

【主な関係法令】

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
（平成11年厚生省令第37号）
- ・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準
（平成18年厚生労働省令第35号）
- ・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
（平成11年厚生省令第41号）
- ・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
（平成12年厚生省告示第19号）
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成18年厚生労働省告示第127号）
- ・指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
（平成12年厚生省告示第21号）
- ・指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
（平成11年老企第25号）
- ・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
（平成11年老企第45号）
- ・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年老企第40号）
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でもご確認ください。

文献：介護報酬の解釈《平成21年4月版》（発行：社会保険研究所）

HP：厚生労働省 法令等データベースシステム

<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/>

総務省 法令データ提供システム

<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

【介護保険に関する情報】

☆WAM.NET（運営：独立行政法人福祉医療機構）

<http://www.wam.go.jp/>

福祉保健医療関連の情報を提供するための、総合的な情報ネットワークシステム。

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

(平成12年3月17日老企第45号)

第3 総論 (抜粋)

4 用語の定義

(1) 「常勤換算方法」

当該指定介護療養型医療施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数(一週間に勤務すべき時間数が三二時間を下回る場合は三二時間を基本とする。)で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の指定介護療養施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が指定介護療養施設サービスと指定通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には、指定介護療養施設サービスに係る勤務時間だけを算入することとなるものであること。

(2) 「勤務延時間数」

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

(3) 「常勤」

当該指定介護療養型医療施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(一週間に勤務すべき時間数が三二時間を下回る場合は三二時間を基本とする。)に達していることをいうものである。当該施設に併設される事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、指定介護療養型医療施設に指定通所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と指定通所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。

(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 基準省令第二条第四項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（毎年四月一日に始まり翌年三月三十一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、小数点第二位以下を切り上げるものとする。
- ② 新設（事業の再開の場合を含む。以下同じ。）又は増床分のベッドに関して、前年度において一年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の入院患者数は、新設又は増床の時点から六月未満の間は、便宜上、ベッド数の九〇％を入院患者数とし、新設又は増床の時点から六月以上一年未満の間は、直近の六月における入院患者延数を六月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から一年以上経過している場合は、直近一年間における入院患者延数を一年間の日数で除して得た数とする。
- ③ 減床の場合には、減床後の実績が三月以上あるときは、減床後の入院患者延数を延日数で除して得た数とする。

夜勤に関する用語について

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）

第2の8(7) 夜勤体制による減算及び加算の特例について（抜粋）

- 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ること。
- ② 夜勤を行う職員の数は、一日平均夜勤職員数とする。一日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間を行い、病棟ごとに設定するものとする）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。
※夜勤時間帯は、「午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間」という条件を満たす範囲で、各事業所で定めることができる。
- ③ 月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前1月又は4週間の夜勤時間帯における看護職員及び介護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に勤務した実人員で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1月又は直近4週間の実績の平均値によって判断する。なお、届出直後においては、当該病棟の直近3月間又は12週間の実績の平均値が条件を満たしていれば差し支えない。
- ④ 専ら夜勤勤務時間帯に勤務する者（以下「夜勤専従者」という。）については、それぞれの月平均夜勤時間数は基準の二倍までは差し支えない。月平均夜勤時間数の算定におけ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、一日平均夜勤職員数の算定においては、全ての夜勤勤務者の夜勤時間数が含まれる。
- ⑤ （省略）

$$\text{一日平均夜勤職員数} = \frac{\text{当該月の夜勤時間帯における延夜勤時間数（夜勤専従者含む）}}{\text{当該月の日数（1月なら31）} \times 16}$$

※小数点第3位は切り捨て

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

《介護療養施設サービス実施上の留意点等について》

【人員に関する留意事項】

①医師数について

病院療養型＝医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上

認知症疾患型＝医療法上必要とされる数以上

診療所型＝常勤換算方法で1以上



- ・当該病院又は診療所全体として、医療法（医療監視）に基づく医師の標準人員を満たす必要がある。

（老人性認知症疾患療養病棟の場合は、このうち1名が当該病棟の担当でなければならない。）



- ・医師の標準人員を満たさない場合は、以下の減算措置を講じる必要がある。

[僻地の医師確保計画を届出たもので、標準人員の100分の60を満たさない場合]
基本サービス費から12単位を減算する必要がある。

[僻地の医師確保計画を届出たもの以外で、標準人員の100分の60を満たさない場合]
療養型介護療養施設サービス費（Ⅲ）、療養型経過型介護療養施設サービス費（Ⅱ）、認知症疾患型介護療養施設サービス費の（Ⅰ）、（Ⅳ）若しくは（Ⅴ）、認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費
ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費又はユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費の所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数に減算する必要がある。

※「介護給付費算定に係る体制等の届出」において「職員の欠員による減算の状況」欄の「医師」のところに○を記入し、届け出ること。

- ・医療法施行規則第49条適用の減算について
療養病床の病床数の全病床数に占める割合が100分の50を超える病院については、医師数が必要数を満たしているか否かにかかわらず、基本サービス費から12単位を減算する必要がある。

②薬剤師・栄養士について

病院療養型＝医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上

認知症疾患型＝医療法上必要とされる数



- ・当該病院全体として、医療法（医療監視）に基づく医師の標準人員を満たす必要がある。
- ・ただし、上記規定に係る減算措置はなし。

③看護・介護職員について

1 病院療養型・認知症疾患型における看護職員等の必要数

- ・看護職員

入院患者の数

$\frac{\text{（前年度の平均値で小数点第2位以下を切上げ）}}{6}$ = 小数点以下切り上げ

6（認知症疾患型は4（大学病院等は3）※）

※認知症疾患型の場合、当分の間入院患者数を4で除した数と5で除した数との差まで介護職員とすることができる（＝「経過措置型」）

- ・介護職員

入院患者の数

$\frac{\text{（前年度の平均値で小数点第2位以下を切上げ）}}{4 \sim 6 \text{のうち届け出したもの}}$ = 小数点以下切り上げ

4～6のうち届け出したもの

2 経過型病院療養型・経過型認知症疾患型における看護職員等の必要数

- ・看護職員

入院患者の数

$\frac{\text{（前年度の平均値で小数点第2位以下を切上げ）}}{8}$ = 小数点以下切り上げ

8（認知症疾患型は5）

- ・介護職員

入院患者の数

$\frac{\text{（前年度の平均値で小数点第2位以下を切上げ）}}{4}$ = 小数点以下切り上げ

4（認知症疾患は6）

3 診療所療養型における看護職員等の必要数

- ・診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ

看護職員、介護職員がいずれも6：1以上

- ・診療所型介護療養施設サービス費Ⅱ

看護職員と介護職員を合わせて3：1以上、かつ看護・介護職員のうち、少なくとも1人は看護職員であること

4 実人数の算定方法（常勤換算方法）

- ・算定方法

$\frac{\text{療養病棟の従業者の勤務延時間数}}{\text{常勤の従業者が勤務すべき時間数（32h/週が下限）}}$

常勤の従業者が勤務すべき時間数（32h/週が下限）

- ・外来勤務の場合や通所リハビリテーション兼務の場合は、病棟の勤務時間数から除いて算定すること。

- ・理学療法（Ⅱ）は理学療法士でなくても、病棟勤務の看護職員、介護職員でも可能

である。但し、その場合は、リハビリに従事している時間帯は、病棟勤務時間から除外すること。

- ・非常勤職員が多い医療機関は、常勤換算方法による実人員数を毎月正確に把握しておくこと。

5 人員欠如の減算（診療所療養型は対象外）

- ・正看比率が20%を満たさない場合は、

病院療養型	-----	介護療養施設サービス費（Ⅲ）	} ×90/100 単位
経過型病院療養型	-----	療養型経過型介護療養施設サービス費（Ⅱ）	
認知症疾患型	-----	介護療養施設サービス費（Ⅰ）（Ⅳ）（Ⅴ）	
認知症疾患型経過型	-----	認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費	
	-----	ユニット型介護療養施設サービス費	

※正看護師の必要数も切り上げとなることに留意。

（例）必要な看護職員が6名の場合 $6 \times 0.2 = 1.2 \rightarrow 2$ 名

- ・病院療養型の場合、看護職員数6：1以上（経過型病院療養型にあつては8：1以上）、認知症疾患型の場合4（又は3）：1（認知症疾患型経過型にあつては5：1）、又は 病院療養型の場合、介護職員数6：1以上（経過型病院療養型にあつては4：1以上、認知症疾患型経過型の場合6：1を満たさない場合は、人員配置に応じた所定単位数に 100分の70を乗じて得た単位数になる。

※「介護給付費算定に係る体制等の届け出」において「職員の欠員による減算の状況」欄の「看護職員」又は「介護職員」のところに○を記入して届け出ること。

（カ）減算措置が適用される時期

- ・1割を超える員数が減少した場合は、翌月から減算が適用される。
- ・1割の範囲内の不足の場合
100床未満の病院は3ヶ月後から減算が適用される。
100床以上の病院は翌々月から減算が適用される。

（キ）夜勤職員基準

- ・加算を算定しない場合であっても、下記の夜勤体制を整えなければならない。

[病院]

- ・交代制勤務が原則であり、当直制は認められない。
- ・正看護師が日勤及び夜勤を通じて配置される体制が必要である。
- ・准看護師による夜勤体制をとる場合は、複数病棟がある場合に夜勤師長又は管理の行える範囲で他の病棟に正看護師を配置すること、あるいは当直等により医師が准看護師に指示できる体制がとられていることが必要である。

[診療所]

- ・診療所全体として、看護職員又は介護職員を1人以上配置する必要があるが、当直制であっても差し支えない。

- ・「基準型」又は「加算型」を届け出ている病院の場合は、毎月「1日平均夜勤職員数」及び「月平均夜勤時間数」の算出を行い、届け出ている基準を下回らないことを確認すること。
- ・「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間において夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間のことであり、日勤帯の時間数も含まれることに留意。
- ・週当たりの所定労働時間は、40時間以内でなければならない。
- ・夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1病棟に医療保険適用病床と介護保険適用病床とが混在する場合は、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用すること。

④介護支援専門員について

- ・施設に1人以上が必要である。(診療所の場合は非常勤可)
(病院の場合は、入院患者数に対して100:1以上が必要。)
- ・病棟の介護支援専門員は、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可。

【設備に関する留意事項】

①病院療養病床療養環境減算及び診療所療養病床設備基準減算

- ・片側居室だと1.8m、両側居室だと2.7m必要であり、これを満たせないと減算となる。

②病室のベッドはカーテン等を設置するなどして、患者のプライバシーに配慮すること。

③特別な病室の提供（差額ベッド）

- ・介護保険適用病床の定員の100分の50（地方公共団体が開設する病院又は診療所であるものにあつては100分の30）を超えて設けることはできない。
- ・特別な料金を徴収するのにふさわしい設備（少なくとも個人用の私物の収納設備、個人用の照明、小机等及び椅子）を有しなければならない。

【運営に関する留意事項】

①受給資格の確認

- ・サービスの提供を求められた場合には、被保険者証により被保険者資格等を確認すること。
- ・利用者負担第1段階～第3段階の利用者については、介護保険負担限度額認定証を確認すること。

②施設サービス計画

- ・介護給付費等対象サービス以外の自発的な活動によるサービス等も計画に位置づけ、総合的な計画となるよう努めること。
- ・サービス担当者会議による専門的意見の聴取、解決すべき課題の把握（アセスメント）を行わなければならない。
- ・作成後、定期的に実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。

③サービスの取扱方針

- ・身体的拘束その他入院患者の行動を制限する行為については、原則禁止されている。
- ・身体的拘束を行うのは、生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り、また身体拘束を行ったときは、その理由を記録する必要がある。理由の記録がなされていない場合は身体拘束廃止未実施減算（5単位）の対象となるので注意。

④利用料等

- ・利用料を徴収できるのは（1）介護報酬告示額の1割部分、（2）食事の提供に要する費用＜個室・多床室ともに食材料費＋調理費相当額＞、（3）居住に要する費用＜個室…室料＋光熱水費相当額、多床室…光熱水費相当額＞、（4）特別なサービスの費用、（5）理美容代などの日常生活費等である。
- これ以外の不適切な利用料を徴収することのないよう留意すること。

⑤褥そう発生防止と体制の整備

- ・褥そうが発生しないような適切な介護と、発生予防のための体制を整備すること。
- （例）褥そうハイリスク患者に対し、褥そう予防のための計画作成、実践及び評価を行う、専任の施設内褥そう予防対策担当者（看護師が望ましい）を決める、褥そう対策チーム（医師、看護・介護職員、栄養士等で構成）を設置する、等

⑥食事の提供

- ・入院患者の栄養状態、身体の状態・病状、嗜好等を定期的に把握し、それに基づいた計画的な食事提供を行うこと。
- ・食事の提供は本来介護療養型医療施設自らが行うことが望ましいが、一定の条件に該当する場合には、施設の最終的責任の下で第三者に委託することが可能であること。

⑦運営規程・掲示

- ・施設運営についての重要事項に関する次の規定（運営規程）を定めておかなければならない。
- 事業目的及び運営方針／従業者の職種、員数及び職務内容／入院患者の定員／サービスの内容及び利用料その他の費用の額／留意事項／非常災害対策／その他

⑧定員の遵守

- ・虐待等のケースへの対応として受け入れた場合には、災害時における超過定員と同様

の取扱いとする（定員超過の上限を定めない）。

⑨感染症、食中毒の発生・まん延防止

- ・感染症又は食中毒の予防とまん延の防止のための対策検討委員会をおおむね3月に1回程度定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底する（感染対策委員会は介護療養型としての委員会を開催すること）。
- ・事故発生防止委員会と一体的に設置・運営することは差し支えない。
- ・介護療養型医療施設における感染症又は食中毒の予防・まん延防止のための指針を整備すること。

⑩事故発生の防止と発生時の対応

- ・事故が発生した際の対応や、事故発生を防止するための指針を整備すること。
- ・事故防止検討委員会の開催と、従業員に対する研修を定期的に行うこと（介護療養型としての委員会を開催すること）。

【介護給付費算定に係る留意事項】

①初期加算（ショート除く）

- ・介護療養型医療施設に入院する前に、特別な関係にある医療機関において入院実績を有する場合は、入院期間が通算されることに留意。（医療保険と同じルール）
 - ・「介護保険適用病床」→「一般病床」の場合のみ、「一般病床」において30日間、診療報酬上の初期加算が算定できる。
- ※「介護保険適用病床」→医療保険の「療養病床」の場合は、算定できない。

②退院時指導等加算（ショート除く）

1 退院前後訪問指導加算

入院患者及びその家族に対して行う。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。

2 退院時指導加算

3 退院時情報提供加算

入院患者又は退院後の主治医に対して交付する。

4 退院前連携加算

退院後の居宅介護支援事業者に対して文書を添えて情報提供し、調整を行うことが必要。

- ・1～4はいずれも入院期間が1月を超える患者に対してのみ算定できることに留意。
- ・また、退院後の行き先が他医療機関入院、他介護保険施設入所の場合は算定不可。
- ・1、2、4については指導日、指導内容の要点を診療録に記載しておくこと。

③栄養マネジメント加算（ショート除く）

- ・栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクに関わらず、原則として入院患者全員に対して実施するものであること。
- ・栄養ケア・マネジメントは関連職種が共同して取り組むこと。
- ・入院患者毎に、概ね3月を目途に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。
- ・モニタリングは低栄養状態のリスクが高い患者については概ね2週間毎、リスクの低い患者については概ね3月毎に行わなければならない。
- ・モニタリングとは別に、少なくとも月1回は体重を測定し、栄養状態の確認を行うこと。
- ・県民局の現地指導において、栄養ケア・マネジメントの提供の記録が不十分なケースがあるとのこと。記録は事業所自身を守るためのものでもあるため、十分整備しておくべきこと。
- ・特に当該加算は入院患者又はその家族に説明し、同意を得られた日から算定を開始できる加算であるため、同意を得られた日の記録は必須である。
- ・栄養ケア・マネジメントを実施している施設にあっては、従前作成が義務づけられていた次の帳票について、作成が不要とされている。
検食簿、喫食調査結果、入院者等の入退院簿、食料品消費日計、入院者年齢構成表、給与栄養目標量に関する帳票

④経口移行加算／経口維持加算（ショート除く）

- ・経口移行加算
現に経管により食事を摂取している患者に対し、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要であるとして、医師の指示に基づいて実施するものであること。
- ・経口維持加算
現に経口により食事を摂取している次の患者であって、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として、医師の指示に基づいて実施するものであること。
 - a 経管栄養は行われていないが、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者、ビデオレントゲン造影又は内視鏡検査による確認が必要<経口維持加算Ⅰ>
 - b 経管栄養は行われていないが、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められる者<経口維持加算Ⅱ>
- ・加算は、経口移行（経口維持）計画（栄養マネジメント加算を算定している入院患者の場合は、栄養ケア計画と一体のものとして作成すること）が作成され、入院患者又はその家族に説明し同意を得た日から算定できる。
- ・経口維持加算ⅠとⅡの同時算定はできない。また療養食加算を算定した場合は、経口移行（維持）加算は算定できない点に留意。
- ・入院患者1人につき、原則として1入院1度（180日を限度）のみ算定できること。
- ・180日を越えて実施する場合は医師の指示を概ね2週間毎に受け、かつその指示を記録して分かるようにしておくこと。

⑤口腔機能維持管理加算（ショート除く）

- ・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に技術的助言及び指導を行うことで、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。
- ・ 医療保険の診療報酬において、歯科医師又は歯科衛生士が、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定していても、口腔機能維持管理加算は算定できるが、技術的助言及び指導を行う時間帯と歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料の時間帯は明確に分けること。

⑥療養食加算（ショートも算定可）

- ・ 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き適切な栄養量及び内容を有する治療食を提供すること。
- ・ 経口移行加算又は経口維持加算との併算定は不可。
- ・ 心臓疾患等の減塩食は、4月から7.0g未満→6.0g未満に要件が変更されており、9月30日をもって、猶予期間も終了している。
- ・ 算定するためには事前に県に体制の届出が必要となる。

⑦在宅復帰支援機能加算（ショート除く）

- ・ 在宅復帰に対する支援を積極的に行い、一定割合以上の在宅復帰の実績を残した施設を評価する主旨であることに留意。
- ・ 次の要件のいずれにも該当した場合、算定日の属する月における入院患者全員に対して算定可。なお、算定根拠等の関係書類は整備しておくこと。
 - a 算定日が属する月の前6月間の退院者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者（入院期間が1月を超えていた者に限る）の割合が、退院者全体の30%を超えていること。
 - b 退院日の30日以内に居宅を訪問し（又は指定居宅介護支援事業所からの情報提供）、当該退院者の在宅における生活が1月以上続く見込みであることを確認・記録していること。

⑧認知症専門ケア加算（ショート除く）

- ・ 認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に指導に係る専門的な研修を終了している者を配置して、認知症ケアを行う事業所を評価。
- ・ 施設の入院患者の半分以上が認知症患者であることが前提。
- ・ 加算（Ⅰ）3単位：「認知症介護実践リーダー研修」
- ・ 加算（Ⅱ）4単位：「認知症介護指導者研修」
- ・ よく似た名前で、「認知症介護実践者研修」があるが、この研修を終了して初めて「認知症介護実践リーダー研修」を受講する資格が与えられるという位置づけのため、「認知症介護実践者研修」終了では算定要件を満たさない。
- ・ 平成21年度の「認知症介護実践リーダー研修」と「認知症介護指導者研修」は終了しており、平成22年度の予定はまだ発表されていないため不明である。

⑨サービス提供体制強化加算（ショートも算定可）

- ・加算（Ⅰ）12単位：介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合1/2以上
- ・加算（Ⅱ）6単位：看護・介護職員総数のうち常勤職員の占める割合3/4以上
- ・加算（Ⅲ）6単位：サービスを直接提供する職員のうち、勤続年数3年以上の職員が占める割合3/10以上
- ・職員の割合の算出は常勤換算方法による。
- ・平成22年度に新たに届出を出す場合、平成21年4月～2月の平均で算出する。

⑩感染対策指導管理（ショートも算定可）

- ・実施した場合に加算となる。
- ・月末在籍は必須ではなく、月途中の入退院についても1日単位で算定可。
- ・医師や看護師長など関係職員が出席し、院内感染感染防止対策委員会を月1回程度定期的に開催すること。

⑪褥瘡対策指導管理（ショートも算定可）

- ・医療保険では未実施の場合減算となるが、介護保険では実施した場合に加算となる。

⑫初期入院診療管理（ショート除く）

- ・入院した日から起算して2週間以内に、患者に対して文書により交付・説明を行うこと。
- ・入院時1回、入院後診療方針に重要な変更があった場合1回算定可。医療保険適用病床から転床の場合、原則として転床時には算定できない。
- ・但し、医療保険適用病床・介護保険適用病床の通算入院期間が6月以内で、病状の変化等により診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要がある場合には算定可。

⑬重度療養管理（平成21年4月より短期入所療養介護のみ、介護予防除く）

- ・常時頻回の喀痰吸引等の状態に該当する患者に算定可。
- ・処置を行った日、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。

⑭重症皮膚潰瘍管理指導（認知症疾患型除く）

- ・県への届出が必要。重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、計画的な医学的管理を行い、療養上必要な指導を行った場合に算定。
- ・月途中で入院（転棟）してきた場合も1日単位で算定可。

⑮薬剤管理指導（認知症疾患型除く）

- ・県への届出が必要。
- ・週1回、月4回の限度があるため、医療保険適用病床からの転床については、同一週に医療保険で算定していれば介護保険では算定不可（介護から医療も同様）。

⑩医学情報提供（認知症疾患型除く）

- ・（Ⅰ）診療所から診療所へ。病院から病院へ。
- ・（Ⅱ）診療所から病院へ。病院から診療所へ。
- ・退院時情報提供加算との併算定は不可。

⑪理学療法／作業療法（認知症疾患型除く）

- ・理学療法（Ⅰ）及び作業療法は、県への届出が必要。
- ・実施に当たっては、理学療法（作業療法）実施計画を作成すること。リハビリテーションマネジメント加算は4月の改正でなくなったが、特定診療費の留意事項通知でリハビリテーションの実施計画を作成するよう求めている。
- ・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している場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画に代えることができる。
- ・入院（利用開始）日から起算して4月を超えた期間に係る70/100逓減に留意。
- ・1月に合計11回以上を数えるに当たって、月の途中で医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床してきた場合は、医療保険適用病床で受けたリハビリの回数を通算して数える。
- ・注3加算（リハビリテーション計画加算。介護療養型は対象外）は、利用者が理学療法、作業療法を必要とする状態の原因となった疾患治療のために入院（入所）した病院・診療所・介護保険施設を退院（退所）した日、もしくは要介護（要支援）認定を受けた日から初めて利用した月に限り算定できる。
- ・注4加算（入院生活リハビリテーション管理指導。介護療養型は対象外）については、当該訓練及び指導を行った日において理学療法又は作業療法の所定単位数は算定できないことに留意すること。

⑫言語聴覚療法（認知症疾患型除く）

- ・県への届出が必要。
- ・実施に当たっては、言語聴覚療法実施計画を作成し、開始時及びその後3ヶ月に1回以上患者に対し内容を説明し、その要点を診療録に記載すること。
- ・入院（利用開始）日から起算して4月を超えた期間に係る70/100逓減に留意。
- ・言語聴覚療法実施計画は、リハビリテーション実施計画に代えることができる。

⑬集団コミュニケーション療法（認知症疾患型除く）

- ・県への届出が必要。
- ・医師の指導監督のもと、医師又は言語聴覚士の監視下で行われること。
- ・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こと。

⑳リハビリテーション体制強化加算（認知症疾患型除く）

- ・専従常勤の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を2名以上加配し、上記⑰、⑱のリハビリテーションを実施した場合に算定可。
- ・理学療法／作業療法に対する加算であるので、短期集中リハビリテーションを算定することで、所定の理学療法／作業療法／言語聴覚療法が算定できない場合は、体制強化加算も算定できない。

㉑摂食機能療法（認知症疾患型除く）

- ・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1回につき30分以上訓練指導した場合に算定可。
- ・実施できる職種は、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士であり、介護職員や栄養士、管理栄養士は対象外。

㉒短期集中リハビリテーション（認知症疾患型除く）

- ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が入院日から起算して3月以内の期間に、集中的に（概ね週3日以上／1回20分以上）上記⑭、⑮及び摂食機能療法の各リハビリテーションを行った場合に算定可。
- ・短期集中リハビリテーションを算定した日は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法は算定できないことに留意。
- ・過去3月以内に当該介護療養型医療施設に入院したことがない患者に限り算定できる点に留意。

㉓認知症短期集中リハビリテーション（認知症疾患型も含む）

- ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が入院日から起算して3月以内の期間に、集中的に（週3日を標準／1回20分以上）リハビリテーションを個別に行った場合に、1週につき3日を限度として算定可。
- ・認知症であると医師が判断した者であって、リハビリにより改善が見込まれると判断された者に限られることに留意。

㉔精神科作業療法（認知症疾患型も含む）

- ・患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- ・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。
- ・当該療法に必要な消耗品や作業衣等は、医療機関の負担となるので、患者に自己負担を求めないこと。

㉕認知症老人入院精神療法（認知症疾患型も含む）

- ・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。
- ・実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記載すること。
- ・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2人の従事者が行った場合に算定できる。

【短期入所療養介護特有の加算・留意事項など】

～はじめに～

平成21年4月の介護報酬改定に伴い、従来は療養病床でしか指定を受けることができなかった短期入所療養介護が、一定要件を満たした有床診療所の一般病床でも指定を受けることができるようになりました。

【人員・設備・運営に関する留意事項】

①利用対象者について

・短期入所療養介護の対象者は

- ①利用者の心身の状況若しくは病状により
- ②家族の疾病、冠婚葬祭、出張等により
- ③家族の身体的及び精神的な負担軽減により

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である。

②短期入所療養介護計画の作成

- ・介護療養型医療施設の場合は、入院患者全員に施設サービス計画を作成するが、短期入所療養介護の場合は、概ね4日以上連続して利用する場合に、居宅サービス計画に沿った短期入所療養介護計画を作成する。
- ・なお、4日に満たない利用者においても、利用者の心身の状況を踏まえて必要な療養を提供しなければならない。

③運営規程

- ・送迎加算を算定する場合は、運営規程において「通常の送迎の実施地域」を定めておくこと。

【介護報酬に関する留意事項】

①特定病院療養病床（特定診療所、特定認知症疾患型）短期入所療養介護費

- ・日帰りで、利用時間の応じて単位数が変わる基本サービス費である。
- ・利用対象者は、在宅において生活しており、当該サービスを提供するに当たり常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の利用者を想定している。

②認知症行動・心理症状緊急対応加算（認知症疾患型は対象外）

- ・医師が、利用者の認知症の行動・心理症状を認め、在宅での生活が困難であり、緊急に（介護予防）短期入所療養介護を利用することが適当であると判断し、（介護予防）短期入所療養介護を利用した場合は、利用を開始した日から7日を限度として算定できる。

③緊急短期入所ネットワーク加算（介護予防は対象外）

- ・他の短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所と連携し、緊急にサービスを受け入れる体制を整備している事業所に、緊急の利用者が利用した場合に算定できる。
- ・算定する場合は、事前に県に届出が必要。
- ・連携体制の単位は、利用定員等を合計して30以上とする。利用定員等の具体的な計算方法は、通知を確認していただきたい。
- ・緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化しておくこと。
- ・上記の窓口を設けた施設は24時間相談可能な体制を確保しておくこと。
- ・利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などは記録しておくこと。

【医療保険と介護保険との給付調整】

①原則（介護保険優先）

- 1 介護療養施設サービス費には、指導管理、検査、処置等の費用が含まれている。
- 2 医療保険では、同一の疾病・障害について、介護保険の給付を受けることができる場合は給付は行わない。
→密度の高い医療が必要な場合は医療保険適用病床への転床が原則

②医療保険による給付が行われる場合

- 1 緊急時に行われた医療
 - ・患者の状態、病床の空き状況等により転床できず、介護保険適用病床に入院したまま医療行為が行われた場合は、介護療養施設サービス費に含まれない部分のみ医療保険へ請求可能。
 - ・請求は医療の外来レセプトによる。
- 2 小規模病院・診療所の特例（2室8床）
 - ・療養病棟が1棟のみの病院又は診療所では、介護保険適用病床により、要介護者以外の患者への対応が困難となるおそれがある。
 - ・そのため事前に届け出ている最大2室8床までは、その病床で行われた療養について医療保険へ請求可能。
- 3 専門的な診療についての他科受診
 - ・入院患者が入院の原因となった疾病以外の傷病で他院の受診が必要となった場合は、転医又は対診が原則。
 - ・自院にない診療科で、特別な関係にない他院を受診した場合、自院は介護療養施設サービス費に代えて362単位を算定し、次の表のうち、「算定できる」費用のみ医療保険で請求できる。

算定できる費用	算定できない費用
初診料・再診料／短期滞入手術基本料1／検査／画像診断／精神科専門療法／処置／手術／麻酔／放射線治療／その専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬・注射	短期滞入手術基本料2／医学管理等／在宅医療／投薬／注射／リハビリテーション (その専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬・注射を除く)

【人員・設備・運営について～県民局実地指導結果を中心に～】

基本方針（基準省令第1条）

- 介護療養型医療施設又は短期入所療養介護は、病院のベッドを使って介護やその他の世話をしておけば足りるとの誤った認識があるように思われる。

（ポイント）

- ・基準省令の「基本方針」に、「その他の必要な医療を行う」と明記されている。
- ・施設サービス費も、一部を除く医療行為を含んだものとなっており、「必要な医療」は「行わなければならない」ものであり、かつ施設サービス費に含まれる医療は別途医療保険に請求できるものではない。短期入所療養介護も同様である。

内容及び手続の説明及び同意（基準省令第6条）

- 重要事項の説明が不十分である。

（ポイント）

- ・介護保険は利用者又は入院患者と事業者の「契約」によって成り立つものである。よって事業者は利用者又は入院患者に十分な説明を行うことが求められる。
- ・入院を「指示」する医療とは違うので、この点明確に区別するべきこと。

利用料等の受領（基準省令第12条）

- 居住費の徴収を適正に行うこと。

（ポイント）

- ・運営規程に居住費（滞在費・宿泊費）の額を記載するとともに、変更があれば必ず県民局に届け出ること。
- ・居住費の徴収は事前に入院患者又はその家族に「文書により」説明し、「文書により」同意を得ること。
- ・特別室の利用料は入所者・入院患者の選択によって行われるものであり、サービス提供上の必要性から行われるものであってはならない。
- ・空いている部屋が特別室しかないから特別室に入ってもらった場合は、徴収できない。

●「その他の日常生活費」の徴収を適正に行うこと。

(ポイント)

- ・入所者・入院患者または家族等の自由な選択によるものでなければならぬため、全ての入所者・入院患者に対し、「一律に提供し、その費用を画一的徴収することはできない」
- ・インフルエンザ予防接種にかかる費用は徴収できる。但し、事前に説明と同意を得ること。
- ・預り金の出納管理の費用を徴収することは出来るが、徴収額の積算根拠を明確にし、適切な額を定めること。
- ・預り金の額に対し、月当たり一定割合とするような取扱いは認められない。

●預り金の出納管理を適切に行うこと。

(ポイント)

- ・預り金は責任者と補助者を選定し、通帳と印鑑を別々に保管すること。
- ・適切な管理が行われていることの確認が、複数の者により常に行える体制で出納事務が行われること。
- ・入院患者との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳等必要な書類を整備しておくこと。
- ・入院患者とのトラブルが起きやすい分野である。自ら（事業所）を守る意味でも書類整備は厳重にしてしすぎることはない。

指定介護療養施設サービスの取扱方針（基準省令第14条）

●家族による同意があれば身体拘束を行ってもよいという誤った認識があるなど、安易な身体拘束の実施が見られる。

(ポイント)

- ・身体拘束は「行ってはいけない」ことが原則である。
- ・例え家族による同意書があったとしてもそれは身体拘束の免罪符にはならないことを改めて徹底させていただく。
- ・その他の介護保険施設等と比べてると、医療機関は介護保険制度以前からの入院患者に対する身体拘束の「歴史」があるために安易に身体拘束に向かいやすい。
- ・しかし医療機関における入院（介護ではなく）についても昨年、病院側の違法が認定された判決が名古屋高裁で出た。
- ・身体拘束を実施する際に、今一度「これは本当に入院患者のためなのか？」ということを確認していただきたい。どこかで事業所の手間の軽減を考えていないか？

施設サービス計画の作成（基準省令第15条）

- 施設サービス計画（原案）が適切な手続を経て作成されていない。

（ポイント）

- ・施設サービス計画原案は入院前に次の点を踏まえて作成すること。
 - ア 入院患者の有する能力、置かれている環境等の評価を通じた問題点、解決すべき課題の把握
 - イ 入院患者及びその家族の意向等を踏まえた施設サービス計画原案の作成
 - ウ 原案の内容に係る担当者からの専門的な見地からの意見の聴取
 - エ 原案の内容についての入院患者又はその家族に対する説明及び文書による同意
- ・入院患者の心身の状況把握、患者及び家族の意向を十分に踏まえること等により、画一的な計画にならないよう配慮すること。
- ・特に医療機関内で医療療養病床から介護療養病床に転床する入院患者が多いが、これまでの医療療養病床における診療が継続していて、介護保険施設におけるサービス提供であるとの認識が乏しいようである。
- ・短期入所療養介護の場合の短期入所療養介護計画は、計画原案を作成するところまでは求められていないが、同じく説明と同意が必要である。
- ・施設サービス計画は、一度作成すればずっとそのままよいというものではない。
「定期的」にモニタリングを実施し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行わなければならない。
- ・「定期的」の頻度は「入院患者の心身の状況等に応じて適切に判断」となっていて、具体的に明記はされていないが、全くモニタリングを行っている形跡がないような場合は指導の対象となる。

食事の提供（基準省令第19条）

- 通常の医療保険の入院と同様に入院患者が各自の病室で食事をしている、又は食堂として届出のあった部屋以外の部屋で食事をしている。

（ポイント）

- ・入院患者の食事は、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
ということは基準省令で明記されていることである。
- ・部屋の用途変更は必ず県民局に変更届を提出すること。事例によっては変更をのものが不適切な場合もありうる。

衛生管理等（基準省令第28条）

- 感染対策委員会の開催頻度が昨年度改正されました。

（ポイント）

- ・介護療養型医療施設は、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（＝「感染対策委員会」）を開催しなければならない。
- ・感染対策委員会の開催頻度は、昨年度の改正により、「1月に1回程度」から「おおむね3月に1回以上」に改められた。
- ・感染対策委員会の開催は、短期入所療養介護だけを実施している事業所は基準省令で求められていないが、開催自体を妨げるものではないこと。

掲示（基準省令第29条）

- 事業運営にあたっての重要事項が掲示されていない。運営規程のみを掲示している。
- 苦情に対する措置の概要、利用料などが欠落している。
- 事業所の見やすい場所に掲示されていない。

（ポイント）

- ・掲示すべき内容（項目）は、重要事項説明書と同じです。
- ・受付コーナー、相談室等入院患者、利用者が見やすいよう工夫して掲示すること。
※掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、受付コーナー、相談室等に立てかけておくことでも差し支えない。

事故発生の防止及び発生時の対応（基準省令第34条）

- 県（事業所を所管する県民局）又は市町村等に報告していない。
- 事故防止検討委員会の運営について、昨年度解釈通知が改正されました。

（ポイント）

- ・事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局へ報告を行うこと。
※介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針（岡山県版）参照
- ・事故防止検討委員会の運営は、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、感染対策委員会とは一体的に設置・運営することが差し支えないと昨年度の改正で変更された。

会計の区分（基準省令第35条）

- 事業所ごとに経理を区分していない。
- 介護保険事業と他の事業の経理・会計が区分されていない。

（ポイント）

- ・ 事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。

記録の整備（基準省令第36条）

- 退職した従業者に関する諸記録を従業者の退職後すぐに廃棄している。
- 施設サービス計画を変更したら、以前の施設サービス計画を廃棄している。
- 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録がされていない、又は不十分である。

（ポイント）

- ・ 利用者に対する訪問介護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存すること。
- ・ いうまでもなく診療録の保存は完結の日から5年である。
- ・ 身体的拘束の記録については、過誤調整につながる部分なので、項目を省くことなく、きちんと整備しておくこと。

変更の届出等（介護保険法第108条）

- 指定を受けた病室とは異なる病室でサービスを提供している。
- 指定を受けた時と用途が変わっている。

（いずれも今年度の実地指導で確認された事項）

（ポイント）

- ・ 介護療養型医療施設のしては、病棟若しくは病室を特定した上で指定している。同じ病棟内であっても、指定時に介護療養病床として届け出していない病床は、サービス提供を行うことはできない。
- ・ 同様に、届出時に食堂として届出た部屋を、物置にするなど不適切な事例が見られた。食堂は、介護療養型医療施設に必須の施設であるため、場合によっては指定取消にもつながりかねない事例である。
- ・ 病室変更、用途変更は非常に重要な変更であるため、事前に県民局担当課に相談すること。

【介護報酬について～よくある質問を中心に～】

- 介護療養型医療施設の入院の起算日について、よく質問が来ます。

(ポイント)

- ・基本的には診療報酬上の入院と同様に考える。
- ・医療と介護の病棟間を移動しても、入院の起算日は、初回入院日である。
- ・一旦退院しても同一の傷病で同一の医療機関に再入院した場合は、入院の起算日は初回入院日である。
- ・退院後3月以上同一の傷病でいずれの保険医療機関又は介護老人保険医療施設にも入院・入所しなかった後に、再入院した場合は初診となる。

<入院起算日が問題となる個別事例>

- 初期加算（入院した日から起算して30日以内の期間、1日につき30単位加算）

(ポイント)

- ・過去3月間の間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがないこと。
- ・日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当するものは過去1月間。
- ・A病院の短期入所療養介護利用者が、そのままA病院の介護療養型医療施設に入院した場合、30日から短期入所療養介護の利用日数を控除（＝入院起算日は短期入所療養介護の利用開始日）

- 初期入院診療管理（診療計画が入院した日から起算して2週間以内に、文書で交付）

(ポイント)

- ・過去3月間の間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがないこと。
- ・日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当するものは過去1月間。
- ・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入院患者は算定不可

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法

(利用を開始又は入院した日から起算して4月を越えた期間における、1月11回目以降減算)

(ポイント)

- ・「利用を開始又は入院した日から」とあるので、短期入所療養介護の利用者が、そのまま介護療養型医療施設に入院した場合は、短期入所療養介護の利用開始日が起算日となる。
- ・月の途中で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、医療保険で算定した理学療法、作業療法、言語聴覚療法は、通算する。介護から医療に移った場

合も同様。(H15.4・Q&A Q15)

- ・医療保険適用病床と介護保険適用病床を行き来している場合は、初回入院日が起算日となる。

●短期集中リハビリテーション（入院した日から起算して3月以内）

(ポイント)

- ・A病院の介護療養型医療施設に入院していた入院患者が、退院後再度A病院の介護療養型医療施設に再入院する場合は、最初の退院から3ヶ月以上経過していなければ算定不可。(H12老企58号)
- ・但し、例外として、最初のA病院での入院中に、短期集中リハビリテーションを算定しており、算定途中で別の医療機関に入院し、退院した後、再度A病院に入院した場合は、最初の入院した日から起算して3月以内であれば再算定が可能。
(H21.4・Q&A vol.1 Q100)
- ・最初のA病院入院中に短期集中リハビリテーションを算定しており、かつ算定途中あるいは終了後、4週間以上B医療機関に入院していて、その後A病院に入院した場合に、必要が認められる場合に限り、A病院を退院後3ヶ月に満たなくても、もう一度、算定することが出来る。(H21.4・Q&A vol.1 Q100)
- ・同一医療機関内で、医療保険適用病床から介護療養病床へ転床した場合の起算日は、介護療養病床への転床日が起算日となる。(H18.4・Q&A vol.5 Q2)

●認知症短期集中リハビリテーション（入院した日から起算して3月以内）

(ポイント)

- ・当該利用者が、過去3月間の間に、当該リハビリテーション加算を算定したことがないこと。(H12老企58号)
- ・A病院介護療養型医療施設に3ヶ月入院し、認知症短期集中リハビリを実施した後退院し、B病院介護療養型医療施設に入院した場合にはB病院では算定不可。
(H21.4・Q&A vol.1 Q103)
- ・最初のA病院での入院中に、認知症短期集中リハビリテーションを算定しており、算定途中で別の医療機関に入院し、退院した後、再度A病院に入院した場合は、最初の入院した日から起算して3月以内であれば再算定が可能。
(H21.4・Q&A vol.1 Q105)
- ・最初のA病院での入院中に、認知症短期集中リハビリテーションを算定しており、算定途中でB病院に入院し、退院した後、C病院に入院した場合は、当該利用者が過去3月の間に、認知症短期集中リハビリテーションを算定していない場合に限り算定可能。
(H21.4・Q&A vol.1 Q105)

●人工腎臓（透析）が必要な入院患者について

（ポイント）

- ・透析を行う診療科は、広く言えば「内科」である場合が多いため、通常介護療養型医療施設においても「内科」を標榜している以上、厳密には「他科受診」とは言い難い。
- ・しかし、人工腎臓を行うことの出来る設備を介護療養型医療施設が有しているとは限らないため、基本的には「転医」が原則である。
- ・但し、やむを得ず他の医療機関で人工腎臓を受ける場合は、次の通り算定すること。
- ・介護療養型医療施設は他科受診時費用362単位を算定したし、人工腎臓を行う他医療機関は、青本p726に掲載されている「算定できる費用」を算定する。

●胃ろうの交換に係る医療保険への請求について

（ポイント）

- ・平成20年4月の診療報酬改定で新設された「胃瘻カテーテル交換法」により、交換用胃瘻カテーテルの材料料と併せて医療保険の外来レセプトで請求できる。
- ・但し、「胃瘻カテーテル交換法」は、画像診断あるいは胃カメラ等により、カテーテルが確実に胃内に留置されたことを確認しなければ算定できない。
- ・医療保険への請求は外来レセプトを用いて「摘要」欄に（介）と記載し、介護療養型医療施設に入院中であることを注記すること。
- ・単純撮影もしくは胃カメラで確認した場合は、レセプトの「摘要」欄にその旨必ず注記すること。（例：「〇〇により確認を行ったが、介護療養施設サービス費に含まれているため請求していません。」）
- ・介護療養施設サービス費に含まれない画像診断等（造影検査等）で確認した場合は、外来レセプトで併せて算定できる。

●介護療養型医療施設における特定診療費の重度療養管理の算定は平成21年4月からできなくなりました。

（ポイント）

- ・1日につき120単位を算定できる特定診療費の「重度療養管理」は、平成21年4月から短期入所療養介護（介護予防を除く）の利用者だけが算定できるようになった。