

平成27年度

介護療養型医療施設
短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

集団指導資料

平成28年2月19日（金）

岡山県保健福祉部 長寿社会課

☆岡山県保健福祉部長寿社会課ホームページ（運営：岡山県）

<http://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>

集団指導資料については、長寿社会課のホームページからダウンロードが可能。

平成27年度集団指導資料目次

平成28年2月19日(金) 10:30～
岡山県総合福祉会館1階「大ホール」

・ 介護療養病床の今後について	1
・ 主な関係法令等	5
・ 総則・通則事項について	9
・ 人員に関する基準及び人員に関する報酬について	13
・ 設備に関する基準について	21
・ 運営に関する留意事項	22
・ 介護給付費算定に係る留意事項	28
・ 短期入所療養介護特有の加算・留意事項など	44
・ 医療保険と介護保険の給付調整について	46
・ 介護療養施設サービス費の範囲について	51

<介護療養病床の今後について>

【転換期限の延期について】

介護療養病床については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）に基づき、平成23年度末までに介護老人保健施設等へ転換することとしていました。しかし、転換が進んでいない実態を踏まえ、平成23年度に成立した介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）において、転換期限を平成29年度末まで6年間延長したところです。

【法律上の位置付けについて】

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項において、『改正前の介護保険法（以下この条において「旧介護保険法」という。）第48条第1項第3号の指定を受けている旧介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設については、…（中略）…旧介護保険法の規定…（中略）…は、平成30年3月31日までの間、なおその効力を有する。』として、介護療養型医療施設として従前の指定を受けていた場合、本体部分の更新と（介護予防）短期入所療養介護のみなし指定に関しても旧介護保険法の規定に基づき、平成30年3月31日までの間は効力が残るとされています。

【申請届出等について】

（新規指定）

上記のとおり、従前の指定を受けていた場合は、旧介護保険法の規定に基づき、平成30年3月31日までの間は効力が残るとされているものであり、平成24年4月1日以降は指定介護療養型医療施設の新規指定はありません。

（指定更新）

平成30年3月31日までの間に指定有効期間満了日を迎える指定介護療養型医療施設で、引き続き平成30年3月31日まで事業を行う事業者については、指定更新申請を行う必要があります。

（指定辞退）

指定介護療養型医療施設で事業を行わない事業者は、指定を辞退しなければなりません。指定を辞退する場合は、1月以上の予告期間を設けて指定辞退申出書を提出することとなっています。

(指定介護療養型医療施設の指定辞退後、短期入所療養介護等を行う場合)

既述のとおり、従前の指定を受けていた場合は、旧介護保険法第72条の規定に基づき、(介護予防)短期入所療養介護のみなし指定に関しても平成30年3月31日までの間効力が残るとされていますが、指定介護療養型医療施設の指定辞退を行った場合は、その効力を失うので、引き続き(介護予防)短期入所療養介護を行う場合、改めて(介護予防)短期入所療養介護の新法による新規の指定を受けなければなりません。

【転換先について】

①介護老人保健施設

転換先としてまず考えられるのが介護老人保健施設です。医療必要度が高い利用者を受け入れる介護療養型老人保健施設、介護老人保健施設、いずれへの転換も可能です。

居室定員は4床以下です。多床室、従来型個室、ユニット型個室等があり、多床室は8.0㎡以上(転換の場合は6.4㎡以上でも可)、個室は10.65㎡以上です。定員の50%を限度として特別な居室に係る室料差額を徴収することができます。

②有料老人ホーム

医療法人の附帯業務の見直しにより平成19年4月から有料老人ホームの設置が可能となりました。一般型特定施設、外部サービス利用型特定施設、住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームの4つに分類されます。一般型特定施設は施設系ですが、それ以外は住宅系です。居室は原則個室で13㎡以上です。

③サービス付き高齢者向け住宅

高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づき、60歳以上の者又は60歳未満で要介護・要支援認定を受けている高齢者(含む配偶者等)を賃借人とする住宅です。医療法人の附帯業務の見直しにより設置が可能となりました。状況把握サービスと生活相談サービス等を提供することが義務付けられており、介護が必要な場合は居宅サービスを活用します。

サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームの定義に該当する者については、特定施設入居者生活介護事業者の指定を受け、特定施設として運営することも可能です。各戸の床面積は原則25㎡以上(共同型の場合は18㎡以上)で、バリアフリー構造が求められています。融資は住宅金融支援機構が行います。

④認知症対応型共同生活介護事業所（認知症高齢者グループホーム）

認知症高齢者を対象に、家庭的で小規模な環境のもと、共同生活を営むものです。医療法人による運営が可能です。1ユニットの入所定員は5人以上9人以下で、3ユニット以下（都市部のみ、それ以外は2ユニットまで）、原則個室、居室の床面積は7.43㎡以上です。

⑤特別養護老人ホーム

運営主体は地方公共団体、地方独立行政法人、社会福祉法人、日本赤十字社及び厚生連に限られます。転換する場合には、廊下幅、食堂、機能訓練室について介護老人保健施設への転換と同様の緩和策が講じられています。居室定員は4床以下、定員1人当たりの居室面積は10.65㎡以上です。これについては、緩和措置はありません。厚生労働省では個室ユニットを推進しています。

⑥ケアハウス

軽費老人ホームの一種です。医療法人による運営が可能です。付帯サービスはサービス付き高齢者向け住宅とほぼ同じですが、所得によって利用料が減額されるため低所得者の利用も可能です。居室は夫婦部屋等を除いて原則個室、居室面積は21.6㎡以上です。

⑦サービス拠点

在宅療養支援診療所を核に、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、訪問介護、通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、居宅介護支援事業所などを複合整備したものを指します。この拠点から自宅・住宅系・施設系にサービスを提供します。サービス拠点に施設系や住宅系の建物を併設することも可能です。

⑧病院及び有床診療所

一般病床、療養病床、回復期リハビリテーション病棟など、引き続き医療施設として経営していく選択肢もあります。

【介護老人保健施設等の施設への転換支援策（施設基準の一部の緩和）について】

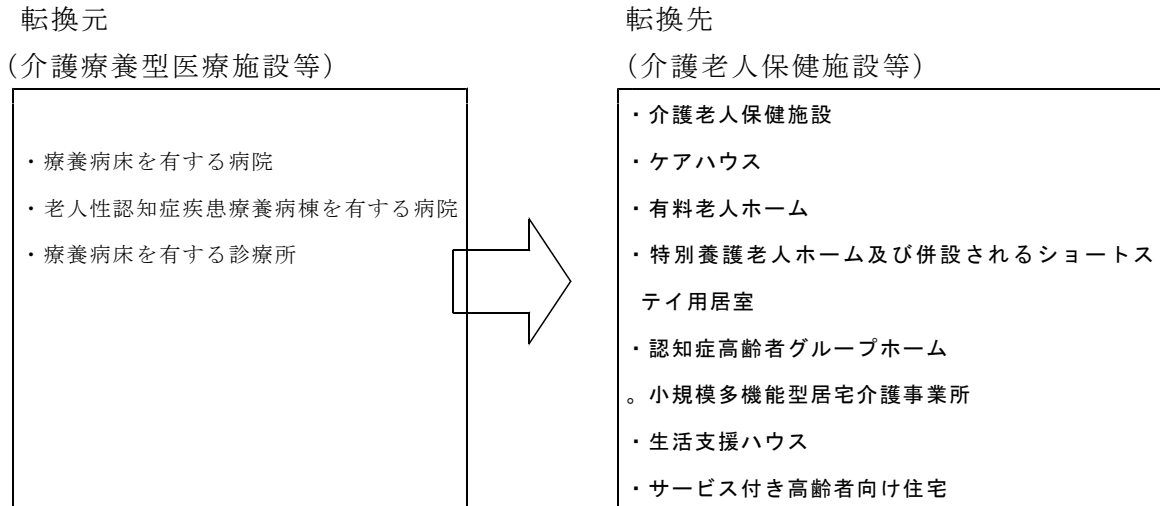
転換をより円滑に進めるために、（次の新築又は大規模の改修等を行うまでの間）転換先の老人保健施設等については

療養室の床面積、廊下幅等の施設基準の一部（老健、特養）
建物の耐火構造に係る基準（老健）
建物内の直通階段及びエレベーターの設置に係る基準（老健）
医療機関と老人保健施設が併設する場合における設備基準（老健） 等
の基準が緩和されています。

【介護老人保健施設等の施設への転換支援策（費用負担軽減）について】

○地域医療介護総合確保基金（介護施設等の整備に関する事業）

介護療養型医療施設等の介護老人保健施設等への転換整備及び介護療養型医療施設等の介護老人保健施設等への転換整備にかかる施設開設準備経費について基金があります。



○独立行政法人福祉医療機構が行う医療貸付事業（療養病床転換支援貸付制度）

事業実施主体：独立行政法人福祉医療機構

事業内容：療養病床転換に伴う支援貸付

介護老人保健施設等への転換に伴い発生する改修工事等の施設整備について、貸付条件を平成19年度から優遇しています。

療養病床の転換に際し、療養病床整備時に民間金融機関から借り入れている債務の償還負担軽減又は転換計画遂行のために一時的に必要な運転資金を貸付しています。

介護老人保健施設等への転換に際し、現に有する療養病床の整備に要した福祉医療機構からの借入金について、当初の償還期間を10年まで（償還期間は合わせて30年を限度とします）延長することができます。

<主な関係法令等>

- ・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)
- ・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第62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)
- ・介護保険法に基づく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の基準等を定める条例 (平成24年岡山県条例第65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)
- ・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に基づく指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準を定める条例 (平成24年岡山県条例第66号)
 - ・健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)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に基づく指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準 (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)

- ・介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について (平成25年長寿第1868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)

- ・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に基づき条例で規定された指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準について (平成25年長寿第1871号)
- ・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)
- ・医療法施行規則 (昭和23年厚生省令第50号)
- ・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成24年厚生労働省告示第95号)
- ・厚生労働大臣が定める基準 (平成24年厚生労働省告示第96号)
- ・厚生労働大臣が定める施設基準 (平成24年厚生労働省告示第97号)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 (平成12年厚生省告示第27号)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域 (平成12年厚生省告示第28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 (平成12年厚生省告示第29号)
- ・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 (平成12年厚生省告示第30号)

- ・厚生労働大臣が定める特定診療費に係る施設基準等
(平成12年厚生省告示第31号)
- ・厚生労働大臣が定める特定診療費に係る特別な薬剤
(平成12年厚生省告示第32号)
- ・特定診療費の算定に関する留意事項について (平成12年老企第58号)
- ・介護保険法第51条の3第2項第1号及び第61条の3第2項第1号に規定する特定介護保険施設等及び特定介護予防サービス事業者における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額 (平成17年厚生労働省告示第411号)
- ・介護保険法第51条の3第2項第2号に規定する特定介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額並びに同法第61条の3第2項第2号に規定する特定介護予防サービス事業者における滞在に要する平均的な費用の額及び事業所の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額 (平成17年厚生労働省告示第412号)
- ・介護保険法第51条の3第2項第1号及び第61条の3第2項第1号に規定する食費の負担限度額 (平成17年厚生労働省告示第413号)
- ・介護保険法第51条の3第2項第2号に規定する居住費の負担限度額及び同法第61条の3第2項第2号に規定する滞在費の負担限度額 (平成17年厚生労働省告示第414号)
- ・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年厚生労働省告示第419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
(平成12年老企第54号)
- ・介護保険施設等におけるおむつ代に係る利用料の徴収について
(平成12年老振第25号・老健第94号)
- ・介護保険施設等における日常生活費等の受領について
(平成12年老振第75号・老健第122号)
- ・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年厚生省告示第123号)
- ・厚生労働大臣が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
(平成18年厚生労働省告示第268号)
- ・医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について
(平成17年老振発第0728001号)
- ・認知症介護実践者等養成事業の実施について (平成18年老発0331010号)
- ・認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について
(平成18年老計発0331007号)

- ・ 厚生労働大臣が定める療養 (平成18年厚生労働省告示第142号)
- ・ 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年厚生労働省告示第128号)
- ・ 診療報酬の算定方法 (平成20年厚生労働省告示第59号)
- ・ 基本診療料の施設基準等 (平成20年厚生労働省告示第62号)
- ・ 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)

※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 指定基準編《平成27年4月版》

介護報酬の解釈 QA・法令編《平成27年4月版》

介護報酬の解釈 単位数表編《平成27年4月版》

(発行：社会保険研究所)

医科点数表の解釈《平成26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>

岡山県 長寿社会課

<http://www.pref.okayama.jp/page/305950.html>

＜総則・通則事項について＞

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に基づき条例で規定された指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準について（平成25年長寿第1871号）
（抜粋）

1 本県独自基準以外の基準についての運用

2に定めるもののほか、「指定介護療養型医療施設条例」の運用に当たっては、「健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた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」（平成十一年厚生省令第四十一号）の運用のために発出された「健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた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」（平成十二年老企第四十五号。以下「基準省令解釈通知」という。）において示されている内容を準用し、これを踏まえて指定介護療養型医療施設は、適正な事業運営をすること。

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年老企第45号）

（抜粋）

第3 人員に関する基準・設備に関する基準

4 用語の定義

(1) 「常勤換算方法」

当該指定介護療養型医療施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の指定介護療養施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が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1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

(3)「常勤」

当該指定介護療養型医療施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいうものである。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。)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、利用者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

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 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1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6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を入院患者数とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における入院患者延数を6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1年以上経過している場合は、直近1年間における入院患者延数を1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。

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)

(抜粋)

第2の7 介護療養施設サービス

(3) 所定単位数の算定単位について

介護療養型医療施設においては、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看護職員等の配置によって1種類を選定し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。なお、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。ただし、療養病床(医療法等の一部を改正する法律(平成12年法律第141号)附則第2条第3項第五号に規定する経過旧療養型病床群を含む。)、老人性認知症疾患療養病棟が混在している場合には、それぞれの類型毎に1種類を選定して届け出ること。

(7) 夜勤体制による減算及び加算の特例について

療養型介護療養施設サービス費については、所定単位数及び夜間勤務等看護(I)から(IV)までを算定するための基準を夜勤職員基準において定めている(第七号ハにおいて準用する第二号ロ(3))ところであるが、その取扱いについては、以下のとおりとすること。

- ① 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位ではなく、病棟単位で職員数を届け出ること。
- ② 夜勤を行う職員の数、は、1日平均夜勤職員数とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。

※ 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。

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

※小数点第3位以下は切り捨て

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

- ⑤ 略 (本資料P19参照のこと)
- ⑥ 夜勤体制による減算が適用された場合は夜勤体制による加算は算定しないものとする。
- ⑦ 略

<人員に関する基準及び人員に関する報酬について>

【(介護予防)短期入所療養介護の人員について】

- 1 短期入所療養介護事業所にあつては、いわゆる本体施設となる介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所が、それぞれの施設として満たすべき人員を満たしていれば足りるものとされており、その従業者の員数等は後述する。
- 2 指定介護療養型医療施設の病床であつて、介護療養施設サービスが行われるもの(以下「介護保険適用病床」という。)における短期入所療養介護については、所定単位数の算定(職員の配置数の算定)並びに定員超過利用、夜勤体制及び療養環境による所定単位数の減算及び加算については、本体施設と常に一体的な取扱いが行われる。
- 3 介護保険適用病床ではなく、療養病床も有していない診療所については、サービスを提供する病室に置くべき看護職員又は介護職員の員数の合計は、常勤換算方法で、利用者及び入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上でなければならない。かつ、夜間における緊急連絡体制を整備することとし、看護師若しくは准看護師又は介護職員を1人以上配置していなければならない。
- 4 短期入所療養介護事業者が介護予防事業の指定を併せて受け、かつ、2つの事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合は、短期入所療養介護事業の人員基準を満たすことをもって、介護予防事業の人員基準を満たしているものとみなすことができる。

【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かかわらず、「医療法」が基準となる。

ただし、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：医療法施行規則第52条1項の規定)

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、病院のみ)

(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単位控除する減算。

(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に100分の90を乗ずる減算。

→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) (算定している県指定事業所がない人員配置区分は省略して記載)

(3) (介護予防)短期入所療養介護においても(1)(2)と同じ扱い。

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、医療法施行規則第49条の規定が適用されている病院のみ)

(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単位を減算。

- ・ 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

(参考：医療法施行規則第52条3項の規定)

医療法の規定における、既述のAが

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

(2) ただし、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。

(3) (介護予防)短期入所療養介護においても(1)(2)と同じ扱い。

【薬剤師及び栄養士について】

1 介護療養型医療施設(療養病床を有する病院、老人性認知症疾患療養病棟を有する病院)は「医療法」が基準となる。診療所には人員基準はない。

(1) 療養病床を有する病院

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) 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院

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い。

【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「○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(※平成25年度からは、県条例)及び平成27年厚生労働省告示第96号「厚生労働大臣が定める施設基準」で定められている。(ユニット型、大病院、経過型等は県指定事業所がないため除いて記載。)

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
<ul style="list-style-type: none"> 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 	6 : 1 ※a	4 : 1	療養型Ⅰ(療養機能強化型以外) 療養型Ⅰ(療養機能強化型A) 療養型Ⅰ(療養機能強化型B)
	6 : 1 ※a	5 : 1	療養型Ⅱ(療養機能強化型以外) 療養型Ⅱ(療養機能強化型)
	6 : 1 ※a	6 : 1	療養型(Ⅲ)
<ul style="list-style-type: none"> 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 	6 : 1	6 : 1	診療所型Ⅰ(療養機能強化型以外) 診療所型Ⅰ(療養機能強化型A) 診療所型Ⅰ(療養機能強化型B)
	3 : 1 (うち看護1以上)		診療所型(Ⅱ)
<ul style="list-style-type: none"> 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 	4 : 1 ※a	4 : 1	認知症疾患型(Ⅱ)
	4 : 1 ※a	5 : 1	認知症疾患型(Ⅲ)
	4 : 1 ※a	6 : 1	認知症疾患型(Ⅳ)
	4 : 1 ※a ※b	6 : 1	認知症疾患型(Ⅴ)

※a 算出した看護職員の最少必要数の2割以上は看護師であること。

※b 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患者型のみ、平成12年厚生省告示第27号「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」で定められている。(ユニット型、大病院、経過型等は県指定事業所がないため除いて記載。)

- ・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 (介護療養型医療施設、(介護予防)短期入所療養介護も同様)	減算の割合	必要とされる員数との比較	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)又は認知症患者型(Ⅳ)(Ⅴ)のいずれかの基準を満たさなくなったとき	70/100	1割を超えて不足	/	翌月から解消された月まで
	70/100	1割の範囲内で不足	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)又は認知症患者型(Ⅰ)、(Ⅳ)若しくは(Ⅴ)から減算	90/100	1割を超えて不足	/	翌月から解消された月まで
	90/100	1割の範囲内で不足	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
留意事項通知第2の7(5)の特例 介護療養型医療施設及び介護保険適用病床における短期入所療養介護(本体施設と一体的に取り扱う)				

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が定められている。

(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位以下は切り捨て

(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 (介護療養型医療施設、(介護予防)短期入所療養介護も同様)		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)	月平均夜勤時間数
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 6.4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 7.2時間以下
	加算型Ⅱ	看護職員 20:1かつ2以上	看護職員 7.2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 7.2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 7.2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)

夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月(暦月)において下記の減算となる状況が発生した場合に、それぞれの減算の始期から終期まで入院患者(及び利用者)の全員について、所定単位数から25単位を控除して得た単位数を算定する。

チェックする項目 (介護療養型医療施設、(介護予防)短期入所療養介護も同様)	減算となる状況	減算の始期	減算の終期
1日平均夜勤職員数 (暦月で判断) 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
	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	解消した翌月から減算なし
月平均夜勤時間数 (暦月で判断)	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
	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	3月間の平均が基準時間を下回った翌月から減算なし
夜勤時間帯における夜勤を行う職員数 (ある暦月における1日ごとで判断)	ある暦月内に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
	ある暦月内に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

【参考】

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)

(抜粋)

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

2 施設基準関係

(3) 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病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、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ものとすること。

【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(※平成25年度からは、県条例)で定められている。
- (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。
 - (3)療養病床を有する病院 : 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 理学療法士及び作業療法士の人員欠如による減算規定はないが、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】

各類型ごとに、基準省令(※平成25年度からは、県条例)及び解釈通知により定められている。(介護療養型医療施設のみ)

類 型	基準省令 (※平成25年度からは、県条例)	解釈通知(老企第45号) (※平成25年度からは、 県通知第1で準用)	基準未滿
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%に減算
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%に減算

※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。

<設備に関する基準について>

(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	認知症患者型
病室の	1の病室につき4床以下		
病床数	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(※平成25年度からは、県条例)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、サービスの利用開始について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得ることが望ましい。
(※平成25年度からは、県条例)
- 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、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確認すること。
- 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。

【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割又は2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(※平成25年度からは、県条例)で義務付けられている。

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、入院患者又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係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できるが、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。
- 5 短期入所療養介護において、食費を1食ごとに設定していないケースがあった。食費は原則、一食ごとに分けて設定し、提供した食事分のみ徴収すること。
(参考)「ショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護)における食費の設定について」(平成24年9月5日厚生労働省事務連絡)

【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。
生命又は身体の保護の必要性、緊急やむを得ない理由(①切迫性、②非代替性、③一時性)を1人1人について検討すること。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。

- 4 サービスの質の評価については、自ら行う評価に限らず、多様な評価を広く用いなければならない。
- 5 成年後見制度の活用が必要と認められる場合、入院患者が成年後見制度を活用することができるよう配慮しなければならない。(※平成25年度からは、県条例)

【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 同意書の同意署名欄にあらかじめ”家族”と記載してあり入所者の同意ではなく家族の同意としているケースがあった。介護保険の基本原則は『利用者本人の自己決定』であることから、原則本人の同意を得た上で署名を求めること。なお、患者本人の精神状況等により契約手続等について認識されず、本人の意思確認ができなくて署名が得られない場合は、前記の成年後見制度の活用を促す。また、身体的理由により本人の署名ができない場合は家族等の代筆等で同意を得ること。
- 4 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
- 5 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。
- 6 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。
- 7 「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」となっており、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 褥瘡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)褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価
 - (2)専任の施設内褥瘡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瘡対策チームの設置
 - (4)褥瘡対策のための指針の整備
 - (5)褥瘡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 食の安全の確保や地場産品の消費拡大の観点から、地域で生産された旬の食材を活用し、季節や行事に応じた食事の提供に努めること。(※平成25年度からは、県条例)
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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あった。用途変更は必ず県民局に変更届を提出すること。

【その他のサービスの提供】

充実した日常生活につながるよう、入院患者からの要望を考慮して、入院患者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会の提供に努めること。(※平成25年度からは、県条例)

【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。

【勤務体制の確保等】

- 1 従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。資質の向上の研修には、高齢者の人権の擁護及び虐待の防止に関する事項をその内容に含めなければならない。(※平成25年度からは、県条例)
- 2 勤務する看護職の職員数が少ない等の理由により、外部研修に参加することが難しいケースがあった。基準上看護職員の配置が必要とされる介護保険施設・事業所においては、利用者の日常の健康管理、感染症の発生予防及びまん延防止等における当該看護職員の役割の重要性を踏まえ、資質向上のための研修参加の機会を確保する必要がある。なお、人員体制等の都合で一度に複数職員の研修参加が困難な場合等においても、業務内容や役職等の適性を十分考慮し、優先順位を付けるなど研修参加者を絞り、当該研修参加者が施設・事業所内において伝達講習を行うなど、適切なサービス提供体制を確保した上で、必要な研修機会を確保すること。

【定員の遵守】

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 指定介護療養型医療施設は、入院患者の状態や当該施設が所在する地域の地理的実情(津波災害警戒区域であるか、土砂災害警戒区域であるか等)を踏まえ、想定される災害の種類(津波・高潮・土砂災害・地震・火災等)ごとに、その規模(当該施設の所在市町村全体・所在地域・当該施設・当該施設の一部か等)及び被害の程度(ライフラインが1週間程度で復旧される場合、施設内給食施設は1ヶ月程度使用不能である場合等)に応じた実効性のある具体的な計画(消防法施行規則(昭和三十六年自治省令第六号)第三条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画)を立てなければならない。(※平成25年度からは、県条例)
- 3 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、消火避難等に協力してもらえよう体制作りに努め、全ての従業員がその内容を熟知し、実行できるようにしなければならない。(※平成25年度からは、県条例)
- 4 2の計画に従い、避難又は救出に係る訓練等必要な訓練を定期的に行わなければならない。その場合、実際に非常災害が発生した場合に対応できるような実効性の高いものとしなければならない。(※平成25年度からは、県条例)
- 5 非常災害時にその入院患者の安全の確保が図られるように、事前に市町村や地域住民のほか、医療や福祉に関わる他の事業所等と相互に支援・協力を行うための連携体制の整備に努めること。(※平成25年度からは、県条例)
- 6 非常災害時には、指定介護療養型医療施設として、援護が必要となった者への支援協力(当該施設の入院患者に限らず、可能な限り、地域の高齢者、障害者、乳幼児等の特に配慮を要する者を受け入れる等)に努めること。(※平成25年度からは、県条例)

【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、概ね3か月に1回以上定期的に開催し、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）
（集団指導資料【全サービス共通】P70～）

【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、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。
- 4 各種の記録については、完結の日から5年間保存しなければならない。施設サービス計画、サービス提供の記録、身体拘束に関する記録、市町村への通知に係る記録、苦情内容等の記録、事故発生時の対応記録は県条例の規定に従い「5年間」とする。（※平成25年度からは、県条例）

<介護給付費算定に係る留意事項>

※【】内の略称については以下のとおり。

短期入所療養介護：短期療養 介護予防短期入所療養介護：予防短期療養
 介護療養型医療施設：療養施設

【入院起算日について（全般に係る事項）】

- 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。

【基本施設サービス費（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

基本施設サービス費の区分

療養機能強化型A or 療養機能強化型B（療養機能強化型） or それ以外

○病院の場合（療養機能強化型の算定要件）

療養機能強化型の算定要件	療養機能強化型A 看護6:1 介護4:1	療養機能強化型B 看護6:1 介護4:1又は5:1
1 次のいずれにも適合すること。 (1) <u>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入院患者に占める割合</u> (2) <u>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入院患者に占める割合</u>	50%以上 50%以上	50%以上 30%以上
2 次のいずれにも適合する者が入院患者に占める割合。 (1) <u>医学的見地に基づき回復の見込みがない</u> (2) <u>ターミナルケアに係る計画が作成されている</u> (3) <u>同意を得てターミナルケアが行われている</u>	10%以上	5%以上
3 <u>生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。</u>		
4 <u>地域に貢献する活動を行っていること。</u>		

○診療所の場合（療養機能強化型の算定要件）

療養機能強化型の算定要件	療養機能強化型A 看護6:1 介護6:1	療養機能強化型B 看護6:1 介護6:1
1 次のいずれにも適合すること。 (1) <u>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入院患者に占める割合</u> (2) <u>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入院患者に占める割合</u>	50%以上 50%以上	40%以上 20%以上
2 次のいずれにも適合する者が入院患者に占める割合。 (1) <u>医学的見地に基づき回復の見込みがない</u> (2) <u>ターミナルケアに係る計画が作成されている</u> (3) <u>同意を得てターミナルケアが行われている</u>	10%以上 ※左記割合と19を 当該診療所の介護 保険適用病床数で 除した数との積	5%以上 ※左記割合と19を 当該診療所の介護 保険適用病床数で 除した数との積
3 <u>生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。</u>		
4 <u>地域に貢献する活動を行っていること。</u>		

- 1 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。
- NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態
 - 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
 - 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。
 - 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)
 - 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
 - 出血性消化器病変を有するもの
 - 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態
 - 連続する3日以上、JSC100以上の意識障害が継続している状態
 - 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態
 - 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。)又は内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。)により誤嚥が認められる(喉頭侵入認められる場合を含む。)状態

- 2 身体合併症を有する認知症高齢者とは、次のいずれかに適合する者をいう。
- a 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者
 - b 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者
 - (a)パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）
 - (b)多系統萎縮症（綿状体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
 - (c)筋萎縮性側索硬化症
 - (d)脊髄小脳変性症
 - (e)広範脊柱管狭窄症f後縦靭帯骨化症g黄色靭帯骨化症h悪性関節リウマチ
 - c 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者
- 3 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っては、当該入院期間中に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されている者については、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。
- 4 経管栄養の実施とは、経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、診療所型介護療養施設サービスにおいては、経鼻経管、胃ろう若しくは腸ろう又は中心静脈による栄養の実施を指す。また、過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されているものについては、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。
- 5 「重篤な身体疾患を有する者」「身体合併症を有する認知症高齢者」「喀痰吸引、経管栄養、又はインスリン注射を実施された者」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。）とは、毎日24時現在当該施設に入院している者をいい、当該施設に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものであること。）
- a 月の末日における該当者の割合によることとし、算定日が属する月の前3月において当該割合の平均値が当該基準に適合していること。
 - b 算定日が属する月の前3月において、当該基準を満たす入院患者等の入院延べ日数が全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合によることとし、算定日の前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。

H27.4.1 介護保険最新情報 Vol.454

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

A 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の属する月の翌月(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。

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

A できる。

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

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

問153 Q 重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合などの算出における「入院患者数」については、外泊中の入院患者は含まれるのか。

A 含まれる。

H27.4.28 介護保険最新情報 Vol.469

問2 Q 同一の者について、「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとしているが、同一の者について、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合、要件に適合する者は1人と数えるのか、2人と数えるのか。

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

一方、後者の要件は、当該施設で行われる処置の実施を評価しているものであり、同一患者であっても喀痰吸引と経管栄養の両方を実施していれば、2つの処

置を実施しているため、喀痰吸引と経管栄養を実施しているそれぞれの人数に含め、この場合には2人と数える。

6 ターミナルケアの基準については、(1)から(3)までのすべてに適合する入院患者の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合が、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。

本人が十分に判断できる状態になく、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と同認められる場合を含む。この場合は、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。

H27.4.28 介護保険最新情報 Vol.469

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

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

7 生活機能を維持改善するリハビリテーションは、可能な限りその入院患者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、医師の指示に基づき作業療法士を中心とする多職種の共同によって、療養生活の中で随時行うこと。

H27.4.28 介護保険最新情報 Vol.469

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

A 生活機能の維持改善に当たっては特に作業療法士の関与が重要であり、作業療法士を中心とすべきという理念を示しているところである。当該理念を踏まえ、生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していることが要件として求められており、実際の作業療法士の配置を要件としているものではない。

8 地域に貢献する活動は、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。

- 9 適用すべき所定単位数の算定区分について、月の末日においてそれぞれの算定区分に係る施設基準を満たさない場合は、当該施設基準を満たさなくなった月の翌々月に変更の届出を行い、届出を行った月から当該届出に係る基本施設サービス費を算定する。(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)

【初期加算（療養施設）】

- 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 短期入所療養介護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療養介護の利用開始日)

【退院時指導等加算（療養施設）】

- 1 退院前訪問指導加算
 - ・在宅療養に向けた最終調整を目的として、退院後の療養上の指導を入院患者及びその家族に対して行う。退院日に算定する。
- 2 退院後訪問指導加算
 - ・入院者の退院後30日以内に、退院後の療養上の指導を入院患者及びその家族に対して行う。訪問日に算定する。
- 3 退院時指導加算
- 4 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退院時情報を文書(規定様式有)で交付する。
- 5 退院前連携加算
 - ・退院後の居宅介護支援事業者に対して、入院患者の同意を得て、当該入院患者の診療状況を示す文書を添えて情報提供し、調整を行うことが必要。

※1及び3から5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、3、5については指導日、指導内容の要点を診療録に記載し、4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（療養施設）】

- 1 栄養ケア・マネジメントは、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ものであること。
- 2 入院患者の低栄養状態のリスクを入院時に把握（栄養スクリーニング）すること。
- 3 栄養スクリーニングを踏まえ、入院患者ごとの解決すべき課題を把握（栄養アセスメント）すること。
- 4 栄養アセスメントを踏まえ、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が共同して、入院患者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。
- 5 栄養ケア計画に従い栄養管理を行うとともに、入院患者の栄養状態を定期的に記録すること。
- 6 モニタリングは低栄養状態のリスクが高い患者及び栄養補給方法の変更の必要性がある患者については概ね2週間ごと、リスクの低い患者については概ね3月ごと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回は体重を測定するなど、栄養状態の確認を行うこと。
- 7 入院患者ごとに、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。
- 8 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った。記録は事業者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。
- 9 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。
- 10 栄養ケア・マネジメントを実施している施設にあっては、従前作成が義務付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】

- 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、管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を実施するものであること。栄養マネジメント加算を算定していない場合は算定しない。

【経口維持加算（療養施設）】

- 1 経口維持加算（I）については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入院患者に対して、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い、入院患者ごとに経口維持計画を作成している場合であって、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つては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）に基づき管理栄養士等が栄養管理を行

った場合、当該計画が策定された日の属する月から起算して6月以内に限り、1月につき算定。

- 2 経口維持加算(Ⅱ)については、当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、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が加わった場合、経口維持加算(Ⅰ)に加えて、1月につき算定。
- 3 経口維持加算(Ⅰ)は、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。経口維持加算(Ⅱ)は、経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。
- 4 当該計画が作成された日の属する月から6月を超えた場合でも、要件を満たし必要とされるものに対しては引き続き算定可。

【口腔衛生管理体制加算(療養施設)】

- 1 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導に基づき、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機能維持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当たっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

【口腔衛生管理加算(療養施設)】

- 1 歯科医師又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院患者に対して口腔ケアを月4回以上実施した場合に算定できる。
- 2 サービス提供の際には、同一月における医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を確認し、提供に関する同意を得て行うこと。
- 3 口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要とすると思われる事項に係る記録を作成し保管するとともに、その写しを当該入院患者に対して提供すること。
- 4 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理加算は算定できるが、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、口腔衛生管理加算は算定できない。

【療養食加算(短期療養・予防短期療養・療養施設)】

- 1 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき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 心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならない。
- 3 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（療養施設）】

- 1 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。
- 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月間の退院患者の総数のうち、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)の占める割合が、30%を超えていること。
 - b 退院患者の退院後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)、当該退院患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（療養施設）】

- 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 施設の入院患者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の割合が5割以上であることが前提。
- 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付けのため、「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27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。

【認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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、緊急に入院することが適当であると判断し、サービスを行った場合は、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サービス計画、((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。
- 3 次に掲げる者が、直接、介護療養型医療施設へ入院(短期入所療養介護の利用を開始)した場合は算定できない。
 - a 病院又は診療所に入院中の者
 - b 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
 - c 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、短期利用共同生活介護、地域密着型

- 特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- 4 介護療養型医療施設で算定の場合、入院者が入院前の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(他サービスにおける当該加算も含む)を算定したことがない場合に限り算定できる。

【サービス提供体制強化加算（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

- 1 加算(I)イ 1.8単位：介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合3/5以上
 - 2 加算(I)ロ 1.2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
 - 3 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
 - 4 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28年度に新たに届出を出す場合(平成28年度も引き続き加算を算定する場合)は、平成27年4月～28年2月の平均で算出する。

《特定診療費》

【感染対策指導管理（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

- 1 施設全体として常時感染対策をとっている場合に算定できる。
- 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回程度定期的を開催すること。
- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

- 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（療養施設）】

- 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。ただし、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（短期療養のみ）】

- 1 算定する場合は、当該患者が、要介護4又は要介護5に該当する者であって「厚生労

働大臣が定める状態」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。
(本資料P43※a)

- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 1 県への体制の届出が必要。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、計画的な医学的管理を行い、療養上必要な指導を行った場合に算定。

Sheaの分類

	皮膚の状態程度	重症度
I度	紅斑又は表皮の壊死若しくは欠損	軽度
II度	真皮全層に及ぶ潰瘍（壊死又は欠損）	中等度
III度	皮下脂肪深層に達するものであって筋膜を越えない潰瘍（壊死又は欠損）	重度
IV度	筋膜を越えた潰瘍（壊死又は欠損。関節・骨の露出又は壊死を含む）	重度

- 2 Sheaの分類のいずれに該当するか、治療内容等について診療録に記載しなければならない。
- 3 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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。理学療法(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、これらの実施計画は、入院患者又はその家族に説明し、同意を得ること。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。
- 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 理学(作業)療法は1日3回(作業(理学)療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回)に限り算定。入院(利用開始)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回目以降のものは70/100に相当する単位を算定。
 - (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の加算(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)した日又は要介護(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の加算(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(短期療養・予防短期療養・療養施設)(認知症疾患型は除く)】

- 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 言語聴覚療法は1日3回(理学療法及び作業療法と併せて1日4回)に限り算定。入院(利用開始)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回目以降のものは70/100に相当する単位を算定。
 - (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。
- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 1 専従常勤の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を2名以上配置し、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、後記の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・言語聴覚療法を算定しない場合は、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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 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。1月4回を限度とする。
- 2 実施は、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行うものである。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（療養施設）（認知症疾患型は除く）】

- 1 理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を算定する場合は、短期集中リハビリテーションは算定しない(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、ただし摂食機能療法は1回30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。
- 2 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。

H24.3.30 介護保険最新情報 Vol.273

問39 Q 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。

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

なお、

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

【認知症短期集中リハビリテーション（療養施設）】

- 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。

H21.3.23 介護保険最新情報 Vol.69

問103 Q 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、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できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

- ・例1：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。
- ・例2：A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否。

A 例1の場合は算定できない。

例2の場合は算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104を参照されたい。

問104 Q 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

A 同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

問105 Q 3月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は可能か。

A 同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所(院)した日から起算して3月、通所リハビリテーションにおいては前回退院(所)日又は前回利用開始日から起算して3月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去3月の間に、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できる。

【精神科作業療法（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

- 1 県への体制の届出が必要。
- 2 患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- 3 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。
- 4 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（短期療養・予防短期療養・療養施設）】

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。

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

特定診療加算項目	要届出	算定の可否						施設基準等(概要。詳細は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(平成12年厚生省告示第30号)、特定診療費の算定に関する留意事項について(平成12年老企第58号)を確認すること)
		病院療養型		診療所型		認知症疾患型		
		長	短	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○		注○	・算定できる患者の状態については下記※a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院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		○	○	○	○	○	○	

※a
 イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態(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)
 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態(当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っている)
 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(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、塩酸オルプリノン、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)
 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(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)
 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
 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 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(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。)
 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。

<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】

短期入所療養介護の対象者は

- (1) 利用者の心身の状況又は病状により
- (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(○kmにつき○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、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。

【緊急短期入所受入加算(介護予防は対象外)】

- 1 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、居宅サービスの担当介護支援専門員が必要を認め、緊急に利用した場合に算定できる。
- 2 1についてやむを得ない事情により事後的に、居宅サービスの担当介護支援専門員が必要であったと判断した場合についても、算定できる。
- 3 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した場合は、当該加算は算定できない。
- 4 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。
- 5 緊急受入れに対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所と情報共有に努め、窓口を明確化すること。また、空床状況の公表に努めること。

<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、非常に質問が多く、算定誤りも多い分野である。

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るので、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すること。

【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・傷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。

※(介護予防)短期入所療養介護も同様。

- 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。

※(介護予防)短期入所療養介護も同様。

- 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)患者の状態、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)。

※(介護予防)短期入所療養介護も同様。

- (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。)平成24年度からは、有床診療所の柔軟な病床運用に鑑み、有床診療所については全介護療養病床について算定可能とされた。

→(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。

- 4 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診等について

- (1)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。

- (2)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、診療を行った他の保険医療機関は次の表に従って医療保険に請求を行う。

※介護療養型医療施設のみ。(介護予防)短期入所療養介護には他科受診時費用がない。

※入院患者が、他の保険医療機関を外来受診した場合に限り算定する。入院した場合は含まない。

算定できる費用	算定できない費用
初・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／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／(専門的な診療科に 特有な薬剤を用いた投薬・注射は除く)

(3) 歯科に係る療養は医療保険から給付を受ける。(一部算定不可)

※(介護予防)短期入所療養介護も同様。

※介護療養型医療施設は他科受診時費用を算定できる。

(4) 継続して他の保険医療機関において人工腎臓(透析の処置)が必要となる場合については後述する。

(5) 他医療機関の医師が介護療養型医療施設に赴き診療を行った場合

※介護療養型医療施設は他科受診時費用を算定できる。

【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

・ 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。 給付調整の表(本資料P54～)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 <u>算定できない</u> 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、認知症療養指導料、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	

<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>検査料は全て算定不可</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>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>	
<p>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) 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</p>	
<p>注射料のうち<u>算定できる</u>薬剤料は次のとおり(手技料は算定不可) 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</p>	
<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 視能訓練、難病患者リハビリテーション料</p>	<p>リハビリテーション料は全て算定不可</p>
<p>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 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、 精神科ショート・ケア(注5に係るものを除く)、精神科デイ・ケア(注5に係るものを除く)</p>	
<p>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</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)	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)
処置料のうち <u>算定できない</u> 診療報酬は次のとおり ↓ 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、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	処置料は全て算定不可
手術料は全て <u>算定可</u>	手術料は全て <u>算定不可</u>
麻酔は全て <u>算定可</u>	麻酔は全て <u>算定不可</u>
放射線治療は全て <u>算定可</u>	放射線治療は全て <u>算定不可</u>
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)

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医療機関で人工腎臓を受ける場合は、次のとおり算定すること。
- 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、前記の「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) 胃瘻カテーテルの交換に係る医療保険への請求について

- ・「経管栄養カテーテル交換法」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、「経管栄養カテーテル交換法」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関係するところがあるので、確認すること。

「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)

第2の7(1)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(※a)**(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(※c)を含む**ものであること。

第2の7(1)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(※b)**(入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く)及び**おむつ代(※c)を含む**ものであること。

(1)※a「入院基本料」について

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

「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)

・病院(療養病棟)の場合

第5三(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。

・有床診療所療養病床の場合

第6三(2)ハ 有床診療所療養病床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

上記、第5三(3)と同じであるので省略。

※ a の入院基本料に含まれる＝施設サービス費に含む

※ a の入院基本料に含まれない＝施設サービス費に含まれない

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(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

(2)※b「特定入院料」について

認知症疾患型介護療養施設サービス費の場合

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)

別表第1 医科診療報酬点数表 第1章 基本診療料 第2部 入院等 第3節 特定入院料 A314 認知症治療病棟入院料

注4 診療に係る費用(注2及び注3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、…(中略)…、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院した日から起算して60日以内の期間に限る。)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。

(認知症治療病棟入院料における除外薬剤・注射薬は前記の別表第五の一の二と同じなので省略)

以上のことから、認知症疾患型介護療養型医療施設の場合、上記以外^①のいかなる処置、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(次ページ以降)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、個別に確認が必要である。

また、画像診断や処置等は請求できないので注意が必要である。

(3)※c おむつ代について

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全てに共通の内容

「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年老企第54号

(別紙)各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

(7)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、介護療養施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の入所者等並びに短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護及び介護予防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

「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」の一部改正について

(平18.4.28 老老発0428001・保医発0428001)

(別紙)

(最終改正;平26.3.28 保医発0328 1)

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	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)	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。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者 ア.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	
初・再診料		○		×	×	○	×	○	×	○ (入院に係るものを除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
入院料等		—		○	×	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	—	—	—
B001の10 入院栄養食事指導料	—	—	○	×	×	—	—	—	—	—	—
B001の24 外来緩和ケア管理料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001の25 移植後患者指導管理料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001の27 糖尿病透析予防指導管理料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-5 院内トリアージ実施料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B001-2-8 外来放射線照射診療料	○	—	—	—	×	—	×	—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B004 退院時共同指導料1	—	—	○	×	×	×	×	×	×	×	×
注2加算	—	—	○	×	×	×	×	×	×	×	×
B005 退院時共同指導料2	—	—	○	×	×	×	×	×	×	—	—
B005-1-2 介護支援連携指導料	—	—	○	×	×	×	×	×	×	—	—
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時指導料(I)	—	—	○	×	×	×	×	×	×	—	—
B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)	○	—	—	×	×	×	×	×	×	×	×
B005-6 がん治療連携計画策定料	—	—	○	×	×	×	×	×	×	—	—
B005-6-2 がん治療連携指導料	○	—	—	×	×	×	×	×	×	×	○
B005-7 認知症専門診断管理料1	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	×	○
B005-7 認知症専門診断管理料2	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	×	○
B005-7-2 認知症療養指導料	○	—	○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	—	—	×	×	×	×	○
B005-8 肝炎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	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	○	×	×	×	×	×	×	×	×
注3及び注13	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	○	×	×	×	×	×	×	×	○

「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」の一部改正について

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	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)	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(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	
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(認知症専門医療機関連携加算) 注11加算(精神科医連携加算) 注12加算(肝炎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
C000 往診料 C012 在宅患者共同診療料1		○			—	—		—	×	○	○ (配置医師が行う場合を除く。)
C001 在宅患者訪問診療料 C012 在宅患者共同診療料2 C012 在宅患者共同診療料3 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)		○			—	—		—	×		○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。)
C002 在宅時医学総合管理料	○ (養護老人ホーム、軽費老人ホームA型及び特別養護老人ホームの入所者を除く。)	○	○	—	○	—		—	×		—
C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料	○ (定員110名以下の養護老人ホーム及び軽費老人ホームA型の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者(末期の悪性腫瘍のものに限る。))	—	—	○	—	—		—	—		○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C003 在宅がん医療総合診療料		○		×	○	—		—	×		×
C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※2			—	—		—	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定していない場合に限る。)				—	—		—	—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)
在宅移行管理加算	○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)				—	—		—	—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
その他の加算	○ ※2				—	—		—	—		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○ ※2		○ ※2	—	—		—	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)			×		—	—		—	×		×
注2		○			—	—		—	—		— (急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)

「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」の一部改正について

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	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)	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。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。))	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
C007 訪問看護指示料		○		—	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C007-2 介護職員喀痰吸引等指示料		○		—	—	—	—	—	—	—
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	—	×	×
C010 在宅患者連携指導料		×		—	—	—	—	—	×	×
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○		—	—	—	—	—	×	×
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料		○		—	—	—	—	—	×	○ ※1
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○		—	—	—	—	—	○	○
検査		○		○	×	○	×	○	○ ※7	○
画像診断		○		○	○ (単純撮影に係るものを除く。)	○	×	○	○	○
投薬		○		○	○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3	○
注射		○		○	○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※5	○
リハビリテーション		○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)		○	○ (H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。)	×	×	○ ※7	○ ※7	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)
I002 通院・在宅精神療法 (1通院精神療法に限る)		○		—	—	○	×	×	×	○ ※1
I002 通院・在宅精神療法 (2在宅精神療法に限る)		○		—	—	—	×	×	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
I003-2 認知療法・認知行動療法		○		—	—	○	×	×	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
I005 入院集団精神療法		—		○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—	—	—
I007 精神科作業療法		○		○	×	○	×	○	×	○
I008 入院生活技能訓練療法		—		○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—	—	—

「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」の一部改正について

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	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)	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(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者			
精神科専門療法	I008-2 精神科ショート・ケア I009 精神科デイ・ケア	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	注5	—	—	—	○	○	—	○	—	—	—	—	—
	I010 精神科ナイト・ケア I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○	○	○	—	—	—	—	—	×	—	—	○
	I011 精神科退院指導料 I011-2 精神科退院前訪問指導料	—	—	—	○	○	—	○	—	—	—	—	—
	I012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	○
	I012 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	I012-2 精神科訪問看護指示料	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	○
	I015 重度認知症患者デイ・ケア料	○	○	○	—	—	—	—	—	×	—	—	○
	I016 精神科重症患者早期集中支援管理料	○	×	○	—	—	—	—	—	×	—	—	×
	上記以外	—	—	—	○	○	—	○	—	×	—	—	○
処置	—	—	—	○	○	○	×	○	○	○	○	○	
手術	—	—	—	○	○	○	×	○	○	○	○	○	
麻酔	—	—	—	○	○	○	×	○	○	○	○	○	
放射線治療	—	—	—	○	○	○	×	○	○	○	○	○	
病理診断	—	—	—	○	×	○	×	○	○	○	○	○	
B000-4 歯科疾患管理料 B002 歯科特定疾患療養管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)				○	○	○	○	○	○	○	○	
B004-1-4 入院栄養食事指導料	—	—	—	○	×	×	×	×	—	—	—	—	
B004-9 介護支援連携指導料	—	—	—	○	×	×	×	×	—	—	—	—	
B006-3 がん治療連携計画策定料	—	—	—	○	×	×	×	×	—	—	—	—	
B006-3-2 がん治療連携指導料	○	—	—	—	×	×	×	×	×	×	○	○	
B007 退院前訪問指導料	—	—	—	○	×	×	×	×	—	—	—	—	
B008 薬剤管理指導料	—	—	—	○	×	×	×	×	—	—	—	—	

「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」の一部改正について

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	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)	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。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
B009 診療情報提供料(I)(注2及び注6)	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			○	○	○	○	○	○	○	
B011-4 退院時薬剤情報管理指導料	—			○	—	—	—	—	—	—	
B014 退院時共同指導料1	—			○	×	×	×	×	×	×	
B015 退院時共同指導料2	—			○	×	×	×	—	—	—	
C001 訪問歯科衛生指導料	×			○	○	○	○	○	○	○	
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			○	○	○	○	○	○	○	
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料	×			—	×	×	×	×	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C007 在宅患者連携指導料	×			—	—	—	—	×	×	×	
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料	○			—	—	—	—	×	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
上記以外	○			○	○	○	○	○	○	○	
10 薬剤服用歴管理指導料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)			—	—	—	—	—	—	○	
13 長期投薬情報提供料 14の2 外来服薬支援料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			—	—	—	—	—	—	○	
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	×			—	×	×	×	×	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○			—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	(同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
15の4 退院時共同指導料	—			○	×	×	×	×	×	×	
15の5 服薬情報等提供料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)			—	—	—	—	—	—	○	
上記以外	○			—	—	—	—	—	—	○	
01 訪問看護基本療養費(I)及び(II)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	○ ※2			—	—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(I)及び(III)(注加算を含む) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	○ ※9			—	—	—	—	—	—	○ ※9	
01-2 精神科訪問看護基本療養費(II)(注加算を含む。)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
01-3 訪問看護基本療養費(III)及び精神科訪問看護基本療養費(IV)	—			○	○	○	○	—	—	—	
02 訪問看護管理療養費	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			—	—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)			—	—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
特別管理加算	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)			—	—	—	—	—	—	○	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)

「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」の一部改正について

区分	1. 入院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、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	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)	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。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 介護療養型医療施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
退院時共同指導加算	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
退院支援指導加算	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)			—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
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	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
03 訪問看護情報提供療養費	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)			—	—	—	—	—	—	×
05 訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による看取り介護加算を算定していない場合に限る。)		—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護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日保医発第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。)
 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 ・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機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感染症の機能若しくは効果を有するものに限る。)

※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。)
 ・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。)
 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 ・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又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型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能又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

※5 次に掲げる費用に限る。
 ・外来化学療法加算
 ・静脈内注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・動脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・抗悪性腫瘍剤局所持続注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・点滴注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・埋込型カテーテルによる中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 ・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投与された場合に限る。)の費用
 ・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
 ・抗悪性腫瘍剤(外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。)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型肝炎の機能又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型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能又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

※6 創傷処置(手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、排便、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、耳鼻処置、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、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※7 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。

※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。

※9 認知症でない患者に限る。(ただし、精神科重症者早期集中支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。)

