

A247 認知症ケア加算（1日につき）

| | |
|---------------------|------|
| A247 認知症ケア加算（1日につき） | |
| 1 認知症ケア加算 1 | |
| イ 14日以内の期間 | 180点 |
| ロ 15日以上期間 | 34点 |
| 2 認知症ケア加算 2 | |
| イ 14日以内の期間 | 112点 |
| ロ 15日以上期間 | 28点 |
| 3 認知症ケア加算 3 | |
| イ 14日以内の期間 | 44点 |
| ロ 15日以上期間 | 10点 |

「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和6年3月5日 厚生労働省告示第57号）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

（令和6年3月5日 保医発0305第4号）

| 告示 | 通知 |
|---|--|
| <p>注1 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算1を算定する場合に限る。）又は区分番号A247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。</p> <p>注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> | <p>(1) 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。</p> <p>(2) 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（基本診療料施設基準通知の別添6の別紙12参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。</p> <p>(3) 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。</p> <p>(4) 身体的拘束について ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、</p> |

身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

イ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

ウ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

エ 身体的拘束を実施することを避けるために、イ、ウの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

(5) 認知症ケア加算を算定した場合には、「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

(6) 認知症ケア加算 1

ア 認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク

因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。

② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。

③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。

④ ①から③までについて診療録等に記載する。

ウ 認知症ケアチームは、以下の取組を通じ、当該保険医療機関における認知症ケアの質の向上を図る必要がある。

① 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週1回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。

② 週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。

③ 当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。

④ 認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施する。

(7) 認知症ケア加算 2

ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、「A 2 4 7 - 2」せん妄ハイ

リスク患者ケア加算の例によること。

ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。

エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。

(8) 認知症ケア加算3

(7)のア、イ及びエを満たすものであること。