

○（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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>第2 居宅サービス単位数表（短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。）及び施設サービス単位数表</p> <p>6 介護保健施設サービス</p> <p>(1) 所定単位数を算定するための施設基準について 介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要であること（施設基準第55号）。</p> <p><u>(1-2) 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)若しくは(iii)又は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)若しくは(iii)を算定する介護老人保健施設における介護保健施設サービス及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)について</u> <u>3(1)②及び③を準用すること。</u></p> <p>(2) 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)若しくは(iv)又は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)若しくは(iv)を算定する介護老人保健施設における介護保健施設サービス<u>及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)</u>について 3(1)④及び⑤を準用すること。</p> <p>(3) 介護保健施設サービス費(II)若しくは介護保健施設サービス費(III)又はユニット型介護保健施設サービス費(II)若しくはユニット型介護保健施設サービス費(III)を算定する介護老人保健施設（以下この号において「介護療養型老人保健施設」という。）における介護保健施設サービスについて</p> <p>① 3(1)⑥イ及びロを準用すること。</p> <p>② 施設基準第55号イ(3)(二)について、「自宅等」とあるのは、<u>病院、診療所及び介護保険施設を除くものであること。</u> また、当該基準については、当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用するものとする。 なお、同告示中「特段の事情」とは、以下のいずれかの場合を指すこと。 イ 半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと。 ロ 病床数が19以下であること。</p> <p>③ 特別療養費について 3の(1)⑥ハを準用するものとする。</p> <p>④ 療養体制維持特別加算について 3の(1)⑥ニを準用するものとする。</p> <p>(4) 介護保健施設サービス費を算定するための基準について</p> <p>① 介護保健施設サービス費は、施設基準第56号に規定する基準に従い、以下の通り、算定す</p>	<p>第2 居宅サービス単位数表（短期入所生活介護費から特定施設入居者生活介護費に係る部分に限る。）及び施設サービス単位数表</p> <p>6 介護保健施設サービス</p> <p>(1) 所定単位数を算定するための施設基準について 介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが必要であること（施設基準第55号）。</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 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)若しくは(iv)又は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)若しくは(iv)を算定する介護老人保健施設における介護保健施設サービスについて 3(1)②を準用すること。</p> <p>(3) 介護保健施設サービス費(II)若しくは介護保健施設サービス費(III)又はユニット型介護保健施設サービス費(II)若しくはユニット型介護保健施設サービス費(III)を算定する介護老人保健施設（以下この号において「介護療養型老人保健施設」という。）における介護保健施設サービスについて</p> <p>① 3(1)③イ及びロを準用すること。</p> <p>② 施設基準第55号イ(3)(二)について、「自宅等」とあるのは、自宅その他自宅に類する住まいをいうものであり、社会福祉施設等は含まないものであること。 また、当該基準については、当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用するものとする。 なお、同告示中「特段の事情」とは、以下のいずれかの場合を指すこと。 イ 半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと。 ロ 病床数が19以下であること。</p> <p>③ 特別療養費について 3の(1)③ハを準用するものとする。</p> <p>④ 療養体制維持特別加算について 3の(1)③ニを準用するものとする。</p> <p>(4) 介護保健施設サービス費を算定するための基準について</p> <p>① 介護保健施設サービス費は、施設基準第56号に規定する基準に従い、以下の通り、算定す</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>ること。</p> <p>イ 施設基準第56号イに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入所者に対して行われるものであること。</p> <p>ロ 施設基準第56号ロに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の入所者に対して行われるものであること。</p> <p>ハ 施設基準第56号ハに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(i)を満たすものに限る。）（「ユニット型個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。</p> <p>ニ 施設基準第56号ニに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(ii)（指定居宅サービス基準改正省令附則第5条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものに限るものとし、同(i)を満たすものを除く。）（「ユニット型<b>個室的多床室</b>」という。）の入居者に対して行われるものであること。</p> <p>② ユニットに属する療養室であって、介護保健施設サービス費の注1による届出がなされているものについては、ユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。</p> <p>③ 分館型介護老人保健施設については、介護保健施設サービス費又はユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。</p> <p>(5) ユニットにおける職員に係る減算について 5の(4)を準用する。</p> <p>(6) 身体拘束廃止未実施減算について 5の(5)を準用する。</p> <p>(7) 夜勤職員配置加算について ① 3の(2)を準用する。 ② 認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の場合にあつては、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。</p> <p>(8) 短期集中リハビリテーション実施加算について ① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なりハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを、1週につきおおむね3日以上実施する場合をいう。 ② 当該加算は、当該入所者が過去3月間の間に、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。ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。 ③ <b>入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、</b>4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であつて、短期集中リハビリテーションの必要性が</p>	<p>ること。</p> <p>イ 施設基準第56号イに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。）（「従来型個室」という。）の入所者に対して行われるものであること。</p> <p>ロ 施設基準第56号ロに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。）（「多床室」という。）の入所者に対して行われるものであること。</p> <p>ハ 施設基準第56号ハに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(i)を満たすものに限る。）（「ユニット型個室」という。）の入居者に対して行われるものであること。</p> <p>ニ 施設基準第56号ニに規定する介護保健施設サービス費 介護保健施設サービスが、ユニットに属する居室（介護老人保健施設基準第41条第2項第1号イ(3)(ii)（指定居宅サービス基準改正省令附則第5条第1項の規定により読み替えて適用する場合を含む。）を満たすものに限るものとし、同(i)を満たすものを除く。）（「ユニット型<b>準個室</b>」という。）の入居者に対して行われるものであること。</p> <p>② ユニットに属する療養室であつて、介護保健施設サービス費の注1による届出がなされているものについては、ユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。</p> <p>③ 分館型介護老人保健施設については、介護保健施設サービス費又はユニット型介護保健施設サービス費を算定するものとする。</p> <p>(5) ユニットにおける職員に係る減算について 5の(4)を準用する。</p> <p>(6) 身体拘束廃止未実施減算について 5の(5)を準用する。</p> <p>(7) 夜勤職員配置加算について ① 3の(2)を準用する。 ② 認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の場合にあつては、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。</p> <p>(8) 短期集中リハビリテーション実施加算について ① 短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なりハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを、1週につきおおむね3日以上実施する場合をいう。 ② 当該加算は、当該入所者が過去3月間の間に、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。ただし、以下の③及び④の場合はこの限りではない。 ③ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後3月に満たない期間に4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であつて、短期集中リハビリテーシ</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>認められる者に限り、当該加算を算定することができる。</p> <p>④ <u>入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり</u>、4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。</p> <p>ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者</p> <p>イ 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者</p> <p>(9) 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 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、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週3日、実施することを標準とする。</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実施計画に基づき、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 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。</p> <p>④ 当該リハビリテーションにあつては、一人の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一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。</p> <p>⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。</p> <p>⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者とする。</p> <p>⑦ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者ごとに保管されること。</p>	<p>ヨンの必要性が認められる者に限り、当該加算を算定することができる。</p> <p>④ 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中又は算定終了後3月に満たない期間に4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。</p> <p>ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者</p> <p>イ 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者</p> <p>(9) 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 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、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週3日、実施することを標準とする。</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実施計画に基づき、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 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。</p> <p>④ 当該リハビリテーションにあつては、一人の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一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。</p> <p>⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。</p> <p>⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE (Mini Mental State Examination) 又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね5点～25点に相当する者とする。</p> <p>⑦ 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者ごとに保管されること。</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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。</p> <p>⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去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こととする。</p> <p>(10) 認知症ケア加算について</p> <p>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。</p> <p>② 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が一人一人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準とする。</p> <p>イ 日中については利用者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>ロ 夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。</p> <p>③ ユニット型介護老人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> <p>(11) 若年性認知症入所者受入加算について 2の(12)を準用する。</p> <p>(12) 入所者が外泊したときの費用の算定について 5の(14)（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。</p> <p><u>(12-2) 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</u> <u>5の(●)を準用する。</u></p> <p>(13) ターミナルケア加算について</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去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こととする。</p> <p>(10) 認知症ケア加算について</p> <p>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。</p> <p>② 認知症専門棟の従業者の勤務体制を定めるに当たっては、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。これは、従業者が一人一人の入居者について個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためにはいわゆる「馴染みの関係」が求められる。以上のことから認知症専門棟における介護職員等の配置については、次の配置を行うことを標準とする。</p> <p>イ 日中については利用者10人に対し常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。</p> <p>ロ 夜間及び深夜については、20人に1人以上の看護職員又は介護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。</p> <p>③ ユニット型介護老人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> <p>(11) 若年性認知症入所者受入加算について 2の(12)を準用する。</p> <p>(12) 入所者が外泊したときの費用の算定について 5の(14)（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。</p> <p>(新設)</p> <p>(13) ターミナルケア加算について</p> <p>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。</p> <p>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。</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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。）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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同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。</p> <p>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。</p> <p>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、一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。</p> <p>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。</p> <p>(削除)</p>	<p>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。）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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同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。</p> <p>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。</p> <p>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、一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。</p> <p>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。</p> <p>(14) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算について</p> <p>① 在宅については、3の(1)の②の口のbを準用する。なお、当該施設から退所した入所者の総数には、短期入所療養介護の利用者は含まない。</p> <p>② 30.4を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、3の(1)の②の口のcを準用する。</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>(15)</u> 初期加算について</p> <p>① 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ついては、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>② 5の(15)の①及び②は、この場合に準用する。</p> <p><u>(15-2) 再入所時栄養連携加算について</u>  <u>5の(●)を準用する。</u></p> <p><u>(16)</u> 入所前後訪問指導加算について</p> <p>① 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。</p> <p>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。</p> <p>イ 生活機能の具体的な改善目標  当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。</p> <p>ロ 退所後の生活に係る支援計画  入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含む得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。</p> <p>③ 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。</p> <p>④ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。  イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</p>	<p>③ 3の(1)の②のロのeからgまでを準用する。</p> <p>(15) 初期加算について</p> <p>① 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ついては、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>② 5の(15)の①及び②は、この場合に準用する。</p> <p>(16) 入所前後訪問指導加算について</p> <p>① 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に、当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に1回に限り加算を行うものである。</p> <p>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。</p> <p>イ 生活機能の具体的な改善目標  当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。</p> <p>ロ 退所後の生活に係る支援計画  入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含む得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。</p> <p>③ 入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること。</p> <p>④ 入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。  イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</p> <p>ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合</p> <p>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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p> <p>⑥ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</p> <p>⑦ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</p> <p>(17) <u>退所時等支援加算</u>について <u>(削除)</u></p> <p>① <u>試行的退所時指導加算</u></p> <p>イ <u>試行的退所時指導</u>の内容は、次のようなものであること。</p> <p>a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</p> <p>b 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体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導</p> <p>c 家屋の改善の指導</p>	<p>ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合</p> <p>ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合</p> <p>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、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。</p> <p>⑥ 入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</p> <p>⑦ 入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</p> <p>(17) <u>退所時指導等加算</u>について</p> <p>① <u>退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算</u></p> <p>イ <u>退所前訪問指導加算</u>については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中1回に限り算定するものである。</p> <p><u>なお、介護療養型老人保健施設においては、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあつては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。</u></p> <p>ロ <u>退所後訪問指導加算</u>については、入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものである。</p> <p>ハ <u>退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。</u></p> <p>三 <u>退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。</u></p> <p>a <u>退所して病院又は診療所へ入院する場合</u></p> <p>b <u>退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合</u></p> <p>c <u>死亡退所の場合</u></p> <p>ホ <u>退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、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。</u></p> <p>ヘ <u>退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</u></p> <p>ト <u>退所前訪問指導及び退所後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</u></p> <p>② <u>退所時指導加算</u></p> <p>イ <u>退所時指導</u>の内容は、次のようなものであること。</p> <p>a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導</p> <p>b 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体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導</p> <p>c 家屋の改善の指導</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>d 退所する者の介助方法の指導</p> <p>ロ <u>注1</u>により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。</p> <p>a 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。</p> <p>b 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。</p> <p>c 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。</p> <p>d 入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。</p> <p>e 試行的退所期間中は、<u>介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス</u>等の利用はできないこと。</p> <p>f 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。</p> <p><u>g 試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できないものであること。</u></p> <p><u>(a) 退所して病院又は診療所へ入院する場合</u></p> <p><u>(b) 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合</u></p> <p><u>(c) 死亡退所の場合</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>i 試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。</u></p> <p><u>j 試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>② 退所時情報提供加算</p> <p>イ 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、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、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>ロ ①のニを準用する。</p>	<p>d 退所する者の介助方法の指導</p> <p>ロ <u>注3</u>のロにより算定を行う場合には、以下の点に留意すること。</p> <p>a 試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る。）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。</p> <p>b 当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。</p> <p>c 試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。</p> <p>d 入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。</p> <p>e 試行的退所期間中は、居宅サービス等の利用はできないこと。</p> <p>f 試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ハ ①のニからトまでは、退所時指導加算について準用する。</p> <p>③ 退所時情報提供加算</p> <p>イ 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、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、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>ロ ①のニを準用する。</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>③</u> 退所前連携加算</p> <p>イ 5の(16)の③イ及びロを準用する。</p> <p>ロ <u>5の(●)の①g及びh</u>を準用する。</p> <p><u>④</u> 訪問看護指示加算</p> <p>イ 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書（様式は別途通知するところによるものとする。）に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。</p> <p>ロ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。</p> <p>ハ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して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事業所又は複合型サービス事業所に交付しても差し支えないこと。</p> <p>ニ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。</p> <p>ホ 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、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事業所又は複合型サービス事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。</p> <p><u>(18)</u> 従来型個室に入所していた者の取扱いについて</p> <p>5の(17)を準用する。</p> <p><u>(19)</u> 栄養マネジメント加算について</p> <p>5の(18)を準用する。</p> <p><u>(19-2) 低栄養リスク改善加算について</u></p> <p><u>5の(●)を準用する。</u></p> <p><u>(20)</u> 経口移行加算について</p> <p>5の(19)を準用する。</p> <p><u>(21)</u> 経口維持加算について</p> <p>5の(20)を準用する。</p> <p><u>(22)</u> 口腔衛生管理体制加算について</p> <p>5の(21)を準用する。</p> <p><u>(23)</u> 口腔衛生管理加算について</p> <p>5の(22)を準用する。</p> <p><u>(24)</u> 療養食加算について</p> <p>2の(13)を準用する。</p> <p><u>(25)</u> 在宅復帰支援機能加算について</p> <p>5の(25)を準用する。</p> <p><u>(25-2) かかりつけ医連携薬剤調整加算について</u></p> <p><u>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</u></p>	<p><u>④</u> 退所前連携加算</p> <p>イ 5の(16)の③イ及びロを準用する。</p> <p>ロ <u>①のニ及びホ</u>を準用する。</p> <p><u>⑤</u> 老人訪問看護指示加算</p> <p>イ 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書（様式は別途通知するところによるものとする。）に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなすこと。</p> <p>ロ 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。</p> <p>ハ 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して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事業所又は複合型サービス事業所に交付しても差し支えないこと。</p> <p>ニ 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。</p> <p>ホ 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、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事業所又は複合型サービス事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。</p> <p>(18) 従来型個室に入所していた者の取扱いについて</p> <p>5の(17)を準用する。</p> <p>(19) 栄養マネジメント加算について</p> <p>5の(18)を準用する。</p> <p>(新設)</p> <p>(20) 経口移行加算について</p> <p>5の(19)を準用する。</p> <p>(21) 経口維持加算について</p> <p>5の(20)を準用する。</p> <p>(22) 口腔衛生管理体制加算について</p> <p>5の(21)を準用する。</p> <p>(23) 口腔衛生管理加算について</p> <p>5の(22)を準用する。</p> <p>(24) 療養食加算について</p> <p>2の(13)を準用する。</p> <p>(25) 在宅復帰支援機能加算について</p> <p>5の(25)を準用する。</p> <p>(新設)</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>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。</u></p> <p><u>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1種類以上減少している場合に算定する。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>⑥ 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報告し、その内容を診療録に記載した場合は、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。</u></p> <p><u>⑦ 複数の医療機関から処方されている入所者の場合には、主治の医師と調整し、当該入所者に処方する内服薬の減少について、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報告し、診療録に記載する。</u></p> <p><b>(26) 緊急時施設療養費に関する事項</b></p> <p>入所者の病状が著しく変化し、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こと。</p> <p>① 緊急時治療管理</p> <p>イ 緊急時治療管理は、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511単位を算定すること。</p> <p>ロ 緊急時治療管理は、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。例えば、1月に連続しない2日を3回算定することは認められないものであること。</p> <p>ハ また、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こと。</p> <p>ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。</p>	<p>(26) 緊急時施設療養費に関する事項</p> <p>入所者の病状が著しく変化し、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こと。</p> <p>① 緊急時治療管理</p> <p>イ 緊急時治療管理は、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511単位を算定すること。</p> <p>ロ 緊急時治療管理は、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。例えば、1月に連続しない2日を3回算定することは認められないものであること。</p> <p>ハ また、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こと。</p> <p>ニ 緊急時治療管理の対象となる入所者は、次のとおりであること。</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>a 意識障害又は昏睡 b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 c 急性心不全（心筋梗塞を含む。） d ショック e 重篤な代謝障害 f その他薬物中毒等で重篤なもの</p> <p>② 特定治療 イ 特定治療は、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1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こと。 ロ 算定できないものは、利用者等告示第67号に示されていること。 ハ ロの具体的取扱いは、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1医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。</p> <p>(27) <u>所定疾患施設療養費（Ⅰ）</u>について</p> <p>① <u>所定疾患施設療養費（Ⅰ）</u>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ため、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ものであること。</p> <p>② 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こと。</p> <p>③ 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。 イ 肺炎 ロ 尿路感染症 ハ 帯状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る）</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載すること。</p> <p>⑥ 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。</p> <p><u>(27-2) 所定疾患施設療養費（Ⅱ）</u>について</p> <p><u>① 所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、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ため、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ものであること。</u></p>	<p>a 意識障害又は昏睡 b 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 c 急性心不全（心筋梗塞を含む。） d ショック e 重篤な代謝障害 f その他薬物中毒等で重篤なもの</p> <p>② 特定治療 イ 特定治療は、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1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こと。 ロ 算定できないものは、利用者等告示第67号に示されていること。 ハ ロの具体的取扱いは、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1医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。</p> <p>(27) <u>所定疾患施設療養費</u>について</p> <p>① <u>所定疾患施設療養費</u>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ため、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ものであること。</p> <p>② 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こと。</p> <p>③ 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。 イ 肺炎 ロ 尿路感染症 ハ 帯状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る）</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載すること。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>(新設)</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>② 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こと。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>イ 肺炎</p> <p>ロ 尿路感染症</p> <p>ハ 带状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る）</p> <p><u>④ 算定する場合にあっては、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。</u></p> <p><u>また、抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。</u></p> <p><u>⑤ 請求に際して、給付費請求明細書の摘要欄に、診断、行った検査、治療内容等を記入すること。</u></p> <p><u>⑥ 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。</u></p> <p><u>⑦ 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、尿路感染症及び带状疱疹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、感染症治療に従事していた医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。また、平成30年9月30日までの間にあっては、研修を受講予定（平成30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、9月30日までに研修を受講していない場合には、4月～9月に算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。</u></p> <p><u>(28) 認知症専門ケア加算について</u> 5の(27)を準用する。</p> <p><u>(29) 認知症行動・心理症状緊急対応加算について</u> 5の(28)を準用する。</p> <p><u>(30) 認知症情報提供加算について</u></p> <p>① 「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。</p> <p>② 「認知症のおそれがある」とは、MMSE (Mini Mental State Examination) においておおむね23点以下、又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね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。</p> <p>③ 「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、</p>	<p>(28) 認知症専門ケア加算について 5の(27)を準用する。</p> <p>(29) 認知症行動・心理症状緊急対応加算について 5の(28)を準用する。</p> <p>(30) 認知症情報提供加算について</p> <p>① 「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。</p> <p>② 「認知症のおそれがある」とは、MMSE (Mini Mental State Examination) においておおむね23点以下、又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね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。</p> <p>③ 「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、</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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。</p> <p>④ 「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。</p> <p>⑤ 「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。</p> <p>イ 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。</p> <p>ロ 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。</p> <p>ハ 併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。</p> <p>⑥ 「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。</p> <p><u>(31)</u> 地域連携診療計画情報提供加算について</p> <p>① 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表における退院支援加算の注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（以下「計画管理病院」という。）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（以下本区分において「総治療期間」という。）、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。</p> <p>② 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ものである。</p> <p>イ 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。）</p> <p>ロ 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。）</p>	<p>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。</p> <p>④ 「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。</p> <p>⑤ 「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。</p> <p>イ 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。</p> <p>ロ 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。</p> <p>ハ 併設の介護老人保健施設に認知症専門棟があること。</p> <p>⑥ 「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。</p> <p>(31) 地域連携診療計画情報提供加算について</p> <p>① 地域連携診療計画は、医科診療報酬点数表における退院支援加算の注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（以下「計画管理病院」という。）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（以下本区分において「総治療期間」という。）、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。</p> <p>② 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ものである。</p> <p>イ 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。）</p> <p>ロ 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。）</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）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>③ 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。</p> <p>④ また、当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。</p> <p>イ 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いること。</p> <p>ロ イについて、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。</p> <p><u>(31-2) 褥瘡マネジメント加算について</u> ●の(●)を準用する。</p> <p><u>(31-3) 排せつ支援加算について</u> ●の(●)を準用する。</p> <p><u>(32) サービス提供体制強化加算について</u></p> <p>① 2の(17)①から④まで及び⑥を準用する。</p> <p>② 介護保健施設サービスを利用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。</p> <p><u>(33) 介護職員処遇改善加算について</u> 2の(18)を準用する。</p>	<p>③ 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。</p> <p>④ また、当該加算を算定する施設は、以下のいずれも満たすものであること。</p> <p>イ 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いること。</p> <p>ロ イについて、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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(32) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 2の(17)①から④まで及び⑥を準用する。</p> <p>② 介護保健施設サービスを利用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。</p> <p>(33) 介護職員処遇改善加算について 2の(18)を準用する。</p>