

| | |
|---|---|
| <p>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（平成十二年厚生省告示第二十一号）</p> | <p>指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）</p> |
| <p>【変更】安全管理体制未実施減算</p> | |
| <p>【厚生労働省が別に定める基準】 八十九の二 介護保健施設サービスにおける安全管理体制未実施減算の基準 介護老人保健施設基準第三十六条第一項（介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。</p> | <p>-</p> |
| <p>【新設】高齢者虐待防止措置未実施減算</p> | |
| <p>5 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p> <p>【厚生労働省が別に定める基準】 八十九の二の二 介護保健施設サービスにおける高齢者虐待防止措置未実施減算の基準 介護老人保健施設基準第三十六条の二（介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。</p> | <p>(9) 高齢者虐待防止措置未実施減算について 5の(6)を準用する。</p> <p>【5の(6)】 (6) 高齢者虐待防止措置未実施減算について 高齢者虐待防止措置未実施減算については、施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第35条の2（指定介護老人福祉施設基準第49条において準用している場合も含む。）に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、虐待の防止のための指針を整備していない、虐待の防止のための研修を年2回以上実施していない又はこれらを適切に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。</p> |
| <p>【新設】業務継続計画未策定減算</p> | |
| <p>6 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p> <p>【厚生労働省が別に定める基準】 八十九の二の三 介護保健施設サービスにおける業務継続計画未策定減算の基準 介護老人保健施設基準第二十六条の二第一項（介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。）に規定する基準に適合していること。</p> | <p>(10) 業務継続計画未策定減算について 5の(7)を準用する。</p> <p>【5の(7)】 (7) 業務継続計画未策定減算について 業務継続計画未策定減算については、指定介護老人福祉施設基準第24条の2第1項（指定介護老人福祉施設基準第49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、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の入所者全員について、所定単位数から減算することとする。 なお、経過措置として、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。</p> |

| 【新設】 室料相当額控除 ★R7.8.1～ | |
|--|---|
| <p>8 介護保健施設サービス費(Ⅰ)の介護保健施設サービス費(Ⅲ)及び(Ⅳ)、介護保健施設サービス費(Ⅱ)の介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)の介護保健施設サービス費(Ⅱ)並びに介護保健施設サービス費(Ⅳ)の介護保健施設サービス費(Ⅱ)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護老人保健施設については、室料相当額控除として、1日につき26単位を所定単位数から控除する。</p> <p>【厚生労働省が別に定める基準】</p> <p>五十七の二 介護保健施設における室料相当額控除に係る施設基準</p> <p>イ 算定日が属する計画期間（法第一百四十七条第二項第一号に規定する計画期間をいう。以下同じ。）の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。</p> <p>ロ 介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が八以上であること。</p> | <p>(12) 室料相当額控除について</p> <p>令和7年8月以降、次に掲げる要件に該当する場合、多床室の利用者に係る介護保健施設サービス費について、室料相当額を控除することとする。</p> <p>① 当該介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が八以上であること。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。</p> <p>② 令和7年8月から令和9年7月までの間は、令和6年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり7か月以上であること。</p> <p>令和9年8月以降は、算定日が属する計画期間の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。具体的には、令和9年8月から令和12年7月までの間は、令和8年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり7か月以上であること。</p> |
| 【変更】 短期集中リハビリテーション実施加算 | |
| <p>9 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下この注において「医師等」という。）が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合においては、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)として、1日につき258単位を所定単位数に加算する。また、入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定している場合にあっては、短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は算定しない。</p> | <p>(14) 短期集中リハビリテーション実施加算について</p> <p>①～④ 略</p> <p>⑤ 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)は、入所者に対して、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行うこととする。</p> <p>⑥ 厚生労働省へ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。</p> <p>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リハビリテーション計画の作成（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（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。</p> <p>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。</p> |

| 【変更】認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | |
|--|--|
| <p>10 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設において、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が集中的なりハビリテーションを個別に行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。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。</p> <p>(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I) 240単位</p> <p>(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II) 120単位</p> | <p>(15) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について</p> <p>① (略)</p> <p>② 当該リハビリテーション加算は、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、認知症の入所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、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。</p> <p>③～⑨ (略)</p> <p>⑩ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)は、当該入所者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成している場合に算定できる。また、当該入所者の入所後8日以降に居宅等を訪問した場合は、当該訪問日以降に限り、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)を算定できる。</p> <p>⑪ 6の(20)の入所前後訪問指導加算の算定にあたって行う訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビリテーション計画を作成している場合についても、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)を算定できる。</p> |
| 【変更】認知症ケア加算 | |
| <p>-</p> | <p>(16) 認知症ケア加算について</p> <p>①・② (略)</p> <p>③ ユニット型介護保健施設サービス費を算定している場合は、認知症ケア加算は算定しない。</p> |
| 【変更】在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | |
| <p>20 介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(i)及び(iii)並びにユニット型介護保健施設サービス費(I)のユニット型介護保健施設サービス費(i)及び(iii)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)として、1日につき51単位を、介護保健施設サービス費(I)の介護保健施設サービス費(ii)及び(iv)並びにユニット型介護保健施設サービス費(I)のユニット型介護保健施設サービス費(ii)及び(iv)について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)として、1日につき51単位を所定単位数に加算する。</p> | <p>-</p> |

【厚生労働省が別に定める基準】

九十 介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算の基準イ介護保健施設サービスにおける在宅復帰・在宅療養支援機能加算(1)の基準

イ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(1)の基準

(1) 次に掲げる算式により算定した数が四十以上であること。

$$A + B + C + D + E + F + G + H + I + J \quad A + B + C + D + E + F + G + H + I + J$$

備考 この算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

A・B (略)

C 算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の入所予定日前三十日以内又は入所後七日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も含む。）を行った者の占める割合が百分の三十五以上である場合は十、百分の三十五未満であり、かつ、百分の十五以上である場合は五、百分の十五未満である場合は零となる数

D 算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前三十日以内又は退所後三十日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が百分の三十五以上である場合は十、百分の三十五未満であり、かつ、百分の十五以上である場合は五、百分の十五未満である場合は零となる数

E・F (略)

G 当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が三以上であり、かつ、社会福祉士である支援相談員を一名以上配置している場合は五、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が三以上の場合は三、三未満であり、かつ、二以上の場合は二、二未満の場合は零となる数

H～J (略)

(2)・(3) (略)

ロ (略)

| 【変更】初期加算 | |
|---|--|
| <p>ハ 初期加算</p> <p>(1) 初期加算(Ⅰ) 60単位</p> <p>(2) 初期加算(Ⅱ) 30単位</p> <p>注1 (1)について、次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅰ)として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。</p> <p>イ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に共有していること。</p> <p>ロ 当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に当該情報を共有していること。</p> <p>2 (2)について、入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算(Ⅱ)として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。</p> | <p>(21) 初期加算について</p> <p>① 初期加算は、入所者については、介護老人保健施設へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、加算するものである。</p> <p>② 「入所日から30日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、初期加算を算定できないこと。</p> <p>③ 当該施設における過去の入所及び短期入所療養介護との関係 初期加算は、当該入所者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)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に限り算定できることとする。なお、当該介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合には、初期加算は入所直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。</p> <p>④ 初期加算(Ⅰ)は、入院による要介護者のADLの低下等を防ぐため、急性期医療を担う医療機関の一般病棟から介護老人保健施設への受入れを促進する観点や、医療的な状態が比較的不安定である者を受け入れる手間を評価する観点から、当該医療機関の入院日から起算して30日以内に退院した者を受け入れた場合について評価するものである。</p> <p>⑤ 初期加算(Ⅰ)の算定に当たっては、以下のいずれかを満たすこと。</p> <p>イ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等の電子的システムを通じ、地域の医療機関に情報を共有し、定期的に更新をしていること。</p> <p>ロ 当該介護老人保健施設の空床情報をウェブサイトに公表した上で定期的に更新するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対して、定期的に情報共有を行っていること。</p> |

なお、上記イ及びロにおける定期的とは、概ね月に2回以上実施することを目安とする。

⑥ 上記⑤イについては、地域医療情報ネットワークに限らず、電子的システムにより当該介護老人保健施設の空床情報を医療機関が随時確認できる場合であればよいこと。

⑦ 上記⑤のロにおける医療機関への定期的な情報共有については、対面に限らず、電話や電子メール等による方法により共有することとしても差し支えない。

⑧ 急性期医療を担う医療機関の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院基本料、一類感染症患者入院医療管理料又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟であること。

⑨ 急性期医療を担う医療機関の一般病棟から退院後、別の医療機関や病棟、居宅等を経由した上で介護老人保健施設に入所する場合においても、当該介護老人保健施設の入所日が急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院日から起算して30日以内であれば、算定できること。

| 【新設】退所時栄養情報連携加算 | |
|--|---|
| <p>ニ 退所時栄養情報連携加算 70単位</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、介護老人保健施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設（以下この注において「医療機関等」という。）に入院又は入所する場合は当該医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときは、1月につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注7又は栄養マネジメント強化加算を算定している場合は、算定しない。</p> | <p>(22) 退所時栄養情報連携加算について</p> <p>5の(23)を準用する。</p> <p>【5の(23)】</p> <p>23) 退所時栄養情報連携加算について</p> <p>① 退所時栄養情報連携加算は、指定介護老人福祉施設と医療機関等の有機的連携の強化等を目的としたものであり、入所者の栄養に関する情報を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。</p> <p>② 退所時栄養情報連携加算は、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、指定介護老人福祉施設からその居宅に退所する場合、当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。また、当該入所者が病院、診療所若しくは他の介護保険施設（以下、「医療機関等」という。）に入院若しくは入所する場合、当該医療機関等に対して、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。</p> <p>なお、当該加算は、当該入所者が退所した日の属する月において、1月に1回を限度として算定できる。</p> <p>③ 栄養管理に関する情報は、提供栄養量、必要栄養量、食事形態（嚥下食コード含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等をいう。</p> <p>④ 栄養管理に関する情報の提供については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照されたい。</p> <p>⑤ 退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食は、別に厚生労働大臣が定める特別食に加え、心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び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に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度がプラス40%以上又はBMIが30以上）の入所者に対する治療食をいう。</p> <p>なお、高血圧の入所者に対する減塩食（食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。）及び嚥下困難者（そのために摂食不良となった者も含む。）のための流動食は、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院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療養食加算の場合と異なり、退所時栄養情報連携加算の対象となる特別食に含まれる。</p> |
| 【変更】再入所時栄養連携加算 | |
| <p>ホ 再入所時栄養連携加算 200単位</p> <p>注 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入所している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所する際、当該者が別に厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者であり、当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定したときに、入所者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、イ及びロの注7を算定している場合は、算定しない。</p> | <p>-</p> |

| 【変更】退所時等支援加算 | |
|--|--|
| <p>ト 退所時等支援等加算</p> <p>(1) 退所時等支援加算</p> <p> (一) (略)</p> <p> (二) 退所時情報提供加算</p> <p> a 退所時情報提供加算(Ⅰ) 500単位</p> <p> b 退所時情報提供加算(Ⅱ) 250単位</p> <p> (三)・(四) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 (1)の(二)のaについては、入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。</p> <p> 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。</p> <p>3 (1)の(二)のbについては、入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>4 (略)</p> | <p>(25) 退所時等支援加算について</p> <p>① (略)</p> <p>② 退所時情報提供加算(Ⅰ)</p> <p> 入所者が居宅又は他の社会福祉施設等へ退所する場合、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2及び別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。</p> <p>③ 退所時情報提供加算(Ⅱ)</p> <p> イ 入所者が退所して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入所者を紹介するに当たっては、別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。</p> <p> ロ 入所者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。</p> <p>④～⑥ (略)</p> |

5 (2)については、入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護（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第59条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。）、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第3条の2に規定する指定期巡回・随時対応型訪問介護看護をいう。以下同じ。）（訪問看護サービス（指定地域密着型サービス基準第3条の3第4号に規定する訪問看護サービスをいう。以下同じ。）を行う場合に限る。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第170条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。以下同じ。）（看護サービス（指定地域密着型サービス基準第177条第10号に規定する看護サービスをいう。以下同じ。）を行う場合に限る。）の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション（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第60条第1項第1号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。以下同じ。）、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（指定地域密着型サービス基準第3条の4に規定する指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所をいう。以下同じ。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第171条第1項に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。）に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう。以下同じ。）を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

老
人
保
健
施
設

| 【新設】協力医療機関連携加算 | |
|--|---|
| <p>チ 協力医療機関連携加算</p> <p>注 介護老人保健施設において、協力医療機関（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（平成11年厚生省令第40号）第30条第1項本文（同令第50条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関をいう。）との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>(1) 当該協力医療機関が、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30条第1項各号に掲げる要件を満たしている場合 50単位</p> <p>(2) (1)以外の場合 5単位</p> | <p>(27) 協力医療機関連携加算について</p> <p>5(24)を準用する。</p> <p>【5の(27)】</p> <p>(27) 協力医療機関連携加算 について</p> <p>① 本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時における対応の確認等を行う会議を定期的開催することを評価するものである。</p> <p>② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入所者や新規入所者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。</p> <p>③ 協力医療機関が 指定介護老人福祉 施設基準第28条第1項第1号から第3号までに規定する要件（以下、3要件という。）を満たしている場合には(1)の50単位（令和7年3月31日までの間は100単位）、それ以外の場合は(2)の5単位を加算する。(1)について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより3要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。(1)を算定する場合において、指定介護老人福祉 施設基準第28条第2項に規定する届出として3要件を満たす医療機関の情報を都道府県知事に届け出していない場合には、速やかに届け出ること。</p> <p>④ 「会議を定期的開催」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。</p> <p>⑤ 会議は、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。以下同じ。）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。</p> <p>⑥ 本加算における会議は、指定介護老人福祉 施設基準第28条第2項に規定する、入所者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。</p> <p>⑦ 会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。</p> |

| 【変更】かかりつけ医連携薬剤調整加算 | |
|---|--|
| <p>ヨ かかりつけ医連携薬剤調整加算</p> <p>注 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、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。ただし、<u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)イを算定している場合には、かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)ロは算定しない。</u></p> <p>(1) かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)</p> <p style="padding-left: 20px;">a かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)イ 140単位</p> <p style="padding-left: 20px;">b かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)ロ 70単位</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <hr/> <p>【厚生労働省が別に定める基準】</p> <p>九十一の二 介護保健施設サービスにおけるかかりつけ医連携薬剤調整加算の基準</p> <p>イ <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)イ</u> 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>入所前に当該入所者に六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、かつ、療養上必要な指導を行うこと。</u></p> <p>(4) <u>入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行うこと。</u></p> <p>(5) <u>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、退所時又は退所後一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。</u></p> | <p>(34) かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)について</p> <p>① <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)は、入所前に6種類以上の内服薬が処方されている入所者について、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を調整し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価するものである。</u></p> <p>② <u>本加算は、入所前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものを対象とする。この場合において、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、調整前の種類数からは除外する。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。</u></p> <p>③ <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(1)イは、当該入所者の入所前の主治の医師と連携して処方の内容を評価・調整した場合に算定を行うものである。</u></p> <p>④ <u>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。</u></p> <p>⑤ <u>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うこと。</u></p> <p>⑥ <u>総合的な評価及び調整に当たっては、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、行うこと。その際、「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。</u></p> <p>⑦ <u>④で合意した内容や⑤の評価及び調整の要点を診療録に記載すること。</u></p> <p>⑧ <u>処方内容を変更する場合には、変更する薬剤及び薬剤を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有するとともに、処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて再度総合的に評価を行うこと。</u></p> <p>⑨ <u>当該入所者又はその家族に対して、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。入所者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用(日本老年医学会、日本老年薬学会)」等を参考にすること。</u></p> <p>⑩ <u>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。</u></p> |

| | |
|---|--|
| <p>ロ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) <u>イ(1)、(4)及び(5)に掲げる基準のいずれにも適合していること。</u></p> <p>(2) <u>入所前に六種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、介護老人保健施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ 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。</p> <p>(1) <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定していること。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>ニ 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。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> | <p>⑩ <u>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。</u></p> <p>⑪ <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロは、介護老人保健施設において、処方の内容を評価及び調整した場合に算定を行うもの。</u></p> <p>⑫ <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロについては、上記の⑥及び⑧～⑩を準用する。特に、介護老人保健施設において薬剤を評価・調整する場合であっても、退所時において入所前の処方内容から変更があった場合には、退所後の主治の医師に処方の変更の内容や経緯等の情報提供を行うこと。また、介護老人保健施設において行った処方内容の評価及び調整の要点を診療録に記載すること。</u></p> <p>(35) <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)について</u></p> <p>① <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロの算定要件を満たすこと。</u></p> <p>②・③ (略)</p> <p>(36) <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)について</u></p> <p>① <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)は、処方されている薬剤の評価及び調整により、退所時に処方される内服薬が入所時に比べて減少したことを評価するもの。</u></p> <p>② <u>かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定要件を満たした上で、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。</u></p> <p>③ <u>内服薬の種類数の計算については、(29)②のとおりである。</u></p> |
| <p>【変更】 所定疾患施設療養費(Ⅰ)</p> | |
| <p>-</p> | <p>(38) <u>所定疾患施設療養費(Ⅰ)について</u></p> <p>①・② (略)</p> <p>③ <u>所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。</u></p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ <u>慢性心不全の増悪</u></p> <p>④ (略)</p> <p>⑤ <u>慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定できるものとし、常用する内服薬を調整するのみの場合では算定できないこと。</u></p> <p>⑥・⑦ (略)</p> |

| | |
|--|--|
| 【変更】 所定疾患施設療養費(Ⅱ) | |
| - | <p>(39) 所定疾患施設療養費(Ⅱ)について</p> <p>①・② (略)</p> <p>③ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ～ニ (略)</p> <p style="padding-left: 20px;">ホ <u>慢性心不全の増悪</u></p> <p>④ (略)</p> <p>⑤ <u>慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定できるものとし、常用する内服薬を調整するのみの場合では算定できないこと。</u></p> <p>⑥・⑦ (略)</p> |
| 【変更】 認知症専門ケア加算 | |
| <p>ソ 認知症専門ケア加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日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せず、<u>認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。</u></p> <p>(1)・(2) (略)</p> | - |
| 【新設】 認知症チームケア推進加算 | |
| <p>ツ 認知症チームケア推進加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを行った場合は、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せず、<u>認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。</u></p> <p>(1) <u>認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 150単位</u></p> <p>(2) <u>認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 120単位</u></p> | <p>(41) <u>認知症チームケア推進加算について</u></p> <p style="padding-left: 20px;"><u>5の(39)を準用する。</u></p> <p>【5の(39)】</p> <p>(39) 認知症チームケア推進加算について</p> <p>認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知（「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」）を参照すること。</p> |

【厚生労働省が別に定める基準】

十八の五の二 認知症対応型共同生活介護費、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護費における認知症チームケア推進加算の基準

イ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が二分の一以上であること。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

【終了】 認知症情報提供加算

【終了】 地域連携診療計画情報提供加算

| 【変更】リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | |
|---|--|
| <p>ナ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行っ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、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。</p> <p>(1) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ) 53単位</p> <p>(2) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) 33単位</p> | <p>(43) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算について</p> <p>① (略)</p> <p>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、<u>リハビリテーション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。</u></p> <p>③ (略)</p> <p>④ <u>リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)におけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式1-2を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。</u></p> |
| <p>【厚生労働省が別に定める基準】</p> <p>九十二の二 介護保健施設サービスにおけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算の基準</p> <p>イ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 入所者ごとのリハビリテーション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。</p> <p>(2) 必要に応じてリハビリテーション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、(1)の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。</p> <p>(3) 口腔くう衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。</p> <p>(4) 入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（(5)において「関係職種」という。）が、<u>リハビリテーション計画の内容等の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、入所者の口腔くうの健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。</u></p> <p>(5) (4)で共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、当該見直しの内容について、関係職種の間で共有していること。</p> <p>ロ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) イ(1)及び(2)に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> | |

| 【新設】高齢者施設等感染対策向上加算 | |
|--|--|
| <p>オ 高齢者施設等感染対策向上加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、入所者に対して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単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10単位</p> <p>(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位</p> <hr/> <p>【厚生労働省が別に定める基準】</p> <p>九十二の四 介護保健施設サービスにおける高齢者施設等感染対策向上加算の基準</p> <p>イ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。</p> <p>(2) 介護老人保健施設基準第三十条第一項本文（介護老人保健施設基準第五十条において準用する場合を含む。）に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。</p> <p>(3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。</p> <p>ロ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)</p> <p>感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、三年に一回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。</p> | <p>(49) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について</p> <p>4の(20)を準用する。</p> <p>【4の(20)】</p> <p>(20) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について</p> <p>① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。</p> <p>② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、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区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。</p> <p>③ 居宅サービス基準第192条により準用する第104条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。</p> <p>④ 居宅サービス基準第191条第4項において、指定特定施設は、施設の入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定にあたっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。</p> <p>⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和5年12月7日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>(50) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)について 4の(21)を準用する。</p> <p>【4の(21)】</p> <p>(21) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)について</p> <p>① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。</p> <p>② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。</p> <p>③ 居宅サービス基準第192条により準用する第104条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。</p> |
| <p>【新設】新興感染症等施設療養費</p> | |
| <p>ク 新興感染症等施設療養費（1日につき）240単位</p> <p>注 介護老人保健施設が、入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護保健施設サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。</p> | <p>(51) 新興感染症等施設療養費について 4の(22)を準用する。</p> <p>【4の(22)】</p> <p>(22) 新興感染症等施設療養費について</p> <p>① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。</p> <p>② 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。</p> <p>③ 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第3版）」を参考とすること。</p> |

| 【新設】生産性向上推進体制加算 | |
|---|--|
| <p>ヤ 生産性向上推進体制加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設において、入所者に対して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。</p> <p>(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位</p> <p>(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位</p> <hr/> <p>【厚生労働省が別に定める基準】</p> <p>九十二の五 介護保健施設サービスにおける生産性向上推進体制加算の基準</p> <p>第三十七号の三の規定を準用する。</p> | <p>(52) 生産性向上推進体制加算について</p> <p>5の(49)を準用する。</p> <p>【5の(49)】</p> <p>(49) 生産性向上推進体制加算について</p> <p>生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知（「生産性向上推進体制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について」）を参照すること。</p> |
| 【変更】介護職員等処遇改善加算 | |
| 【終了】介護職員等特定処遇改善加算 | |
| 【終了】介護職員等ベースアップ等支援加算 | |

- ※病院又は診療所における短期入所療養介護、指定短期入所療養介護費を除く
- ※単位数の変更のみ、注釈番号等の変更のみ等の修正部分を除く
- ※介護療養型医療施設、老人性認知症疾患療養病棟の削除に係る変更部分を除く