

令和7年度 介護サービス事業者説明会（集団指導）
「介護老人保健施設」

介護報酬の算定上の留意点について

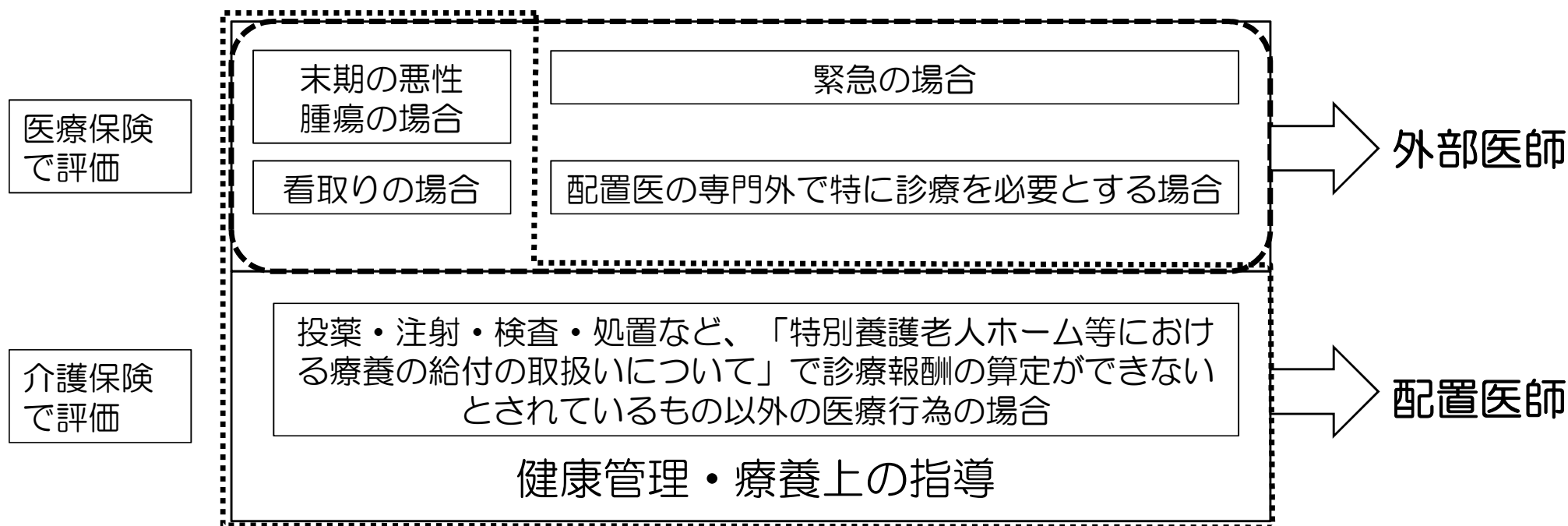
高崎市 福祉部介護保険課

1.医療と介護の給付調整

給付調整のイメージ

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
手術・放射線治療 急性憎悪時の医療等	医療保険 で給付		
特殊な検査 簡単な画像検査			
投薬・注射 検査・処置		介護保険 で給付	
医学的指導管理			

給付調整のイメージ



2. 加算・減算

高齢者虐待防止措置未実施減算（新設）

単位数

所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

算定要件

○ 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合（新設）

- ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に行うとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ・ 虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に行うこと。
- ・ 上記措置を適切に行うための担当者を置くこと。

業務継続計画未実施減算（新設）

単位数

→所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

算定要件

以下の基準に適合していない場合

- ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること
- ・ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること

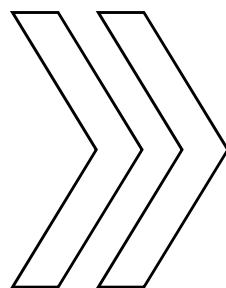
退所時栄養情報連携加算（新設）

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。

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

・退所時栄養情報連携加算

→70単位/回（新設）

退所時栄養情報連携加算（新設）

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。

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

○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。

※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、脾臓病食、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。）

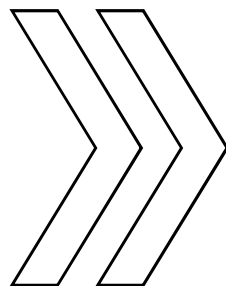
協力医療機関連携加算（新設）

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、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算。

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

- ・ 協力医療機関連携加算（新設）

協力医療機関が

(1) 次項①～③の要件を満たす場合

→100単位/月(令和6年度)

→50単位/月(令和7年度～)

(2) それ以外の場合

→5単位/月

協力医療機関連携加算（新設）

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、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行うことを評価する新たな加算。

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。

算定要件等

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行っていること。

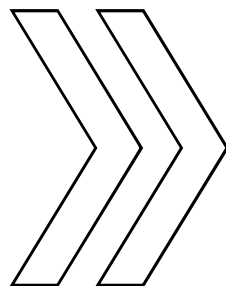
認知症チームケア推進加算（新設）

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設けた新たな加算。

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

- 認知症チームケア推進加算

→（Ⅰ）150単位/月（新設）

→（Ⅱ）120単位/月（新設）

認知症チームケア推進加算（新設）

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設けた新たな加算。

算定要件等

＜認知症チームケア推進加算（Ⅰ）＞

（１）施設における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（新設）

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設けた新たな加算。

算定要件等

＜認知症チームケア推進加算（Ⅱ）＞

（Ⅰ）の（１）、（３）及び（４）に掲げる基準に適合すること。

・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。

排せつ支援加算（変更）

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、以下の見直しを行った。

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。

排せつ支援加算（変更）

○ 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（変更）

＜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。
- ・又は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
- ・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。
- ・かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

自立支援促進加算（変更）

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、以下の見直しを行った。

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。

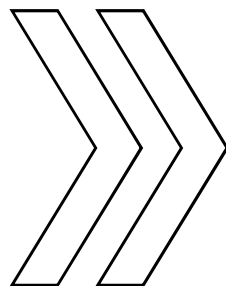
ウ：医師の医学的評価を少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す。

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。

単位数

〈改定前〉

- ・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

自立支援促進加算（変更）

算定要件

○ 医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、少なくとも「3月に1回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。

○ 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。

科学的介護推進体制加算（変更）

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、以下の見直しを行った。

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

○ 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」に見直した。

○ その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

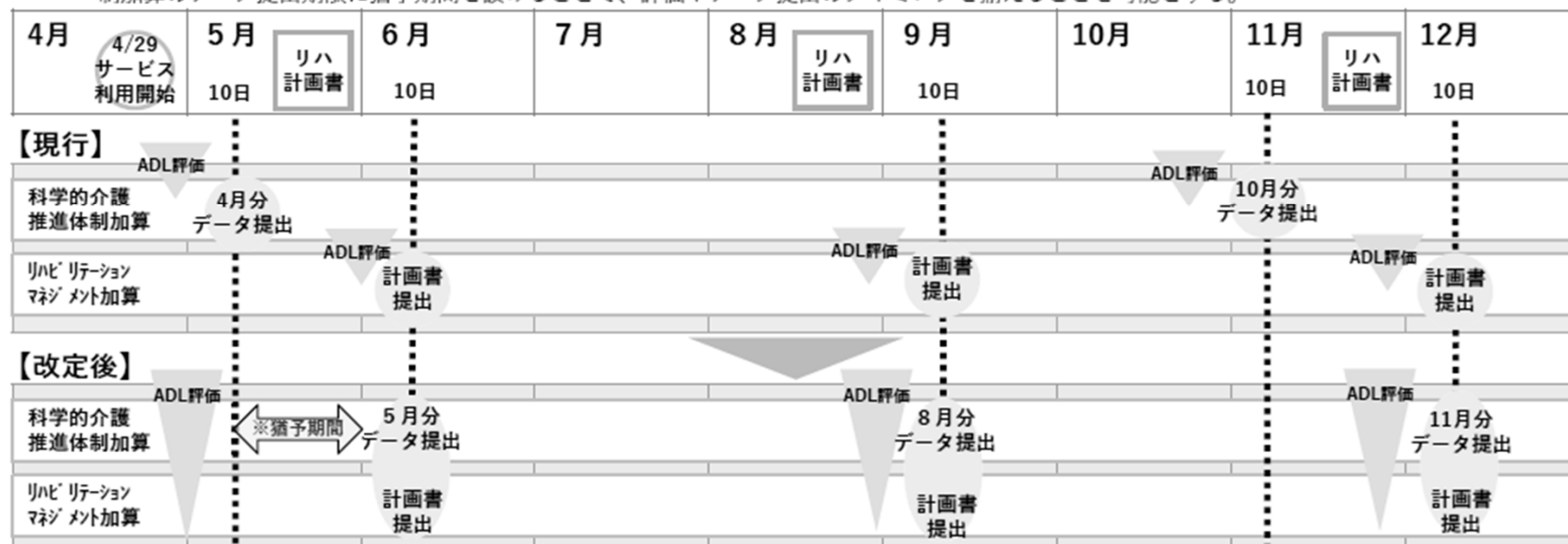
＜入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し＞

- ・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

科学的介護推進体制加算（変更）

例：同一の利用者に科学的介護推進体制加算及びリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合

- ・ 現在、科学的介護推進体制加算はサービス利用開始月とその後少なくとも6月に1度評価を行い、翌月の10日までにデータを提出することとなっており、リハビリテーションマネジメント加算はリハビリテーション計画書策定月、及び計画変更月に加え、少なくとも3月に1度評価を行いデータを提出することとなっている。いずれの加算にもADLを含め同じ評価項目が含まれている。
- ・ これらの加算の提出タイミングを少なくとも3月に1度と統一するとともに、例えば、月末にサービスを開始した場合に、科学的介護推進体制加算のデータ提出期限に猶予期間を設けることで、評価やデータ提出のタイミングを揃えることを可能とする。



（※）一定の条件の下で、サービス利用開始翌月までにデータ提出することとしても差し支えない。ただし、その場合は利用開始月は該当の加算は算定できないこととする。

出典：厚生労働省

高齢者施設等感染対策向上加算（新設）

○ 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、以下を評価する新たな加算。

ア：新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。

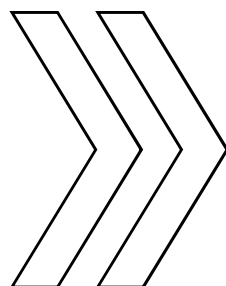
イ：上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。※ 新型コロナウイルス感染症を含む。

ウ：感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること。

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

- 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）
→ 10単位/月（新設）
- 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）
→ 5単位/月（新設）

高齢者施設等感染対策向上加算（新設）

算定要件

< 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） >

○ 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） >

○ 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。

新興感染症等施設療養費（新設）

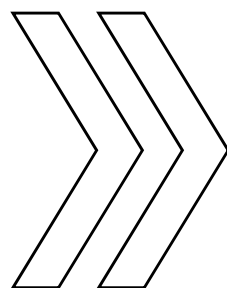
○ 新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養を行うことを新たに評価する。

○ 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する仕組みとする。※現時点(令和7年10月1日時点)で厚生労働省が指定する新興感染症は存在しないため、算定不可。

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

・ 新興感染症等施設療養費

→240単位/日（新設）

生産性向上推進体制加算（新設）

○ 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。

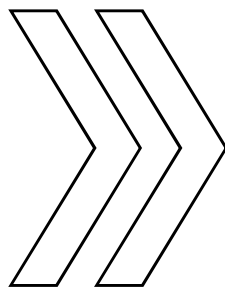
○ 加えて、上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていることを評価する区分を設ける。

生産性向上推進体制加算（新設）

単位数

〈改定前〉

なし



〈改定後〉

- 生産性向上推進体制加算
（Ⅰ）
→ 100単位/月（新設）
- 生産性向上推進体制加算
（Ⅱ）
→ 10単位/月（新設）

生産性向上推進体制加算（新設）

算定要件

【生産性向上推進体制加算（Ⅰ）】

- （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）】

- 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。

生産性向上推進体制加算（新設）

（※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。

ア：利用者のＱＯＬ等の変化（ＷＨＯ-５等）

イ：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

ウ：年次有給休暇の取得状況の変化

エ：心理的負担等の変化（ＳＲＳ-１８等）

オ：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、アからウの項目とする。

○（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とは、ケアの質が確保（アが維持又は向上）された上で、職員の業務負担の軽減（イが短縮、ウが維持又は向上）が確認されることをいう。

生産性向上推進体制加算（新設）

（※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、以下のアからウに掲げる機器をいう。

ア：見守り機器

イ：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

ウ：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、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は全ての介護職員が使用すること。なお、ア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。

退所時情報提供加算（変更）

算定要件

<退所時情報提供加算（Ⅰ）>

○ 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。

<退居時情報提供加算（Ⅱ）>

○ 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。

再入所時栄養連携加算（変更）

○ 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を算定対象に加えた。

算定要件

〈改定前〉

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。

※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。）

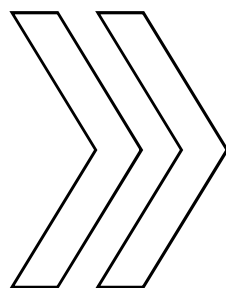
初期加算（変更）

○ 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を新たに設けた。

単位数

〈改定前〉

- ・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（変更）

<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。

認知症短期集中リハビリテーション 実施加算（変更）

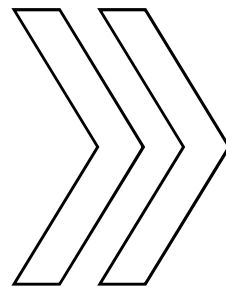
○ 認知症を有する入所者の居宅における生活環境に対応したサービス提供を推進する観点から、認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、当該入所者の居宅を訪問し生活環境を把握することを評価する新たな区分を設けた。

単位数

〈改定前〉

・認知症短期集中リハビリ
テーション実施加算

→240単位/日



〈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（変更）

算定要件

＜認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）＞

○ 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り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）＞

○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の（１）及び（２）に該当するものであること。

ターミナルケア加算（変更）

○ 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った。

単位数

〈改定前〉

・死亡日45日前～31日前

→80単位/日

・死亡日30日前～4日前

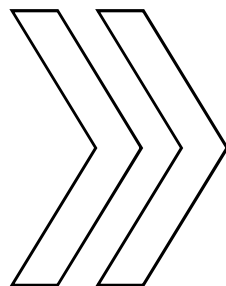
→160単位/日

・死亡日前々日、前日

→820単位/日

・死亡日

→1,650単位/日



〈改定後〉療養型老健以外

・死亡日45日前～31日前

→72単位/日（変更）

・死亡日30日前～4日前

→160単位/日

・死亡日前々日、前日 →910単位/日（変更）

・死亡日 →1,900単位/日（変更）

ターミナルケア加算（変更）

算定要件

○ 以下のいずれにも適合している入所者であること。

- 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。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（変更）

○ 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、以下の見直しを行った。その際、6月の経過措置期間を設けることとした。

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を行うこととした。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（変更）

算定要件 ※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 ⇒ 35%以上 10	10%以上 5 ⇒ 15%以上 5	10%未満 0 ⇒ 15%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒ 35%以上 10	10%以上 5 ⇒ 15%以上 5	10%未満 0 ⇒ 15%未満 0	
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 ⇒ 3 以上（社会福祉士の配置あり） 5	（設定なし） ⇒ 3 以上（社会福祉士の配置なし） 3	2 以上 3 ⇒ 2 以上 1	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	

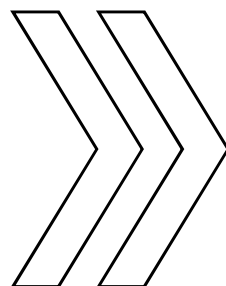
出典：厚生労働省

かかりつけ医連携薬剤調整加算（変更）

単位数

〈改定前〉

- ・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



〈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）ロ
→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

かかりつけ医連携薬剤調整加算（変更）

算定要件

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ

- ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。
- ② 入所後1月以内に、状況に応じて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。
- ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と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。
- ④ 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、多職種で確認を行うこと。
- ⑤ 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1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。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（変更）

算定要件

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）□

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- ・ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、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。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（変更）

算定要件

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）

- ・ 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。
- ・ 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方にあたって、当該情報
その他薬物療法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。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。
- ・ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の
種類に比べて1種類以上減少していること。

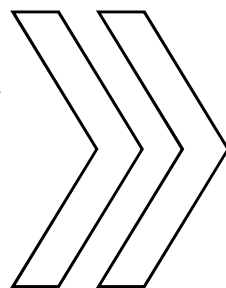
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（変更）

単位数

〈改定前〉

・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



〈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

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（変更）

算定要件

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

3.その他留意いただきたいこと

介護保険負担限度額認定

令和7年8月1日以降の段階ごとの要件および1日あたりの負担額

利用者 負担段階	所得の状況		預貯金等の 資産の状況	居住費（滞在費）				食費
				ユニット型個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室	多床室	
第1段階	生活保護受給者等		要件無し	880円	550円	550円 (380円)	0円	300円
	世帯 全員が 住民税 非課税	老齢福祉年金受給者	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下					
第2段階	世帯 全員が 住民税 非課税	年金収入額＋その他の合計 所得金額が80.9万円以下	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	880円	550円	550円 (480円)	430円	390円
第3段階①		年金収入額＋その他の合計 所得金額が80.9万円超120万 円以下	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	1,370円	1,370円	1,370円 (880円)	430円	650円
第3段階②		年金収入額＋その他の合計 所得金額が120万円超	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下	1,370円	1,370円	1,370円 (880円)	430円	1,360円

※2号被保険者は、段階に関わらず預貯金等の資産状況は単身：1,000万円以下、夫婦：2,000万円以下。

※（ ）内の金額は、介護老人保健施設における金額。

介護保険負担限度額認定

留意点

- ①居住費・食費の補足給付分の請求時には必ず介護保険負担限度額認定証を確認すること。
特に、生活保護受給者で、負担限度額認定の申請がないまま請求を行い、返戻となるケースが散見される。
- ②申請の案内を行う前に、保険者にて負担限度額認定が申請可能な方かの問合せを行える場合がある。なお、高崎市では、家族からの問合せだけでなく、施設やケアマネジャーからの問合せに対しても回答している。
- ③預貯金の条件を満たしているかの確認のため、市から金融機関等に資産状況の照会を行う場合がある。照会により条件を超過する資産の保有が発覚した場合、発覚した月の翌月から負担限度額認定は却下となる。

介護保険負担限度額認定

境界層該当措置

生活保護の申請者または現に生活保護を受けている方のうち、「境界層措置を受ければ生活保護を必要としない方」であると福祉事務所長から認められ、「境界層該当証明書」が発行された方に対して、本来の負担限度額よりも低い段階の居住費・食費が適用される。

留意点

境界層該当措置は、その申請時点の被保険者の施設入所状況によって判定される。よって、措置の判定時点での居住費・食費にのみ負担限度額が適用される。つまり、判定後に居室のタイプが変更となった場合や、短期入所⇄施設入所の移行があった場合、負担限度額が適用とならなくなる場合があるため、負担限度額認定証の内容を確認の上、請求前に保険者及び福祉事務所への確認を行うこと。