

介護療養病床の今後について

- ・健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年 6 月 21 日 法律第 83 号）により、介護療養病床は平成 24 年 3 月 31 日をもって廃止されることになりました。
 - ・これに伴い、介護療養病床又は医療療養病床から、介護老人保健施設等の施設への転換を促す支援策も用意されました。
 - ・しかしながら平成 18 年当時、全国で約 13 万床あった介護療養病床及び約 25 万床あった医療療養病床のうち、老健施設等へ転換された病床は 7,000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末をもって介護療養病床を廃止することとなっていますが、再編は進んでいないのが実態です。
 - ・この現状に鑑み、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会介護保険部会（部会長=山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大教授）では、平成 22 年 11 月 30 日付けの「介護保険制度の見直しに関する意見」で、介護療養病床の廃止について「新規の指定は行わず、一定の期間に限りて猶予することが必要（※いずれ廃止）」、「廃止方針を撤回すべき」との両論併記となりました。
 - ・一方で民主党厚生労働部門会議（座長=石毛鏡子）及び介護保険制度改革ワーキングチーム（主査=藤田一枝）による平成 22 年 12 月 22 日付けの「介護保険制度の見直しに関する提言」が厚生労働大臣に提出されました。この提言の中で、介護療養病床は「H23 年度末の廃止を 3 年間延期するための法改正を行う」としています。
 - ・介護保険部会の「意見」及び党の「提言」を受けて、平成 22 年 12 月 24 日の記者会見で、細川厚生労働大臣は「介護療養病床の廃止の猶予」を法律の改正内容として盛り込み、通常国会に提出する考えであると述べました。
- ・平成 23 年 1 月 21 日の全国厚生労働関係部局長会議の「老健局 重点事項説明資料」において厚生労働省は介護療養病床について
- （1）これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、一定期間転換期限を延長する。
 - （2）平成 24 年度以降、介護療養病床の新設は認めない。（※）との「方針」を明らかにしました。
- （※）（2）については、「第 4 期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」期間中において、新規の指定枠はありません。
- ・今後この方針に基づいた法律の改正案が国会に提出されると思われませんが、現在その内容は明らかにされていません。

以上の内容をまとめると次のとおりです。

1. 介護療養病床の平成 24 年 3 月 31 日の廃止は延期される方針である。
2. 介護療養病床の廃止の猶予期間は公式には未定であるが、3 年間は有力である。
3. 猶予期間満了後、廃止となるのか、再度延長されるのか、あるいは廃止そのものがなくなり継続となるのかは現在のところ明確な方針が打ち出されていない。

以上です。今後も国の動きに注視をお願いします。

【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

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

人員に関する基準及び人員に関する報酬について

【医師数について】

1. 病院・診療所、介護療養型医療施設・（介護予防）短期入所療養介護の別に関わらず、「医療法」が基準となる。
但し、老人性認知症疾患型介護療養型医療施設は、老人性認知症疾患療養病棟に担当する医師を1名配置しなければならない。

（参考：医療法の規定）

病院：①÷3（小数点第2位以下切り捨て）+②+③÷2.5※a（小数点第2位以下切り捨て）
=Aとする。

①=精神病床及び療養病床1日平均入院患者数

②=精神病床及び療養病床以外の1日平均入院患者数

（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）

③=1日平均外来患者数

（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）

※a：耳鼻咽喉科又は眼科の1日平均外来患者数については「5」

A≤52のとき 医師数≥3 A>52のとき 医師数≥(A-52)÷16+3

診療所：医師数≥1

2. 医師数が基準の6割に満たない場合は減算となる。
（介護療養型医療施設・（介護予防）短期入所療養介護共通、診療所は除く）
 - （1）僻地の医師確保計画を岡山県知事に届け出た場合は、既に届出のある人員配置区分に基づく基本サービス費から12単位減算。
 - （2）僻地の医師確保計画を岡山県知事に届け出していない場合は、最も基本サービス費が低い人員配置区分に基づく基本サービス費から100分の90に減算。
→療養型介護療養施設サービス費（Ⅲ）、認知症疾患型介護療養施設サービス費（Ⅳ）又は（Ⅴ）（（介護予防）短期入所療養介護も同じ）
（県内に算定している事業所がない人員配置区分は省略して記載）
3. 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場合は減算となる。（介護療養型医療施設・（介護予防）短期入所療養介護共通、診療所・認知症疾患型を除く病院のみ）
 - （1）次の要件を全て満たす場合は医療法施行規則第49条の規定が適用され、医療法における医師の配置基準が緩和される。この場合、既に届出のある人員配置区分に基づく基本サービス費から12単位減算。
 - ・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
 - ・医師数が3名未満

医療法の規定における、既述のAが

$$A \leq 36 \text{ のとき 医師数} \geq 2 \quad A > 36 \text{ のとき 医師数} \geq (A - 36) \div 16 + 2$$

(2) 但し、緩和してなお6割に満たない場合は既述の「2.」の減算を行い、医療法施行規則第49条の減算は行わない。

【薬剤師及び栄養士について】

1. 診療所型には人員基準はなく、病院療養型及び認知症疾患型については「医療法」を基準とする。

(1) 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

(2) 認知症疾患型：医療法上必要とされる数以上

2. 薬剤師、栄養士の人員欠如による減算規定はなし。

【看護職員及び介護職員について】

注：基準を定める条文における「〇又はその端数を増すごとに1以上」の解釈について
 例：6又はその端数を増すごとに1以上の場合、6人までは1人、7人～12人までは2人であり、1.2や1.8といった「小数」にはならない。

注：人員基準の計算の基礎となる「入院患者の数」は前年度の入院患者数延数÷日数（小数点2位以下切り上げ）

1. 人員に関する基準は、基準省令及び平成12年厚生省告示第26号「厚生労働大臣が定める施設基準」で定めている。

県内にはないユニット型、大病院、経過型等は除いて記載

類型 (介護予防) 短期入所療養介護単独も含む)	看護職員	介護職員	基本サービス費	根拠条文(告示)
介護療養型医療施設のうち病院療養型 (短期入所療養介護及び介護予防短期 入所療養介護の病院療養型も同様)	6 : 1	4 : 1	療養型(Ⅰ)	第12号ニ(1)
	6 : 1	5 : 1	療養型(Ⅱ)	第12号ニ(2)
	6 : 1	6 : 1	療養型(Ⅲ)	第12号ニ(3)
介護療養型医療施設のうち診療所型 (短期入所療養介護及び介護予防短期 入所療養介護の診療所型も同様)	6 : 1	6 : 1	診療所型(Ⅰ)	第12号チ(1)
	3 : 1 (うち看護1以上)		診療所型(Ⅱ)	第12号チ(2) 省令附則第4条
介護療養型医療施設のうち認知症疾患型 (短期入所療養介護及び介護予防短期 入所療養介護の認知症疾患型も同様)	4 : 1	4 : 1	認知症疾患型(Ⅱ)	第12号ル(2)
	4 : 1	5 : 1	認知症疾患型(Ⅲ)	第12号ル(3)
	4 : 1	6 : 1	認知症疾患型(Ⅳ)	第12号ル(4)
	4 : 1※	6 : 1	認知症疾患型(Ⅴ)	第12号ル(5)

※入院患者÷4(端数切り上げ)から入院患者÷5(端数切り上げ)を差し引いた数の範囲内で介護職員とすることができる。

2. 看護職員及び介護職員の人員欠如による減算については、病院療養型及び認知症疾患型のみ、平成12年厚生省告示第27号で定められている。

- ・看護職員又は介護職員の員数が満たない場合
- ・正看護師の、基準に定められた看護職員の員数に占める割合(正看比率)が2割に満たない場合

人員欠如の種別	必要とされる員数との比較	減算の割合	病院全体の許可病床数	減算期間
<u>看護・介護職員の欠</u> ※施設サービスの最低基準を満たさなくなった場合に減算する＝療養型（Ⅲ）又は認知症疾患型（Ⅳ）（Ⅴ）のいずれかの基準を満たさなくなったとき	1割を超えて不足	70/100	/	翌月から解消された月まで
	1割の範囲内で不足	70/100	100床以上	翌々月から解消された月まで
			100床未満	3月後から解消された月まで
<u>正看比率が2割未満</u> ※療養型（Ⅲ） 認知症疾患型（Ⅳ）、（Ⅴ）から減算	1割を超えて不足	90/100	/	翌月から解消された月まで
	1割の範囲内で不足	90/100	100床以上	翌々月から解消された月まで
			100床未満	3月後から解消された月まで

3. 夜勤に関する基準は、病院療養型のみ平成12年厚生省告示第29号「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準」で基準型及び加算型の基準を定めている。

(1) 1日平均夜勤職員数

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

※小数点第3位は切り捨て

(2) 月平均夜勤時間数

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{届出の前月又は4週間の延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯に勤務した実人員}}$$

（夜勤専従者と夜勤時間数が16時間以下の者は除く）
（夜勤専従者と夜勤時間数が16時間以下の者は除く）

(3) 基準及び各加算の基準

基準・加算		1日平均夜勤職員数（入院患者数と短期入所療養介護の利用者数の合計に対して）	月平均夜勤職員数
基準型		看護職員又は介護職員 30:1かつ2以上 うち看護職員1以上	看護職員又は介護職員 64時間以下
夜間勤務等 看護加算	加算型Ⅰ	看護職員 15:1かつ2以上	看護職員 72時間以下
	加算型Ⅱ	看護職員 20:1かつ2以上	看護職員 72時間以下
	加算型Ⅲ	看護職員又は介護職員 15:1かつ2以上 うち看護職員1以上	看護職員又は介護職員 72時間以下
	加算型Ⅳ	看護職員又は介護職員 20:1かつ2以上 うち看護職員1以上	看護職員又は介護職員 72時間以下

(4) 夜勤減算について（減算月は夜勤体制による加算の算定は不可）

チェックする項目	減算となる状況	減算の始期	減算の終期
<u>1日平均夜勤職員数</u> （歴月で判断）	1割を超えて不足	不足した翌月 から減算	解消した翌月から減算なし
	加算型の届出がある事業所 は、加算の基準を基とする	1割の範囲内で3月間 継続して不足	不足3月目の 翌月から減算
<u>月平均夜勤時間数</u> （歴月で判断）	基準時間を1割以上 上回る	上回った翌月 から減算	解消した翌月から減算なし
	基準型は64時間 加算型は72時間を基とする	過去3月間の平均が 基準時間を超える	計算した3月目 の翌月から減算
<u>夜勤時間帯における 夜勤を行う職員数</u> （ある歴月における 1日ごとで判断）	ある歴月内に 2日以上連続して不足	不足した翌月 から減算	解消した翌月から減算なし
	ある歴月内に 4日以上不足	不足した翌月 から減算	解消した翌月から減算なし

【理学療法士及び作業療法士について】

1. 診療所型には人員基準はなく、病院療養型及び認知症疾患型についてはそれぞれ基準省令で定められている。(減算規定なし)

(1) 病院療養型：当該指定介護療養型医療施設の実情に応じた適当数。

(2) 認知症疾患型：老人性認知症疾患療養病棟に作業療法士 1 以上。

2. 特定診療費の届出状況によっては、配置が求められる場合がある。

(病院療養型及び診療所型のみ)

(1) 理学療法 (I)：専従する常勤理学療法士 1 以上

(2) 作業療法：専従する常勤作業療法士 1 以上

【介護支援専門員について】

1. 各類型ごとに、基準省令及び解釈通知により定められている。

類 型	基準省令	解釈通知 (老企第45号)	基準未満
病院療養型	1 以上 療養病棟における入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準	常勤専従 1人以上 ※ 入院患者が100人を超える場合の増員分は非常勤でも可	70% 減算
診療所型	1 以上	非常勤でも可	
認知症疾患型	1 以上 老人性認知症疾患療養病棟における入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準	常勤専従 1人以上 ※ 入院患者が100人を超える場合の増員分は非常勤でも可	70% 減算

※入院患者の処遇に支障がない場合は、当該介護療養型医療施設の他の職務に従事することができる。

居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は不可。

但し増員に係る非常勤の介護支援専門員は可。

設備に関する基準

(注意を要する箇所のみ、介護療養型医療施設・(介護予防)短期入所療養介護共通)

	病院療養型	診療所型	認知症疾患型
病室の 病床数	1の病室につき4床以下 ----- 入院患者が選定する特別な病室の場合は2床以下 ※特別な病室の定員は、全体の定員の半数以下とすること		
廊下	(基準省令)片側居室：1.8m(内法)、両側居室：2.7m(内法) (経過措置)片側居室：1.2m(内法)、両側居室：1.6m(内法) ----- 基準省令を満たさず↓		
	病院療養病床療養環境減算 25単位(1日につき)	診療所療養病床設備基準減算 60単位(1日につき)	減算規定なし
機能訓練室	40㎡以上	機能訓練を行うために 十分な広さ	生活機能回復訓練室 60㎡以上
	----- 理学療法(I)の届出あり↓ 理学療法専用の施設：100㎡以上 (機能訓練室を充てて差し支えない)		
	----- 理学療法専用の施設：45㎡以上 (機能訓練室を充てて差し支えない)		
	----- 作業療法の届出あり↓ 作業療法専用の施設：75㎡以上 (機能訓練室を充てて差し支えない)		

※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。

運営に関する留意事項

【基本方針】

1. 基準省令の「基本方針」に、「その他の必要な医療を行う」と明記されており、施設サービス費も、一部を除き療養に要する費用を含んだものになっている。よって、「必要な医療」は行わなければならない。
2. 施設サービス費、短期入所療養介護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。

【内容及び手続の説明及び同意】

1. 医療機関であっても介護保険施設である以上、他サービスと同様に重要事項説明書を交付して事前の説明を行い、患者の同意を得なければならない。
2. 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。
3. 入院を「指示」する医療とは異なるので、この点明確に区別すべきこと。

【受給資格等の確認】

1. 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。
2. 市町村民税世帯非課税等低所得者であることにより、利用者負担に上限のある第1段階から第3段階の利用者については「介護保険負担限度額認定証」により、負担限度額を確認すること。

利用者 負担段階	居住費（滞在費）				食費		
	居住環境	基準費用額 の上限	負担 限度額	補足給付額 の上限	基準費用額 の上限	負担 限度額	補足給付額 の上限
第1段階	従来型個室	1,640円	490円	1,150円	1,380円	300円	1,080円
	多床室	320円	0円	320円			
第2段階	従来型個室	1,640円	490円	1,150円	1,380円	390円	990円
	多床室	320円	320円	0円			
第3段階	従来型個室	1,640円	1,310円	330円	1,380円	650円	730円
	多床室	320円	320円	0円			

注：従来型個室に入院している患者について、多床室で算定する例外規定あり。

但し例外規定を適用するための要件を満たしていること。

- (1) 平成 17 年 9 月 30 日時点で従来型個室に入院しており、かつ同月 1 日から 30 日までの間において、特別な室料を支払っていない者で、継続して従来型個室に入院している者。
- (2) 感染症等により、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入院期間が 30 日以内である場合。
- (3) 病室の面積が 6.4 m²以下である場合。
- (4) 著しい精神症状等により、同室の他の入院患者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入院が必要であると医師が判断した者。

【利用料等の受領】

1. 利用者、入院患者から利用料を徴収できるのは、

- (1) 介護報酬告示上の額の 1 割部分
- (2) 食事の提供に要する費用（＝材料費等＋調理費相当）
- (3) 居住に要する費用（従来型個室＝室料＋光熱水費、多床室＝光熱水費）
- (4) 特別なサービスの費用（特別な居室の利用料、特別な食事など）
- (5) 理美容代などの日常生活費

このうち(2)～(4)については説明文書を交付し、文書で同意を得ることが基準省令で義務づけられている。

また、(5)についても、事前に十分な説明を行い、同意を得なければならないことが、通知により定められている。

2. 不適切な利用料を徴収しないこと。（酸素ボンベ、酸素濃縮装置など。特におむつ代は徴収しないこと。介護療養型医療施設・（介護予防）短期入所療養介護ともに不可。入院時に持ってこさせることも不可）
3. 特別室の利用は利用者、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は、利用料の徴収は不可。
（例：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など）
4. 「その他の日常生活費」の徴収は適切に行うこと。
 - (1) 利用者、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、全ての利用者、入院患者に対し、一律に提供し、その費用を画一的に徴収することはできない。
 - (2) 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。
 - (3) 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。

【サービスの取扱方針】

1. サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配

- 慮すること。特に長期入院患者については、定期的にサービス内容を見直すこと。
2. 身体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。
 3. 身体拘束を行ったときは、その理由等を記録しなければならない。記録のない身体拘束が発覚した場合、身体拘束廃止未実施減算（5単位）の対象となる。

【施設サービス計画の作成】

1. 医療機関への入院であっても、介護保険施設であるので、施設の介護支援専門員は入院患者及びその家族に面接してアセスメントを行わなければならない。
2. アセスメントに基づき、介護支援専門員は、施設サービス計画の原案を作成しなければならない。この施設サービス計画の原案は、入院患者又はその家族に説明した上で、文書により入院患者の同意を得なければならない。
3. 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。
 - (1) 入院患者の希望
 - (2) 入院患者についてのアセスメントの結果による専門的見地
 - (3) 主治医の治療方針
 - (4) 入院患者の家族の希望
4. 施設サービス計画の原案をもとに、施設サービス計画を作成したときは、遅滞なく入院患者に交付すること。
5. 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うこと。
6. 「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ので留意すること。

【看護及び医学的管理の下における介護】

1. 1週間に2回以上の入浴又は清拭、排泄の自立に向けた必要な援助など「寝たきり」を防ぐための工夫を行うこと。
2. 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。
 - (1) 褥そうのハイリスク者に対し、褥そう予防のための計画の作成、実践並びに評価
 - (2) 専任の施設内褥そう予防対策担当者の設置（看護師が望ましい）
 - (3) 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥そう対策チームの設置
 - (4) 褥そう対策のための指針の整備
 - (5) 褥そう対策のための施設内職員継続教育、施設外の専門家による相談、指導の活用

【食事の提供】

1. 個々の入院患者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うように努めるとともに、入院患者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行うこと。
2. 入院患者の食事は、その者の自立の支援に配慮して、できるだけ離床して食堂で行われるように努めること。離床によりADLの維持・向上、せん妄の軽減などが期

待できる。

3. 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。（詳しくは赤本 p813 を参照のこと）
4. 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ケースが見られる。用途変更は必ず県民局に変更届を提出すること。

【運営規程】

1. 施設の運営についての重要事項に関する規程として下記の事項を定めておくこと。
事業の目的及び運営の方針／従業者の職種、員数及び職務の内容／入院患者の定員／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／施設の利用に当たっての留意事項／非常災害対策／その他施設の運営に関する重要事項
2. 重要事項説明書には運営規程の概要を記さなければならない。

【定員の遵守】

1. 虐待等のケースの対応として受け入れた場合には、災害時における定員超過と同様に取り扱う。（＝定員の上限を定めない）

【非常災害対策】

1. 指定介護療養型医療施設は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならない。
2. 消防機関への通報体制のみならず、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、消火避難等の協力体制を整備すること。

【衛生管理等】

1. 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（＝感染対策委員会）を、おおむね3か月に1回以上定期的に関催し、その結果について従業員に周知徹底すること。
2. 感染対策委員会は介護療養型医療施設としての委員会を開催すること。
3. 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。
4. 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。
5. 指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上の定期的な教育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。

【掲示】

1. 掲示しなければならない項目は次のとおり（各事業所の判断で掲示項目を増やすことは可）
 - （1）運営規程の概要（運営規程そのものでも可）
 - （2）従業員の勤務の体制
 - （3）利用料その他のサービスの選択に関する重要事項
2. 掲示場所は、受付コーナーや相談室など、利用者、入院患者が見やすいように工夫すること。
3. 掲示が困難な場合には、誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、受付コーナーや相談室など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】

1. 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。
2. 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。（介護療養型医療施設としての委員会を開催すること。）
3. 事故防止検討委員会は、施設の感染対策委員会と一体的に設置・運営することは差し支えない。
4. 事故の状況等によっては、事業所を管轄する県民局へ報告を行うこと。
※介護保険施設・事業所等における事故等発生時の対応に係る指針（岡山県版）参照

【記録の整備】

1. 退職した従業員に関する諸記録も保存対象となるので、退職後にすぐ廃棄しないようにすること。
2. 施設サービス計画の変更後の、変更前の計画も保存しておくこと。
3. 身体拘束に関する記録については、過誤調整につながる部分であるので、項目を省くことなく、きちんと整備しておくこと。

介護給付費算定に係る留意事項

【入院起算日について（全般にかかる事項）】

1. 基本的には診療報酬上の入院と同様に考える。
2. 医療と介護の病棟間を移動しても、入院の起算日は初回の入院日である。
3. 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の入院日である。
4. 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健施設にも入院・入所しなかった後に、再入院した場合は再入院日が起算日となる。

【初期加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 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。
2. 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）
3. 介護保険適用病床から、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、一般病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うため、一般病棟入院基本料の注3の加算（14日以内は450点、15日～30日は192点）を算定することができる。（医療保険）
※「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。
4. 短期入所利用者がそのまま同一医療機関の介護療養型医療施設に入院した場合は、30日から短期入所療養介護の利用日数を控除して算定する。（＝入院起算日は短期入所の利用開始日）

【退院時指導等加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 退院前後訪問指導加算
 - (1) 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
 - (1) 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
 - (1) 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。
※退院後の行き先が他医療機関への入院又は他介護保険施設への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、3については交付した文書の写しを診療録に添付すること。

【栄養マネジメント加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 県民局の实地指導において、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、十分整備しておくこと。
7. 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。
4. 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

【経口移行加算／経口維持加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 経口移行加算
 - (1) 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。
2. 経口維持加算
 - (1) 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>
3. 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。
4. 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。
5. 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。

6. 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。

【口腔機能維持管理加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 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。
2. 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。

【療養食加算（（介護予防）短期入所療養介護も算定可）】

1. 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及び特別な場合の検査食を提供すること。
2. 経口移行加算又は経口維持加算との併算定は不可。
3. 心臓疾患等の減塩食は、総量 6.0g 未満である。
4. 算定するためには事前に県に体制の届出が必要となる。

【在宅復帰支援機能加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 在宅復帰に対する支援を積極的にを行い、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。
2. 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。

【認知症専門ケア加算（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護の指導に係る専門的な研修を修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。
2. 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。
3. 加算（Ⅰ）3 単位：「認知症介護実践リーダー研修」
4. 加算（Ⅱ）4 単位：「認知症介護指導者研修」
5. よく似た名前で、「認知症介護実践者研修」があるが、この研修を修了して初めて「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」修了では算定要件を満たさない。
6. 平成 22 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」は終了している。

【サービス提供体制強化加算（（介護予防）短期入所療養介護も算定可）】

1. 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
2. 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
3. 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
4. 職員の割合の算出は常勤換算方法による。
5. 平成 23 年度に新たに届出を出す場合、平成 22 年 4 月～ 23 年 2 月の平均で算出する。

【感染対策指導管理（（介護予防）短期入所療養介護も算定可）】

1. 施設全体として常時感染対策をとっている場合に加算となる。
2. 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。同様に入院日が月の月末に当たる場合も算定可。
3. 病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員で構成する院内感染防止対策委員会を設置し、月 1 回程度定期的に開催すること。
4. 「感染情報レポート」を週 1 回程度作成し、十分に活用する体制をとっていること。

【褥瘡対策指導管理（（介護予防）短期入所療養介護も算定可）】

1. 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。
2. 医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師、看護職員から構成する褥瘡対策チームを設置すること。

【初期入院診療管理（（介護予防）短期入所療養介護除く）】

1. 入院した日から起算して 2 週間以内に、診療計画を患者に対して文書により交付・説明を行うこと。
2. 原則 1 入院につき 1 回のみ算定可。
3. 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、診療計画を見直した場合には算定可。

【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）】

1. 算定する場合は、当該患者が、「厚生労働大臣が定める状態」（青本 p824）に該当するかどうか確認すること。該当しない場合は算定不可。
2. 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う必要がある。医学的管理だけでは算定要件を満たさないので留意すること。
3. 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。

【特定施設管理（認知症疾患型除く）】

1. 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、CD4リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば算定可。

2. 個室又は2人部屋においてサービス提供を行った場合は注2の加算を算定できるが、患者の希望により特別室に入室した場合は算定できない。

【重症皮膚潰瘍管理指導（認知症疾患型除く）】

1. 県への体制の届出が必要。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。
2. 月途中で入院（転棟）してきた場合も1日単位で算定可。

【薬剤管理指導（認知症疾患型除く）】

1. 県への体制の届出が必要。
2. 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）。

【医学情報提供（認知症疾患型除く）】

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

【理学療法／作業療法（認知症疾患型除く）】

1. 理学療法（Ⅰ）及び作業療法は、県への体制の届出が必要。
2. 理学療法（Ⅰ）は、理学療法士と患者が1対1で行った場合に算定。
3. 理学療法（Ⅱ）は、従事者（看護、介護職員含む）と患者が1対1で行った場合に算定。ただし、理学療法（Ⅰ）及び（Ⅱ）はともに「医師又は理学療法士の監視下で行われるもの」であるため、理学療法（Ⅱ）であっても医師又は理学療法士が同室にいて、監視を行うこと。
4. 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平成21年4月の改正で本体報酬に包括されたものであり、今までと同様に実施することが、特定診療費の留意事項通知でも求められている。なお、リハビリテーション実施計画は、入院患者又はその家族に説明し、同意を得ること。
5. 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。
6. 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逡減に留意。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
7. 注3加算（リハビリテーション計画加算。（介護予防）短期入所療養介護のみ算定可）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。

8. 注4加算（入院生活リハビリテーション管理指導。（介護予防）短期入所療養介護のみ算定可）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（代わりに1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算して算定）ことに留意すること。

【言語聴覚療法（認知症疾患型除く）】

1. 県への体制の届出が必要。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

【リハビリテーション体制強化加算（認知症疾患型除く）】

1. 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、理学療法、作業療法、言語聴覚療法のリハビリテーションを実施した場合に算定可。
2. 理学療法／作業療法／言語聴覚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。

【集団コミュニケーション療法（認知症疾患型除く）】

1. 県への体制の届出が必要。
2. 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。
3. 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。この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。
4. 集団コミュニケーション療法実施計画は、開始時及び3か月に1回以上患者に対して説明し、その内容の要点を診療録に記載すること。

【摂食機能療法（認知症疾患型除く）】

1. 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。
2. 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。

【短期集中リハビリテーション（認知症疾患型除く）】

1. 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（各リハビリの所定単位数への上乗せではない）こと

に留意。

2. 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）理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は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。
3. 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。
 - (1) 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)
 - (2) 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)
 - (3) 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（認知症疾患型も含む）】

1. 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。
2. 当該リハビリテーション加算の対象は、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プログラムを実施した場合に限られる。
3. 当該利用者が過去3月間、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定可。
 - (1) 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)
 - (2) 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)
 - (3) 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)

【精神科作業療法（認知症疾患型も含む）】

1. 患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
2. 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。
3. 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。

【認知症老人入院精神療法（認知症疾患型も含む）】

1. 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。
2. 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。
3. 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。

特定診療費に関する留意事項等 ※長二介護療養型医療施設、短二（介護予防）短期入所療養介護

要 届出	算定の可否				施設基準等（概要であり、詳細は青本p843を確認すること）
	病院療養型		認知症疾患型		
	長	短	長	短	
感染対策指導管理	○	○	○	○	・院内感染防止対策委員会が設置され、月1回程度、定期的に開催 ・各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されている
褥瘡対策指導管理	○	○	○	○	・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を設置 ・日常生活の自立度ランクB以上に該当する入院患者が対象
初期入院診療管理	○	○	○	○	・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 ・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
重度療養管理（注：予防なし）		注○		注○	・算定できる患者の状態については青本p844を確認のこと ・請求明細書の摘要欄に該当する状態を記載すること
特定施設管理	○	○	○	○	
重症皮膚潰瘍管理指導	○	○	○	○	・褥瘡対策に関する基準を満たしていること ・個々の患者に対して、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止の体制
薬剤管理指導	○	○	○	○	・常勤薬剤師2人以上、かつ1人以上を医薬品情報管理室へ配置 ・患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、薬学的管理及び患者指導
医学情報提供（Ⅰ）	○	○	○	○	
医学情報提供（Ⅱ）	○	○	○	○	
理学療法（Ⅰ）	○	○	○	○	・専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士をそれぞれ1人以上 ・専用施設の広さは病棟100㎡以上、診療所45㎡以上
理学療法（Ⅱ）	○	○	○	○	
作業療法	○	○	○	○	・専任の常勤医師及び専従する常勤作業療法士をそれぞれ1人以上 ・専用施設の広さは75㎡以上
言語聴覚療法	○	○	○	○	・専任の常勤医師1名以上及び専従する常勤言語聴覚士1人以上 ・8㎡以上の個別療法室を1室以上
集団コミュニケーション療法	○	○	○	○	・専任の常勤医師1名以上及び専従する常勤言語聴覚士1人以上 ・8㎡以上の集団コミュニケーション療法室を1室以上
摂食機能療法	○	○	○	○	
短期集中リハビリテーション	○	○	○	○	
認知症短期集中リハビリテーション	○	○	○	○	
精神科作業療法	○	○	○	○	・専従する作業療法士を1人以上かつ1人当たり1日当たり1日患者75人を標準 ・専用施設の広さは、作業療法士1人に対して75㎡を標準
認知症老人入院精神療法	○	○	○	○	

短期入所療養介護特有の加算・留意事項など

〈人員・設備・運営に関する留意事項〉

【利用対象者について】

1. 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。

【短期入所療養介護計画の作成】

1. 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しなければならない。
2. 短期入所療養介護計画には、他の短期入所療養介護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なければならない。
3. 短期入所療養介護計画の作成に当たっては、その内容を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た上、利用者に交付しなければならない。
4. 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。

【送迎について】

1. 通常の送迎の実施地域の範囲内に利用者の居宅がある場合は、片道につき 184 単位の送迎加算を算定し、別に送迎費用を徴収することはできない。
2. 通常の送迎の実施地域の範囲外に利用者の居宅がある場合は、送迎加算を算定した上で、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が可能である。但しこの場合必ず運営規程に費用の算出の根拠（〇 km につき〇円など）を明記した上で、事前に内容を記した文書を交付の上説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

〈介護報酬に関する留意事項〉

【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】

1. 日帰りで、利用時間に応じて単位数が変わる基本サービス費である。
2. 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。

【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）】

1. 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。
2. 判断を行った医師は診療録等に記録するとともに、当該加算を算定する事業所は、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（介護予防）短期入所療養介護計画に記録しなければならない。

【緊急短期入所ネットワーク加算（介護予防は対象外）】

1. 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。
2. 算定する場合は、事前に県に届出が必要。
3. 連携体制の単位は、利用定員等を合計して30以上とする。同一法人のみの連携では加算の要件は満たさない。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。
4. 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。
5. 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。
6. 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の給付調整について

医療保険と介護保険の給付調整は、非常に質問あるいは算定誤りの多い分野です。

介護療養型医療施設と（介護予防）短期入所療養介護は、基本的に同じルールで運用されますので、短期入所療養介護のみ単独で運営している医療機関も注意してください。

【医療保険と介護保険の給付調整についての告示・通知一覧】

- ・「厚生労働大臣が定める療養」（平成18年3月20日厚生労働省告示第142号）p1653
※給付調整に関するもののみページ数は平成22年4月版「医科点数表の解釈」（以下同じ）
- ・「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の額を算定できる場合」（平成20年3月27日厚生労働省告示第128号）p1653
- ・「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0428001号・保医発第0428001号）p1663

【介護療養型医療施設及び（介護予防）短期入所療養介護の給付調整に係る基本ルール】

1. 介護保険適用病床に入院、利用している入院患者、利用者については、同一の疾病・障害について介護保険の給付を受けているため、医療保険からの給付は行わないのが原則。p1663
→（介護予防）短期入所療養介護も同様のルールで運営される。
2. 急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合は、医療保険適用病床に転床させて、すべて医療保険で療養を行うことが原則。p1663
→（介護予防）短期入所療養介護も同様のルールで運営される。
3. 介護保険適用病床において行われた医療が、医療保険から給付を受ける場合
 - （1）病床の空き状況等により転床させずに、緊急に介護保険適用病床で医療行為が行われた場合は、介護保険の施設サービスに相当する療養以外の診療報酬を入院外のレセプトで請求可能（＝入院基本料などは請求できない）。p1665
→（介護予防）短期入所療養介護も同様のルールで運営される。
 - （2）診療所又は療養病棟が1棟のみの病院において、あらかじめ届け出た最大2室8床に入院する患者に対して行われた療養については、全額を医療保険から給付を受けることができる。（通常は、要介護者以外の患者がやむを得ず介護保険適用病床に入院する場合を想定している。）p1663
→（介護予防）短期入所療養介護のみ運営する医療機関は届出不可。
 - （3）歯科に係る療養（一部算定不可）p1664
→（介護予防）短期入所療養介護も同様のルールで運営される。
 - （4）入院患者が、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以外での診療の必要が生じた場合には、他保険医療機関に転医又は対診を求めるこ

とが原則。p1665

- (5) 眼科等の専門的な診療であり、かつ介護療養型医療施設で標榜していない診療科を受診する必要が生じた場合、介護療養型医療施設は他科受診時費用362単位を算定し、診療を行った他医療機関は次の表に従って医療保険に請求を行う。p1656
→介護療養型医療施設のみ。短期入所には他科受診時費用がない。

算定できる費用	算定できない費用
初診料・再診料／短期滞在手術基本料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／病理診断／その専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬・注射	短期滞在手術基本料2, 3／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）

【介護療養型医療施設及び（介護予防）短期入所療養介護の給付調整に係る各論ルール】

1. 基本ルール3（1）において、介護療養型医療施設又は（介護予防）短期入所療養介護事業所が医療保険に請求できる診療報酬 p1655～p1658、p1669

☆ 他科受診時費用を算定する日は、事業所側は診療報酬を算定できない。 医科点数表の解釈平成22年4月版p1669からの表で「○」となっているのは、全て専門的な診療を行った「他の保険医療機関」が算定できるもの。

☆ 次の表は、他科受診時費用を算定しない日に、事業所側が算定できる診療報酬の一覧。（介護予防）短期入所療養介護単独で運営している事業所も同じ。

介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 （老人性認知症疾患型以外）	介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 （老人性認知症疾患型）
基本診療料は全て請求不可	基本診療料は精神科措置入院診療加算のみ請求可
医学管理料のうち算定できない診療報酬は次のとおり ↓	医学管理料は全て請求不可
入院栄養食事指導料、退院時共同指導料1、2、介護支援連携指導料、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料（Ⅰ）（注1、3、4、7、8、10、11、12）、診療情報提供料（Ⅱ）、退院時薬剤情報管理指導料	
在宅医療は全て請求不可	
検査料は全て算定不可	

<p>介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 (老人性認知症疾患型以外)</p>	<p>介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 (老人性認知症疾患型)</p>
<p>画像診断料のうち<u>算定できない</u>診療報酬は次のとおり</p>	<p>画像診断は全て請求不可</p>
<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>第1節 エックス線診断料のうち、通則第4号、写真診断、撮影のそれぞれ<u>単純撮影</u>に限る</p> </div>	
<p style="text-align: center;">投薬のうち算定できる薬剤料は次のとおり (手技料は算定不可)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <ul style="list-style-type: none"> ・抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。) の費用 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 ・抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) の費用 </div>	
<p style="text-align: center;">注射料のうち算定できる薬剤料は次のとおり (手技料は算定不可)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <ul style="list-style-type: none"> ・エリスロポエチン、ダルベポエチン (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。) の費用 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 ・インターフェロン製剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。) の費用 ・抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) の費用 ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用 </div>	
<p>リハビリテーション料のうち<u>算定できる</u>診療報酬は次のとおり</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>視能訓練、難病患者リハビリテーション料</p> </div>	<p>リハビリテーション料は全て算定不可</p>
<p style="text-align: center;">精神科専門療法のうち<u>算定できない</u>診療報酬は次のとおり</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法、精神科作業療法、精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料</p> </div>	

介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 (老人性認知症疾患型以外)	介護療養型医療施設及び短期入所療養介護 (老人性認知症疾患型)
精神科専門療法のうち、同一日に精神科作業療法又は認知症老人入院精神療法を行い、介護保険の 特定診療費を算定した場合には算定できない診療報酬は次のとおり	
入院集団精神療法、入院生活技能訓練療法	
処置料のうち算定できない診療報酬は次のとおり ↓	処置料は全て算定不可
創傷処置（手術日から起算して、14日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、 酸素吸入、酸素 TENT、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、 眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽喉処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、 超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養、長期療養患者褥瘡等処置	
手術料は全て算定可	手術料は全て算定不可
麻酔は全て算定可	麻酔は全て算定不可
放射線治療は全て算定可	放射線治療は全て算定不可
病理診断料は全て算定不可	

2. 基本ルール2において、介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱う。
それ以外の場合の入院期間の考え方は、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に取り扱う。（＝原則通算）
p1664

3. その他給付調整に関する個別ルール

(1) 人工腎臓（透析）が必要な入院患者について

- 人工腎臓の所定点数は、施設サービス費に含まれない点数であるため、人工腎臓の設備を有している場合、医療保険の外来レセプトにより請求が可能である。（老人性認知症疾患型を除く）
- 一方で、人工腎臓の設備を有していない場合、基本的には「転医」が原則となる。

- ・ しか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、人工腎臓を行う他医療機関は、p1666に掲載されている「算定できる費用」を算定する。
- ・ このとき、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」とは言い難いが、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例外的に他科受診扱いとなる。

(2) 胃ろうの交換に係る医療保険への請求について

- ・ 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、画像診断又は内視鏡等により、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。
- ・ 単純撮影もしくは内視鏡検査で確認した場合は、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。(＝単純撮影は請求できない)

介護療養施設サービス費の範囲について

基本サービス費である介護療養施設サービス費に含まれてる費用は、別途請求することはできない。介護保険だけでなく、医療保険との給付調整にも係るところであるので、再度確認する。

平成12年3月8日 老企第40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」

7 介護療養施設サービス

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

- ① 療養型介護療養施設サービス費、診療所型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における入院基本料(※1)(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く)、夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算並びにおむつ代を含む(※2)ものであること。
- ② 認知症疾患型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における特定入院料(※3)(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く)、おむつ代を含む(※2)ものであること。

※1、3 「入院基本料」「特定入院料」に含まれるサービスの範囲について

平成20年3月5日厚生労働省告示第62号「基本診療料の施設基準等」

・療養型介護療養施設サービス費・診療所型介護療養施設サービス費の場合

第五 病院の入院基本料の施設基準等

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射薬の費用
療養病棟入院基本料(特別入院基本料を含む。)を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む。)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断(単純撮影(エックス線診断料に係るものに限る。))に限る。
撮影(単純撮影(エックス線診断料に係るものに限る。))に限る。

二 これらに**含まれる処置**

創傷処置(手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。)

喀痰吸引

摘便

酸素吸入

酸素テント

皮膚科軟膏処置

膀胱洗浄

留置カテーテル設置

導尿

腔洗浄

眼処置

耳処置

耳管処置

鼻処置

口腔、咽頭処置

間接喉頭鏡下喉頭処置

ネブライザー

超音波ネブライザー

介達牽引

消炎鎮痛等処置

鼻腔栄養

長期療養患者褥瘡等処置

三 これらに**含まれない薬剤**(特定入院基本料に係る場合を除く。)

抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに**含まれない注射薬**(特定入院基本料に係る場合を除く。)

抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)、エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)、ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

別表第五の一の二 特定入院基本料に規定する厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬並びに療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれない薬剤及び注射薬(省略)

インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)
抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

・ 認知症疾患型介護療養施設サービス費の場合 診療報酬点数表より「認知症治療病棟入院料」

注3 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、(省略)第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

別表第五の一の二 特定入院基本料に規定する厚生労働大臣が定める薬剤及び(省略)認知症治療病棟入院料、(省略)における除外薬剤・注射薬

インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)
抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

よって、認知症疾患型介護療養型医療施設の場合、いかなる処置、手術、リハビリも医療保険へ請求できない。医療保険に請求できるのは精神科専門療法及び除外薬剤・注射薬だけである。

しかしながら、医療保険と介護保険の給付調整に係る留意事項通知の表(資料53ページ)によると、医療保険で算定できる薬剤、注射薬は、老人性認知症疾患型も、通常の病院、診療所型の介護療養型医療施設と同じ扱いになっているため、薬剤、注射薬については、表に記載のあるものについては算定できる。一方で精神科専門療法は、全ての診療報酬が請求できるわけではないので、個別に確認していただきたい。

また、画像診断や処置等は請求できないので注意していただきたい。

《実地指導で実際にあった事例》

介護療養型医療施設に入院している要介護者が風邪をひいたため、抗生物質を投与した。抗生物質に係る費用については、介護保険は言うまでもないが、医療保険にも請求できないため、全額を本人に自己負担させていた。

→抗生物質に係る領収した費用について、全額を本人に返金し、返金の領収書の写しを提出するように指示。

※2 おむつ代とは

平成12年3月30日老企第54号

「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」

(別紙) (6) 留意事項

- ④ 介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスの入所者等並びに短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用者の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と**に留意すること。

《よくある質問》

防水シートは自己負担を求めてよいか？→不可

おむつを持参させるのはよいか？→不可

おむつ交換の際に使用する手袋の自己負担を求めてよいか？→不可

区分	1. 入所中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入所中の患者		3. 入所中の患者	
	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)を除く。	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。	介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。	介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。	介護療養型医療施設(認知症病棟)を除く。
初・再診料	○	○	×	○	×	○
入院料等	—	—	×	○	○	○
B001の10 入院費等事務指導料	—	—	○	×	×	—
B004 退院時共同指導料 1	—	—	○	×	×	×
B005 退院時共同指導料 2	—	—	○	×	×	×
B005-1-2 介護支援事務指導料	—	—	○	×	×	—
B005-2 地域連携診療計画管理料	—	—	○	×	×	—
B005-3 地域連携診療計画退院指導料(I)	—	—	○	×	×	—
B005-3-2 地域連携診療計画退院指導料(II)	○	○	—	×	×	×
B005-6 がん治療連携計画管理料	—	—	○	×	×	—
B005-6-2 がん治療連携計画管理料	—	—	○	×	×	—
B005-7 認知症専門診療管理料	—	—	○	×	×	—
B005-8 肝臓インターフェロン治療計画料	—	—	○	×	×	—
B007 退院前訪問指導料	—	—	○	×	×	—
B008 薬剤管理指導料	—	—	○	×	×	—
B009 診療情報提供料(I)	—	—	○	×	×	—
注1	○	○	○	×	×	○
注2	○	○	○	×	×	×
注3	○	○	○	×	×	○
注4	○	○	○	×	×	×
注5及び注6	○	○	○	×	×	○
注7加算及び注8加算	○	○	○	×	×	○
注9加算	○	○	○	×	×	○
注10加算(認知症専門医療連携加算)	○	○	○	×	×	○
注11加算(精神科医療連携加算)	○	○	○	×	×	○
注12加算(肝臓インターフェロン治療連携加算)	○	○	○	×	×	○
B010 診療情報提供料(II)	○	○	○	×	×	○
B014 退院時薬剤情報管理指導料	—	—	○	×	×	—
上記以外	○	○	○	×	×	○

※1

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者		3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、短期生活介護、短期入所介護)又は介護予防施設(短期入所介護)又は介護予防施設(短期入所介護)を受けるもの※1	特定施設(指定特定施設、指定地域型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。)	介護老人保健施設 イ、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設)を受けている患者 ロ、介護老人福祉施設 ハ、短期入所生活介護又は介護予防施設	介護老人保健施設 イ、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設)を受けている患者 ロ、介護老人福祉施設 ハ、短期入所生活介護又は介護予防施設
検査	○	○	○	○	○	○
画像診断	○	○	○	○	○	○
投薬	○	○	○	○	○	○
注射	○	○	○	○	○	○
リハビリテーション	○	○	○	○	○	○
1002 通院・在宅精神療法 1003-2 認知療法・認知行動療法	○	○	○	○	○	○
1005 入院集団精神療法	○	○	○	○	○	○
1007 精神科作業療法	○	○	○	○	○	○
1008 入院生活技能訓練療法	○	○	○	○	○	○
精神科専門療法	○	○	○	○	○	○
1008-2 精神科シヨート・ケア 1009 精神科デイ・ケア 1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○	○	○	○	○	○
1011 精神科退院指導 1011-2 精神科退院指導(認知症)	○	○	○	○	○	○
1015 重症認知症患者デイ・ケア科	○	○	○	○	○	○
上記以外	○	○	○	○	○	○
処置	○	○	○	○	○	○
手術	○	○	○	○	○	○

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を除く。3の患者を除く。)	2. 入院中の患者		3. 入所中の患者	
		介護療養型医療施設(認知症病棟) の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟)以外の病棟を除く。)	介護老人保健施設 又は介護予防型介護老人保健施設(介護予防型介護老人保健施設を除く。)	介護老人保健施設 又は介護予防型介護老人保健施設(介護予防型介護老人保健施設を除く。)
特種		○	○	○	○
病棟		○	○	○	○
病棟		○	○	○	○
B000-4 歯科疾患管理科		○	○	○	○
B002 歯科特定疾患管理科		○	○	○	○
B004-1-4 入院患者管理指導科		○	○	○	○
B004-9 介護支援指導科		○	○	○	○
B006-3 がん治療計画管理科		○	○	○	○
B006-3-2 がん治療指導科		○	○	○	○
B007 退院前指導科		○	○	○	○
B008 薬物管理指導科		○	○	○	○
B009 診療情報提供科(1)(注2及び注6)		○	○	○	○
B011-4 退院時医療情報管理指導科		○	○	○	○
B014 退院時共同指導科1		○	○	○	○
B015 退院時共同指導科2		○	○	○	○
C001 訪問歯科衛生指導科		○	○	○	○
C001-3 歯科疾患在宅管理科		○	○	○	○
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導科		○	○	○	○
C007 在宅患者薬剤管理指導科		○	○	○	○
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス科		○	○	○	○
上記以外		○	○	○	○
10 薬剤師用医薬管理指導科		○	○	○	○
11 薬剤情報提供科		○	○	○	○
12 薬剤師用医薬管理指導科		○	○	○	○
13 薬剤師用医薬管理指導科		○	○	○	○
14 薬剤師用医薬管理指導科		○	○	○	○
14の2 外来臨床薬学指導科		○	○	○	○
15 在宅患者訪問薬剤管理指導科		○	○	○	○
15の2 在宅患者緊急時薬剤管理指導科		○	○	○	○
15の3 在宅患者緊急時等共同指導科		○	○	○	○
15の4 退院時共同指導科		○	○	○	○

区分	1. 入院中の患者又は入所する者(3の患者を除く。)		2. 入院中の患者		3. 入所中の患者	
	社会福祉施設、身体障害者施設、児童福祉施設、指定地域福祉推進型特定施設及び指定介護予防特定施設(指定特定施設、指定地域福祉推進型特定施設に限る。)	特定施設(指定特定施設、指定地域福祉推進型特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護老人保健施設、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設に限る。)	介護老人保健施設、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設に限る。)
16 個別情報提供料 17 服薬情報提供料	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設、児童福祉施設、指定地域福祉推進型特定施設、介護予防施設、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設を除く。)	特定施設(指定特定施設、指定地域福祉推進型特定施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病棟を除く。)	介護老人保健施設、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設に限る。)	介護老人保健施設、短期入所療養介護又は介護予防施設(介護老人保健施設に限る。)
上記以外						
訪問看護療養費						
0.1 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注加算を含む。)						
0.2 訪問看護管理療養費						
24時間対応体位加算 24時間対応体位加算						
重症者管理加算						
退院後共同管理加算 退院後共同管理加算						
在宅患者連携指導加算						
在宅患者緊急時等カンファレンス加算						
0.3 訪問看護情報提供療養費						
0.5 訪問看護ターミナルケア療養費						

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、児童老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保監発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物)に罹患している患者に対して投与された場合に限る。
・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎又は効果のあるもの及び慢性肝炎不全症候群又はH1V感染症の患者に投与された場合に限る。)

※4 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン(人工腎臓)は慢性腎臓病(CKD)に罹患している患者のうち腎臓機能が低下しているものに限る。
・カルボエチン(人工腎臓)は慢性腎臓病(CKD)に罹患している患者のうち腎臓機能が低下しているものに限る。
・インスリン製剤(B型糖尿病又はC型糖尿病又は効果のあるもの及び慢性糖尿病不全症候群又はH1V感染症の患者に投与された場合に限る。)

指定更新時の添付書類について

この度、事業者の負担軽減の観点から、指定更新（介護予防事業の場合を含む。）申請に添付する書類の一部について、既に岡山県知事に提出している事項に変更が無い場合は省略することを可能とすることとした。

省略可能な書類等については別紙のとおり。※更新申請にあたっては、最新の「申請の手引き」参照のこと。

問1 既に岡山県知事に提出している事項に変更が無い場合、指定更新申請の書類の一部について、添付の省略が可能になったが、既に知事に提出している事項に変更が無い場合とは、指定申請（新規及び更新申請）時から変更が無い場合と考えれば良いのか。

答 指定申請だけでなく、介護老人保健施設の開設事項変更許可申請、変更の届出を行い、更新申請時まで変更が無い場合は省略可能となる。

なお、変更許可事項については事前に許可を得る、変更の届出については変更後10日以内に県知事に届出を行う必要がある、これらを怠っていた場合は指定（許可）取消し等行政処分等の対象になることがある点に留意のこと。

問2 指定更新申請を行う際に変更の届出を行っていないことがわかり、指定更新申請と同時に変更の届出（開設事項変更許可を含む。）を行う場合、当該変更届出に係る指定更新申請に関する添付書類の省略は可能か。

答 可能であるが、添付書類等省略に係る申告書に必要事項を記載する必要がある。

問3 指定更新申請を行う際に変更の届出を行っていないことがわかったため、当該変更に係る書類添付のうえ指定更新申請のみを行い、変更の届出（開設事項変更許可を含む。）を行わないことは可能か。

答 変更の届出、開設事項変更許可並びに指定更新申請は各々別の法律行為であり、質問のような行為は認められない。

介護療養型医療施設 (空床利用の短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む) 指定(更新)申請書類一覧		新規 指定 申請	指定 更新 申請
指定・許可(更新)申請書(様式第1号(第2条関係))		○	○
提出書類	指定・許可(更新)申請に係る自己点検表【介護療養型医療施設用】	○	○
	介護療養型医療施設の指定に係る記載事項 (病院による場合:付表16-1その1、その2 診療所による場合:付表16-2)	○	○
	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項(付表9)	○	○
	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書、条例又は指定管理者協定書等	○	△
	病院・診療所の使用許可証又は届出書等の写し ※老人性認知症疾患型療養病棟の場合を除く	○	△
	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)	○	○
	資格証等の写し	○	○
	精神保健福祉士に準ずる者の経歴(参考様式2)	○	○
	介護支援専門員一覧表(参考様式10)	○	○
	事業所施設の位置図	○	△
	事業所・施設の配置図、平面図(参考様式3)	○	○
	施設の写真	○	△
	居室面積等一覧表(参考様式4)	○	○
	設備・備品等一覧表(参考様式5)	○	△
	併設する施設の概要	○	△
	運営規程	○	△
	入院患者(利用者)からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式6)	○	△
	建物の使用権限を証明できる書類 (登記事項証明書、登記済権利証、賃貸借契約書)	○	△
	事業計画書及び収支予算書	○	×
	法人の決算書、財産目録等	○	○
	当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項	◎	◎
誓約書(参考様式9-1) (介護療養型医療施設、(介護予防)短期入所療養介護)	○	○	
役員名簿(参考様式9-2)	○	○	
入院患者数算出表	○	○	
建築物関連法令協議記録報告書(参考様式11)	○	△	
添付書類等省略に係る申告書	×	◎	

注1) 更新申請欄の△は、既に提出(指定申請、指定更新申請、変更届)している事項に変更がないときは、省略することができます。
なお、変更しているにもかかわらず、未提出の場合は、規定に基づき変更届を併せて提出すること。
(詳細については、「申請の手引き」参照。)

注2) ×は、添付を求めない書類です。

注3) ◎は、今回新たに添付を求める書類です。

注4) 新規指定申請及び更新申請と同時に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(以下「体制等届出書」という。)を行う場合には、体制等届出書に添付する「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」で、「当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項」に関する書類を兼ねることができます。

保険医療機関による単独型の 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護 指定(更新)申請書類一覧		新規 指定 申請	指定 更新 申請
指定・許可(更新)申請書(様式第1号(第2条関係))		○	○
提出 書 類	指定・許可(更新)申請に係る自己点検表【短期入所療養介護単独型用】	○	○
	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定に係る記載事項(付表9)	○	○
	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書、条例又は指定管理者協定書等	○	△
	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)	○	○
	資格証等の写し	○	○
	精神保健福祉士に準ずる者の経歴(参考様式2)	○	○
	事業所の位置図	○	△
	事業所の配置図、平面図(参考様式3)	○	○
	施設の写真	○	△
	居室面積等一覧表(参考様式4)	○	○
	設備・備品等一覧表(参考様式5)	○	△
	運営規程	○	△
	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式6)	○	△
	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費の請求に関する事項	◎	◎
	誓約書(参考様式9-1) (短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護)	○	○
	役員名簿(参考様式9-2)	○	○
	入院患者数算出表	○	○
	建築物関連法令協議記録報告書(参考様式11)	○	△
	添付書類等省略に係る申告書	×	◎

注1) 更新申請欄の△は、既に提出(指定申請、指定更新申請、変更届)している事項に変更がないときは、省略することができます。
なお、変更しているにもかかわらず、未提出の場合は、規定に基づき変更届を併せて提出すること。
(詳細については、「申請の手引き」参照。)

注2) ×は、添付を求めない書類です。

注3) ◎は、今回新たに添付を求める書類です。

注4) 新規指定申請及び更新申請と同時に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(以下「体制等届出書」という。)を行う場合には、体制等届出書に添付する「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」で、「当該申請に係る事業に係る施設介護サービス費の請求に関する事項」に関する書類を兼ねることができます。

指定更新申請に係る書類等省略に関する申告書

岡山県知事 石井 正弘 様

法人所在地
法人名
代表者職氏名

印
印

介護療養型医療施設である の指定更新申請に際し、次の書類については、既に知事に提出している事項に変更がないため、書類の添付を省略することを申告します。

なお、下記①から⑥の書類については、既に知事に提出している事項に変更が生じていたにも関わらず書類の添付を省略していた場合は、介護保険法第114条第1項第9号に該当し、指定の取消し等の行政処分の対象となる場合もあることを承知しています。

記

書 類 名	添付の有無 ※
①申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書、条例又は指定管理者協定書等	
②病院・診療所の使用許可証又は届出書等の写し	
③事業所施設の位置図	
④施設の写真	
⑤併設する施設の概要	
⑥運営規程	
⑦入院患者（利用者）からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式6）	
⑧建物の使用権限を証明できる書類（登記事項証明書、登記済権利証、賃貸借契約書）	
⑨建築物関連法令協議記録報告書（参考様式11）	

※1 添付の有無欄には、書類を添付する場合は「○」、書類の添付を省略する場合は「×」を記入すること。

※2 ①から⑥の事項で変更がある場合で、変更届が未提出の場合は、規定に基づき変更届（様式第3号）も提出すること。

なお、変更届を更新申請と併せて提出した場合、本申告書の提出をもって、更新申請書への当該書類の添付は省略することができる。

指定更新申請に係る書類等省略に関する申告書

岡山県知事 石井 正弘 様

法人所在地
法人名
代表者職氏名

印
印

短期入所療養介護事業所及び介護予防短期入所療養介護事業所であるの指定更新申請に際し、次の書類については、既に知事に提出している事項に変更がないため、書類の添付を省略することを申告します。

なお、下記①から④の書類については、既に知事に提出している事項に変更が生じていたにも関わらず書類の添付を省略していた場合は、介護保険法第77条第1項第8号及び同法第115条第1項第8号に該当し、指定の取消し等の行政処分の対象となる場合もあることを承知しています。

記

書 類 名	添付の有無 ※
①申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書、条例又は指定管理者協定書等	
②事業所施設の位置図	
③施設の写真	
④運営規程	
⑤利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式6）	
⑥建築物関連法令協議記録報告書（参考様式11）	

※1 添付の有無欄には、書類を添付する場合は「○」、書類の添付を省略する場合は「×」を記入すること。

※2 ①から④の事項で変更がある場合で、変更届が未提出の場合は、規定に基づき変更届（様式第3号）も提出すること。

なお、変更届を更新申請と併せて提出した場合、本申告書の提出をもって、更新申請書への当該書類の添付は省略することができる。

介護療養型医療施設の指定に係る「みなし指定」の取扱いについて

介護療養型医療施設（以下「施設」という。）は、指定を受けた際に短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護についても指定を受けたものとみなされます（以下「みなし指定」という）。

つまり、6年ごとの施設の指定更新の都度、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のみなし指定を受けることになります。

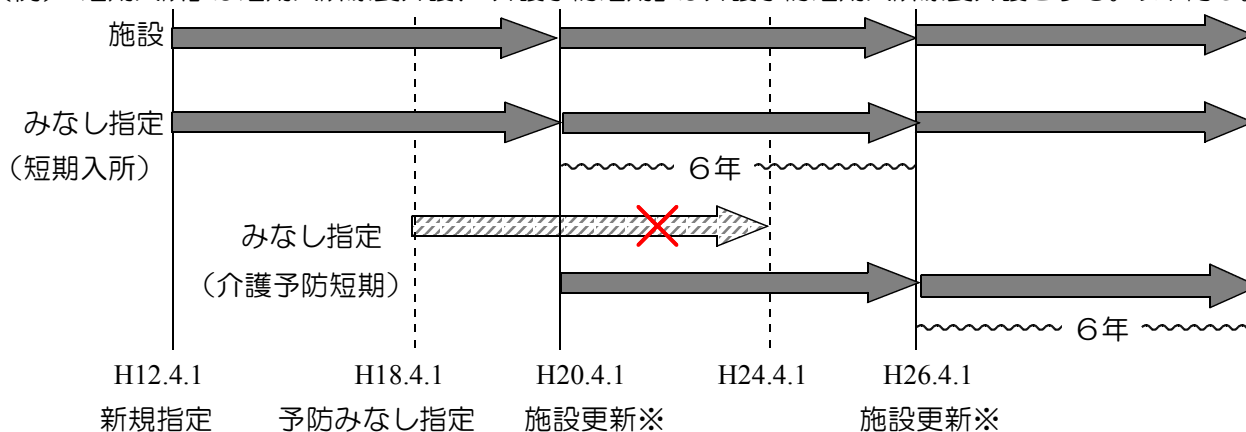
施設の指定が H18.3.31 以前	1 回目の施設の指定更新を受けた	施設、みなし指定ともに継続		①
		施設の指定辞退、みなし指定は継続		②
		施設の指定更新前に、みなし指定の廃止		③
		施設の指定更新後に、みなし指定の廃止		④
施設の指定が H18.4.1 以降	1 回目の施設の指定更新を受けていない	1 回目の施設の更新時期がまだ来ていない	みなし指定も継続	㊟
			みなし指定は廃止	㊟
		1 回目の施設の更新時期が来る前に、施設の指定を辞退したから	みなし指定は継続	⑤
			みなし指定も廃止	㊟

※「㊟」は県内に該当なし、又は説明不要のため

<具体例①～施設が指定更新を既に受けていて、施設、みなし指定ともに継続している>

施設の指定更新時に、介護予防短期入所療養介護も併せてみなし指定を受けているため、次の施設の指定更新時まで、指定更新関係の申請は不要です。

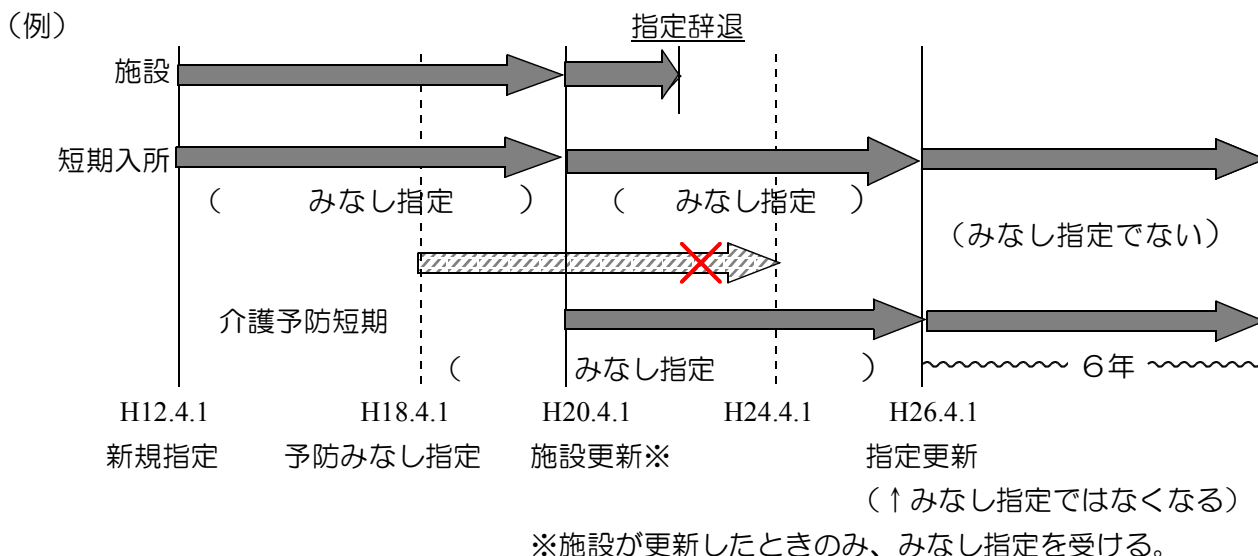
（例）「短期入所」は短期入所療養介護、「介護予防短期」は介護予防短期入所療養介護とする。以下同じ。



※短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のみなし指定を同時に受ける。

<具体例②～施設が指定更新を受けた後、施設は指定を辞退し、みなし指定のみ継続している～>

施設の指定更新時に、介護予防短期入所療養介護も併せてみなし指定を受けていて、施設の指定辞退後も継続している。よって、過去に施設が指定更新を受けた6年後に、短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護の指定更新を併せて受けることになる。このときはみなし指定ではなくなります。



＜具体例③

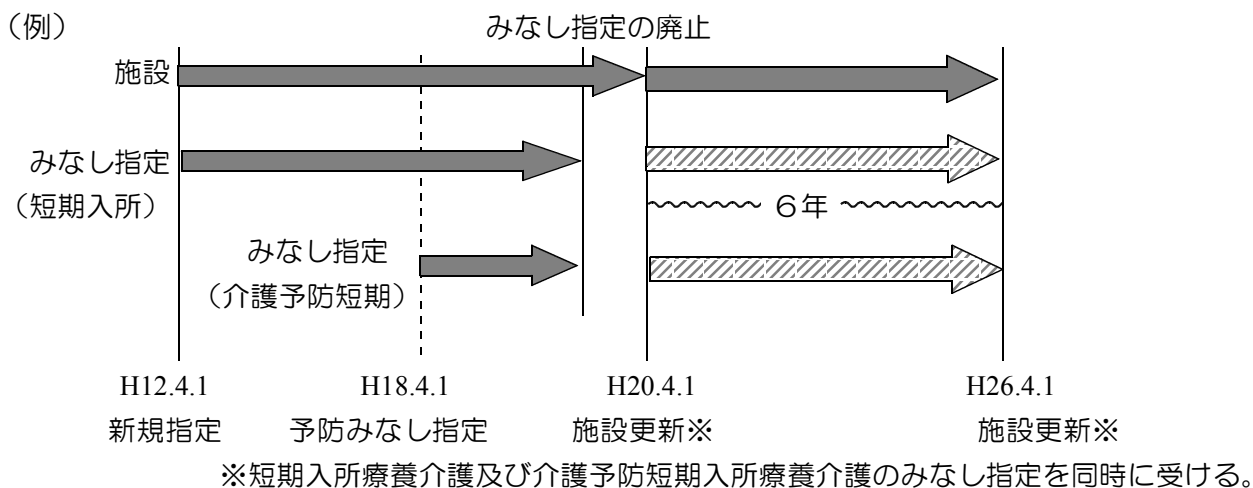
～施設が指定更新を受ける前にみなし指定を廃止し、その後施設は指定更新を受けている～
 施設の指定更新前にみなし指定を廃止している場合であっても施設の指定更新時に改めてみなし指定が行われます。

そのため、みなし指定が不要である場合は、指定更新の都度「指定を不要とする旨の申出書」の提出が必要となります。

施設の指定申請又は更新申請と同時にみなし指定を不要とする旨の申し出を行わず、その後みなし指定の短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を実施しない場合は、「廃止（休止）届出書」の提出が必要となります。

【注意事項】

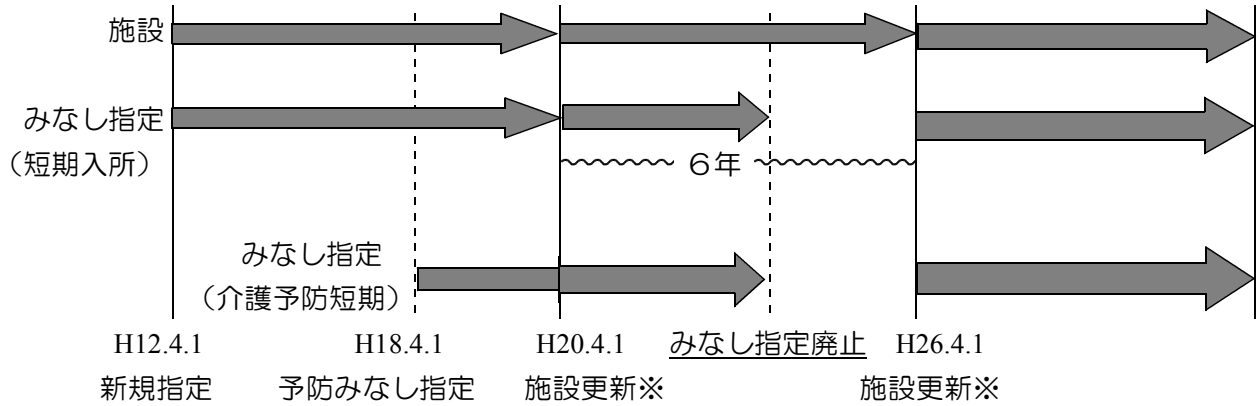
新規の指定申請時に「指定を不要とする旨の申出書」を提出したか、あるいは更新前に「廃止（休止）届出書」を提出していたため、前回（H20.4.1～H23.3.31間）の更新時に、サービスを実施しないにもかかわらず、「指定を不要とする旨の申出書」を提出していない施設については、改めて「廃止（休止）届出書」の提出は求めません。今後は、更新時には適正な手続を行ってください。



＜具体例④～施設が指定更新を受けた後にみなし指定を廃止し、施設のみ継続している～＞

施設の指定更新時の「指定を不要とする旨の申出書」又は「廃止（休止）届出書」による廃止が提出されたことにより、現在はみなし指定が存在しませんが、次回の施設の指定更新時に改めてみなし指定が行われるため、引き続きみなし指定が不要である場合は、再度「指定を不要とする旨の申出書」の提出が必要となります。

（例）

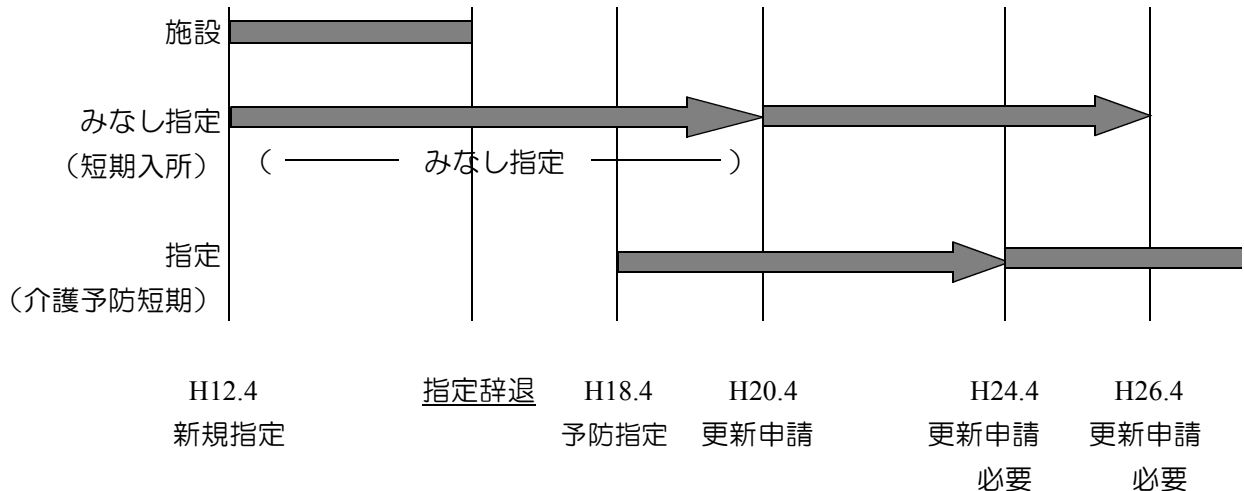


※短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のみなし指定を同時に受ける。

＜具体例⑤～平成 18 年度より前に指定を受けた施設が 1 回目の指定更新を受ける前に指定を辞退し、短期入所のみ継続している～＞

施設の更新時期が来る前に指定を辞退している場合は、施設の指定更新によるみなし指定が行われていないため、短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護のそれぞれの更新時期が異なったまま（その都度指定更新申請が必要）になりますのでご注意ください。

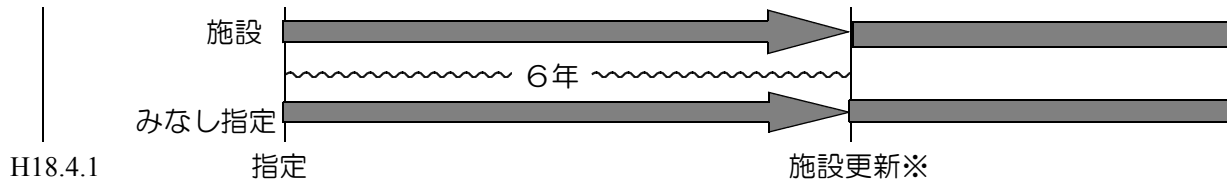
（例）



<具体例⑥～平成 18 年度以降に施設が新規指定を受けている～>

介護予防サービスが開始された平成 18 年 4 月 1 日以降に指定を受けた施設は、施設の指定有効期間（6 年）と短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のみなし指定の指定有効期間（6 年）が一致しています。

(例)



※短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のみなし指定を同時に受ける。

身体拘束について

はじめに～身体拘束とは～

【基準省令第14条（短期入所療養介護の場合第146条）】

「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（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。」

【身体拘束禁止の対象となる具体的行為】

1. ひも等を使用して身体の動きを制限する
 - (1) 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひもで縛る。
 - (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
 - (3) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
 - (4) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
2. ベルト等を使用して身体の動きを制限する。

車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
3. ベッド柵を使用して行動を制限する。

自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む。
4. ミトン型の手袋等をつけて手指の動きを制限する。

点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の動きを制限するミトン型の手袋等をつける。
5. 椅子などを使用して行動を制限する。

立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
6. つなぎ服を使用して、動きを制限する。

脱衣やおむつはずしを制限するためにつなぎ服を着せる。
7. 過剰に薬を使用して行動を制限する。

行動を落ち着かせるために向精神薬を過剰に服用させる。
8. 鍵をかけた部屋に隔離する。

自分で開けることのできない居室等に隔離する。

【身体拘束が「やむを得ない」と認められる3要件】

1. 切迫性＝本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる危険性が著しく高いこと。
2. 非代替性＝身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
3. 一時性＝身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

以上の3要件を満たすことなく身体拘束にあたる行動制限等を行った場合、基準省令違反であり、虐待にあたるおそれもあります。

ケーススタディ～一宮身体拘束事件から～

【事案概要】

本件は、大正12年生まれ（当時80歳）の女性であるAが、Yの開設するX病院に入院中、当直の看護師らが抑制具であるミトン（ひも付き手袋）を用いてAの両上肢をベッドに拘束したことについて、診療契約上の義務に違反する違法な行為であると主張して、Yに対し、債務不履行又は不法行為に基づき損害賠償の支払を求めた事案である。Aは第1審判決言渡後に死亡したため、その子であるEらがAの訴訟上の地位を承継した。

【最高裁が認定した事実関係】

1. 患者A（以下A）は、夜間にせん妄の症状があり、事件の11日前には何度もナースコールを繰り返してオムツをしてほしいと要求し、1人でトイレに行った帰りに車いすを押して歩いて転倒したことがあった。
2. 事件当日の夜、Aは入眠剤リーゼを服用したが、消灯後も頻繁にナースコールを繰り返し、オムツを替えてもらいたいと要求した。看護師らは、オムツを確認して汚れていないときはその旨説明し、オムツに触らせるなどしたが、Aは納得しなかったため、汚れていなくてもその都度オムツを交換するなどしてAを落ち着かせようと努めた。
3. Aは、午後10時過ぎごろ、車いすを足でこぐようにして詰所を訪れ、病棟内に響く大声で「看護婦さんオムツみて」などと訴えた。これに対応した看護師は、車いすを押して病室にAを連れ戻し、オムツを交換して入眠するよう促したが、Aは、その後も何度も車いすに乗って詰所に向かうことを繰り返し、オムツの汚れを訴えた。看護師らは、その都度、Aを病室へ連れ戻し、汚れていなくてもオムツを交換するなどした。
4. Aは、午前1時ころにも車いすで詰所を訪れ、車いすから立ち上がろうとし、「おしっこびたびたやでオムツ替えて」「私ぼけとらへんて」などと大声を出した。C看護師は、Aを4人部屋である病室へいったん連れ戻したものの、同室者に迷惑がかかると思ったことや、Aが再び同様の行動を繰り返す可能性が高く、その際に転倒する危険があると考えたことから、D看護師の助力を得て、Aをベッドごと詰所に近い個室である201号室に移動させた。
5. Aは、201号室でも「オムツ替えて」などと訴えたため、C看護師及びD看護師（以下、両名を併せて「C看護師ら」という。）は、声をかけたりお茶を飲ませたりしてAを落ち着かせようとしたが、Aの興奮状態は一向に収まらず、なおベッドから起き上がろうとする動作を繰り返した。このため、C看護師らは、抑制具であるミトン（手先の丸まった長い手袋様のもので緊縛用のひもが付いているもの）を使用して、Aの右手をベッドの右側の柵に、左手を左側の柵に、それぞれくくりつけた。

6. Aは、口でミトンのひもをかじり片方を外してしまっただが、やがて眠り始めた。C看護師らは、詰所から時折Aの様子をうかがっていたが、同日午前3時ころ、Aが入眠したのを確認してもう片方のミトンを外し、明け方にAを元の病室に戻した。Aには、ミトンを外そうとした際に生じたと思われる右手首皮下出血及び下唇擦過傷が見られた。

【高裁及び最高裁における事件の検討過程概要】

1. 切迫性、非代替性、一時性の3要件を医療機関にも適用することの是非について

(1) 高裁

「切迫性、非代替性、一時性の三要件については、上記の緊急避難行為として許されるか否かを検討する際の判断要素として参考になるものと考えられる。」

(2) 最高裁

論述なし。但し後述するが、判断の基準に用いている。

2. 切迫性、非代替性、一時性の3要件の検討

・切迫性

(1) 高裁

「Aの拳動は、せいぜいベッドから起きあがって車いすに移り、詰所に来る程度のものであり、危険が全くないとはいえないが、本件抑制に至るまでの間は、何度もそれを繰り返していたのに、それを防止するための格別の対応は何も行われていないことや、病室を頻繁に覗くなどして、Aの様子に注意を払うことでも対応できるものであることをも併せ考えると、本件抑制を行わなければ、転倒、転落により重大な傷害を負う危険性があったものとまでは認められない。」

(2) 最高裁

「Aは、せん妄の状態、消灯後から深夜にかけて頻繁にナースコールを繰り返し、車いすで詰所に行っては看護師にオムツの交換を求め、更には詰所や病室で大声を出すなどした上、ベッドごと個室に移された後も興奮が収まらず、ベッドに起き上がろうとする行動を繰り返していたものである。しかも、Aは、当時80歳という高齢であって、4か月前に他病院で転倒して恥骨を骨折したことがあり、本件病院でも、10日ほど前に、ナースコールを繰り返し、看護師の説明を理解しないまま、車いすを押して歩いて転倒したことがあったというのである。これらのことからすれば、本件抑制行為当時、せん妄の状態で興奮したAが、歩行中に転倒したりベッドから転落したりして骨折等の重大な傷害を負う危険性は極めて高かったというべきである。」

・非代替性

(1) 高裁

「本件抑制時にはB看護師が休憩中であつたとしても、残る看護師のうち一人が、しばらくの間Aに付き添って安心させ、排尿やオムツへのこだわりを和らげ、落ち着かせて入眠するのを待つという対応が不可能であつたとは考えられない。」

「患者を抑制してその身体的自由を奪わねばならないというのであれば、休憩していたB看護師に応援を依頼することも十分できたはずである。休憩時間については、これをずらすなどの対応がとれないものではない。」

(2) 最高裁

「看護師らは、約4時間にもわたって、頻回にオムツの交換を求めるAに対し、その都度汚れていなくてもオムツを交換し、お茶を飲ませるなどして落ち着かせようと努めたにもかかわらず、Aの興奮状態は一向に収まらなかったというのであるから、看護師がその後更に付き添うことでAの状態が好転したとは考え難い上、当時、当直の看護師3名で27名の入院患者に対応していたというのであるから、深夜、長時間にわたり、看護師のうち1名がAに付きっきりで対応することは困難であったと考えられる。そして、Aは腎不全の診断を受けており、薬効の強い向精神薬を服用させることは危険であると判断されたのであって、これらのことからすれば、本件抑制行為当時、他にAの転倒、転落の危険を防止する適切な代替方法はなかったというべきである。」

・一時性

(1) 高裁

検討されていない。

(2) 最高裁

「本件抑制行為の態様は、ミトンを使用して両上肢をベッドに固定するというものであるところ、前記事実関係によれば、ミトンの片方はAが口でかんで間もなく外してしまい、もう片方はAの入眠を確認した看護師が速やかに外したため、拘束時間は約2時間にすぎなかったというのであるから、本件抑制行為は、当時のAの状態等に照らし、その転倒、転落の危険を防止するため必要最小限度のものであったといえることができる。」

3. 親族に対する説明義務等について

(1) 高裁

「本件抑制は患者の身体の自由を奪い、これを拘束するものであるから、患者であるAの同意あるいは同人の心身の状態からそれが得られない場合には、同人の保証人でもある控訴人Eの同意を要する（事前に得られない場合には事後に）」

「もっとも、本件では、11月19日（4日後）に看護師から控訴人Eに対して本件抑制の行われたことが伝えられ、11月20日には医師、B看護師長及び管理課長から控訴人Eに対し一応の説明がされたことが認められるのであって、時間的には若干遅れたものの説明義務は尽くされているといえることができる。」

(2) 最高裁

検討されていない。

【当該事案に関する考察】

☆ポイント1ー身体拘束の違法性について判断したー

当該事案は、身体拘束そのものの違法性について判断した最初の事例であり、以後本日に至るまで唯一の事例である。

当該事案では身体拘束の違法性は否定され、原告敗訴となったが、あらゆる身体拘束の違法性が否定されたわけではなく、最高裁の判決理由にも「入院患者の身体を抑制することは、その患者の受傷を防止するなどのために必要やむを得ないと認められる事情がある場合にのみ許容されるべきものである」とあり、状況によっては違法性が成立し得るとの判断を示したものとなっている。

☆ポイント2ー切迫性、非代替性、一時性の医療保険への適用ー

身体拘束は介護保険において原則禁止されている。

(参考：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14条第4項)

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（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

一方で医療保険においては同様の規定がない。（但し精神科についてのみ、身体拘束に関して具体的な法令あり）

しかしながら当該事例では既述のとおり、医療保険の入院であるにもかかわらず、身体拘束が原則として認められないとしつつ、介護保険の「身体拘束ゼロへの手引き」と同様に切迫性、非代替性、一時性の検討をしたうえで、違法性の成立を否定した。

☆ポイント3ー身体拘束への家族の同意の有無は、違法性阻却の理由にはならないー

高裁では患者本人または家族の同意を「要する」（事前に得られない場合は事後に）とし、その前提として家族への説明が必要であると述べている。

その上で、当該事例においては「時間的には若干遅れたものの説明義務は尽くされているということが出来る。」とし、病院側の対応については肯定的に捉えているにもかかわらず、病院側敗訴としている。

一方で最高裁では既述のとおり同意の要否、説明義務については論述されていない。

以上から、入院患者又はその家族への説明及び同意は、その重要性を否定するものではないが、説明及び同意があったから違法性が阻却（＝なくなる）されるものではなく、あくまで緊急やむを得ない、切迫性、非代替性、一時性の状況により判断されていると言える。

ケーススタディ～実地指導の指摘事項から～

【身体拘束を決定する際の手順等が定められていない】

- 「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が必要です。
- 施設内に施設長をトップとした、医師、看護・介護職員、事務職員など全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置し、事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を整備すること。

【やむを得ず身体拘束を決定した際の諸記録が残されていない】

- やむを得ず身体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しなければならない。」（基準省令第14条）
- 記録が行われていない場合、入院患者全員について、所定単位数から1日につき5単位減算しなければならない。

【家族から「事故防止のため身体拘束を望む」旨の申出書を取り、身体拘束を行っている事業所があった】

- 既述のとおり身体拘束は緊急やむを得ない場合に、施設側が患者又はその家族に説明を行ったうえで実施するものであり、患者の家族の申し出に従って行うものではない。
- 本心から自らの家族の身体拘束を希望することはあり得ない。家族がそのように希望するのは、他に良い方法が見つからないからであって、その不安を身体拘束ではなく、ケアの質により取り除くことこそが、介護保険施設としての真価が問われるところである。

【身体拘束の開始時期のみで終期が定められていない】

- 身体拘束の終期（解除時期）は必ず設けること。無期限の身体拘束は「一時性」の要件を満たさない。
- 「身体拘束ゼロへの手引き」に掲載してある様式では始期と終期について「〇月〇日〇時から〇月〇日〇時まで」となっている。
- 無論身体拘束中は「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った場合は直ちに解除しなければならない。

【身体拘束の期間を延長する際、家族に説明していない】

- 身体拘束を開始する際には、始期と終期を家族に説明しているはずであり、家族側からすれば、「遅くとも設定された終期までには解除されるはず」との理解があるはずであり、やむを得ず身体拘束の期間を延長する際は必ずその理由とともに家族へ説明すること。

ケーススタディ～「身体拘束ゼロハンドブック」より～

岡山県では平成19年3月に「ケア従事者のための身体拘束ゼロハンドブック～拘束のないケアを実現するために～」(以下「ハンドブック」)を作成し、広く介護保険関係施設等に配布しています。

また、ハンドブックは岡山県長寿社会課のホームページにも掲載しているので、必要に応じてダウンロードして頂きますようお願いいたします。

ここではハンドブックに掲載している内容を一部抜粋して紹介します。

【ベッドを柵(サイドレール)で囲む】

(サイドレールで囲む理由)

- ・ベッドからの転落防止
- ・ベッドから離れる際の転倒防止

(解決へ向けたポイント)

- ・基本的生活の見直し
 - 座位耐久性の確認、介助による移乗等により、離床を促す。
 - 睡眠時間の昼夜逆転が起きている場合には、日中の活動を増やすことにより、体内時間を整える。
- ・行動の意味や原因の分析
 - 行動(症状)を観察し、ベッドから転落する理由を考える。
 - 排泄の時間帯ではないか？
 - 何か物を取ろうとしたのではないか？
- ・転落しても骨折やけがをしない環境の整備
 - ベッドの高さ、幅、マットレスなどは入所者、入院患者に合わせて適切なものを選定する。

【車いすの腰ベルト等を装着し続ける】

(車いすに身体を固定し続ける理由)

- ・車いすから身体がずり落ちることの防止
- ・歩行が不安定であるから

(解決へ向けたポイント)

- ・姿勢がくずれの原因の分析
 - クッションの硬さ、厚み、ケースによっては部分的にクッションを当てる等、適切な選定を行う。
- ・行動の意味や原因の分析
 - 行動(症状)を観察し、車いすからずり落ちそうになったり、立ち上がろうとする理由を考える。
 - 姿勢保持機能の低下によるものか自らの意志によるものか？
 - 連続してどのくらいの時間、車いすに座っているか？

- ・車いすでの活動の見直し
 - 車いすはあくまで移動の道具であり、車いすに座らせることが目的化しないようにする。
 - 入所者、入院患者の興味、関心を把握・喚起し、日中の活動を増やす。

【つなぎ服を着用させる】

(つなぎ服を着用させる理由)

- ・おむつをはずす行為、弄便行為の防止
- ・脱衣の防止

(解決へ向けたポイント)

- ・排泄ケアの見直し
 - 尿意・便意の有無（明確な伝達が難しい場合はしぐさやサイン）、尿意・便意を感じた後、どのくらい我慢が出来るかなどを把握し、便器での排泄を促す。
- ・行動の意味や原因の分析
 - 行動（症状）を観察し、衣服を脱ぐ等の理由を考える。
 - せん妄はないか？（丁寧な水分管理はせん妄を防止する有効な手段）
 - 身体不調をきたしていないか？

【ミトン手袋を装着し続ける】

(ミトン手袋を装着し続ける理由)

- ・皮膚疾患の患部保護

(解決へ向けたポイント)

- ・かゆみの状態の分析
 - 皮膚の状態に直接起因するもの（湿疹、じんま疹、虫さされ等）であればスキンケアの徹底。
 - 皮膚の状態に直接起因するものでなければ、脱水や低栄養が皮膚の乾燥・全身状態の悪化を引き起こしている可能性があるため防止を徹底する。

【ヒモで四肢の動きを制限する】

(ひもや抑制帯を使用してしまう理由)

- ・点滴や経管栄養の抜管防止

(解決へ向けたポイント)

- ・経管栄養の見直し
 - 嚥下障害のレベル、意識障害の有無、座位の確保の可否等をもとに口から食べることを検討する。
 - 経管栄養をやめることが出来なくても経口摂取を組み合わせることができないか検討する。
- ・行動の意味や原因の分析
 - 行動（症状）を観察し、管を抜く理由を考える。
 - せん妄はないか？

- 身体不調をきたしていないか？
- 刺入部の皮膚の状態に問題はないか？
 - ↑便秘や脱水、皮膚の疾患の有無について確認を行う。

【部屋から出られないよう鍵をかける】

(施錠してしまう理由)

- ・徘徊による事故防止

(解決へ向けたポイント)

- ・行動の意味や原因の分析

→行動（症状）を観察し、徘徊する理由を考える。

→生活歴（人生史）の中に原因はないか？

（長年の習慣などは認知症があっても残っていることが多い）

→便秘や水分摂取不足を起こしていないか？

身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと一五つの方針― ～「身体拘束ゼロへの手引き」より～

【トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む】

組織のトップである施設長や病院長、そして看護・介護部長等の責任者が「身体拘束廃止」を決意し、現場をバックアップする方針を徹底することが重要です。そのためには施設長をトップとした「身体拘束廃止委員会」を設置し、施設・病院全体で身体拘束廃止に向けて現場をバックアップしてください。

【みんなで議論し、共通の意識をもつ】

身体拘束の問題は、個人それぞれの意識の問題でもあります。そのため、身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば身体拘束を廃止できるかを、トップも含めてスタッフ間で十分に議論し、みんなで問題意識を共有していく努力が求められます。

【まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す】

個々の高齢者についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態をつくり出す方向を追求していくことが重要です。

問題行動がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切です。

【事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する】

身体拘束の廃止を側面から支援する観点から、転倒等の事故防止対策を併せて講じる必要があります。

そのためには、転倒や転落などの事故が起きにくい環境づくり（手すりをつける、足元に物を置かない、ベッドの高さを低くするなど）と、スタッフ全員で助け合える体制づくり（対応が困難な場合について、柔軟性のある態勢の確保）が重要となります。

【常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に】

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのか真剣に検討することが求められます。

「仕方がない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要があります。

基準省令において「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められていますが、この例外規定は極めて限定的に考え、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要です。