整等を行うこと。
- 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成30年8月23日）
問81 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はあるか。
（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。
- ⑥ 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、入院患者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か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、原則として算定しないこと。
- ⑦ 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。

- (22) 経口移行加算（介護予防）短期入所療養介護を除く（病）診

経口移行加算 28単位/日

<算定要件>

- ① 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ② 現に経管による食事摂取者であつて、経口による食事摂取を進めるための栄養管

理及び支援が必要であると医師の指示を受けた者を対象とすること。
 ③ 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方が共同して、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。)

④ 計画を入院患者又は家族に説明し、同意を得ること。
 ⑤ 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経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を実施すること。

⑥ 算定期間は、同意を得た日から起算して180日以内に限る。
 ⑦ 継続の必要性を判断した医師の指示により、⑤の期間を超えて実施する場合は、引き続き算定可。ただし、この場合、医師の指示は、おおむね2週間ごとに受けること。

⑧ 誤嚥性肺炎防止のための確認イ～ニを行っただうえで実施すること。
 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 刺激なくとも覚醒を保っていること。
 ハ 嚥下反射が見られること(唾液嚥下や口腔、咽喉への刺激による喉頭挙上が見られること)。

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。
 ⑨ 経口移行加算算定後、経口移行できなかった場合に、期間を空けて再度実施する場合は、当該加算は算定できない。

⑩ 入院患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ずること。

(23) 経口維持加算(介護予防)短期入所療養介護(除く)病)診)

経口維持加算(Ⅰ) 400単位/月

経口維持加算(Ⅱ) 100単位/月

(一) 経口維持加算(Ⅰ)

① 栄養マネジメント加算を算定していること。

・ 経口移行加算を算定している場合は、算定しない。

② 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。

【別に厚生労働大臣が定める基準】

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 上記ロからニを多職種協働により実施するための体制が整備されていること。

③ 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。

④ 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。

⑤ 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の方法等を示した経口維持計画を作成すること。

⑥ 計画については、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。

⑦ 計画に基づき管理栄養士等が栄養管理を行うこと。

⑧ 同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、算定する。

※ 経口維持加算(Ⅰ)の⑩の期間を超えた場合であっても、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められ、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がなされ、また、当該特別な管理を継続することについての入院患者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、医師又は歯科医師の指示は、おおむね1月ごとに受けるものとする。

(二) 経口維持加算(Ⅱ)

① 経口維持加算(Ⅰ)を算定していること。

② 当該施設が協力歯科医療機関を定めていること。

③ 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伴い、多種多様な意見に基づき高い経口維持計画を算定した場合に算定されるものであること。

※ 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。

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

(問72) 水飲みテストとはどのようなものか。また、算定期間が6月以内という原則を超える場合はどのようなときか。

(答) 経口維持加算は、入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていることが必要である。代表的な水飲みテスト法である窪田の方法

<p>(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。</p> <p>また、6月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、嚥嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して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が必要とされる場合は、引き続き算定できる。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1月ごとに受けるものとする。</p> <p>平成30年Q&A (vol.1) (平成30年3月23日最新情報 vol.629)</p> <p>(問73) 経口維持加算(1)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。</p> <p>(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(「氷砕片飲み込み検査」)、「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ピー」をいう。)等により嚥嚥が認められる場合に算定できるものである。</p>
--

- (24) 口腔衛生管理体制加算(H30改正・変更)
(介護予防)短期入所療養介護(除く)病)診
- 口腔衛生管理体制加算 30単位/月
- <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、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定する。
- 【別に厚生労働大臣が定める基準】
- イ 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の技術的助言及び指導に基づき、入院患者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ロ 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。
- 【留意事項通知】
- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入院患者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手法、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入院患者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ② 「入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
- イ 当該施設において入院患者の口腔ケアを推進するための課題
- ロ 当該施設における目標

- ハ 具体的方策
- ニ 留意事項
- ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
- ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
- ト その他必要と思われる事項
- ③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る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を行うこと。
- (25) 口腔衛生管理体制加算(H30改正・変更)
(介護予防)短期入所療養介護(除く)病)診
- 次に掲げるいずれの基準にも該当する場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。
- イ 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回以上行うこと。
- ロ 歯科衛生士が、イにおける入院患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、イにおける入院患者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じて対応すること。
- 【留意事項通知】
- ① 口腔衛生管理体制加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施し、当該入所者に係る口腔ケア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。
- ② 当該施設が口腔衛生管理体制加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内に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ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する課題点、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い指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他の必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。)を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- ④ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要

となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。

- ⑤ 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つても算定できるが、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。

平成30年Q&A (vol.1) (平成30年3月23日最新情報 vol.629)
(問76) 口腔衛生管理制御加算及び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) 同加算ともに、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。
(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。
(問78) 歯科衛生士による口腔ケアが月2回以上実施されている場合に算定できるとしてとされているが、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。
(答) 月途中からの入所であっても、月2回以上口腔ケアが実施されていない場合には算定できない。
(問79) 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔ケアが月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ケアを行った場合は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ケアを行った場合は、1回分の実施となる。
(問80) 口腔衛生管理制御加算及び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「入所者または入院患者の口腔ケアマネジメントに係る計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。
(答) 施設ごとに計画を作成することとなる。 なお、口腔衛生管理加算の算定に当たっては、当該計画にあわせて入所者ごとに「口腔衛生管理に関する実施記録」を作成・保管することが必要である。

- (26) 療養食加算(H30改正・変更)(予防)短期入所療養介護(共通) 病) 診) 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。

【別に厚生労働大臣が定める基準】

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。

【留意事項通知】

・ 療養食の献立表が作成されている必要があること。

・ 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される入所者等の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する下記①～④とする。(療養食の摂取の方法は、経口又は経管の別を問わないこと。)

① 糖尿病食

② 腎臓病食

※ 心臓疾患等に対して(総量 6.0g 未満の)減塩食療法を行う場合は、加算の対象外)

③ 肝臓病食

※ 肝臓病食とは、肝底腫食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸を含む)等をいう。

④ 胃潰瘍食(流動食は除く)

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

⑤ 貧血食

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

⑥ 肝臓病食

⑦ 脂質異常症食

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

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

⑧ 痛風食

⑨ 特別な場合の検査食

※ 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査

査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。
 ・ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能

平成30年Q&A (vol.1) (平成30年3月23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。
 (問83) 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。

(27) 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)
 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】→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。

(28) 認知症専門ケア加算 (H30改正・変更)
 ((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①～③のすべてに適合すること)
 ① 当該施設の入院患者 ((介護予防) 短期入所療養介護にあっては事業所における利用者) 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。
 ② 認知症介護実践リダー研修の修了者が、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1.9人を超えて1.0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。
 ③ 当該施設において、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。

認知症専門ケア加算 (II) (以下の①～③のすべてに適合すること)
 ① 認知症専門ケア加算 (I) の基準にすべて適合すること。
 ② 認知症介護指導者研修を修了している者を認知症専門ケア加算 (I) の基準に加え1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
 ③ 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。

○日常生活自立度Ⅲ以上の割合の算定方法
 【介護療養型医療施設】
 前3月の各月末時点の入院患者数の平均で算定する。
 (平成21年Q&A (vol.1) (平成21年3月23日最新情報 vol.69) 問1.1.4)
 【(介護予防) 短期入所療養介護】
 前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数 (要支援者を含む) の平均で算定する。(留意事項通知)

※ 介護療養型医療施設の空床利用について
 介護療養型医療施設の空床を利用して指定短期入所療養介護を行う場合の認知症専門ケア加算の算定は、本体施設である介護療養型医療施設と一体的に行うものとすること。
 具体的には、本体施設の対象者の数と指定短期入所療養介護の対象者の数を合算した数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上の③又は④に規定する研修を修了した者を配置している場合に算定可能となる。

(29) 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計算する。
 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。

(30) 排せつ支援加算（H30改正・新規）
（介護予防）短期入所療養介護を除く（病）診）

排せつ支援加算 100単位/月

排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる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、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、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づき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。

【留意事項通知】

① 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていること

を前提としつつ、さらに特別な支援を行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、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。

② 「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員マニュアル2009改訂版（平成27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っている状態の評価が不変又は悪化するが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に改善「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、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合は、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、尿意、便意、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、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こと。

⑥ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。

また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。

⑦ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかっている状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であっても入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

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、入所者又はその家族に説明すること。

平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成30年3月23日)
 (問84) 排せつに介護を要する原因分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考に、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

- ・ EBMに基づいた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)
 - ・ 男性下部尿路症状診療ガイドライン (平成25年日本非尿機能学会)
 - ・ 女性下部尿路症状診療ガイドライン (平成25年日本非尿機能学会)
 - ・ 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、「支援計画に基づき支援を継続して実施した場合、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月の期間を超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) 排せつに必要ない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。

(31) 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)

- サービス提供体制強化加算 (I) イ 1日につき18単位
- サービス提供体制強化加算 (I) ロ 1日につき12単位
- サービス提供体制強化加算 (II) 1日につき6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) イ (次のa及びcに適合すること。)
- サービス提供体制強化加算 (I) ロ (次のb及びcに適合すること。)
- a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上である

こと。
 b 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

c 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。
 サービス提供体制強化加算(II)(次のa～bのすべてに適合すること。)

- a 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。
- b 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。

サービス提供体制強化加算(III)(次のa～bのすべてに適合すること。)

- a 介護療養施設サービスを提供する職員等に対し直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
 (※) 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。
- b 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。

【留意事項通知】

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当たっては、利用者・入院患者への介護業務(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与しない業務を除く)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。

- 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、平成30年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成30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続年数に加え、同一法人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利用者に対して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。
- ⑤ 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。

※ (介護予防) 短期入所療養介護のみに関する介護報酬算定

- (32) 食堂を有しない場合の減算 (H30改正・新報) 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25単位を所定単位数から減算する。
- (33) 緊急短期入所受入加算(病) 診
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られていること。
 - ・ 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。

【留意事項通知】

- 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 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が、緊急に居宅サービス計画の変更を必要とした利用者を受け入れる際の初期の時間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。また、緊急に受入れを行った事業所については、当該利用者が速やかに居宅における生活に復帰できるよう、居宅介護支援事業者と密接な連携を行い、相談すること。
- 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。

- (34) 利用者に対して送迎を行う場合 ((予防)短期入所療養介護のみ) 病) 診
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に加算する。

4. 特定診療費

特定診療費について、詳しくは、以下の告示及び通知を参照のこと

- 「厚生労働大臣が定める特定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: 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: 平成21 老計発 0306001 老振発 0306001 老老発 0306002)

- (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)

感染対策指導管理 5単位/日

次の基準を満たす施設において、常時感染対策を行う場合に算定する。

<感染対策指導管理の基準>

- イ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 - ロ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- <留意事項通知一施設基準等>
- ・ 別紙様式2を参考として、院内感染防止対策委員会が設置され、定期的(月1回程度)に開催されていること。
 - ・ 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。

(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

褥瘡対策指導管理 5単位/日

次の基準を満たす施設において、利用者又は入院患者(日常生活の自立度が低い者に限る。)常時褥瘡対策を行う場合に算定する。

<褥瘡対策指導管理の基準>

- ・ 褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 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、常時褥瘡対策をとっている場合に、算定できるものであること。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 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が整えられていること。

(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

初期入院診療管理 250単位/回

次の基準に従い、入院患者に対して、その入院に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に、入院中1回(診療方針に重要な変更があった場合は2回)を限度として算定する。

<初期入院診療管理の基準>

- イ 医師、看護師等の共同により算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。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 当該入院患者が過去3週間(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週間とする。)に当該介護療養型医療施設に入院したことがないこと。
- ・ 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。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 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すること。

(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

重度療養管理 123単位/日

要介護4又は要介護5に該当する者であって、次のいずれかに該当する状態にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に算定する。

<重度療養管理に係る状態>

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障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。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 当該処置日、その内容等を診療録に記載すること。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 算定できる患者の状態は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続し、かつ、当該処置を行っているものであること。
 - ア お、請求明細書の摘要欄に該当する状態(イからへまで)を記載することとする。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。
 - イ イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは当該月において1日あたり8回(夜間を含め約3時間に1回程度)以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。
 - イ ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的閉圧呼吸を行っていること。
 - ウ ハの「中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態」については、中心静脈注射を実施し、かつ、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルブリン、不整脈用剤又はニトログリセリン(いずれも注射薬に限る。)を24時間以上持続投与している状態であること。
 - エ ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。
 - a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - b 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)

- c 透折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
- d 出血性消化器病変を有するもの
- e 骨折を伴う2次性副甲状腺機能亢進症のもの
- f うっ血性心不全 (NYHA III度以上) のもの
- ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90mmHg 以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度が 90% 以下の状態で、常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。
- カへの「膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該患者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

(5) 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 250単位/日

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者に対して介護を行う場合に算定する。

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

(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 18単位/日

次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設において、患者であって重症皮膚潰瘍を有しているものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

- 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。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 重症皮膚潰瘍(Sheaの分類III度以上)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。
- ・ 当該患者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれかに該当するか、治療内容等について診療録に記載すること。

<施設基準等>

- ・ 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関して必要な処置を行うにふさわしい体制
- ・ 施設基準の届出は、様式5を用いること。

(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

① 次の施設基準に適合しているものとして、届け出た施設において、患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、週1回に限り、月に4回を限度として所定単位数を算定する。

<薬剤管理指導の施設基準>

- イ 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。
- ロ 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- ハ 利用者又は入院患者に対し、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。

② 疼痛緩和のために別に別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤(麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1号に規定する麻薬)の投薬又は注射が行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は、1回につき所定単位数に50単位を加算する。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 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、直接服薬指導(服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む。)を行った場合に週1回に限り算定できる。
- ただし、算定する日の間隔は6日以上とする。本人への指導が困難な場合にあっては、その家族等に対して服薬指導を行った場合であっても算定できる。
- ・ 当該施設の薬剤師は、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、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

・ 薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。

・ 当該施設の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。

- 患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、要介護度、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容(重複投薬、配合禁忌等に関する確認を含む。)、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導の実施日、記録の作成日及びその他の事項。

②の加算は、特別な薬剤の投薬又は注射が行われている患者(麻薬を投与されている場合)に対して、通常の薬剤管理指導に加えて当該薬剤の服用に関する注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。

- ・ 薬剤管理指導に係る特定診療費を算定している患者に投薬された医薬品について、当該医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速

やかに当該患者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。

- ア 医薬品緊急安全性情報
- イ 医薬品等安全性情報

・ ②の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項について記載がされていないならない。

ア 麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等)

・ イ 麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ その他麻薬に係る事項

・ 薬剤管理指導及び②に掲げる指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供する。

・ 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

・ 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

<留意事項通知一施設基準等>

・ 当該医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。

・ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

・ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

・ 当該医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理(副作用に関する状況把握を含む。)を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき適切な患者指導を行っていること。

・ 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

・ 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

・ 届出に関しては、以下のとおりとする。

- ① 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、老企58号別添様式6を用いること。
- ② 当該医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非常従の別)及び勤務時間を別添様式7を用いて届出すること。
- ③ 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤管理指導、又は在宅患者薬剤管理指導のいずれに従事しているかを(業務の場合はその旨を)備考欄に記載する。
- ④ 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

(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

次の場合に算定する。※診療所→診療所、病院→病院

・ 診療所である介護療養型医療施設が入院患者の退院時に、診療に基づき、別の

診療所での診療の必要を認め、別の診療所に対して、当該入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を文書添えて紹介を行った場合

・ 病院である介護療養型医療施設が入院患者の退院時に、診療に基づき、別の病院での診療の必要を認め、別の病院に対して、当該入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を文書添えて紹介を行った場合に算定する。

医学情報提供(Ⅱ) 290単位/回

次の場合に算定する。※診療所→病院、病院→診療所

・ 診療所である介護療養型医療施設が入院患者の退院時に、診療に基づき、別の病院での診療の必要を認め、別の病院に対して、当該入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を文書添えて紹介を行った場合

・ 病院である介護療養型医療施設が入院患者の退院時に診療に基づき、別の診療所での診療の必要を認め、別の診療所に対して、当該入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を文書添えて紹介を行った場合に算定する。

<留意事項通知一個別項目>

・ 医学情報提供に係る特定診療費は、医療機関間の有機的連携の強化等を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

・ 医療機関が、退院する患者の診療に基づき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て、診療状況を文書添えて患者の紹介を行った場合にそれぞれの区分に応じて算定する。

・ 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、老企第58号別添様式1に定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。

・ 交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

・ 提供される内容が、患者に対して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意見書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、医学情報提供に係る特定診療費は算定できない。

・ 1退院につき1回に限り算定できる。

<留意事項通知>

○リハビリテーションの通則(理学療法、作業療法、言語聴覚療法等)

- ・ リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。
- ・ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、患者1人につき1日合計4回に限り算定し、集団コミュニケーション療法は1日につき3回、摂食機能療法は、1日につき1回のみ算定する。
- ・ リハビリテーションの実施に当たっては、医師、理学療法士若しくは作業療法士又

は言語聴覚士(理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。)の指導のもとに計画的に行うべきものであり、特に訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。また、その実施は以下の手順により行うこととする。

イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、患者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図るものとする。なお、リハビリテーション実施計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができる。

ロ 患者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、患者の状態を定期的に記録する。

ハ 患者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すとともに、その内容を患者又はその家族に説明し、その同意を得る。

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

(9) 理学療法(介護予防) 短期入所療養介護も算定可(病) 診)

理学療法 (I) 1 2 3 単位/回

理学療法 (II) 7 3 単位/回

① 理学療法 (I) については、次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設が、利用者又は入院患者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。

<理学療法 (I) を算定すべき理学療法の施設基準>

イ 理学療法士が適切に配置されていること。

ロ 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。

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いては、それ以外の施設が、利用者又は入院患者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。

② 理学療法については、利用者又は入院患者 1 人につき 1 日 3 回(作業療法及び言語聴覚療法と併せて 1 日 4 回)に限り算定するものとし、入院した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位を算定する。

③ 理学療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た、指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法(I)を算定すべき理学療法を行った場合に、利用者又は入院患者が理学療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第 27 条第 1 項に基づく要介護認定若しくは法第 32

条第 1 項に基づく要介護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③の規定により加算する場合はこの限りでない。

④ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月 2 回以上行った場合は、1 月に 1 回を限度として所定単位数に 300 単位を加算する。ただし、作業療法の④の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

⑤ 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 3 5 単位を所定単位数に加算する。

<留意事項通知一個別項目>

・ 理学療法 (I) に係る特定診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届出を行った医療機関において、理学療法 (II) に係る特定診療費は、それ以外の医療機関において算定するものであり、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、種々の運動療法・実用歩行訓練・活動向上訓練・物理療法等を組み合わせて個々の患者の状態像に応じて行った場合に算定する。

・ 理学療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は理学療法士の監視下で行われるものである。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっては、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

・ 届出施設である医療機関において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても算定できる。

・ 理学療法に係る特定診療費は、患者に対して個別に 20 分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が 20 分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。

・ 理学療法に係る特定診療費の所定単位数には、徒手筋力検査及びその他の理学療法に付随する諸検査が含まれる。

・ 理学療法 (I) における理学療法にあっては、1 人の理学療法士が 1 人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であって、理学療法士と患者が 1 対 1 で行った場合にのみ算定する。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 分を超える場合には、1 回として算定することができる。

・ 別に厚生労働大臣が定める理学療法(I)を算定すべき理学療法の施設基準に適合しているものとして届出を行った医療機関であって、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し事前に指示を行い、かつ理学療法士が、従事者とともに訓練を受ける全ての患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握するとともに、

事後に従事者から医師又は理学療法士に対し当該療法に係る報告が行なわれる場合に限り、理学療法(II)に準じて算定する。なお、この場合に監視に当たたる理学療法士が理学療法を行った場合は、理学療法(I)を算定することができる。

- 理学療法(I)の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の実施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月1回以上患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。
- 理学療法(II)とは、個別的訓練(機械・器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等)を組み合わせて行なう個別的訓練を含む。)を行う必要がある患者に行う場合であって、従事者と患者が1対1で行った場合に算定する。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分を超える場合には、1回として算定することができる。

<留意事項通知一理学療法及び作業療法に係る加算を算定するに当たっての留意点>

- 理学療法及び作業療法④に掲げる加算は、理学療法(I)又は作業療法に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると医療機関が届出をした指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、当該④に掲げる場合に限り算定すること。
- 理学療法及び作業療法④の加算に関わるリハビリテーション計画は、入院患者毎に行われるケア・マネジメントの一環として行われることに留意すること。
- 理学療法及び作業療法④の加算は、以下のイ及びロに掲げるとおり実施した場合に算定すること。
- イ 入院時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種共同によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。
- ロ 作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ていること。
- 理学療法及び作業療法④に掲げる加算は、理学療法又は作業療法を算定する指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法士又は作業療法士等が入院又は入所中の患者に対して、看護職員若しくは介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導(以下「入院生活リハビリテーション管理指導」という。)を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものであること。
- 理学療法及び作業療法④の加算を算定すべき入院生活リハビリテーション管理指導を行った日においては、理学療法及び作業療法に係る特定診療費の所定単位数は算定できないものである。
- 理学療法及び作業療法④の加算を算定する場合には、入院生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

<留意事項通知一施設基準等>
理学療法(I)を算定する場合

- 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・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは病院については100㎡以上、診療所については45㎡以上とすること。なお、専用施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること(作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としても構わないものとする。)。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具
- リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- 届出に関する事項

(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 次の施設基準に適合しているものとして届け出た医療機関において、利用者又は入院患者に対して、作業療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。
<作業療法を算定すべき作業療法の施設基準>
- イ 作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入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。
- 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。
- ② 作業療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回(理学療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入院した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

- ③ 作業療法に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法を算定すべき作業療法を行った場合において、利用者が作業療法を必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設を退院若しくは退所した日又は法第27条第1項に基づく要介護認定若しくは法第32条第1項に基づく要支援認定を受けた日から初めて利用した月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、理学療法⑤の規定により加算する場合はこの限りでない。
- ④ 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、作業療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護予防短期入所療養介護を行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、理学療法④の④の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。
- ⑤ 専従する常勤作業療法士を2名以上配置して作業療法を算定すべき作業療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 作業療法に係る特定診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届出を行った医療機関において、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、総合的に個々の患者の状態像に応じて作業療法を行った場合に算定する。
- ・ 作業療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は作業療法士の監視下で行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- ・ 届出施設である医療機関において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても、所定単位数により算定できる。
- ・ 作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の患者に対して重点的に個別的训练を行うことが必要と認められる場合であつて、作業療法士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合のみ算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。
- ・ 作業療法の所定単位数には、日常生活動作検査及びその他の作業療法に付随する諸検査が含まれる。
- ・ 作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業能力検査をもとに、作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成する必要がある。ただし、作業療法実

施計画はリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 専任の常勤医師及び専従する常勤作業療法士がそれぞれ1人以上勤務すること。ただし、作業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作業療法士の兼任ではないこと。
 - ・ 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは75㎡以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
 - ・ 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること（理学療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としても構わないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。
 - 各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具
 - ・ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
 - ・ 届出に関する事項
 - ① 作業療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。
 - ② 当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士、及びその他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）並びに勤務時間を老企第58号別添様式7を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有するものである場合はその旨を備考欄に記載すること。
 - ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- <留意事項通知一理学療法及び作業療法に係る加算を算定するに当たつての留意点>
- ・ 理学療法及び作業療法の③に掲げる加算は、理学療法（1）又は作業療法に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると医療機関が届出をした指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、当該③に掲げる場合に限り算定するものであること。
 - ・ 理学療法及び作業療法の③の加算に関わるリハビリテーション計画は、入院患者毎に行われるケア・マネジメントの一環として行われることに留意すること。
 - ・ 理学療法及び作業療法の③の加算は、以下のイ及びロに掲げるとおり実施した場合に算定するものであること。
 - イ 入院時に、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他職種の者がリハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、その後、多職種共同によりリハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画を作成すること。
 - ロ 作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ていること。

理学療法及び作業療法④に掲げる加算は、理学療法又は作業療法を算定する指定短期入所療養介護事業所又は指定介護予防短期入所療養介護事業所において、理学療法又は作業療法士等が入院又は入所中の患者に対して、看護職員若しくは介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導（以下「入院生活リハビリテーション管理指導」という。）を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものであること。

理学療法及び作業療法④の加算を算定すべき入院生活リハビリテーション管理指導を行った日においては、理学療法及び作業療法に係る特定診療費の所定単位数は算定できないものである。

理学療法及び作業療法④の加算を算定する場合にあっては、入院生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

(11) 言語聴覚療法(介護予防)短期入所療養介護も算定可(病)診

言語聴覚療法 2.03 単位/回

① 次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設は、利用者又は入院患者に対して、言語聴覚療法を個別に行った場合に、所定単位数を算定する。

<言語聴覚療法を算定すべき施設基準>

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入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。
- ② 利用者又は入院患者1人につき1日3回(理学療法と作業療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入所した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。
- ③ 専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置して言語聴覚療法を行った場合に、1回につき35単位を所定単位数に加算する。

<留意事項通知一個別項目>

- 言語聴覚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患者に対して言語聴能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。
- 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士により実施された場合に算定する。
- 言語聴覚療法は、患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護又入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。また、患者の状態像や日常生活パターンに合わせて、1日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であり聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が

20分を超える場合には、1回として算定することできる。

言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。ただし、言語聴覚療法実施計画をリハビリテーション実施計画に代えることができる。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

<留意事項通知一施設基準等>

- 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。
- 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

個別療法室(8㎡以上)を1室以上有していること(言語聴覚療法以外の目的で使用するのは個別療法当しないものとする。)。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に入出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならぬものとする。

イ 必要な器械・器具(主なもの)

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料(絵カード他)

リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者等により閲覧が可能であるようにすること。

届出に関する事項

- ① 言語聴覚療法の施設基準に係る届出は、老令第58号別添様式8を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を老令第58号別添様式7を用いて提出すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

(12) 集団コミュニケーション療法(介護予防)短期入所療養介護も算定可(病)診

集団コミュニケーション療法 5.0 単位/回

① 次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設は、利用者又は入院患者に対して、集団コミュニケーション療法を算定すべき施設基準>

<集団コミュニケーション療法を算定すべき施設基準>

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること
 - ロ 利用者又は入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。
- ② 利用者又は入院患者1人につき1日3回に限り算定するものとする。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。同時に行なう患者数については、その提供時間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にならないようにする。なお、患者の状態像や日常生活のバターンに合わせ、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分を超える場合には、1回として算定することができる。

- ・ 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か月以内に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。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 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。
- ・ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法室(8㎡以上)を1室以上有していること(集団コミュニケーション療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。ただし、言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする。)。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、聴音等に配慮した部屋でなければならぬものとする。

イ 必要な器械・器具(主なもの)

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料(絵カード他)

- ・ リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

届出に関する事項

- ① 集団コミュニケーション療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式8を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を老企58号別添様式7を用いて提出すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

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、他職種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。

(13) 摂食機能療法(介護予防)短期入所療養介護(算定可)病)診)

摂食機能療法 2.08単位/日

摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合に、1月に4回を限度として所定単位数を算定する。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 摂食機能療法に係る特定診療費は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の状態像に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障害を有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。
- ・ 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士又は看護師、准看護師、歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

(14) 短期集中リハビリテーション(介護予防)短期入所療養介護(病)診)

短期集中リハビリテーション 240単位/日

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入院した日から起算して3月以内の期間に集中的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食療法を行った場合に、所定単位数を算定する。ただし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食療法を算定する場合は、算定しない。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 短期集中リハビリテーションにおける集中的なリハビリテーションとは、1週につき概ね3日以上実施する場合をいう。
- ・ 短期集中リハビリテーションは、当該入院患者が過去3月間に、当該施設に入院したことがない場合に限り算定できる。

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なるのか。
 (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は退院日から3ヶ月経過して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。

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中に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た際の留意点を追加したところであるので、参照されたい。

(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
 認知症短期集中リハビリテーション加算 240単位/日
 次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設において、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入院した日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行なった場合に、1週に3日を限度として所定単位数を算定する。

- ＜認知症短期集中リハビリテーションを算定すべき施設基準＞
- イ 当該リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 入院患者数が、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。

＜留意事項通知一個別項目＞

- ・ 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症患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。
- ・ 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、認知症の入院患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。
- ・ 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。
- ・ 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人の患者等に対して行った場合にのみ算定する。
- ・ 当該リハビリテーション加算は、患者等に対して個別に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、指定介護療養施設サービス費に含まれる。
- ・ 当該リハビリテーションの対象となる患者等は MMSE (Mini Mental State Examination) 又は HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) において概ね5点～25点に相当する者とする。
- ・ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管されること。
- ・ 短期集中リハビリテーション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を算定することができる。
- ・ 当該リハビリテーションは、当該患者等が過去3月間の間に、当該リハビリテーション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42) 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たし、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較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。

(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

精神科作業療法 220単位/日

次の施設基準に適合しているものとして届け出た施設は、利用者又は入院患者に対して、精神科作業療法を行った場合に算定する。

<精神科作業療法の施設基準>

- イ 作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 利用者又は入院患者の数が作業療法士の数に対し適切なるものであること。
- 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。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- ・ 1人の作業療法士は、1人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日3単位75人以内を標準とする。
- ・ 精神科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。
- ・ 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該医療機関の負担となるものである。

<留意事項通知一施設基準等>

- ・ 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- ・ 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人を標準とすること。
- ・ 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して75平方メートルを基準とすること。
- ・ 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準(例示)
手工芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木工	作業台、塗装具、工具等
印刷	印刷器具、タイプライター等
日常生活動作	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

- ・ 精神科を標榜する医療機関であって、精神科を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。
- ・ 届出に関する事項
- ① 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、老企第58号別添様式9を用いるこ

と。

- ② 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を老企第58号別添様式7を用いて提出すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

(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

認知症老人入院精神療法 330単位/週

利用者又は入院患者に対して、認知症老人入院精神療法を行った場合に算定する。

<留意事項通知一個別項目>

- ・ 認知症老人入院精神療法とは、回想法又はR・O・法(リアリティー・オリエンテーション法)を用いて認知症患者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。
- ・ 認知症老人入院精神療法にあつては、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、この治療計画に従って行うものであつて、定期的にその評価を行う等の計画的な医学的管理に基づいて実施しているものである。
- ・ 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定するものである。なお、この場合、精神科を担当する医師が、必ず1人以上従事していること。
- ・ 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するものである。
- ・ 実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記入するものである。

サービスタイプ	届出の種類	添付書類
介護療養型医療施設	ユニットケア体制	<ul style="list-style-type: none"> 施設の平面図(別紙6) 居室別面積等一覧表、各部屋の写真 設備・備品等に係る項目一覧表、記載した内容が確認できる写真 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙7-3) <p>※加算算定期開始月のもの。 ※ユニット毎の看護、介護職員の勤務体制がわかるようにしてください。 ※一部ユニット型の場合は、ユニット型と従来型に区分して作成してください。 ・ユニットリーダー研修修了証書の写し <u>原本証明必要</u></p>
	人員配置区分	<p>【療養機能強化型】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護療養型医療施設(療養機能強化型)の基本サービスタイプに係る届出(別紙13-3) 介護療養型医療施設(療養機能強化型)の基本サービスタイプ費用チェック表(病院)(参考様式19) 介護療養型医療施設(療養機能強化型)の基本サービスタイプ費用チェック表(診療所)(参考様式20) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙7-3) <p>※加算算定期開始月のもの。</p> <p>【療養機能強化型以外】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護療養型医療施設(療養機能強化型以外)の基本施設サービスタイプに係る届出(別紙13-4) 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙7-3) <p>※加算算定期開始月のもの。</p>
	夜間勤務条件基準	<ul style="list-style-type: none"> 直近1月の夜勤職員が記載されている勤務表 職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できるもの。 直近1月の夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、基準に適合していることを確認できる算出表 <p>上記の添付書類は任意の様式で構いません。</p>

入院患者に関する基準	【添付書類不要】
療養環境基準	<ul style="list-style-type: none"> 近畿厚生局(和歌山事務所)への療養病棟療養環境加算の届出受理通知 <u>原本証明必要</u>
医師の配置基準	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床の使用許可証及び申請書 <u>原本証明必要</u>
若年性認知症患者受入加算	<p>【添付書類不要】</p>
栄養マネジメント体制	<ul style="list-style-type: none"> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙7-3) <p>※加算算定期開始月のもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> 届出に係る従業者(管理栄養士)の資格証の写し <u>原本証明必要</u> 栄養マネジメントに関する届出書(別紙11)
特定診療費項目	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬算定の際に届け出た、各々の診療費に係る届出の写し、または、特定診療費にかかる届出様式及びその添付資料 <u>原本証明必要</u>
リハビリテーション提供体制	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬算定の際に届け出た、各々の診療費に係る届出の写し、または、特定診療費にかかる届出様式及びその添付資料 <u>原本証明必要</u>
認知症専門ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙7-3) <p>※加算算定期開始月のもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> (認知症に係る研修修了者のみ記載) 資格証(認知症に係る研修修了証) 認知症専門ケア加算に関する届出書(参考様式18-1)

<p>サービス提供体制強化加算</p>	<p>・サービス提供体制強化加算に関する届出書 (別紙 12-7)</p> <p>・人材要件に係る算出表 (参考様式11)</p> <p>・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (別紙 7-3)</p> <p>※届出日前一月のもの。</p> <p>※ (I) イ及び (I) ロ : 介護職員のみ記載し、介護福祉士の資格取得者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。</p> <p>(II) : 介護・看護職員のみ記載し、常勤の者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。</p> <p>(III) : 直接提供職員のみ記載し、勤続年数3年以上の者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。</p> <p>・介護福祉士の資格証の写し 【原本証明必要】</p> <p>※ (I) を算定する場合に必要。</p> <p>・実務経験証明書</p> <p>※ (III) を算定する場合に必要。</p>
<p>認知症短期集中リハビリテーション加算</p>	<p>・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (別紙 7-3)</p> <p>※加算算定開始月のもの。 (直接提供職員のみ記載。)</p> <p>・資格証の写し 【原本証明必要】</p>
<p>身体拘束廃止取組の有無</p>	<p>【添付書類不要】</p>
<p>介護職員処遇改善加算</p>	<p>※訪問介護の「介護職員処遇改善加算」に関する添付書類をご参照ください。</p>