

④ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ 基本サービスとして、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作成する栄養ケア計画に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週3回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。

なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。

ハ 食事の観察の際に、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（入院）する場合は、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事前の留意事項等）を入所先（入院先）に提供すること。

⑤ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者については、④ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

⑥ 大臣基準第65号の3ニに規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

26. 経口移行加算（当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り1日につき28単位）

- 医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に加算する。ただし、「7. 栄養管理に係る減算」を算定している場合は、算定しない。
- 経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して180日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

○ 留意事項

- ※ 経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。イ 現に経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。また、当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口移行計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口移行計画の作成に代えることができるものとする。ロ 当該計画に基づき、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援を実施すること。経口移行加算の算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して、180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しないこと。ハ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。
- ※ 経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。イ 全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定していること。）。ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。ハ 嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められること。）。ニ 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。
- ※ 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できないものとする。
- ※ 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

27. 経口維持加算(Ⅰ)	(1月につき 400 単位)
経口維持加算(Ⅱ)	(1月につき 100 単位)

- 1 (Ⅰ)については、厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、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、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に加算する。
ただし、「7. 栄養管理に係る減算」又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

- 2 (Ⅱ)については、協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第1項第1号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は、1月につき所定単位数を加算する。

○ 留意事項

※ 経口維持加算(Ⅰ)については、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。

イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害(食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。)を有し、水飲みテスト(「氷碎片飲み込み検査」、「食物テスト(food test)」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。)、頸部聴診法、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。)、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。以下同じ。)等により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。)ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指示を受けている場合に限る(以下同じ。))。

ロ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、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の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

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

ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。

※ 経口維持加算(Ⅱ)における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師(介護老人保健施設基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

※ 経口維持加算(Ⅰ)及び経口維持加算(Ⅱ)の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加すべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

※ 「管理体制」とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。

28. 口腔衛生管理加算 (1月につき、(Ⅰ)90単位・(Ⅱ)110単位)

厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 口腔衛生管理加算(Ⅰ) 90単位
- (2) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 110単位

【平成27年厚生省告示第95号69】

イ 口腔衛生管理加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。
- (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
- (3) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- (4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
- (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

○ 留意事項

- ※ 口腔衛生管理加算は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合、当該入所者ごとに算定するものである。
- ※ 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合には、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。
- ※ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- ※ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。
- ※ 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示につい

て」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(Plan)、当該決定に基づく支援の提供(Do)、当該支援内容の評価(Check)、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

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

29. 療養食加算 (1日3回を限度として1回につき6単位)

次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、厚生労働大臣が定める療養食を提供したとき。

- イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。
- ロ 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。
- ハ 食事の提供が、厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において行われていること。

○ 留意事項

- ※ 療養食の加算については、入所者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、厚生労働大臣が定める利用者等に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。
- ※ 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される入所者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食は除く。)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食をいうものであること。
- ※ 前記の療養食の摂取方法については経口又は経管の別を問わないこと。
- ※ 減塩食療法等について
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ものであるが、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こと。
また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、1日あたり総量6.0g未満の減塩食をいうこと。
- ※ 肝臓病食について
肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食(胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。)等をいうこと。
- ※ 胃潰瘍食について
十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。
- ※ 貧血食の対象者となる入所者等について
療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dl以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。
- ※ 高度肥満症に対する食事療法について

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

※ 特別な場合の検査食について

特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。

※ 脂質異常症食の対象となる入所者等について

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

30. 在宅復帰支援機能加算 (1日につき10単位)

- 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。
- 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間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。
- 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

○ 留意事項

※ 「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。

- ・ 退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。
- ・ 必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。

※ 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。

- ・ 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- ・ 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
- ・ 家屋の改善に関する相談援助
- ・ 退所する者の介助方法に関する相談援助

※ 算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

31. かかりつけ医連携薬剤調整加算 (入所者1人につき1回限り、(I)100単位、(II)240単位、(III)100単位)

- 別に厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚生労働省告示第95号91の2】に適合する介護老人保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。

- (1)かかりつけ医連携薬剤調整加算(I) 100単位
- (2)かかりつけ医連携薬剤調整加算(II) 240単位
- (3)かかりつけ医連携薬剤調整加算(III) 100単位

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 91 の 2】

(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ロ 入所後 1 月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること。
- ハ 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価の内容及び入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後 1 月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

(2) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)を算定していること。
- ロ 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(3) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。
- ロ 当該入所者の 6 種類以上の内服薬が処方されており、介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて 1 種類以上減少させること。
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて 1 種類以上減少していること。

○ 留意事項

(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)は、入所者の薬物療法について、入所中の総合的な評価並びに入所時及び退所時における当該入所者の主治の医師との連携を評価するものであること。
- ② 入所後 1 月以内に、別紙様式 8 を参考に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。その際、処方経緯等の情報を収集することが望ましいこと。
- ③ 入所中は、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該入所者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行うこと。
- ④ 総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)、「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」(厚生労働省)及び日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)等を参考にすること。
- ⑤ 退所時又は退所後 1 月以内に、別紙様式 9 を参考に、評価の内容、処方内容の変更の理由・経緯、変更後の状態等について、主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合に、当該入所者一人につき 1 回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。
- ⑥ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師又は常勤の薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する内容を含む研修を受講していること。ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす。また、令和 3 年 10 月 31 日までの間にあっては、研修を受講予定(令和 3 年 4 月以降、受講申込書などを持っている場合)であれば、研修を受講した者とみなすが、10 月 31 日までに研修を受講していない場合には、4 月～10 月に算定した当該加算につい

ては、遡り返還すること。

- ⑦ 令和3年3月31日までに入所した者について、処方内容の変更について主治の医師と合意しており、③、⑤及び⑥を満たす場合は、算定できる。

(2) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。
② 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。
③ 厚生労働省への情報の提出は、入所期間が3月を超えると見込まれる入所者について、「科学的介護情報システム(LIFE)を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の病状、服薬アドヒアランス等に応じた処方の検討(Plan)、当該検討に基づく処方(Do)、処方後の状態等を踏まえた総合的な評価(Check)、その評価結果を踏まえた処方継続又は処方変更(Action)の一連のサイクル(PDCAサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

(3) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)について

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと。
② 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入所者に対して、入所中に当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整を行い、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させ、かつ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ継続して1種類以上減少している場合に、当該入所者一人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に所定単位数を加算する。
③ 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
④ 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
⑤ 当該加算を算定するに当たっては、合意した内容や調整の要点を診療録に記載する。

32. 緊急時施設療養費

入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。

1. 緊急時治療管理 1日につき518単位

- 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。
- 同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度として算定する。

2. 特定治療

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(医科診療報酬点数表)第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療(別に厚生労働大臣が定めるものを除く)を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定する。

○ 留意事項

※ 入所者の症状が著しく変化し、入院による治療が必要とされる場合には、速やかに協力病院等の病院へ入院させることが必要であるが、こうした場合であっても、介護老人保健施設において緊急その他やむを得ない事情により施設療養を行うときがあるので、緊急時施設療養費は、このような場合に行われる施設療養を評価するために設けられている。

1. 緊急時治療管理

- ・ 入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に、1日につき518単位を算定する。
- ・ 1回に連続する3日を限度とし、月1回に限り算定するものであるので、例えば、1月に連続しない1日を3回算定する事は認められない。
- ・ 緊急時治療管理と特定治療とは同時に算定することはできない。
- ・ 緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。
 - ① 意識障害又は昏睡
 - ② 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ③ 急性心不全（心筋梗塞を含む）
 - ④ ショック
 - ⑤ 重篤な代謝障害
 - ⑥ その他薬物中毒等で重篤なもの

2. 特定治療

- ・ 介護老人保健施設においてやむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療について、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表により算定する点数に10円を乗じた額を算定する。
- ・ 算定できないものは、次のとおり。具体的取扱いは、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例による。

（別に厚生労働大臣が定めるもの）

医科診療報酬点数表第2章第7部により点数の算定されるリハビリテーション、同章第9部により点数の算定される処置（同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む）、同章第10部により点数の算定される手術及び同章第11部により点数の算定される麻酔のうち、次に掲げるものとする。

- 1 第7部リハビリテーションに掲げるリハビリテーションのうち次に掲げるもの
 - ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料（言語聴覚療法に係るものに限る）
 - ・ 摂食機能療法
 - ・ 視能訓練

- 2 第9部処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
- ① 一般処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 創傷処置（6000cm²以上のもの（褥瘡に係るものを除く）を除く）
 - ・ 熱傷処置（6000cm²以上のものを除く）・重度褥瘡処置
 - ・ 長期療養患者褥瘡等処置・精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置
 - ・ 爪甲除去（麻酔を要しないもの）・穿刺排膿後薬液注入、
 - ・ 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置・ドレーン法（ドレナージ）
 - ・ 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺・胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む）
 - ・ 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む）・喀痰吸引
 - ・ 干渉低周波去痰器による喀痰排出・高位浣腸、高圧浣腸、洗腸・摘便
 - ・ 腰椎麻酔下直腸内異物除去・腸内ガス排気処置（開腹手術後）
 - ・ 酸素吸入・突発性難聴に対する酸素療法・酸素テント
 - ・ 間歇的陽圧吸入法、・体外式陰圧人工呼吸器治療
 - ・ 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）・非還納性ヘルニア徒手整復法
 - ・ 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む）
 - ② 救急処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 救命のための気管内挿管・体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
 - ・ 人工呼吸・非開胸的心マッサージ・気管内洗浄・胃洗浄
 - ③ 皮膚科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 皮膚科軟膏処置・いぼ焼灼法・イオントフォレーゼ・臍肉芽腫切除術
 - ④ 泌尿器科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 膀胱洗浄（薬液注入を含む）・後部尿道洗浄（ウルツマン）
 - ・ 留置カテーテル設置・嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）
 - ⑤ 産婦人科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 膣洗浄（熱性洗浄を含む）・子宮頸管内への薬物挿入法
 - ⑥ 眼科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 眼処置・義眼処置・睫毛拔去・結膜異物除去
 - ⑦ 耳鼻咽喉科処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む）
 - ・ 鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）
 - ・ 口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）
 - ・ 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）
 - ・ 耳垢栓除去（複雑なもの）・ネブライザー・超音波ネブライザー
 - ⑧ 整形外科の処置に掲げる処置（鋼線等による直達牽引を除く）
 - ⑨ 栄養処置に掲げる処置のうち次に掲げるもの
 - ・ 鼻腔栄養・滋養浣腸
- 3 第10部手術に掲げる手術のうち次に掲げるもの
- ・ 創傷処理（直径5cm以上で筋肉、臓器に達するものを除く）
 - ・ 皮膚切開術（直径20cm未満のものに限る）
 - ・ デブリードマン（100cm²未満のものに限る）・爪甲除去術
 - ・ ひょう疽手術・風棘手術
 - ・ 外耳道異物除去術（極めて複雑なものを除く）・咽頭異物摘出術
 - ・ 顎関節脱臼非観血的整復術・血管露出術
- 4 第11部麻酔に掲げる麻酔のうち次に掲げるもの
- ・ 静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔
 - ・ 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
- 5 1～4までに掲げるリハビリテーション、処置、手術又は麻酔に最も近似するものとして医科診療報酬点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション、処置、手術及び麻酔

33. 所定疾患施設療養費

○ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設において、別に厚生労働大臣が定める入所者【平成 27 年厚生労働省告示第 94 号 68】に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。）は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる所定単位数を算定する。ただし、次に掲げるいずれかの施設療養費を算定している場合においては、次に掲げるその他の施設療養費は算定しない。

○ 所定疾患施設療養費（Ⅰ）は同一の入所者について 1 月に 1 回、連続する 7 日を限度として算定し、所定疾患施設療養費（Ⅱ）は同一の入所者について 1 月に 1 回、連続する 10 日を限度として算定する。

○ 緊急時施設療養費を算定した日は算定しない。

厚生労働大臣が定める入所者【平成 27 年厚生労働省告示第 94 号 68】

○ 対象の入所者は次のいずれかに該当する者であること。

- ・ 肺炎の者
- ・ 尿路感染症の者
- ・ 带状疱疹の者
- ・ 蜂窩織炎の者

(1) 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239 単位

(2) 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480 単位

所定疾患施設療養費（Ⅰ）（1 日につき 1 回 7 日限り 239 単位）

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

○ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録に記載していること。

○ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

○ 留意事項

イ 所定疾患施設療養費（Ⅰ）は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1 回に連続する 7 日を限度とし、月 1 回に限り算定するものであるので、1 月に連続しない 1 日を 7 回算定することは認められない。

ロ 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。

ハ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。

ニ 算定する場合にあつては、診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。

ホ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）（1 日につき 1 回 10 日限り 480 単位）

厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚生労働省告示第 95 号 92】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

○ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録に記載していること。

○ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該

入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

○ 当該施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

○ 留意事項

イ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する10日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、1月に連続しない1日を10回算定することは認められない。

ロ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。

ハ 肺炎及び尿路感染症については、検査を実施した場合のみ算定できるものであること。

ニ 算定する場合にあつては、診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載しておくこと。なお、近隣の医療機関と連携した場合であっても、同様に、医療機関で行われた検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、当該内容を診療録に記載しておくこと。

ホ 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

ヘ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容(肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌)を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。

34. 認知症専門ケア加算

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

「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」(＝対象者)に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に、1日につき所定単位数を加算する。

認知症専門ケア加算(Ⅰ)と認知症専門ケア加算(Ⅱ)どちらか一つしか算定できない。

1. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)

① 入所者の総数のうち、対象者の占める割合が1/2以上(届出日の属する月の前3月の各月末時点の平均で算定)であること。

② 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は「1+(対象者数が19を越えて10又はその端数を増すごとに1)」以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

③ 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

① 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の基準に適合していること。

② 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1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

③ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

○ 留意事項

- ※ 「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に該当する入所者」
- ※ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「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3月31日老計発第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を指す。
- ※ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ※ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」、認知症看護に係る適切な研修を指す。

35. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (1日につき200単位)

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。

○ 留意事項

- ※ 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。
- ※ 本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人保健施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するもの。
- ※ 本加算は、在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人保健施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定できる。また、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できる。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。
- ※ 本加算は、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。
- ※ 次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できない。
 - ・ 病院又は診療所に入院中の者
 - ・ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
 - ・ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ※ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- ※ 当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。

- ※ 当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できる。

36. 認知症情報提供加算（入所期間中に1回を限度として350単位）

過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて、認知症疾患医療センターや認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関に当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき入所期間中に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関（認知症疾患医療センター及びこれに類する保険医療機関を除く）に対する紹介を行った場合は算定しない。

○ 留意事項

- ※ 「認知症の原因疾患に関する確定診断」とは、脳血管疾患、アルツハイマー病等、認知症の原因疾患が特定されたことをいう。
- ※ 「認知症のおそれがある」とは、MMSE（Mini Mental State Examination）において概ね23点以下、又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね20点以下といった認知機能の低下を認め、これにより日常生活に支障が生じている状態をいう。
- ※ 「施設内での診断が困難」とは、介護老人保健施設の医師が、入所者の症状、施設の設備、医師の専門分野等の状況から、当該施設内での認知症の鑑別診断等が困難であると判断した場合を指すものである。
- ※ 「診療状況を示す文書」とは、入所者の症状経過、介護老人保健施設内で行った検査結果、現在の処方等を示す文書をいう。
- ※ 「これに類する保険医療機関」とは、認知症疾患医療センターが一定程度整備されるまでの間に限り、以下のいずれの要件も満たす保険医療機関をいう。
 - ・ 認知症疾患の鑑別診断等を主たる業務とした経験（10年以上）を有する医師がいること。
 - ・ コンピューター断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像検査（MRI）の両方を有する、又は認知症疾患医療センターの運営事業実施要綱に定める要件を満たしており、かつ認知症疾患医療センターに関する申請届出を都道府県若しくは政令指定都市にしている又は明らかに申請の意思を示しかつ何らかの具体的な手続きを行っている都道府県若しくは政令指定都市が認めるもの。
 - ・ 併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。
- ※ 「認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関」とは、認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うにつき必要な医師が配置され、十分な体制が整備されている保険医療機関である。ここでいう必要な医師の配置とは、専任の認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした10年以上の臨床経験を有する医師が1名以上配置されていることをいい、十分な体制とは、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、CT又はMRIを有していることをいう。

37. 地域連携診療計画情報提供加算（1回を限度として300単位）

医科診療報酬点数表の退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画加算を算定する病院に当該入所者に係る診療情報を文書

により提供した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

○ 留意事項

- ※ 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表の入退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定する保険医療機関（計画管理病院）において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（総治療期間）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものである。
- ※ 当該加算は、以下の疾患について、医科診療報酬点数表における入退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該医療機関を退院した患者が、介護老人保健施設に入所した場合に限り算定する。
 - ・ 大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る）
 - ・ 脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る）
- ※ 当該加算は、計画管理病院又は計画管理病院からの転院後若しくは退院後の治療を担う保険医療機関からの退院後の療養を担う介護老人保健施設において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定する。
- ※ 当該加算を算定する施設は、「あらかじめ計画管理病院において作成された疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が、当該施設および連携保険医療機関と共有されており、内容、開催日等必要な事項について診療録等に記録されていること。」を満たす必要がある。

38. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（1月につき33単位）

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

- (1) 入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じてリハビリテーション実施計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

○ 留意事項

- ① 厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（L I F E）を用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ② サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じたリハビリテーション実施計画の作成（Plan）、当該計画に基づくリハビリテーションの実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。なお、評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに行うものであること。
- ③ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

39. 褥瘡マネジメント加算 (1月につき、(Ⅰ)3単位、(Ⅱ)13単位)

別に厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚労省告示第95号71の2】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位
- (2) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位

【平成27年厚労省告示第95号71の2】

1 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。

ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

ハ 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。

ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

2 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 1のイからニまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。

ロ 1のイの評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

○ 留意事項

① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)、当該計画に基づく褥瘡管理の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに1に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員(褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。

③ 大臣基準第71号の2イ(1)の評価は、別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

④ 1のイの施設入所時の評価は、1のイからニまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者(以下「既入所者」という。)については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑤ 1のイの評価結果等の情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥ 1のロの褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて、作成すること。なお、介護保健施

設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

- ⑦ 1のハにおいて、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑧ 1のニにおける褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

- ⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。
- ⑩ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

40. 排せつ支援加算 (1月につき、(Ⅰ)10単位、(Ⅱ)15単位、(Ⅲ)20単位)

別に厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚労省告示第95号71の3】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

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

- (1) 排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位
- (2) 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位
- (3) 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位

【平成27年厚労省告示第95号71の3】

1 排せつ支援加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ロ イの評価の結果、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

2 排せつ支援加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 1のイからハまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。

ロ 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

- (1) 1のイの評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
- (2) 1のイの評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。

○ 留意事項

- ① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せ

つ支援の実施 (Do)、当該支援内容の評価 (Check) とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し (Action) といったサイクル (以下「PDCA」という。) の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

- ② 排せつ支援加算 (I) は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の 3 に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員 (排せつ支援加算 (II) 又は (III) を算定する者を除く。) に対して算定できるものであること。
- ③ 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ④ 1 のイの評価は、別紙様式 6 を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの 3 か月後の見込みについて実施する。
- ⑤ 1 のイの施設入所時の評価は、1 のイからハまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者 (以下「既入所者」という。) については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。
- ⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- ⑦ 1 のイの評価結果等の情報の提出については、「科学的介護情報システム (L I F E) を用いて行うこととする。L I F E への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム (L I F E) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑧ 1 のロの「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30 年 4 月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。
- ⑨ 1 のロの「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。
- ⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式 6 の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で

行うこと。

- ⑬ 1のハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。

その際、P D C Aの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

- ⑭ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。
- ⑮ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

41. 自立支援促進加算 (1月につき、300単位)

別に厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚労省告示第95号71の4】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

【平成27年厚労省告示第95号71の4】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。
- ロ イの医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ニ 医師が、自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

○ 留意事項

- イ 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく自立支援の促進(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下「P D C A」という。)の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。
- ロ 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。
- このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

- ハ 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準 第 71 号の 4 に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ニ 大臣基準第 71 号の 4 イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式 7 を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。
- ホ 大臣基準第 71 号の 4 ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式 7 を用いて、訓練の提供に係る事項（離床・基本動作、ADL 動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、ニの医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。
- ヘ 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。
 - a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。
 - b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。
 - c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。
 - d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。
 - e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。
 - f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、ニの評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。
- ト 大臣基準第 71 号の 4 ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- チ 大臣基準第 71 号の 4 ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。

その際、PDCAの推進及びケアの向上を図る観点から、LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。
- リ 大臣基準第 71 号の 4 ニの評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等もについては、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

42. 科学的介護推進体制加算 (1月につき、(I)40単位、(II)60単位)

別に厚生労働大臣が定める基準【平成 27 年厚労省告示第 95 号 92 の 2】に適合しているものとして 都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 科学的介護推進体制加算 (I) 40 単位
- (2) 科学的介護推進体制加算 (II) 60 単位

【平成 27 年厚労省告示第 95 号 92 の 2】

- 1 科学的介護推進体制加算 (I)
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
 - ロ 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
- 2 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)
- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - イ 1のイに規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病、服薬の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。
 - ロ 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、1のイに規定する情報、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

○ 留意事項

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71号の5に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ② 1のイ及び2のイの情報の提出については、「科学的介護情報システム(LIFE)」を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する(Plan)。
 - ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。
 - ハ LIFEへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。
 - ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。
- ④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

43. 安全対策体制加算 (入所初日に限り、20単位)

別に厚生労働大臣が定める施設基準【平成27年厚労省告示第96号61の2】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所初日に限り所定単位数を加算する。

【平成27年厚労省告示第96号61の2】

- イ 介護老人保健施設基準第36条第1項に規定する基準に適合していること。
- ロ 介護老人保健施設基準第36条第1項第4号に規定する担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。
- ハ 当該介護老人保健施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

○ 留意事項

安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安

全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。

安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定（令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和3年4月～10月に算定した当該加算については、遡り返還すること。

また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

44. サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位／日

厚生労働大臣が定める基準【平成27年厚生省告示第95号93】に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合に算定する。

ただし、（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）のいずれかを算定。（重複しない。）

【平成27年厚生省告示第95号93】

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(イ) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。

(ロ) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること。

(2) 提供する介護老人保健施設サービスの質の向上に資する取組を実施していること。

(3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること。

ハ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(イ) 介護老人保健施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

(ロ) 介護老人保健施設の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

(ハ) 指定短期入所療養介護又は介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること。

○ 留意事項

※ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。

ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

※ 前のただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

※ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

※ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

※ 介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指すものとする。

※ 提供する介護老人保健施設の質の向上に資する取組については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。（例）

- ・ L I F Eを活用したPDCAサイクルの構築
- ・ I C T・テクノロジーの活用 ・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化
- ・ ケアに当たり、居室の定員が2以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること

実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的に取り組むものでなければならない。

45. 介護職員処遇改善加算

- 1 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の1000分の39に相当する単位数
- 2 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の1000分の29に相当する単位数
- 3 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の1000分の16に相当する単位数

詳細は、共通サービス資料を御参照ください。

46. 介護職員等特定処遇改善加算

- 1 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の1000分の21に相当する単位数
- 2 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の1000分の17に相当する単位数

詳細は、共通サービス資料を御参照ください。

47. 介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数の1000分の8に相当する単位数

詳細は、共通サービス資料を御参照ください。

48. 特別療養費

単位数に10円を乗じて得た額で算定する。

- 1 感染対策指導管理（1日につき6単位）
 - ・ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染防止設備がある。
 - ・ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染防止体制がある。
 - ・ 管理者、看護・薬剤・検査・事務部門の責任者、感染症対策に経験を有する医師等から構成された施設内感染防止対策委員会が月1回程度、定期的に開催され、対策がなされている。
 - ・ 施設内感染対策委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - ・ 微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成され、施設内感染防止対策委員会において、十分活用される体制がある。
 - ・ 施設内感染防止対策として、流水による手洗いの励行の徹底または各療養室に水道又は消毒液が設置されている。
- 2 褥瘡対策指導管理（1日につき6単位）
 - ・ 褥瘡対策に係る医師、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以上に該当する入所者等に褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施している。
 - ・ 入所者の状態に応じ、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制を整備。
- 3 初期入所診療管理（入所中1回を限度として250単位）
 - ・ 医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。
 - ・ 診療計画は、病名、症状、治療計画、栄養状態、予定される検査の内容及びその日程並びに予定されるリハビリテーションの内容及びその日程等、入所に関し必要な事項が記載

された総合的な診療計画であること。

- ・ 診療計画は、入所した日から起算して2週間以内に、入所者に対し文書により交付し、説明がなされ、同意を得ていること。
- ・ 過去3か月間（ただし、「認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は過去1か月間」）の間に当該施設への入所がない。
- ・ 入所に際して必要な医師の診察、検査等には、施設内感染対策の観点から、必要と医師が判断する検査が含まれていること。
- ・ 説明に用いた文書は、入所者（又は家族）に交付するとともに、その写しを診療録に添付していること。

4 重度療養管理（1日につき120単位）

- ・ 対象者は要介護度4又は5に該当する者で、次のいずれかに該当する状態
- 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）
- ロ 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、かつ合併症を持っている。）
- ハ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が、身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態。

5 特定施設管理（1日につき250単位）

- ・ 対象者は後天性免疫不全症候群の病原体に感染しているもの。
- ・ 1日につき個室は300単位、2人部屋は150単位加算

6 重症皮膚潰瘍管理指導（1日につき18単位）

- ・ 対象者は重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有しているもので、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定。
- ・ Sheaの分類、治療内容等について、診療録に記載すること。
- ・ 褥瘡対策に関する基準を満たしていること。
- ・ 皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行い、必要な器械及び器具が具備されていること。

7 薬剤管理指導（1回につき350単位）

- ・ 薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接（本人への指導が困難な場合は、家族等）服薬指導を行った場合、週1回に限り、月4回を限度とし算定。ただし、算定する日の間隔は6日以上とする。
- ・ 薬剤管理指導の算定日を請求明細書の摘要欄に記載する。
- ・ 入所者ごとに作成する薬剤管理指導記録は、最後の記入日から最低3年間保存する。
- ・ 疼痛緩和のために別に厚生労働大臣が定める特別な薬剤（麻薬）の投薬又は注射が行われている入所者に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき50単位を加算。

8 医学情報提供（退所時に250単位）

- ・ 入所者の退所時に、診療に基づき病院又は診療所に対し、当該入所者の同意を得て、当該入所の診療状況を示す文書を添えて入所者の紹介を行っている。
- ・ 文書は、定める様式又はこれに準じた様式に必要な事項を記載し交付するとともに、その写しを診療録に添付している。

9 リハビリテーション指導管理（1日につき10単位）

- ・ 専ら従事する常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1人以上配置されている。
- ・ 総合的に個々の患者の状態像に応じて理学療法又は作業療法（又は言語聴覚療法）に係

る指導管理を行っている。

- ・ 理学療法士等と入所者が1対1で20分以上の個別リハビリテーションを実施している。

10 言語聴覚療法（1回につき180単位）

- ・ 言語聴覚士が適切に配置されている。
- ・ 利用者又は入所者の数が言語聴覚士の数に対し、適切である。
- ・ 十分な専用施設（個別療法室：8平方メートル以上）を1室以上有している。
- ・ 必要な器械及び器具が具備されている。
- ・ 1日3回に限り算定。
- ・ 起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定の単位数の100分の70に相当する単位数を算定。
- ・ 専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置して行った場合は、1回につき35単位を加算。
- ・ 失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者又は入所者に対して、言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合。
- ・ 医師の指導監督のもとで行われ、医師又は言語聴覚士により実施されている。
- ・ 言語聴覚士と利用者が1対1で20分以上訓練を行った場合。
- ・ 利用者又は入所者毎に同一ファイルとして保管され、関係者により閲覧できる。
- ・ 医師は、定期的な言語聴覚機能能力の検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成している。
- ・ 開始時その後3か月に1回以上、利用者に対し実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載している。

11 摂食機能療法（1日につき185単位）

- ・ 摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を30分以上行った場合、1月に4回を限度として算定。
- ・ 診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合。

12 精神科作業療法（1日につき220単位）

- ・ 精神障害者の社会生活機能の回復を目的とし、1人当たり1日2時間を標準とし、その要点を診療録に記載する。
- ・ 1人の作業療法士は、1人以上の助手とともに実施し、1日当たりの取扱い利用者又は入所者は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い利用者又は入所者数は1日3単位75人以内とする。
- ・ 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該施設の負担となる。

13 認知症老人入所精神療法（1週間につき330単位）

- ・ 認知症入所者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、覚醒性の向上等を図ることにより、認知症疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。
- ・ 利用者又は入所者ごとに治療計画を作成し、計画に従って行い、定期的にその評価を行う等の計画的な医学管理に基づき実施。
- ・ 精神科を担当する医師が必ず1人従事し、加えて1人の臨床心理技術者等により構成される少なくとも合計2人以上の従事者が行った場合。
- ・ 1回に概ね10人以内の利用者又は入所者を対象とし、1時間を標準として実施し、その内容、要点及び時刻を診療録に記載する。