

(9) 栄養管理に係る減算について

栄養管理の基準を満たさない場合の減算については、介護老人保健施設基準第2条に定める栄養士又は管理栄養士の員数若しくは介護老人保健施設基準第17条の2（介護老人保健施設基準第50条において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）。

(10)・(11) (略)

(12) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

①～⑦ (略)

⑧ 注7の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。

⑨ (略)

(13) 認知症ケア加算について

① 注9において「日常生活に支障を来すおそれのある症状又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入所者」とあるのは日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。

②・③ (略)

(14) (略)

(15) 入所者が外泊したときの費用の算定について

5の(18)（④のニを除く。）を準用する。この場合において「入院又は外泊」とあるのは、「外泊」と読み替えるものとする。

(16) 入所者が外泊したときの費用（在宅サービスを利用する場合）の算定について

5の(19)を準用する。

(17) ターミナルケア加算について

イ ターミナルケア加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、

(新設)

(8)・(9) (略)

(10) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

①～⑦ (略)

⑧ 注5の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。

⑨ (略)

(11) 認知症ケア加算について

① 注7において「日常生活に支障を来すおそれのある症状又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入所者」とあるのは日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいうものであること。

②・③ (略)

(12) (略)

(13) 入所者が外泊したときの費用の算定について

5の(15)（④のニを除く。）を準用する。この場合において「入院又は外泊」とあるのは、「外泊」と読み替えるものとする。

(14) 入所者が外泊したときの費用（在宅サービスを利用する場合）の算定について

5の(16)を準用する。

(15) ターミナルケア加算について

イ ターミナルケア加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した

その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。

- ロ ターミナルケア加算は、利用者等告示第 65 号に定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて 45 日を上限として、介護老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものである。

死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が 45 日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできない。)

なお、ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

- ハ 介護老人保健施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。
- ニ 介護老人保健施設は、施設退所の後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。
- ホ 外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く。）には、当該外泊期間が死亡日以前 45 日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、ターミナルケア加算の算定が可能である。
- ヘ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。

- ロ ターミナルケア加算は、利用者等告示第 65 号に定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて 30 日を上限として、老人保健施設において行ったターミナルケアを評価するものである。

死亡前に他の医療機関等に移った場合又は自宅等に戻った場合には、当該施設においてターミナルケアを直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が 30 日以上あった場合には、ターミナルケア加算を算定することはできない。)

- ハ 老人保健施設を退所した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、ターミナルケア加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、当該施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所する際、退所の翌月に亡くなった場合に、前月分のターミナルケア加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。
- ニ 老人保健施設は、施設退所の後も、継続して入所者の家族指導等を行うことが必要であり、入所者の家族等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することが可能である。
- ホ 外泊又は退所の当日についてターミナルケア加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。したがって、入所者が外泊した場合（外泊加算を算定した場合を除く。）には、当該外泊期間が死亡日以前 30 日の範囲内であれば、当該外泊期間を除いた期間について、ターミナルケア加算の算定が可能である。
- ヘ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が入所者の状態等に応じて随時、入所者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認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能である。

この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、1度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていくことが重要である。

ト ターミナルケア加算を算定するに当たっては、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきであること。なお、個室に移行した場合の入所者については、注13に規定する措置の対象とする。

18 初期加算について

① (略)

② 5の20の①及び②は、この場合に準用する。

19 再入所時栄養連携加算について

5の21を準用する。

20 入所前後訪問指導加算について

① (略)

② 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。なお、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。

イ・ロ (略)

③・④ (略)

⑤ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作

また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込めないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者の状態等に応じて随時、入所者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認められる場合には、ターミナルケア加算の算定は可能である。

この場合には、適切なターミナルケアが行われていることが担保されるよう、職員間の相談日時、内容等を記録するとともに、本人の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、施設としては、1度連絡を取ったにもかかわらず来所がなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながらターミナルケアを進めていくことが重要である。

ト ターミナルケア加算を算定するに当たっては、本人又はその家族が個室でのターミナルケアを希望する場合には、当該施設は、その意向に沿えるよう考慮すべきであること。なお、個室に移行した場合の入所者については、注11に規定する措置の対象とする。

16 初期加算について

① (略)

② 5の17の①及び②は、この場合に準用する。

17 再入所時栄養連携加算について

5の18を準用する。

18 入所前後訪問指導加算について

① (略)

② 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)は、①における施設サービス計画の策定等にあたり、⑤に掲げる職種が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。

イ・ロ (略)

③・④ (略)

⑤ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作

業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

⑥・⑦ (略)

(21) 退所時等支援加算について

① 試行的退所時指導加算

イ (略)

ロ 注1により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。

a～g (略)

h 試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

i・j (略)

② 退所時情報提供加算

イ (略)

ロ ①のロgを準用する。

③ 入退所前連携加算Ⅰ

イ 入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用方針を定めること。

ロ 5の(22)の③イ及びロを準用する。

ハ (略)

④ 入退所前連携加算Ⅱ

イ 5の(19)の③イ及びロを準用する。

ロ ①のg及びhを準用する。

⑤ 訪問看護指示加算

イ～ホ (略)

(22) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて

5の(23)を準用する。

(削る)

(23) 栄養マネジメント強化加算について

5の(24)を準用する。

業療法士又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

⑥・⑦ (略)

(19) 退所時等支援加算について

① 試行的退所時指導加算

イ (略)

ロ 注1により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。

a～g (略)

h 試行的退所時指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

i・j (略)

② 退所時情報提供加算

イ (略)

ロ ①の二を準用する。

③ 退所前連携加算

(新設)

イ 5の(19)の③イ及びロを準用する。

ロ (略)

(新設)

④ 老人訪問看護指示加算

イ～ホ (略)

(20) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて

5の(20)を準用する。

(21) 栄養マネジメント加算について

5の(21)を準用する。

(22) 低栄養リスク改善加算について

5の(22)を準用する。

(24) 経口移行加算について
5の(25)を準用する。

(25) 経口維持加算について
5の(26)を準用する。

(削る)

(26) 口腔衛生管理加算について
5の(27)を準用する。

(27) 療養食加算について
5の(28)を準用する。

(28) 在宅復帰支援機能加算について
5の(31)を準用する。

(29) 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。

(23) 経口移行加算について
5の(23)を準用する。

(24) 経口維持加算について
5の(24)を準用する。

(25) 口腔衛生管理体制加算について
4の(11)を準用する。

(26) 口腔衛生管理加算について
5の(26)を準用する。

(27) 療養食加算について
5の(27)を準用する。

(28) 在宅復帰支援機能加算について
5の(30)を準用する。

(29) かかりつけ医連携薬剤調整加算について

① かかりつけ医連携薬剤調整加算は、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、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、総合的に評価を行い、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し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意した上で、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

② かかりつけ医連携薬剤調整加算は、当該合意された内容に基づき、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算定する。

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。