

第4章

・令和6年度介護報酬改定における主な改定事項について

本年度は改定事項が多いため、第4章についてはこちらの資料での提供とさせていただきます。

凡例（第4章で使用するサービス名の略称表記について）

略称	サービス名称	目次
介福	介護老人福祉施設	1
地密介福	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1
老健	介護老人保健施設	2
医療院	介護医療院	3
GH	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	4
特定施設	（介護予防）特定施設入居者生活介護	5
短生	（介護予防）短期入所生活介護	6
短療	（介護予防）短期入所療養介護	7

目次1

介福

地密介福

4-5	配置医師緊急時対応加算の見直し
4-6	介護老人福祉施設等における給付調整のわかりやすい周知
4-7	介護老人福祉施設等における透析が必要な者に対する送迎の評価
4-9	協力医療機関との連携体制の構築A
4-10	協力医療機関との定期的な会議の実施
4-11	入院時等の医療機関への情報提供B
4-12	介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方法の定期的な見直し
4-17	高齢者施設等における感染症対応力の向上
4-18	施設内療養を行う高齢者施設等への対応
4-19	新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-24	平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進
4-26	介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進
4-27	リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直し
4-31	介護保険施設における口腔衛生管理の強化
4-32	退所者の栄養管理に関する情報連携の促進
4-33	再入所時栄養連携加算の対象の見直し
4-34	ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
4-37	科学的介護推進体制加算の見直し
4-38	自立支援促進加算の見直し
4-39	アウトカム評価の充実のためのADL維持等加算の見直し
4-40	アウトカム評価の充実のための排せつ支援加算の見直し
4-41	アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直し
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-47	ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化

目次2

老健

4-8	所定疾患施設療養費の見直し
4-9	協力医療機関との連携体制の構築A
4-10	協力医療機関との定期的な会議の実施
4-11	入院時等の医療機関への情報提供A
4-13	介護老人保健施設における医療機関からの患者受入れの促進
4-15	介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し
4-17	高齢者施設等における感染症対応力の向上
4-18	施設内療養を行う高齢者施設等への対応
4-19	新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-24	平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進
4-25	介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し
4-26	介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進
4-27	リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直し
4-28	介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算の見直し
4-31	介護保険施設における口腔衛生管理の強化
4-32	退所者の栄養管理に関する情報連携の促進
4-33	再入所時栄養連携加算の対象の見直し
4-34	ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
4-35	介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進
4-36	かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
4-37	科学的介護推進体制加算の見直し
4-38	自立支援促進加算の見直し
4-40	アウトカム評価の充実のための排せつ支援加算の見直し
4-41	アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直し
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-45	介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和
4-47	ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
4-49	認知症情報提供加算の廃止
4-50	地域連携診療計画情報提供加算の廃止

目次3

医療院

4-9	協力医療機関との連携体制の構築A
4-10	協力医療機関との定期的な会議の実施
4-11	入院時等の医療機関への情報提供A
4-16	介護医療院における看取りへの対応の充実
4-17	高齢者施設等における感染症対応力の向上
4-18	施設内療養を行う高齢者施設等への対応
4-19	新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-24	平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進
4-26	介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進
4-27	リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直し
4-31	介護保険施設における口腔衛生管理の強化
4-32	退所者の栄養管理に関する情報連携の促進
4-33	再入所時栄養連携加算の対象の見直し
4-34	ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
4-37	科学的介護推進体制加算の見直し
4-38	自立支援促進加算の見直し
4-40	アウトカム評価の充実のための排せつ支援加算の見直し
4-41	アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直し
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-47	ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
4-51	長期療養生活移行加算の廃止

目次4

GH

4-4	認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算の見直し
4-9	協力医療機関との連携体制の構築B
4-10	協力医療機関との定期的な会議の実施
4-11	入院時等の医療機関への情報提供B
4-17	高齢者施設等における感染症対応力の向上
4-18	施設内療養を行う高齢者施設等への対応
4-19	新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-24	平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進
4-37	科学的介護推進体制加算の見直し
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-46	認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の見直し

目次5

特定施設

4-2	特定施設入居者生活介護等における夜間看護体制の強化
4-3	特定施設入居者生活介護等における医療的ケアの推進に向けた入居継続支援加算の見直し
4-9	協力医療機関との連携体制の構築B
4-10	協力医療機関との定期的な会議の実施
4-11	入院時等の医療機関への情報提供B
4-17	高齢者施設等における感染症対応力の向上
4-18	施設内療養を行う高齢者施設等への対応
4-19	新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-30	特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化
4-37	科学的介護推進体制加算の見直し
4-39	アウトカム評価の充実のためのADL維持等加算の見直し
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-44	生産性向上に先進的に取り組む特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化

目次6

短生

4-14	短期入所生活介護における看取り対応体制の強化
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-23	身体的拘束等の適正化
4-29	短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化
4-34	ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-47	ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
4-48	短期入所生活介護における長期利用の適正化

目次7

短療

4-1	総合医学管理加算の見直し
4-20	「書面掲示」規制の見直し
4-21	業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
4-22	高齢者虐待防止の推進
4-23	身体的拘束等の適正化
4-29	短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化
4-34	ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
4-42	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け
4-43	介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
4-45	介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和
4-47	ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化

4-1 総合医学管理加算の見直し

介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護における総合医学管理加算(275単位/日)について、医療ニーズのある利用者の受入れを更に促進する観点から、以下の見直しが行われました。

- ① 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっている指定短期入所療養介護についても、治療管理を目的とするものについては同加算の対象とする。
- ② 算定日数について7日を限度としていたところ、**10日間を限度**とする。

<現行>

1. 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
2. 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。



<改定後>

1. 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い指定短期入所療養介護を行った場合に、10日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
2. 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

4－2 特定施設入居者生活介護等における夜間看護体制の強化

特定施設

特定施設入居者生活介護等における夜間看護体制加算を見直し、「夜勤又は宿直の看護職員の配置」を行う場合について評価する新たな区分が設けられました。

<現行>

夜間看護
体制加算
10単位/日

<改定後>

- ・夜間看護体制
加算(Ⅰ)
18単位/日(新設)
- ・夜間看護体制
加算(Ⅱ)
9単位/日(変更)

<夜間看護体制加算(Ⅰ)>(新設)

- (1) 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
- (2) 夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1名以上であって、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- (3) 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

<夜間看護体制加算(Ⅱ)>※現行の夜間看護体制加算

- (1) 夜間看護体制加算(Ⅰ)の(1)及び(3)に該当すること。
- (2) 看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。

4－3 特定施設入居者生活介護等における医療的ケアの推進に向けた入居継続支援加算の見直し

医療的ケアを要する者が一定数いる特定施設入居者生活介護等において、入居者の医療ニーズを踏まえた看護職員によるケアを推進する観点から、医療的ケアを必要とする者の範囲に尿道カテーテル留置、在宅酸素療法及びインスリン注射を実施している状態の者を追加する見直しが行われました。

<入居継続支援加算(Ⅰ)>

36単位/日(変更なし)

※(1)又は(2)のいずれかに適合し、かつ、(3)及び(4)のいずれにも適合すること。

- (1) 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為(※1)を必要とする者の占める割合が入居者の100分の15以上であること。
- (2) 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為(※1)を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態(※2)の者の占める割合が入居者の100分の15以上であり、かつ、常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。

※1 ①口腔内の喀痰吸引 ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
②鼻腔内の喀痰吸引 ⑤経鼻経管栄養
③気管カニューレ内部の喀痰吸引

※2 ①尿道カテーテル留置を実施している状態
②在宅酸素療法を実施している状態
③インスリン注射を実施している状態

- (3) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上(※3)であること。

※3 テクノロジーを活用した複数の機器(見守り機器、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器等)を活用し、利用者に対するケアのアセスメント・評価や人員体制の見直しを行い、かつ安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する事項を実施し、機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討等を行う場合は、当該加算の介護福祉士の配置要件を「7又はその端数を増すごとに1以上」とする。

- (4) 人員基準欠如に該当していないこと。

<入居継続支援加算(Ⅱ)>

22単位/日(変更なし)

入居継続支援加算(Ⅰ)の(1)又は(2)のいずれかに適合し(※4)、かつ、(3)及び(4)のいずれにも適合すること。

※4 ただし、(1)又は(2)に掲げる割合は、それぞれ100分の5以上100分の15未満であること。

4－4 認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算の見直し 1/2

GH

認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算について、看護体制の整備や医療的ケアが必要な者の受入れについて適切に評価する観点から、体制要件と医療的ケアが必要な者の受入要件を分けて評価を行い、医療的ケアが必要な者の受入要件については、対象となる医療的ケアを追加する見直しが行われました。

医療連携体制加算（Ⅰ）		イ	□	ハ
単位数		57単位/日	47単位/日	37単位/日
看護体制要件		事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。	事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。	事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
		事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。	事業所の職員である看護職員、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 (准看護師のみ配置している場合は、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること)	看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。
指針の整備要件		重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。		

4－4 認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算 の見直し 2/2

GH

医療連携体制加算(Ⅱ)

医療連携体制加算(Ⅰ)のいずれかを算定していることが要件

単位数

5単位/日

医療的ケアが必要な者の
受入要件

算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。

- (1)喀痰吸引を実施している状態
- (2)呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- (3)中心静脈注射を実施している状態
- (4)人工腎臓を実施している状態
- (5)重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- (6)人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
- (7)経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- (8)褥瘡に対する治療を実施している状態
- (9)気管切開が行われている状態
- (10)留置カテーテルを使用している状態(※追加)
- (11)インスリン注射を実施している状態(※追加)

4-5 配置医師緊急時対応加算の見直し 1/2

介福

地密介福

入所者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分が設けられました。

<現行>

配置医師緊急時対応加算
なし

早朝・夜間の場合 650単位/回

深夜の場合 1,300単位/回

<改定後>

配置医師緊急時対応加算
配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回
(新設)(早朝・夜間及び深夜を除く)

早朝・夜間の場合 650単位/回

深夜の場合 1,300単位/回

4－5 配置医師緊急時対応加算の見直し 2/2

介福

地密介福

<算定要件>

- ・次の基準に適合しているものとして届出を行った指定介護老人福祉施設において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝(午前6時から午前8時まで)、夜間(午後6時から午後10時まで)、深夜(午後10時から午前6時まで)又は配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く。)に施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定する。ただし、看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は、算定しない。
- ・入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取決めがなされていること。
- ・複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していること。

4-6 介護老人福祉施設等における給付調整の わかりやすい周知 1/2

介福

地密介福

診療報酬との給付調整について正しい理解を促進する観点から、配置医師が算定できない診療報酬、配置医師でも算定できる診療報酬であって介護老人福祉施設等で一般的に算定されているものについて、誤解されやすい事例を明らかにするなど、わかりやすい方法で周知を行うことになりました。

- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできません。
- 一方で、配置医師以外の医師(外部医師)については、(1)緊急の場合、(2)配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料」、「往診料」等を算定できます。また、(3)末期の悪性腫瘍の場合、(4)在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限っては、「在宅患者訪問診療料」等も算定できます。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正)で規定しています。

4-6 介護老人福祉施設等における給付調整の わかりやすい周知 2/2

介福

地密介福

介護保険で評価

健康管理・療養上の指導

初診・再診料等については診療報酬はできない

- ・投薬・注射、検査、処置など、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」で診療報酬の算定ができないとされているもの以外の医療行為の場合

配置医師

医療保険で評価

「初・再診料」、「往診料」等を算定できる

- ・緊急の場合
- ・配置医の専門外で特に診療を必要とする場合

- ・末期の悪性腫瘍の場合
- ・看取りの場合
(在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。)

「在宅患者訪問診療料」等も算定できる

外部医師

4-7 介護老人福祉施設等における透析が必要な者に対する送迎の評価

介福

地密介福

透析が必要な者の受入に係る負担を軽減する観点から、定期的かつ継続的に透析を必要とする入所者であって、家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事由がある者について、施設職員が月12回以上の送迎を行った場合、新たな加算＜特別通院送迎加算594単位/月(新設)＞が設けられました。

＜算定要件＞

透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合(新設)

※透析以外の目的による通院送迎は当該加算の算定のための回数に含めてはいけない。

＜単位数＞

〈現行〉

なし



〈改定後〉

特別通院送迎加算 594単位/月(新設)

4-8 所定疾患施設療養費の見直し

介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、対象に慢性心不全が増悪した場合が追加されました。

<算定要件>

肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、**慢性心不全の増悪**のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に所定単位数を算定する。

<所定疾患施設療養費(Ⅰ)> 239単位/日(変更なし)

- (1) 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
- (2) 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。

<所定疾患施設療養費(Ⅱ)> 480単位/日(変更なし)

- (1) 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、処置等の内容等を診療録に記載していること。
- (2) 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。
- (3) 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研修を受講していること。

4-9 協力医療機関との連携体制の構築 A

介福

地密介福

老健

医療院

介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しが行われました。

(1)

以下の要件を満たす協力医療機関(③については病院に限る。)を定めることを義務付ける(複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。)。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

(2)

1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならない。

(3)

医療機関等に入院入所者が協力した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めること。

4-9 協力医療機関との連携体制の構築 B

特定施設

GH

高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しが行われました。

(1) 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めること。	(2)	(3)
① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。	1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこと。	利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めること。

4-10 協力医療機関との定期的な会議の実施

介福

地密介福

老健

医療院

特定施設

GH

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者(以下「入所者等」という。)の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算が創設されました。

また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の原病歴等の情報共有を行うよう見直しが行われました。

(算定要件)

協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。(新設)

★協力医療機関の要件

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

〈現行〉 なし	▶ 〈改定後〉 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1) 上記①～③の要件を満たす場合 (2) それ以外の場合	介福	地密介福	老健	医療院	100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～)(新設) 5単位/月(新設)
〈現行〉 医療機関連携加算 80単位/月	▶ 〈改定後〉 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1) 上記の①、②の要件を満たす場合 (2) それ以外の場合	特定施設	100単位/月(変更) 40単位/月(変更)	〈現行〉 なし	▶ 〈改定後〉 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1) 上記の①、②の要件を満たす場合 (2) それ以外の場合	GH 100単位/月(新設) 40単位/月(新設)

4-1-1 入院時等の医療機関への情報提供 A

老健

医療院

第4章

介護老人保健施設及び介護医療院について、入所者の入院時に、施設等が把握している生活状況等の情報提供を更に促進する観点から、退所時情報提供加算について、入所者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点や認知機能等にかかる情報を提供した場合について、新たに評価する区分が設けられました。

また、入所者が居宅に退所した際に、退所後の主治医に診療情報を情報提供することを評価する現行相当の加算区分についても、医療機関への退所の場合と同様に、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことが算定要件に加えられました。

算定要件

【老健、医療院】 <退所時情報提供加算（Ⅰ）> 入所者が居宅へ退所した場合（変更）

○ 居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

【老健、医療院】 <退所時情報提供加算（Ⅱ）> 入所者等が医療機関へ退所した場合（新設）

○ 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

<現行>

退所時情報提供加算 500単位/回



<改定後>

- ・ 退所時情報提供加算（Ⅰ） 500単位/回
- ・ 退所時情報提供加算（Ⅱ） 250単位/回（新設）

4-1-1 入院時等の医療機関への情報提供 B

介福

地密介福

特定施設

GH

介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護について、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算が創設されました。

算定要件

【特定施設、GH、介福、地密介福】 <退所時情報提供加算、退居時情報提供加算> (新設)

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

<現行>

なし



<改定後>

- ・退所時情報提供加算 250単位/回 介福 地密介福 (新設)
- ・退居時情報提供加算 250単位/回 特定施設 GH (新設)

4-12 介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方法の定期的な見直し

介福

地密介福

介護老人福祉施設等における入所者への医療提供体制を確保する観点から、介護老人福祉施設等があらかじめ定める緊急時等における対応方法について、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることとし、また、1年に1回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならないこととなりました。

<現行>

指定介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変が生じた場合のため、あらかじめ、配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。



<改定後>

- 指定介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、配置医師及び協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。
- 指定介護老人福祉施設は、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならない。

4-13 介護老人保健施設における医療機関からの患者受入れの促進

入院による要介護者のADLの低下等を防ぐ観点から、特に急性期の医療機関から介護老人保健施設への受入れを促進するため、介護老人保健施設における初期加算について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報の定期的な情報共有等を行うとともに、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について評価する区分が新たに設けられました。

<現行>

- ・ 初期加算30単位/日



<改定後>

- ・ 初期加算(Ⅰ) 60単位/日(新設)
- ・ 初期加算(Ⅱ) 30単位/日

<初期加算(Ⅰ)>

- ・ 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、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。
- ・ 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情報を共有していること。
- ・ 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医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。

<初期加算(Ⅱ)>

- ・ 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。

4-14 短期入所生活介護における看取り対応体制の強化

短期入所生活介護について、看取り期の利用者に対するサービス提供体制の強化を図る観点から、レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合に評価する新たな加算＜看取り連携体制加算64単位/日＞※が設けられました。 ※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度

＜算定要件＞

(1) 次のいずれかに該当すること。(新設)

- ① 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ 若しくはロ を算定していること。
- ② 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ 若しくはロを 算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。

(2) 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

4-15 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し

介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日以前31日以上45日以下の区分の評価を見直し、死亡日の前日及び前々日並びに死亡日の区分への重点化を図ることになりました。

<現行>

- ・ 死亡日45日前～31日前 80単位/日
- ・ 死亡日30日前～4日前 160単位/日
- ・ 死亡日前々日、前日 820単位/日
- ・ 死亡日 1,650単位/日



<改定後>

- ・ 死亡日45日前～31日前 72単位/日(変更)
- ・ 変更なし
- ・ 死亡日前々日、前日 910単位/日(変更)
- ・ 死亡日 1,900単位/日(変更)

<算定要件> 現行通り

以下のいずれにも適合している入所者であること。(現行通り)

- ① 医師が一般的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者であること。
- ② 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること(※)。
- ③ 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

※1 「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」等の内容に沿った取組を行うこと。

※2 計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

4-16 介護医療院における看取りへの対応の充実

本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、介護医療院の基本報酬の算定要件及び施設サービス計画の作成において、本人の意思を尊重した上で、原則入所者全員に対して「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」に沿った取組を行うことを求めることとなりました。

算定要件等

厚生労働大臣が定める施設基準 ※Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）の場合

<現行>

六十八 介護医療院サービスの施設基準

イ Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a～h (略)

i 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が百分の十以上であること。

i 医師が一般的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者であること。

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

iii 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

iv ii及びiiiについて、入所者本人及びその家族等と話し合いを行い、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

<改定後>

六十八 介護医療院サービスの施設基準

イ Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a～h (略)

i 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が百分の十以上であること。

i 医師が一般的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者であること。

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

iii 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

(削る)

j 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応していること。

4-17 高齢者施設等における感染症対応力の向上

高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、医療機関(協定締結医療機関)との連携体制を構築することや医療機関等が主催する感染対策に関する研修に参加すること等を評価する新たな加算 **<高齢者施設等感染対策向上加算>** が設けられました。

<高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)> 10単位/月(新設)

- ・感染症法第6条第17 項に規定する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。
- ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症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。
- ・診療報酬における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又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

<高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)> 5単位/月(新設)

診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、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こと。

4-18 施設内療養を行う高齢者施設等への対応

介福

地密介福

老健

医療院

特定施設

GH

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を施設内で療養を行うことを新たに評価する **<新興感染症等施設療養費240単位/日>** が設けられました。

新興感染症等施設療養費 240単位/日(新設)

入所者等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等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護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。

対象の感染症については、今後のパンデミック発生時に必要に応じて指定します。
現時点において指定されている感染症はありません。

4-19 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

介福

地密介福

老健

医療院

特定施設

GH

施設系サービス及び居住系サービスについて、利用者及び入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染者の診療等を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めるよう努めることになりました。

また、協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うことが義務づけられました。

4-20 「書面掲示」規制の見直し

①重要事項

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

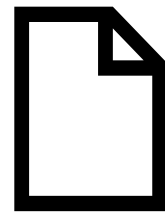
短療

介護サービス事業者は、事業所の運営規程の概要等の重要事項※について、事業所内での「書面掲示」等に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載しなければなりません。

重要事項のウェブサイトへの掲載は令和7年4月1日から義務化されます。

※重要事項とは、運営規程の概要、従業員の勤務体制その他利用申込者のサービス選択に資すると認められる事項を言います。

介護サービス事業者のホームページ等や
介護サービス情報公表システム



書面掲示



ウェブサイト

4-20 「書面掲示」規制の見直し

②苦情処理

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

苦情相談窓口の連絡先、処理体制、手順等をサービスの内容を説明する文書に記載することに加え、事業所内に掲示し、原則としてウェブサイトに掲載しなければなりません。

苦情相談窓口等のウェブサイトへの掲載は令和7年4月1日から義務化されます。

介護サービス事業者のホームページ等や
介護サービス情報公表システム



掲示



ウェブサイト

4-21 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定を求める観点から、以下の2点を満たしていない場合は所定単位数の100分の3(短生短療は100分の1)に相当する単位数を減算します。

①業務継続計画策定

- ・ 感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画(BCP)を策定している。

令和7年3月31日までは適用しません。

②必要な措置

- ・ 作成した業務継続計画(BCP)に従い必要な措置を講ずる。

参考

作成	表題	リンク
八王子市	BCP(業務継続計画について)	https://www.city.hachioji.tokyo.jp/jigyosha/011/003/002/p031351.html
厚生労働省	介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)作成支援に関する研修	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kai/go/kaigo_koureisha/douga_00002.html

4-22 高齢者虐待防止の推進

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じることが義務付けられました。

以下の4点を満たしていない場合は

所定単位数の**100分の1に相当する単位数を減算**します。

①委員会開催と周知

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業者に周知徹底すること。

②指針整備

- ・虐待防止のための指針の整備

③定期的な研修

- ・従業者に対し、虐待防止のための研修の定期的(年2回
(**短生** **短療** は年1回)以上)な実施

④担当者の設置

- ・①～③の措置を適切に実施するための担当者の配置

虐待防止のための委員会は、他の会議体と一体的に設置・運営することや、他のサービス事業者との連携により行うことも可能です。

テレビ電話等を利用して行うことも可能です。
詳しくは参考をクリック。

4-23 身体的拘束等の適正化

短生

短療

身体的拘束等の更なる適正化を図るために、以下の措置を講じることが義務付けられました。

(1) 委員会の開催等

- 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。

(2) 指針の整備

- 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

(3) 研修の定期的な実施

- 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的(2回以上・新規採用は必ず)に実施すること。

令和7年3月31日までは
努力義務

措置を講じていないと、『身体拘束廃止未実施減算』として、所定単位数の100分の1を減算することになります。

4-24 平時からの認知症の行動・心理症状の予防、 早期対応の推進

介福

地密介福

老健

医療院

GH

認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算＜認知症チームケア推進加算＞が設けられました。

＜認知症チームケア推進加算(Ⅰ)＞

150単位/月(新設)

- 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の占める割合が2分の1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た者を1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。

＜認知症チームケア推進加算(Ⅱ)＞

120単位/月(新設)

- ① (Ⅰ)の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1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。

4-25 介護老人保健施設における 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

認知症を有する入所者の居宅における生活環境に対応したサービス提供を推進する観点から、現行の認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、当該入所者の居宅を訪問し生活環境を把握することを評価する新たな区分が設けられました。

<現行>

認知症短期集中リハビリテーション実施加算
240単位/日

※1週に3日を限度として算定。算定期間は入所後3月以内。

<改定後>

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 240単位/日(新設)
- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 120単位/日(変更)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(新設)

- ・ 次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。
 - ① リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
 - ② リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。
 - ③ 入所者が退所後生活する居宅又は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たリハビリテーション計画を作成していること。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) (現行と同じ)

左記(Ⅰ)の①及び②に該当するものであること。

4-26 介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、 口腔、栄養の一体的取組の推進 1/2

介福

地密介福

老健

医療院

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設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、介護医療院における理学療法、作業療法及び言語聴覚療法並びに介護老人福祉施設における個別機能訓練加算(Ⅱ)について、要件を満たす場合について評価する**新たな区分が設けられました。**

<現行>

介福

地密介福

個別機能訓練加算(Ⅰ) 12単位/日
個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月



<改定後>

個別機能訓練加算(Ⅰ) 12単位/日(変更なし)
個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月(変更なし)
個別機能訓練加算(Ⅲ) 20単位/月(新設)

※加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)は併算定不可

算定要件等

<個別機能訓練加算(Ⅲ)>(新設)

- (1) 個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定していること。
- (2) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
- (3) 入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練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していること。
- (4) 共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。

4-26 介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、 口腔、栄養の一体的取組の推進 2/2

介福

地密介福

老健

医療院

老健

<現行>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算
33単位/月

<現行>

理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4
33単位/月

<改定後>

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/月(新設)
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/月
※加算(Ⅰ)、(Ⅱ)は併算定不可

<改定後>

理学療法注6、作業療法注6、言語聴覚療法注4 33単位/月
理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5 20単位/月(新設)
※加算(Ⅰ)、(Ⅱ)は併算定可

算定要件等

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(新設)

理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5(新設)

(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。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、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。

※上記は介護老人保健施設の場合。介護医療院については、理学療法 注6、作業療法 注6又は言語聴覚療法 注4を算定していること。

(2)口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

(3)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が、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。

(4)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、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。

医療院

4-27 リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理 に係る一体的計画書の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

概要

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進する観点から、リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書について、記載項目を整理するとともに、他の様式におけるLIFE提出項目を踏まえた様式に見直しがされました。

様式等については、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（令和6年3月15日 老高発0315第2号・老認発0315第2号・老老発0315第2号、介護保険最新情報Vol. 1217）を参照してください。

厚生労働省 介護保険最新情報の掲載一覧

<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf>

4-28 介護老人保健施設における 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション実施計画を見直し及びLIFEを用いてそのデータを提出し、それを活用していることについての取組を評価する新たな区分が設けられました。

<現行>

短期集中リハビリテーション実施加算
240単位/日

※算定期間は入所後3月以内



<改定後>

短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 258単位/日(新設)

短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 200単位/日(変更)

<短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)> (新設)

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こと。

<短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)> (現行と同じ)

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ていること。

4-29 短期入所系サービスにおける 口腔管理に係る連携の強化

短生

短療

短期入所生活介護、短期入所療養介護において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算が設けられました。

<現行>

なし



<改定後>

口腔連携強化加算 50単位/回(新設)
※1月に1回に限り算定可能

算定要件等

- (1)事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。(新設)
- (2)事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

4－30 特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化

特定施設

全ての特定施設入居者生活介護において口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、入居者の状態に応じた適切な口腔衛生管理を求める観点から、特定施設入居者生活介護等における口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして行うこととされました。その際、3年間の経過措置期間を設けることとされています。

<現行>

口腔衛生管理体制加算 30単位/月



<改定後>

廃止

運営基準

「利用者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。」ことが規定されました。

※ 令和9年4月1日より義務化(令和9年3月31日まで努力義務)

4－31 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

介福

地密介福

老健

医療院

介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者を利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価について、3年間の経過措置期間（令和6年3月31日まで努力義務）が満了し、令和6年4月1日より義務化されました。

算定要件等

- (1) 当該施設の従業者又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者毎に施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。
- (2) 技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士においては、当該施設との連携について、実施事項等を文書等で行うこと。

4－32 退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

介福

地密介福

老健

医療院

介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算が設けられました。

<現行>

なし



<改定後>

退所時栄養情報連携加算 70単位/回(新設)

算定要件等

対象者

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。

※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き提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査（単なる流動食及び軟食を除く。）

主な算定要件

管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

4-33 再入所時栄養連携加算の対象の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

再入所時栄養連携加算について、栄養管理を必要とする利用者に切れ目なくサービスを提供する観点から、医療機関から介護保険施設への再入所者であって特別食等を提供する必要がある利用者が算定対象に加えられました。

<現行>

二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なる者。



<改定後>

厚生労働大臣が定める特別食※ 等を必要とする者。

特別食※

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き提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

4－34 ユニットケア施設管理者研修の努力義務化

介福

地密介福

老健

医療院

短生

短療

ユニットケアの質の向上のための体制を確保する観点から、ユニット型施設の管理者は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めなければならないことになりました。

4－35 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進

○ 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しが行われました。その際、6月の経過措置期間を設けることとされました。

ア 入所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。

イ 退所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。

ウ 支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する。

○ また、基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごとに適切な水準に見直しが行われました。

算定要件等 ※下線部が見直し箇所

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒ <u>35%以上 10</u>	10%以上 5 ⇒ <u>15%以上 5</u>	10%未満 0 ⇒ <u>15%未満 0</u>
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒ <u>35%以上 10</u>	10%以上 5 ⇒ <u>15%以上 5</u>	10%未満 0 ⇒ <u>15%未満 0</u>
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス（訪問リハビリテーションを含む） 3	2サービス 1 0、1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上（PT, OT, STいずれも配置） 5	5以上 3	3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 ⇒ <u>3以上（社会福祉士の配置あり） 5</u>	（設定なし） ⇒ <u>3以上（社会福祉士の配置なし） 3</u>	2以上 3 ⇒ <u>2以上 1</u> 2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

4－36 かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分が設けられました。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の区分が高く評価されます。
- また、新たに以下の要件が設けられました。
 - ア 処方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し、処方変更に伴う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、必要に応じて総合的に評価を行うこと。
 - イ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること。
 - ウ 入所者やその家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明や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。

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回

※ 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加算



<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） **イ 140単位/回（変更）**
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） □ 70単位/回（新設）
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回

※ 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加算

4－37 科学的介護推進体制加算の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、以下の見直しが行われました。

ア 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。

イ LIFEへのデータ提出頻度について、少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す。

ウ 初回のデータ提出時期について、他のLIFE関連加算と揃えることを可能とする。

<算定要件等>

○ LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。

○ その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

<入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>

・入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する

・同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

4-38 自立支援促進加算の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、以下の見直しが行われました。

ア 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施

イ LIFE への初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする

ウ 医師の医学的評価を少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す

エ 本加算に沿った取組に対する評価を持続的に行うため、事務負担の軽減を行いつつ評価の適正化を行う

<現行>

自立支援促進加算 300単位/月



<改定後>

自立支援促進加算 280単位/月（変更）
（介護老人保健施設は300単位/月）

4－39 アウトカム評価の充実のための ADL維持等加算の見直し

介福

地密介福

特定施設

ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点から、ADL維持等加算（Ⅱ）におけるADL利得の要件について、「2以上」を「3以上」と見直されました。また、ADL利得の計算方法の簡素化が行われました。

<算定要件等>

< ADL維持等加算（Ⅰ） >

○ 以下の要件を満たすこと

- イ 利用者等（当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。
- ロ 利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済ADL利得）について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。

< ADL維持等加算（Ⅱ） >

- ADL維持等加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。

<ADL維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）について>

- 初回の要介護認定があった月から起算して12月以内である者の場合や他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者の場合のADL維持等加算利得の計算方法を簡素化。

4-40 アウトカム評価の充実のための 排せつ支援加算の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

排せつ支援加算について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しが行われました。

- ア 排せつ状態の改善等についての評価に加え、尿道カテーテルの抜去についても新たに評価を行う。
- イ 医師又は医師と連携した看護師による評価を少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す。
- ウ 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。
- エ 初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。

<算定要件等>

- LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

<入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>

- ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
- ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

<排せつ支援加算（Ⅰ）>

- 以下の要件を満たすこと。

- イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、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等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。
- ロ イの評価の結果、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者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、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、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、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

<排せつ支援加算（Ⅱ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、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者について、
 - ・ 施設入所時等と比較して、排尿・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。
 - ・ 評価の結果、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。
 - ・ 又は施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。

<排せつ支援加算（Ⅲ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、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者について、
 - ・ 施設入所時等と比較して、排尿・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。
 - ・ かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

4-41 アウトカム評価の充実のための 褥瘡マネジメント加算等の見直し

介福

地密介福

老健

医療院

褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しが行われました。

- ア 施設入所時又は利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについても評価を行う。
- イ 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。
- ウ 初回のデータ提出時期について、他のLIFE 関連加算と揃えることを可能とする。

<算定要件等>

○ LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

<入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>

- ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
- ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

以下の要件を満たすこと。

- イ 入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。
- ロ イの確認及び評価の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していること。
- ハ イの確認の結果、褥瘡が認められ、又はイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、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。
- ニ 入所者又は利用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又は利用者の状態について定期的に記録していること。
- ホ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>

褥瘡マネジメント加算

（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

<褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>

褥瘡対策指導管理（Ⅰ）

に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は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。

4-4-2 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付けることになりました。その際、3年間の経過措置期間を設けます。（令和9年4月1日より義務化）

参考

厚生労働省 介護保険最新情報Vol.1218

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等の提示について
（令和6年3月15日老高発0315第4号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001227729.pdf>

厚生労働省

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会のポイント・事例集

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001258094.pdf>

4-43 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進 1/2

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する新たな加算を設けます。

加えて、上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていることを評価する区分を設けます。

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100単位/月（新設）

- ・（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果（※1）が確認されていること。
 - ・見守り機器等のテクノロジー（※2）を複数導入していること。
 - ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
 - ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。
- ・注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、（Ⅱ）のデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、（Ⅱ）の加算を取得せず、（Ⅰ）の加算を取得することも可能である。

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

10単位/月（新設）

- ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。

4-43 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進 2/2

介福

地密介福

老健

医療院

GH

特定施設

短生

短療

(※1) 業務改善の取組による効果を示すデータ等について

- (I) において提供を求めるデータは、以下の項目とする。
 - ① 利用者のQOL等の変化(WHO-5等)
 - ② 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化
 - ③ 年次有給休暇の取得状況の変化
 - ④ 心理的負担等の変化(SRS-18等)
 - ⑤ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)
- (II) において求めるデータは、(I)で求めるデータのうち、①から③の項目とする。
- (I) における業務改善の取組による成果が確認されていることは、ケアの質が確保(①が維持又は向上)された上で、職員の業務負担の軽減(②が短縮、③が維持又は向上)が確認されることをいう。

(※2) 見守り機器等のテクノロジーの要件

- 見守り機器等のテクノロジーとは、以下の①から③に掲げる機器をいう。
 - ① 見守り機器
 - ② インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器
 - ③ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)
- 見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくとも①から③までに掲げる機器は全て使用することであり、その際、①の機器は全ての居室に設置し、②の機器は全ての介護職員が使用すること。なお、①の機器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。

4-4-4 生産性向上に先進的に取り組む特定施設における 人員配置基準の特例的な柔軟化 1/2

特定施設

テクノロジーの活用等により介護サービスの質の向上及び職員の負担軽減を推進する観点から、令和4年度及び令和5年度に実施された介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業の結果等も踏まえ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、生産性向上の取組に当たって必要な安全対策について検討した上で、見守り機器等のテクノロジーの複数活用 及び職員間の適切な役割分担の取組等により、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていると認められる特定施設について、見直しが行われました。

<現行>

利用者：介護職員（＋看護職員）
3 : 1
(要支援の場合は10)



<改定後> (特例的な基準の新設)

利用者：介護職員（＋看護職員）
3 : 0.9
(要支援の場合は10)

<要件>

- 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において必要な安全対策について検討等していること
- 見守り機器等のテクノロジーを複数活用していること
- 職員間の適切な役割分担の取組等をしていること
- 上記取組により介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることがデータにより確認されること

※安全対策の具体的要件

- ①職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ②緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ④職員に対する必要な教育の実施
- ⑤訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

4-4-4 生産性向上に先進的に取り組む特定施設における 人員配置基準の特例的な柔軟化 2/2

特定施設

○ 人員配置基準の特例的な柔軟化の申請に当たっては、テクノロジーの活用や職員間の適切な役割分担の取組等の開始後、これらを少なくとも3か月以上試行し（試行期間中においては通常的人员配置基準を遵守すること）、現場職員の意見が適切に反映できるよう、実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において安全対策や介護サービスの質の確保、職員の負担軽減が行われていることをデータ等で確認するとともに、当該データを指定権者に提出することとする。

注：本基準の適用に当たっては、試行を行った結果として指定権者に届け出た人員配置を限度として運用することとする。

○ 介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることの確認については、試行前後を比較することにより、以下の事項が確認される必要があるものとする。

- i 介護職員の総業務時間に占める利用者のケアに当てる時間の割合が増加していること
- ii 利用者の満足度等に係る指標（※1）において、本取組による悪化が見られないこと
- iii 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間が短縮していること
- iv 介護職員の心理的負担等に係る指標（※2）において、本取組による悪化が見られないこと

※1 WHO-5等

※2 SRS-18等

○ 柔軟化された人員配置基準の適用後、一定期間ごとに、上記 i～iv の事項について、指定権者に状況の報告を行うものとする。また、届け出た人員配置より少ない人員配置を行う場合には、改めて試行を行い、必要な届出をするものとする。なお、過去一定の期間の間に行政指導等を受けている場合は、当該指導等に係る事項について改善している旨を指定権者に届け出ることとする。

4-45 介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の 夜間における人員配置基準の緩和

老健

短療

令和3年度介護報酬改定における介護老人福祉施設等に係る見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和と同様に、介護老人保健施設（ユニット型を除く。）及び短期入所療養介護の夜間の配置基準について、1日あたりの配置人員数を現行2人以上としているところ、要件を満たす場合は1.6人以上とする見直しを行いました。

<現行>

配置人員数2人以上

利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上



<改定後>

配置人員数1.6人以上

利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上

<要件>

- 全ての利用者に見守りセンサーを導入していること
- 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- 安全体制を確保していること（※）

※安全体制の確保の具体的要件

- ①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

4-46 認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の見直し

GH

令和3年度介護報酬改定における介護老人福祉施設等に係る見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直しと同様に、認知症対応型共同生活介護の夜間支援体制加算について、認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の人員配置要件について、現行の算定要件に加え、要件を満たし、夜勤を行う介護従業者が最低基準を0.9人以上上回っている場合にも算定を可能とする見直しが行われました。

<現行>

- 事業所ごとに常勤換算方法で1人以上の夜勤職員又は宿直職員を加配すること。

<改定後>

- 事業所ごとに常勤換算方法で0.9人以上の夜勤職員を加配すること。
- 見守り機器の利用者に対する導入割合10%
- 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

単位数<現行>

- 夜間支援体制加算(Ⅰ) 50単位/日(共同生活住居の数が1の場合)
- 夜間支援体制加算(Ⅱ) 25単位/日(共同生活住居の数が2以上の場合)

単位数<改定後>

変更なし

<要件>

- 全ての開所日において夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていること。
- 宿直職員は事業所内での宿直が必要。
- 併設事業所と同時並行的に宿直勤務を行う場合には算定対象外。(それぞれに宿直職員が必要)

4-47 ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化

介福

地密介福

老健

医療院

短生

短療

ユニット型施設において、引き続き入居者等との「馴染みの関係」を維持しつつ、柔軟なサービス提供により、より良いケアを提供する観点から、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、必要に応じてユニット間の勤務が可能であることが明確にされました。

4-48 短期入所生活介護における長期利用の適正化

短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用について、長期利用の適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、施設入所と同等の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図りました。

短期入所生活介護

長期利用について、介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数とする。（併設型は、すでに長期利用者に対する減算によって介護福祉施設サービス費以下の単位数となっていることから、さらなる単位数の減は行わない。）

（要介護3の場合）	単独型	併設型	単独型 ユニット型	併設型 ユニット型
基本報酬	787単位	745単位	891単位	847単位
長期利用者減算適用後 （31日～60日）	757単位	715単位	861単位	817単位
長期利用の適正化 （61日以降）（新設）	732単位	715単位	815単位	815単位
（参考）介護老人福祉施設	732単位		815単位	

介護予防短期入所生活介護 （新設）

<改定後>

要支援1（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について
（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の75%に相当する単位数を算定する。
要支援2（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について
（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の93%に相当する単位数を算定する。

算定要件

- 短期入所生活介護連続して60日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している利用者
- 介護予防短期入所生活介護連続して30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所している利用者

4-49 認知症情報提供加算の廃止

老健

認知症情報提供加算は、算定実績等を踏まえ、廃止されました。

【告示改正】

<現行>

認知症情報提供加算 350単位/回



<改定後>

廃止

4-50 地域連携診療計画情報提供加算の廃止

老健

地域連携診療計画情報提供加算は、算定実績等を踏まえ、廃止されました。【告示改正】

<現行>

地域連携診療計画情報提供加算 300単位/回



<改定後>

廃止

4-51 長期療養生活移行加算の廃止

長期療養生活移行加算は、介護療養型医療施設が令和5年度末に廃止となることを踏まえ、廃止されました。【告示改正】

<現行>

長期療養生活移行加算 60単位/日



<改定後>

廃止