

令和 5 年度介護老人保健施設経営セミナー

# 介護報酬改定をふまえた地域包括ケアシステムの の深化・推進に向けた介護老人保健施設の役割



公益社団法人全国老人保健施設協会  
会長 東 憲太郎



ROKENくん

# 令和6年度介護報酬改定について



# 令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

## 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 医療と介護の連携の推進
  - 在宅における医療ニーズへの対応強化
  - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
  - 在宅における医療・介護の連携強化
  - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

## 2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

## 4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

## 3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

## 5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

# 介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	介護報酬改定率	(同時改定時) 診療報酬改定率
平成15年度改定 (2003年)	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%	
平成18年度改定 (2006年)	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。	▲1.36% (本体改定率)
平成21年度改定 (2009年)	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%	
平成24年度改定 (2012年)	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%	1.379% (本体改定率)
平成27年度改定 (2015年)	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%	
平成30年度改定 (2018年)	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%	0.55% (本体改定率)
令和3年度改定 (2021年)	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)	
令和6年度改定 (2024年)	○ 地域包括ケアシステムの深化・推進 ○ 自立支援・重度化防止に向けた対応 ○ 良質なサービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○ 制度の安定性・持続可能性の確保 ○ <b>介護現場で働く職員の質上げ</b>	<b>1.59%</b> <b>実質2.04%</b>	0.88% (本体改定率)

**介護業界の厳しい経営状況を反映。過去2番目に高い改定率  
(同時改定において初めて診療報酬改定率を上回る)**

# 令和5年度介護事業経営実態調査結果

## 各介護サービスにおける収支差率

※括弧なしは、税引前収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含まない)

< >内は、税引前収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む)

( )内は、税引後収支差率(コロナ関連補助金及び物価高騰対策関連補助金を含む)

※物価高騰対策関連補助金は令和3年度決算には含まれない

サービスの種類	令和5年度実態調査			サービスの種類	令和5年度実態調査		
	令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減		令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減
施設サービス				福祉用具貸与	3.4%	6.4%	+3.0%
介護老人福祉施設	1.2%	▲1.0%	▲2.2%	居宅介護支援	3.7%	4.9%	+1.2%
介護老人保健施設	1.5%	▲1.1%	▲2.6%	地域密着型サービス			
介護医療院	5.2%	0.4%	▲4.8%	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.1%	11.0%	+2.9%
居宅サービス				夜間対応型訪問介護※	3.8%	9.9%	+6.1%
訪問介護	5.8%	7.8%	+2.0%	地域密着型通所介護	3.1%	3.6%	+0.5%
訪問入浴介護	3.6%	3.0%	▲0.6%	認知症対応型通所介護	4.3%	4.3%	0.0%
訪問看護	7.2%	5.9%	▲1.3%	小規模多機能型居宅介護	4.6%	3.5%	▲1.1%
訪問リハビリテーション	▲0.4%	9.1%	+9.5%	認知症対応型共同生活介護	4.8%	3.5%	▲1.3%
通所介護	0.7%	1.5%	+0.8%	地域密着型特定施設入居者生活介護	2.8%	1.9%	▲0.9%
通所リハビリテーション	▲0.3%	1.8%	+2.1%	地域密着型介護老人福祉施設	1.1%	▲1.1%	▲2.2%
短期入所生活介護	3.2%	2.6%	▲0.6%	看護小規模多機能型居宅介護	4.4%	4.5%	+0.1%
特定施設入居者生活介護	3.9%	2.9%	▲1.0%	全サービス平均	2.8%	2.4%	▲0.4%

老健施設は  
実調において  
初のマイナス



介護報酬改定で  
大幅なプラス  
改定を！

賃上げ改定の  
実現！

# 老健施設の基本報酬

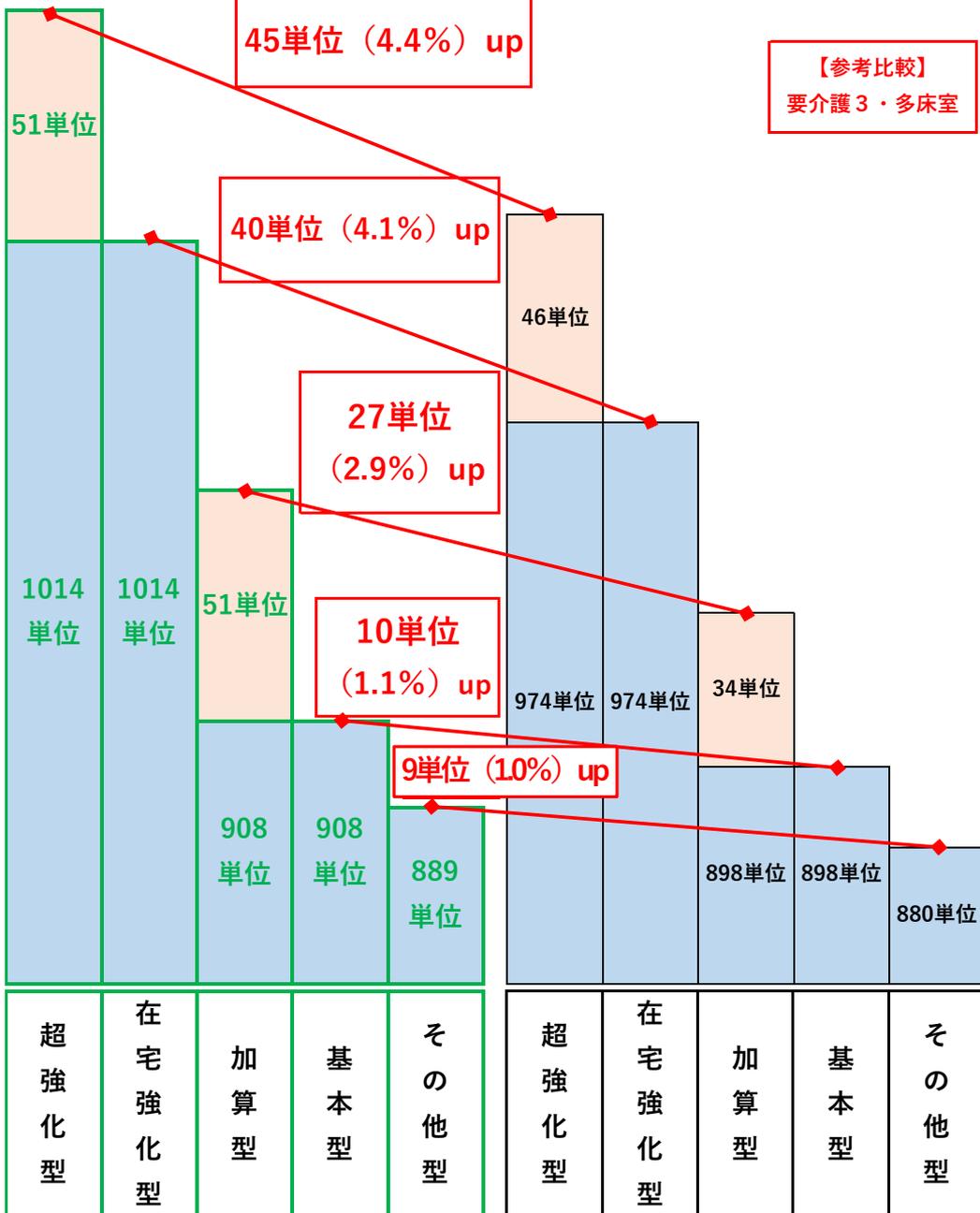
## よりメリハリがついた配分

### 介護老人保健施設

令和6年度（今回）改定

令和3年度（前回）改定

【参考比較】  
要介護3・多床室



報酬項目		現	新	差	改定率	
介護保健施設（Ⅰ）サービス費	（三）介護保健施設サービス費（iii） ＜多床室＞ 【基本型】	要介護1	788	793	5	0.63%
		要介護2	836	843	7	0.84%
		要介護3	898	908	10	1.11%
		要介護4	949	961	12	1.26%
		要介護5	1,003	1,012	9	0.90%
	（四）介護保健施設サービス費（iv） ＜多床室＞ 【在宅強化型】	要介護1	836	871	35	4.19%
		要介護2	910	947	37	4.07%
		要介護3	974	1,014	40	4.11%
		要介護4	1,030	1,072	42	4.08%
		要介護5	1,085	1,125	40	3.69%
介護保健施設（Ⅳ）サービス費	（二）介護保健施設サービス費（ii） ＜多床室＞	要介護1	772	777	5	0.65%
		要介護2	820	826	6	0.73%
		要介護3	880	889	9	1.02%
		要介護4	930	941	11	1.18%
		要介護5	982	991	9	0.92%
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）		34	51	17	50.00%	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		46	51	5	10.87%	

# 基本報酬の算定指標

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

## 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

告示改正

- 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、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
  - 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する。

### 介護老人保健施設

※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

指標変更に対応し、ひとつでも上の施設類型を目指すことが大事！

- 介護老人保健施設 基本報酬
- ① ○ 1(3)⑱ 所定疾患施設療養費の見直し
- ② ○ 1(3)⑲ 協力医療機関との連携体制の構築
- ③ ○ 1(3)⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施
- ④ ○ 1(3)㉑ 入院時等の医療機関への情報提供
- ⑤ ○ 1(3)㉓ 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
- ⑥ ○ 1(4)⑦ 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
- ⑦ ○ 1(5)① 高齢者施設等における感染症対応力の向上
- ⑧ ○ 1(5)② 施設内療養を行う高齢者施設等への対応
- ⑨ ○ 1(5)③ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
- ⑩ ○ 1(5)④ 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入
- ⑪ ○ 1(6)① 高齢者虐待防止の推進
- ⑫ ○ 1(7)⑤ 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における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
- ⑬ ○ 1(7)⑥ 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
- ⑭ ○ 2(1)② 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
- ⑮ ○ 2(1)③ 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
- ⑯ ○ 2(1)⑬ 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
- ⑰ ○ 2(1)⑱ 介護保険施設サービスにおける口腔衛生管理の強化
- ⑱ ○ 2(1)㉑ 退所者の栄養管理に関する情報連携の促進
- ⑲ ○ 2(1)㉒ 再入所時栄養連携加算の対象の見直し
- ⑳ ○ 2(2)③ ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
- ㉑ ○ 2(2)④ 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
- ㉒ ○ 2(2)⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
- ㉓ ○ 2(3)① 科学的介護推進体制加算の見直し
- ㉔ ○ 2(3)② 自立支援促進加算の見直し
- ㉕ ○ 2(3)④ 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
- ㉖ ○ 2(3)⑤ 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

## 介護老人保健施設における改定事項（その2）

- ②⑦ ○ 3 (1) ① 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化
- ②⑧ ○ 3 (2) ① テレワークの取扱い
- ②⑨ ○ 3 (2) 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
- ③⑩ ○ 3 (2) ③ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
- ③⑪ ○ 3 (2) ⑤ 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
- ③⑫ ○ 3 (2) ⑧ 外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱いの見直し
- ③⑬ ○ 3 (3) ⑩ ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
- ③⑭ ○ 4 (2) ④ 認知症情報提供加算の廃止
- ③⑮ ○ 4 (2) ⑤ 地域連携診療計画情報提供加算の廃止

### （全サービス共通 改定事項）

- ① 3 (2) ⑦ 人員配置基準における両立支援への配慮★
- ② 3 (3) ① 管理者の責務及び兼務範囲の明確化等★
- ③ 3 (3) ② いわゆるローカルルールについて★
- ④ 5 ① 「書面掲示」規制の見直し★

非常に改定事項が多いが、この内容を理解し対応していくことで、  
老健施設経営にプラスの影響がある

# ①老健施設と医療機関との連携



- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

## 高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



### ① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

#### ■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

##### <主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し  
【(地域密着型)介護老人福祉施設】  
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し  
【介護老人保健施設】  
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し  
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】  
評価の対象となる医療的ケアに尿道力テール留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し  
【認知症対応型共同生活介護】  
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

### ② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

#### ■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

##### (1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

##### (2) 急変時の電話相談・診療の求め

##### (3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※<sup>1</sup>（運営基準）

##### (4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※<sup>2</sup>（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

##### (5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

### 在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

### 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 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、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

#### 【基準】

ア 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。）。**<経過措置3年間>**

- 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。

イ **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こととする。

ウ 入所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、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

# 協力医療機関との実効性のある連携体制の構築が必須

## 1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

### 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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開催することを評価する新たな加算を創設する。
- 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情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

テレビ電話等で可（顔の見える関係）  
支援相談員＋看護職で対応

### 単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<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)下記の①～③の要件を満たす場合  
(2)それ以外の場合

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)

### 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開催していること。 (新設)

### 【協力医療機関3要件】

- 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。

# 1. (5) ③ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

## 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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とする。
- 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を義務づける。【省令改正】

● 「協定締結医療機関（第二種協定指定医療機関）」との連携 ⇒ **努力義務**

● 協力医療機関が「協定締結医療機関（第二種協定指定医療機関）」である場合  
⇒ **新興感染症の発生時等の対応の協議の実施** ⇒ **義務**

## そもそも協定締結医療機関とは？

- 改正感染症法により、（第一種・第二種）感染症指定医療機関とは別に、（第一種・第二種）協定指定医療機関が追加
- この協定指定医療機関は、「病床確保」、「発熱外来の実施」、「自宅療養者への医療提供」等に関する医療措置協定を締結した医療機関等を対象に、都道府県が指定
- 協定指定医療機関において行われる「病床確保」、「発熱外来の実施」、「自宅療養者への医療提供」等について、公費支援の対象
- 令和6年4月から施行される

# (参考) 第二種協定指定医療機関の医療機関の類型

## 東京都の場合

第一種協定  
指定医療機関  
(都では病床確保する  
病院を想定)

締結項目 (東京都の場合)

医療機関の類型

病院

診療所

薬局

訪問看護事業所

①病床確保



②発熱外来の実施



③自宅療養者等への医療の提供



④後方支援



⑤医療人材派遣



## 三重県の場合

協定内容

入院

発熱外来

自宅療養者  
への医療提供

後方支援

人材派遣

個人防護具  
※任意

検査

宿泊

病院



診療所



薬局



訪問看護事業所



検査機関

第一種協定指定医療機関



宿泊施設

第二種協定指定医療機関



# 1. (5) ① 高齢者施設等における感染症対応力の向上

## 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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を設ける。
  - 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。
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >  
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)

併算定可能

## 算定要件等

< 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) > (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) > (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。

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 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を設ける。
  - 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
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

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



第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加



3年に1回以上実地指導を受ける



医療機関等



- 第二種協定締結医療機関（新興感染症）
- 協力医療機関等（その他の感染症）

- 診療報酬における感染対策向上加算若しく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



医療機関等

- 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

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



第二種協定指定医療機関は、令和6年4月より各都道府県において指定される（施行）

# 1. (3) ㉓ 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

## 概要

【介護老人保健施設】

- 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る。

【告示改正】

## 単位数

< 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

← 今までの要件

## 算定要件等

< 初期加算 (Ⅰ) > (新設)

- 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。

※過去3ヶ月に老健施設に入所したことがない方が対象

# (参考) 軽度の医療ニーズのある在宅高齢者の受け入れ促進

医療と介護の連携の推進 – 在宅における医療ニーズへの対応強化

## 総合医学管理加算の見直し

告示改正

- 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、以下の見直しを行う。
  - ア 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。
  - イ 算定日数について7日を限度としているところ、10日間を限度とする。

短期入所療養介護（介護老人保健施設が提供する場合に限る）

### 【単位数】

<現行>  
275単位/日

<改定後>  
変更なし

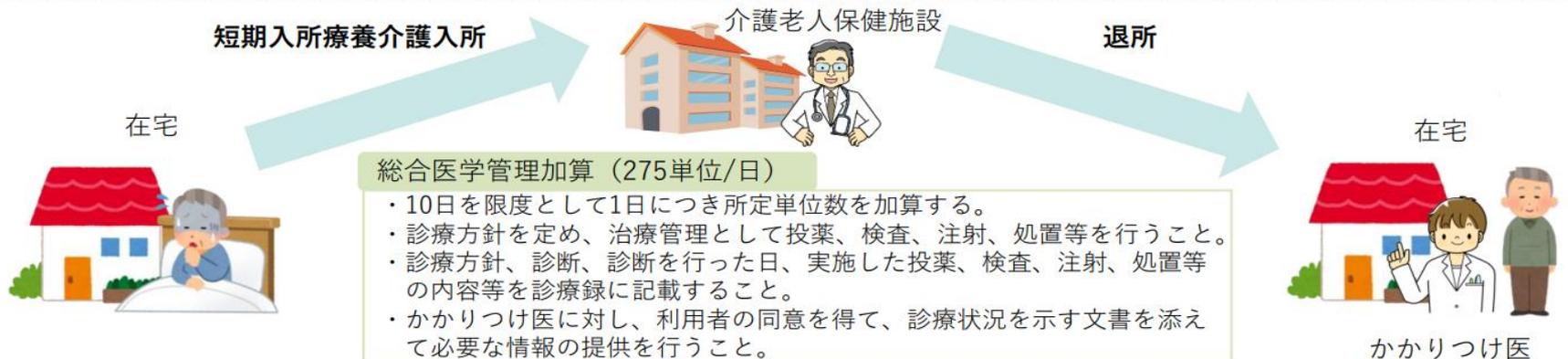
### 【算定要件等】

<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され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。



# 1. (3) ②1 入院時等の医療機関への情報提供

## 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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を設ける。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を算定要件に加える。
- また、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を創設する。【告示改正】

## 単位数

### 【介護老人保健施設、介護医療院】

< 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)**

### 【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

< 現行 >

なし

< 改定後 >

退所時情報提供加算 250単位/回（介護老人福祉施設） **(新設)**

退居時情報提供加算 250単位/回（特定施設、認知症対応型共同生活介護） **(新設)**

## 算定要件等

### 【介護老人保健施設、介護医療院】 < 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。

### **認知機能等も**

### 【介護老人保健施設、介護医療院】 < 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）**

### 【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】 < 退所時情報提供加算、退居時情報提供加算 >

- 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。

## 2. (2) ⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し①

### 概要

【介護老人保健施設】

- 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を設ける。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を高く評価する。
- また、新たに以下の要件を設ける。【告示改正、通知改正】
  - 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。

### 単位数

<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

<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

※ 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

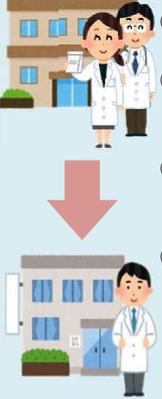
これまで入所前の主治医との連携が課題であったことから、主治医との連携が困難な場合でも、施設においてポリファーマシー解消の取り組みを実施したことを評価できるようになった。

## 2. (2) ⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し②

### 算定要件等

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ **140単位/回** (一部変更)  
＜入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合＞

- 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 (I) ロ **70単位/回** (新設)  
＜入所前の主治医と連携せずに評価・調整した場合＞

- かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イの要件①、④⑤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 (II) **240単位/回**  
＜服薬情報をLIFEに提出＞

- 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、処方に当たって、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) **100単位/回**  
＜退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬＞

- 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。



※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 (全加算区分共通)

**注意：今までは、入所前の薬剤数の要件はなかったが、令和6年度介護報酬改定からは、入所前に6種類以上の内服薬を処方されていた方が対象となる。**

# 老健施設と医療機関との連携

## 【協力医療機関】



①～③を複数の医療機関で満たせば可

- ①急変時、常時相談体制確保
- ②診療体制の常時確保
- ③急変時、原則入院体制確保

## 【協定締結医療機関】

第二種協定指定医療機関  
(病院・診療所に限る)



新興感染症発生時の対応

イコールの場合

協議の義務化  
協力医療機関との定期的な会議の中に含まれる

(車約20分以内)  
義務(経過措置3年)  
年1回都道府県へ届出  
定期的な会議(月1回)  
(テレビ電話等)

努力義務

連携

## 【介護老人保健施設】



協力医療機関連携加算

- ① 3要件満たす場合  
(R6: 100単位/月、R7: 50単位/月)
- ② 上記以外  
(5単位/月)

高齢者施設等感染症対策向上加算(Ⅰ)(10単位/月)

第二種協定指定医療機関等との連携  
年1回の研修又は訓練に参加

(感染症対策向上加算又は外来感染症対策向上加算を届出している医療機関又は地域の医師会が開催)

併算定可

高齢者施設等感染症対策向上加算(Ⅱ)(5単位/月)

3年1回以上実地指導を受ける  
(感染症対策向上加算を届出している医療機関)

新興感染症等施設療養費  
(240単位/日)  
新たなパンデミック発生時における施設内療養

初期加算(Ⅰ) 60単位/日: 空床情報の共有・入院後30日以内に退院した方を受入れ

退所時情報提供加算(Ⅱ) 250単位/回: 医療機関へ退所する際に診療情報・心身の状況・生活歴(認知機能等)等を情報提供

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 140単位/回: かかりつけ医との連携

## ② 老健施設で算定できる加算



# 1. (3) ⑱ 所定疾患施設療養費の見直し

## 概要

【介護老人保健施設】

- 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を追加する。【告示改正】

## 単位数

<現行>

所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日（7日間）  
所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日（10日間）



<改定後>

変更なし  
変更なし

## 算定要件等

- 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）>
- 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。
  - 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）>
- 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。
  - 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。
  - 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。

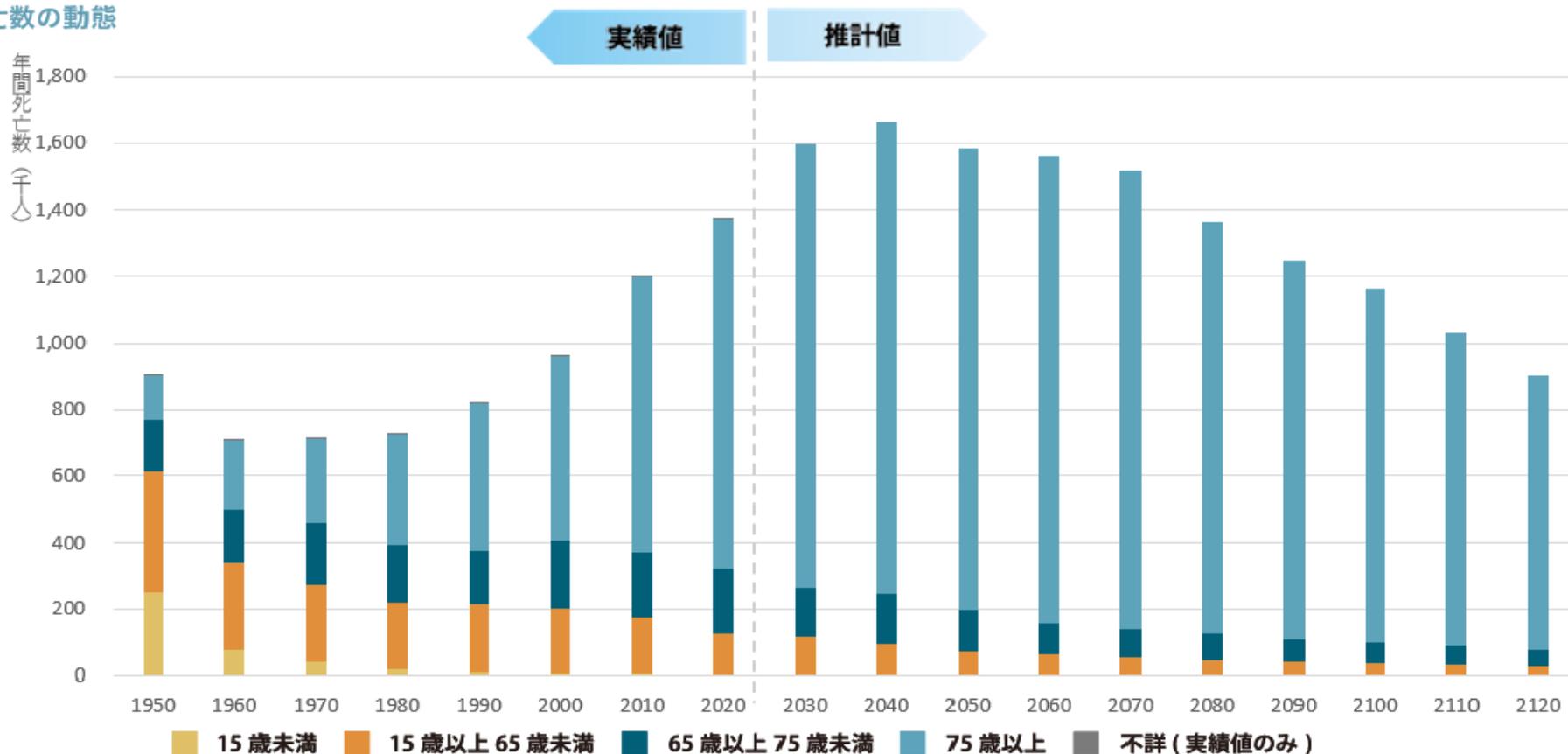
## 死亡数が一層増加する

## 高齢者の多死時代の到来

意見交換 資料-2改  
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

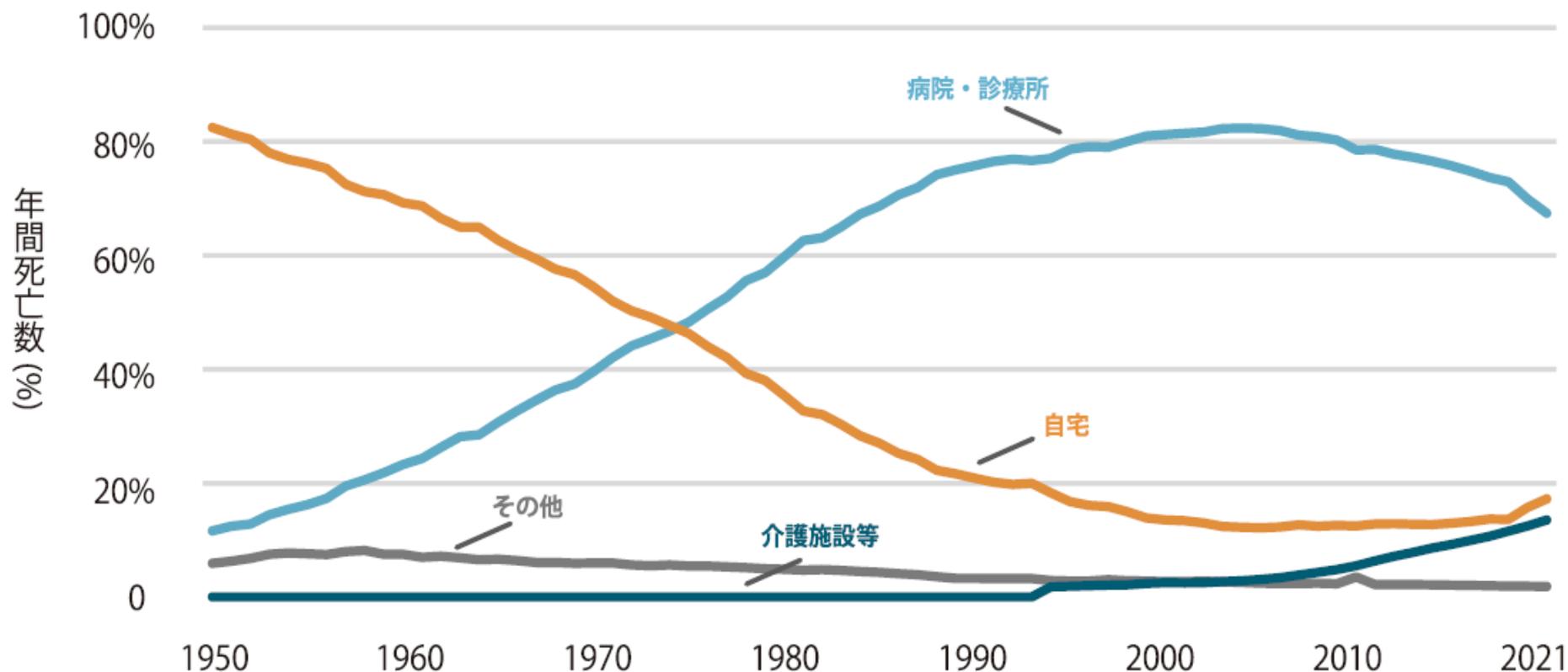
### 死亡数の動態



## 死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

### 死亡の場所の推移



# 1. (4) ⑦ 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

## 概要

【介護老人保健施設】

- 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。【告示改正】

## 単位数

< 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)

80単位/日 → 72単位/日

160単位/日

死亡日  
以前45日

死亡日  
以前30日

1,900単位/日

↑  
1,650単位/日

910単位/日

↑  
820単位/日

死亡日  
以前4日

死亡日

## 算定要件等

- 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。

## 1. (5) ② 施設内療養を行う高齢者施設等への対応

### 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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。【告示改正】

### 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
新興感染症等施設療養費 240単位/日 (新設)

### 算定要件等

- 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。  
※ 現時点において指定されている感染症はない。

注意：令和6年4月以降、コロナに罹患された入所者を施設内で療養した場合の補助（基金）は終了となる。

## 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における 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

告示改正

- 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、新たな加算を設ける。

認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

### 【単位数】

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位/月（新設） 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位/月（新設）

（体制加算ではなく、個別加算）

### 【算定要件】

- 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、以下を評価する新たな加算を設ける。

#### < 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） >（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。
- (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なる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。
- (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。
- (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、計画の見直し等を実施。

#### < 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） >（新設）

- ・ (Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合。
- ・ 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なる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。

想定：—— 認知症介護指導者養成研修修了者

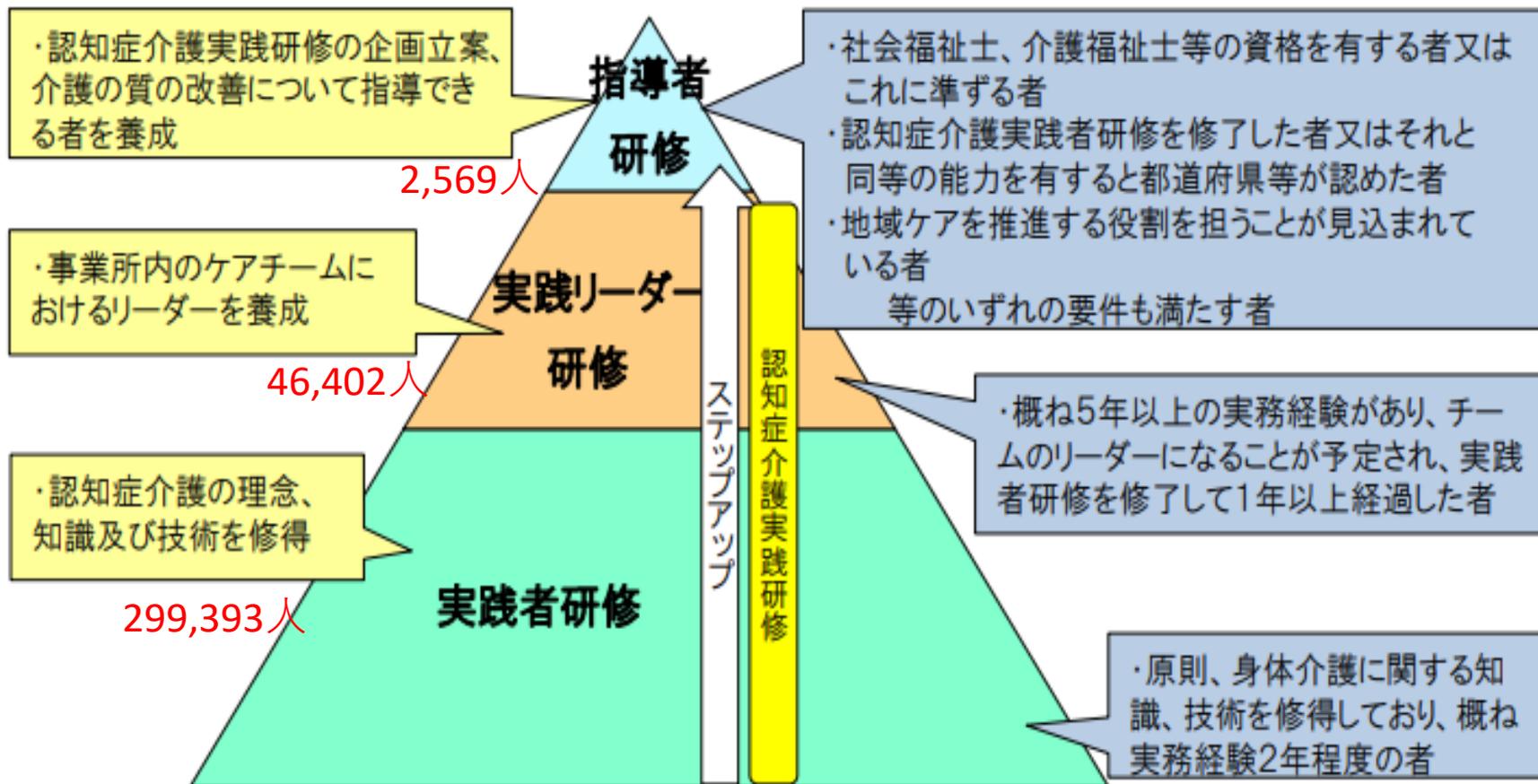
—— 認知症介護実践リーダー研修修了者

—— 日本版BPSD認知症ケアプログラム研修

# 【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】

## 研修の目的

## 受講要件



※人数については、認知症施策推進大綱の実施状況について(概要)の資料を参照 (R1年度末時点)

実際に活動されていると思われる人数:2023年8月現在 663名(認知症介護情報ネットワークに公表されている人数で、認知症介護指導者研修を修了した認知症介護指導者の内、情報公表について承諾の得られた者すでに公表されていても活動を休止している方も含まれる。)

# 1.(7)⑥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

## 概要

【介護老人保健施設】

- 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を設ける。
- その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。  
【告示改正】

## 単位数

- |                                                                                        |                                                                                   |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>&lt;現行&gt;<br/>認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日</p> <p>※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。</p> |  | <p>&lt;改定後&gt;<br/>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)<br/>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)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 算定要件等

- <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り 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)
- 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。

## 2.(1) ⑬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

### 概要

【介護老人保健施設】

- 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、以下の取組を評価する新たな区分を設ける。
  - ア 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ていること。
  - イ アにおいて評価したADL等のデータについて、LIFEを用いて提出し、必要に応じて提出した情報を活用していること。
- また、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。  
【告示改正】

### 単位数

<現行> 短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日	<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) <b>200</b> 単位/日 (変更)
-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

※算定期間は入所後3月以内

### 算定要件等

#### <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。 (LIFEに提出)

#### <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。

## 2. (1) ②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

### 概要

【介護老人保健施設のみ抜粋】

- 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について、以下の要件を満たす場合について評価する新たな区分を設ける。【告示改正】
  - ア 口腔衛生管理加算（Ⅱ）（個別加算） 及び 栄養マネジメント強化加算（体制加算） を算定していること
  - イ リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること
  - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

### 単位数

【介護老人保健施設】

<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

<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

個別加算

### リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）

#### リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅱ） （個別）（LIFE）



- ・リハ計画の見直し
- ・LIFEの情報やその他リハの情報の活用

#### 栄養マネジメント強化加算 （体制）（LIFE）



- ・管理栄養士の配置（50：1）
- ・ミールラウンド週3回以上

#### 口腔衛生管理加算（Ⅱ） （個別）（LIFE）



- ・口腔衛生等の管理に係る計画
- ・歯科衛生士が月二回以上口腔衛生の管理

- ・リハマネ計画情報加算（Ⅱ）の算定要件
- ・口腔衛生管理加算（Ⅱ）を算定
- ・栄養マネジメント強化加算を算定
- ・関係職種が口腔の健康状態や栄養状態の情報を共有

## 2. (1) ③ 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

### 概要

【通所介護、通所リハビリテーション★、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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の見直しを行う。【通知改正】

### 算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に係る一体的計画書について、記載項目の整理するとともに、他の様式におけるLIFE提出項目を踏まえた様式に見直し。



但し、既に一体的に実施していることがわかるものがあれば  
(記載項目が網羅されていれば)  
必ずしも厚労省の様式を使用する必要はなし

## 2. (1) ⑱ 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

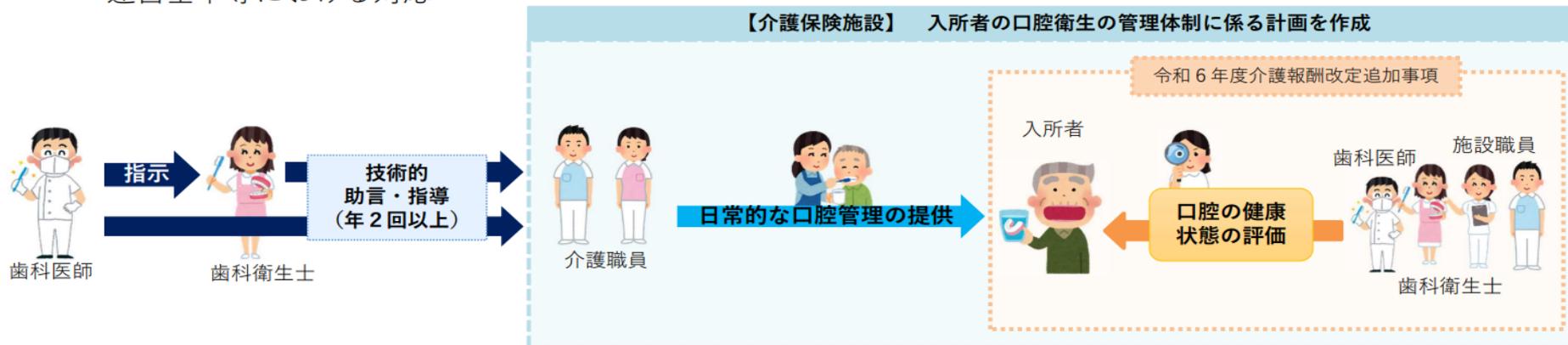
- 介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者に利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。【通知改正】

(介護職員等でもできる評価)

### 算定要件等

- 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施設入所時及び入所後の定期的な口腔の健康状態の評価を実施すること。
- 技術的助言及び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取り決めを行うこと。

<運営基準等における対応>



※口腔衛生管理加算（個別）を算定している利用者については、上記要件を既に満たしていることとなるが、加算を算定していない利用者については必須

※第232回介護給付費分科会における対応案では「介護職員等において実施可能な口腔のアセスメントの簡易指標を示してはどうか」とあるので、今後指標が示される？

## 2. (1) ⑳ 退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

### 概要

【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

- 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を設ける。【告示改正】

### 単位数

<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
- 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、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。）



# (新設)退所時栄養情報連携加算

## 二 退所時栄養情報連携加算 70単位/月

告示第21号の改正案

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又はアの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。

※イ及びロの注7は、栄養マネジメントの未実施減算をしている施設のこと

# 栄養管理とその関連加算の関係

2024.1.22時点  
全老健作成

栄養管理(運営基準)

栄養ケア・マネジメントの未実施  
(14単位/日 減算)

栄養マネジメント強化加算  
(11単位/日)

併算定  
不可  
×

(新設)退所時栄養情報連携加算  
(70単位/回)

療養食加算(6単位/回)



経口移行加算(28単位/日)

併算定  
不可  
×

経口維持加算(Ⅰ)(400単位/月)

経口維持加算(Ⅱ)(100単位/月)  
(Ⅰ)の算定が必須

再入所時栄養連携加算(200単位/回)

※上記加算を算定しても、褥瘡マネジメント加算との併算定は可能(R3年度改定時点では)

### ③ LIFE関連



## 2. (3) ① 科学的介護推進体制加算の見直し

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

### 概要

- 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、以下の見直しを行う。
  - 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。  
【通知改正】
  - 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。  
【通知改正】
  - 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。【通知改正】

### 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

#### <現行単位>

科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) 40単位/月 (体制加算)

科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) 60単位/月 (体制加算)



#### <改定後>

変更なし

変更なし

## 【議題】・認知症への対応力強化 第232回介護給付費分科会（令和5年11月27日）

令和5年法律第65号  
6月14日成立、6月16日公布

### 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

#### 1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

#### 2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。**
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野における総合的な取組**として行われる。

#### 3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上の措置**その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

#### 4.認知症施策推進基本計画等

政府は、**認知症施策推進基本計画**を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ**都道府県計画・市町村計画**を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

社保審一介護給付費分科会

第222回（R5.8.30）

資料1

評価表について

事業結果の概要

検証調査では最終的に82施設にご協力いただき、検証対象高齢者数は358名、評価者は216名であった。認知機能に関する各項目の評価結果は、評価者間の一致率は69.7%～93.8%、「回答しやすかった」人の割合は50.8%～88.9%であった。また、各項目の合計点数については、認知機能が高いほど点数が高くなるように設定したところ、要介護度別、認知症高齢者の日常生活自立度別に重畳化するにつれて、点数が低下していた。

信頼性・妥当性について検証したところ、各検証項目について信頼性・妥当性があることを確認できた。

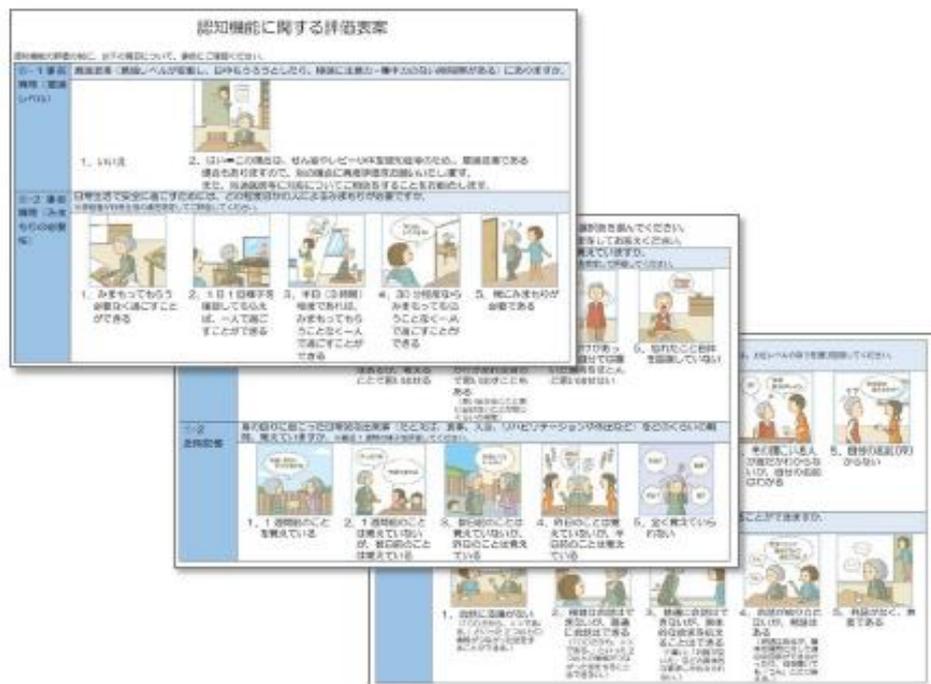
評価表案による評価についての検証結果では、**評価に要した時間は平均7.2分**であり、簡便に評価できるものとなっていた。また「今回の評価表案による評価結果が、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか」については、「2. ある程度そう思う」が44.7%であった。

今年度の事業では、施設入所者を対象に信頼性・妥当性の検証を行い、事前設問2項目（意識混濁の有無、みまもりの必要性）、認知機能を測る項目6項目（近時記憶（場所）、近時記憶（出来事）、見当識、コミュニケーション、服薬、更衣）の評価表の開発を行った。

【施設種類別検証調査対象者数】

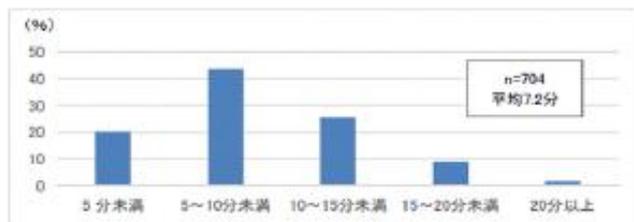
依頼 時点	協力施設	計	老人保健 施設	特別養護 老人ホーム	グループ ホーム
		施設当たりの協力利用者数	—	5人	5人
回収時 点	検証対象 高齢者数	500人	200人	200人	100人
	協力施設	82施設 76.6%	34施設	29施設	19施設
回収時 点	検証対象 高齢者数	358/500人 71.6%	154/200人	132/200人	72/100人
	協力施設	76.6%	72.3%	76.3%	66.4%

【評価表案（一部抜粋）】



※施設数の構成比は、依頼施設数に対する割合、検証対象高齢者数は、目標に対する割合

【評価に要した時間】



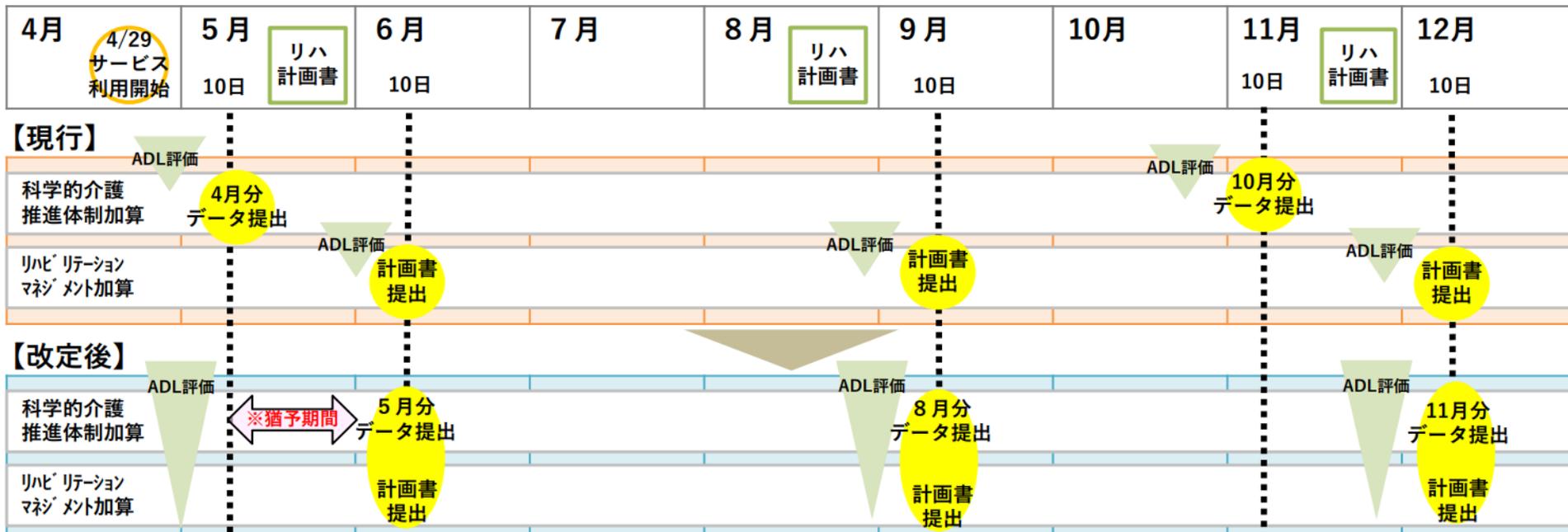
医療機関との連携やLIFEの項目として導入される予定

# LIFEへのデータ提出頻度の見直し（イメージ）

- 各加算のデータ提出頻度について、サービス利用開始月より入力を求めている加算もあれば、サービス利用開始後の計画策定時に入力が必要な加算もあり、同一の利用者であっても算定する加算によって入力のタイミングが異なり、事業所における入力タイミングの管理が煩雑となっている。
- LIFEへのデータ提出について、「少なくとも3か月に1回」と統一する。
- また、同一の利用者に対して複数の加算を算定する場合のデータ提出頻度を統一できるよう、例えば、月末よりサービス利用を開始する場合であって、当該利用者の評価を行う時間が十分確保できない場合等、一定の条件の下で、提出期限を猶予する。

## 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。

# LIFEのフィードバック見直しイメージ（事業所フィードバック）

## 基本情報

サービス

介護老人福祉施設

平均要介護度

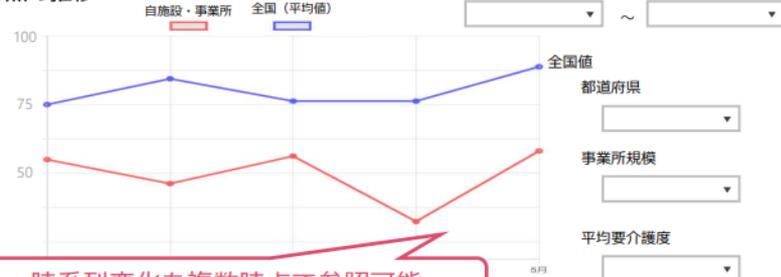
4.2

Excel形式ではなく、ブラウザ上で層別化等の設定を可能とすることで、操作性・視認性を向上

## ADL (Barthel Index) の状況

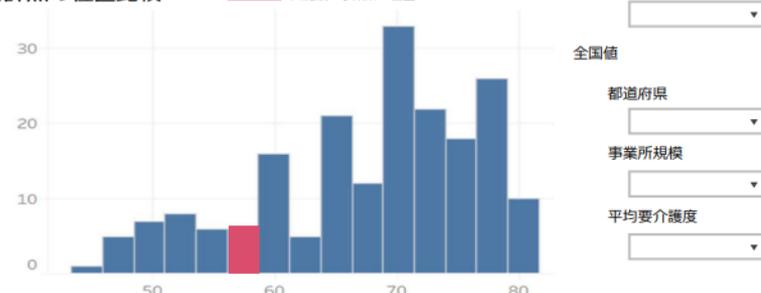
全国値に対する自施設・事業所の位置を参照可能

### 合計点の推移



時系列変化を複数時点で参照可能

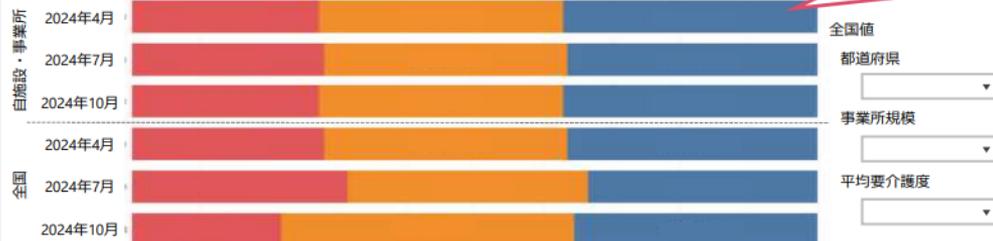
### 合計点の位置比較



## 栄養状態

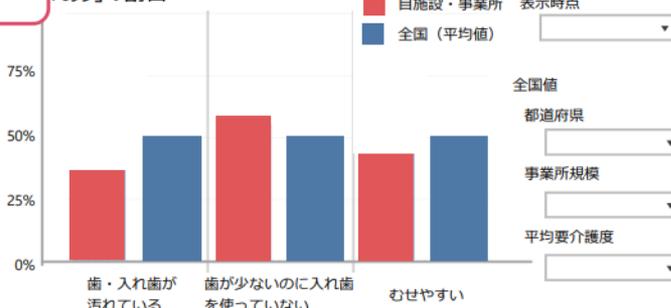
サービス種類、都道府県、要介護度等による絞り込みにより、全国の同じような利用者との比較が可能

### 低栄養状態のリスクレベル



## 口腔の健康状態

### 「あり」の割合



各施設・事業所において実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせることで、取組の効果や自施設・事業所の特徴の把握へ活用

# LIFEのフィードバック見直しイメージ（利用者フィードバック）

## 基本情報

要介護度 **要介護 4**      日常生活自立度（身体機能） **B2**      日常生活自立度（認知機能） **II a**

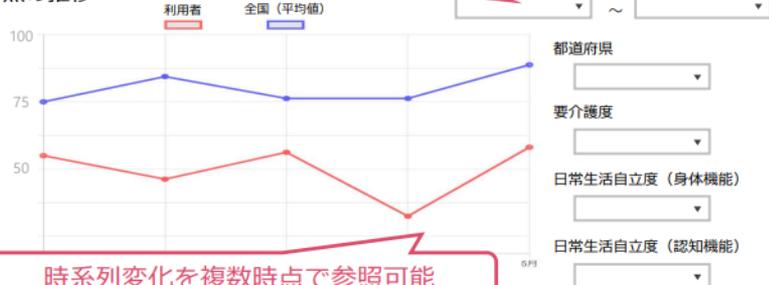
サービス **介護老人福祉施設**

Excel形式ではなく、ブラウザ上で層別化等の設定を可能とすることで、操作性・視認性を向上

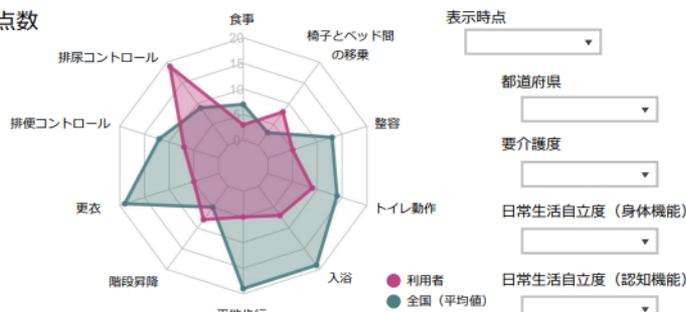
サービス種類、都道府県、要介護度等による絞り込みにより、全国の同じような利用者との比較が可能

## ADL（Barthel Index）の状況

合計点の推移



ADL各項目の点数



## 栄養状態

低栄養状態のリスクレベル

表示期間  ~

2024/4	2024/7	2024/10
高	低	低

全国値



表示時点

都道府県   
要介護度   
日常生活自立度（身体機能）   
日常生活自立度（認知機能）

## 口腔の健康状態

各項目の3か月間の推移

表示期間  ~

	2024/4	2024/7	2024/10
歯・入れ歯が汚れている	あり	あり	なし
歯が少ないのに入れ歯を使っていない	なし	なし	なし
むせやすい	なし	あり	あり

各利用者に対して実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせることで、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

# 情報を厚生労働省に提出しないと算定できない加算 (LIFE関連加算の一覧)

2024.2.6時点  
全老健作成

※赤字がLIFE前提の加算 緑字がLIFEの上乗せ加算

## 入所

	加算項目	体系	単位
NEW	短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	個別	258
	栄養マネジメント強化加算 (1日)	体制	11
	口腔衛生管理加算(Ⅱ) (1月につき)	個別	110
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 1回	個別	240
	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 1回	個別	100
見直し	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ) (1月につき)	個別	53
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) (1月につき)	個別	33
	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (1月につき)	体制	3
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (1月につき)	体制	13
	排せつ支援加算(Ⅰ) (1月につき)	体制	10
	排せつ支援加算(Ⅱ) (1月につき)	体制	15
	排せつ支援加算(Ⅲ) (1月につき)	体制	20
	自立支促進加算 (1月につき)	体制	300
	科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 1月につき	体制	40
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 1月につき	体制	60

## 通所リハビリテーション

	加算項目	体系	単位
見直し	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (1月につき)	個別	560⇒830
	※説明者が医師の場合	個別	240⇒510
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (1月につき)	個別	543⇒863
	※説明者が医師の場合	個別	273⇒543
	栄養アセスメント加算 (1月につき)	体制	50
見直し	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ (月2回を限度)	個別	155
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ (月2回を限度)	個別	160
	科学的介護推進体制加算 (1月につき)	体制	40

## 予防通所リハビリテーション

	加算項目	体系	単位
NEW	予防通所リハビリテーション 12月超の場合	個別	減算なし

## 訪問リハビリテーション

	加算項目	体系	単位
見直し	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) (1月につき)	個別	213⇒483
	※説明者が医師の場合		

## 予防訪問リハビリテーション

	加算項目	体系	単位
NEW	予防訪問リハビリテーション12月超の場合	個別	減算なし

## 2. (3) ② 自立支援促進加算の見直し

### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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、以下の見直しを行う。
  - 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。  
【通知改正】
  - 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。【通知改正】
  - 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。【告示改正】
  - 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。  
【告示改正】

### 単位数

< 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)

新たな指標追加のため

### 算定要件等

- 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。

## 2. (3) ④ 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

### 概要

【看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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、以下の見直しを行う。
  - 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。【告示改正】
  - 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。【告示改正】
  - 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。【通知改正】
  - 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。【通知改正】

### 算定要件等

#### <排せつ支援加算（Ⅰ）> 10単位/月（体制加算）

- 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）> 15単位/月（体制加算）

- 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）> 20単位/月（体制加算）

- 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。

## 2. (3) ⑤ 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

### 概要

【看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 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、以下の見直しを行う。
  - 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。【告示改正】
  - 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。【通知改正】
  - 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。【通知改正】

### 算定要件等

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

3 単位/月（体制加算）

- 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）>

13 単位/月（体制加算）

- 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。

## ④ その他



# 介護現場のDX・タスクシフトの推進

生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

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

省令改正

- 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。<経過措置3年間>

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

## 老健施設の運営基準 (新)

(入所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)

### 第36条の3

介護老人保健施設は、当該介護老人保健施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該介護老人保健施設における入所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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催しなければならない。（タスクシフトやICT導入について話し合う委員会）

### 3. (2) ③ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進①

#### 概要

【短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス】

- 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ることとする。【告示改正】
- 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こととする。【告示改正】

#### 単位数

<現行>  
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)

### 3. (2) ③ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進②

#### 算定要件等

##### 【生産性向上推進体制加算 (I)】 (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)】 (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。

(※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。

(※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・活用までを一體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。

# 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

生産性向上推進体制加算 (I)  
100単位/月 (新設)

タスクシフト導入 (いわゆる介護助手の活用等)

ICT導入 ①～③を全て導入

- ① 見守り機器 (すべての居室)
- ② インカム等【連絡】 (すべての職員)
- ③ 電子記録ソフト (記録)

- ア 利用者の変化 (WHO-5等)
- イ 総業務時間・残業時間
- ウ 年次有給休暇の取得
- エ ストレスチェック (SRS-18)
- オ ICT導入による業務時間 (タイムスタディ)

1年に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供 (メール等)

入所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  
(定期的開催)

運営基準  
(義務)

生産性向上推進  
体制加算 (II)  
10単位/月 (新設)

ICT導入

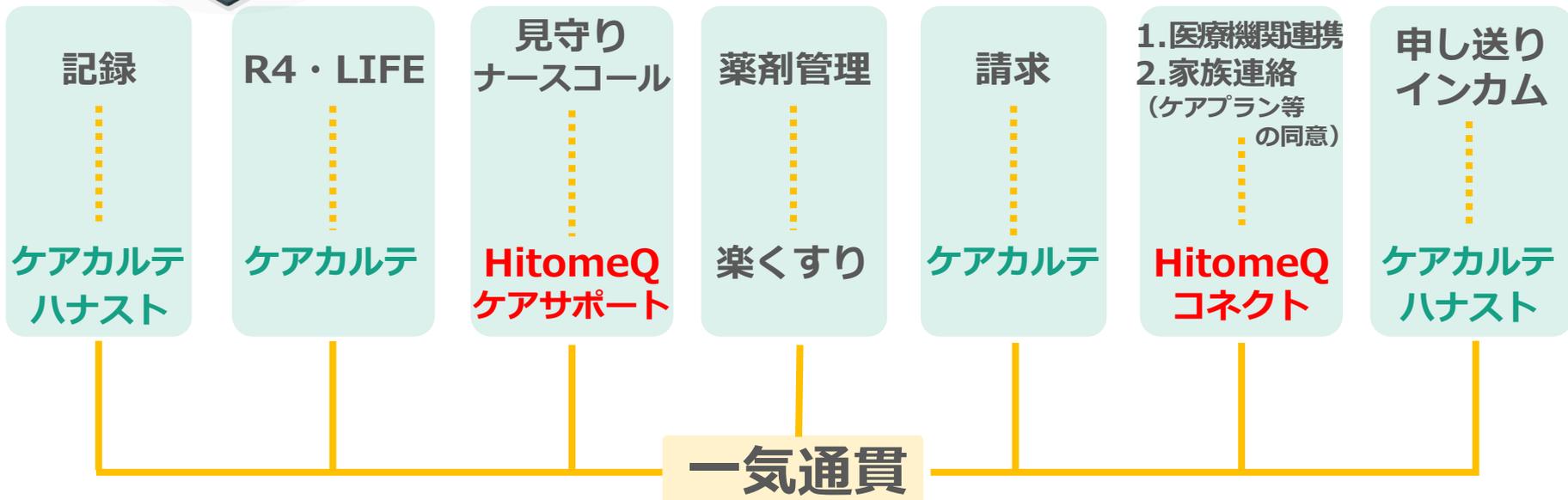
①～③1つ以上導入

- ア 利用者の変化 (WHO-5等)
- イ 総業務時間・残業時間
- ウ 年次有給休暇の取得

# ICT化・DX化後のいこいの森



## デジタル運用



+

## タスクシフト

介護助手の導入・推進

施策名：介護サービス事業者の生産性向上や協働化等を通じた職場環境改善事業

### ① 施策の目的

- ・介護サービス需要の増加への対応や介護人材の確保が喫緊の課題となっており、サービス提供の存続にも関わる重要な問題である。特に小規模法人を中心に、従来の方法や単独では必要な人材確保が難しい法人も多く、経営の効率も悪くなるという悪循環に陥りがちである。
- ・こうした状況を踏まえ、介護現場の生産性向上の取組や、経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善に取り組む介護サービス事業者に対する支援を行う。

### ② 対策の柱との関係

I	II	III	IV	V
			○	

### ③ 施策の概要

- ・生産性向上の取組を通じた職場環境改善について、ICT機器本体やソフト等の導入や更新時の補助に係る支援に加え、地域全体で事業所における機器導入やそれに伴う人材育成に対する補助を行う。また、小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善の取組に対して補助を行う。

### ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

#### (1) 生産性向上の取組を通じた職場環境改善

##### ① 生産性向上に資する介護ロボット・ICTの導入や更新

- ・事業所の業務効率化に向けた課題解決を図るための業務改善支援及びこれと一体的に行う介護ロボット・ICTの導入や更新に対する支援

##### ② 地域全体で生産性向上の取組を普及・推進する事業の実施

- ・地域の複数事業所における機器の導入に向けた研修や、地域のモデル施設の育成など、都道府県等が主導して面で生産性向上の取組を推進
- ・都道府県等が主導して、ケアマネ事業所と居宅サービス事業所の間で交わされるケアプランデータ連携システム等の活用を地域で促進し、データ連携によるメリットや好事例を収集

#### (2) 小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善

- ・人材募集や一括採用、合同研修等の実施、事務処理部門の集約、協働化・大規模化にあわせて行う老朽設備の更新・整備のための支援 等

#### 【事業スキーム】



#### 【実施主体】

都道府県（都道府県から市町村への補助も可）

#### 【負担割合】

(1)①、(2)・・・国・都道府県3/4、事業者1/4

(1)②・・・国・都道府県 10/10

(1)①及び(2)を実施する場合・・・

国・都道府県4/5、事業者1/5

※国と都道府県の負担割合は以下のとおり

(1)①、(2)・・・国4/5、都道府県1/5

(1)②・・・国9/10、都道府県1/10

### ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- ・生産性向上の取組や経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善を推進することにより、介護人材の確保や介護サービスの質の向上に繋げていく。

介護職員の処遇改善 (令和6年6月施行)

告示改正

- 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引き上げを行う。
  - 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。
- ※ 一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

< 現行 >

< 改定後 >

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	3.9%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	2.9%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1.6%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	2.1%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1.7%
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	7.5% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	7.1% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	5.4% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	4.4% (新設)

老健の数値  
に変更

- ※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は老健施設の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
- ※：上記の老健施設の場合、現行の3加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は0.7%ポイント引き上げられている。
- ※：なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(V)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引き上げを受けることができるようにする。

(注) 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率(上記)並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

# 介護職員等の処遇改善

## 算定要件等

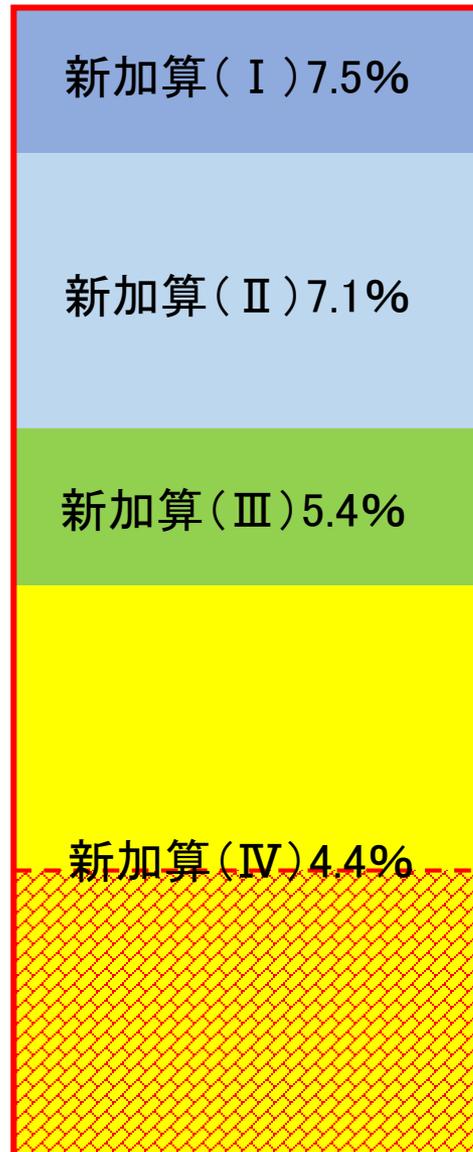
- 一本化後の新加算全体について、職種に着目した配分ルールは設けず、事業所内で柔軟な配分を認める。
- 新加算のいずれの区分を取得している事業所においても、新加算Ⅳの加算額の1/2以上を月額賃金の改善に充てることを要件とする。  
※ それまでベースアップ等支援加算を取得していない事業所が、一本化後の新加算を新たに取得する場合には、収入として新たに増加するベースアップ等支援加算相当分の加算額については、その2/3以上を月額賃金の改善として新たに配分することを求める。

加算率(※)	既存の要件は黒字、新規・修正する要件は赤字		対応する現行の加算等(※)	新加算の趣旨
【7.5%】	新加算 (介護職員等処遇改善加算)	Ⅰ <b>新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること(訪問介護の場合、介護福祉士30%以上)</li> </ul>	a. 処遇改善加算(Ⅰ) 【3.9%】 b. 特定処遇加算(Ⅰ) 【2.1%】 c. ベースアップ等支援加算 【0.8%】	事業所内の経験・技能のある職員を充実
【7.1%】		Ⅱ <b>新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>改善後の賃金年額440万円以上が1人以上</li> <li>職場環境の更なる改善、見える化【見直し】</li> <li><del>グループごとの配分ルール【撤廃】</del></li> </ul>	a. 処遇改善加算(Ⅰ) 【3.9%】 b. 特定処遇加算(Ⅱ) 【1.7%】 c. ベースアップ等支援加算 【0.8%】	総合的な職場環境改善による職員の定着促進
【5.4%】		Ⅲ <b>新加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備</li> </ul>	a. 処遇改善加算(Ⅰ) 【3.9%】 b. ベースアップ等支援加算 【0.8%】	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備
【4.4%】		Ⅳ <b>新加算(Ⅳ)の1/2(4.4%)以上を月額賃金で配分</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>職場環境の改善(職場環境等要件)【見直し】</li> <li>賃金体系等の整備及び研修の実施等</li> </ul>	a. 処遇改善加算(Ⅱ) 【2.9%】 b. ベースアップ等支援加算 【0.8%】	介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等

※：加算率は老健施設のもの为例として記載

新加算(Ⅰ～Ⅳ)は、加算・賃金改善額の職種間配分ルールを統一。(介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内で柔軟な配分を認める)

# 介護職員等処遇改善加算（新加算）におけるベースアップ充当割合

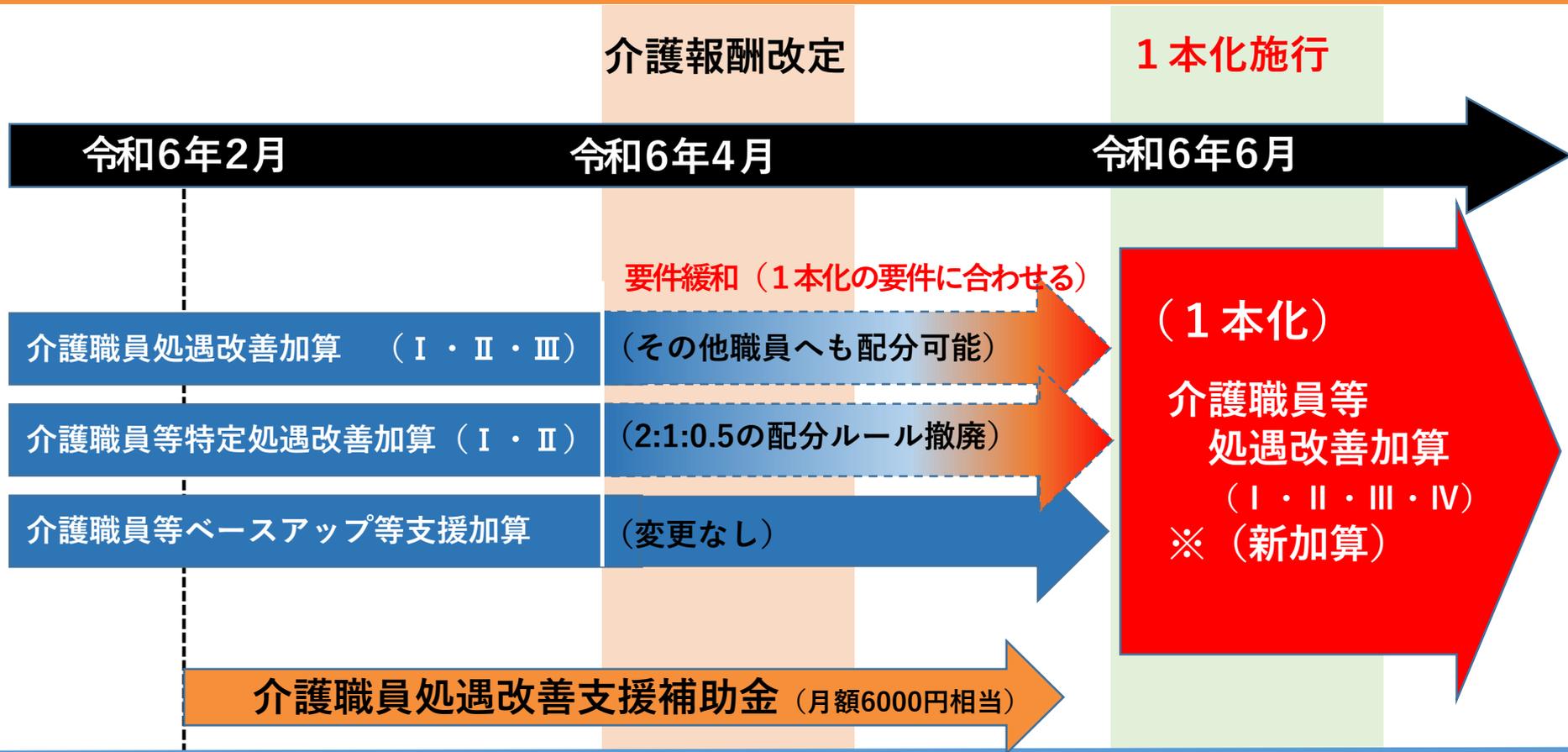


新加算(Ⅳ)の1/2ルールを満たしていれば、新加算(Ⅰ)～(Ⅲ)については、1/2ルールをそれぞれで満たす必要はない。

- 例：
- 新加算(Ⅰ)を算定しても  
ベースアップ(基本給の改善)は、(Ⅳ)の2.2%分で要件を満たす。[新加算(Ⅰ)の7.5%の1/2ではない]
  - 新加算(Ⅲ)を算定しても  
ベースアップ(基本給の改善)は、(Ⅳ)の2.2%分で要件を満たす。[新加算(Ⅲ)の5.4%の1/2ではない]

4.4%の1/2の2.2%を  
ベースアップ(基本給の改善)に  
充てることが要件になる

# 介護職員等の処遇改善加算の1本化



## 【老健施設の加算率の例】

（2月）		➔	（6月以降）	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	3.9%		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	2.1%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%			
プラス 介護職員処遇改善支援補助金	0.5%			
<b>7.3%</b>				<b>7.5%</b> （0.2%分プラス）

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置1年間（※）＞

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算

施設・居住系サービス	所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算（新設）
その他のサービス	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

（※）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の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

- 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が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算 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措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

※福祉用具貸与については、3年間の経過措置期間を設ける。

## 多床室の室料負担 (令和7年8月施行)

告示改正

- 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「II型」の介護医療院について、新たに室料負担（月額8千円相当）を導入する。

### 短期入所療養介護、介護老人保健施設、介護医療院

- 以下の多床室（いずれも8㎡/人以上に限る。）の入所者について、基本報酬から室料相当額を減算し、利用者負担を求めることとする。
  - ・ 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設の多床室
  - ・ 「II型」の介護医療院の多床室
- ただし、基準費用額（居住費）を増額することで、一定未満の所得の方については利用者負担を増加させない。

### 単位数

#### 【短期入所療養介護、介護老人保健施設、介護医療院】

<現行>  
なし

<改定後>

該当する施設の多床室について、室料相当額減算として▲26単位/日（新設）  
該当する施設の多床室における基準費用額（居住費）について+260円/日（新設）

## 基準費用額（居住費）の見直し (令和6年8月施行)

告示改正

- 令和4年の家計調査によれば、高齢者世帯の光熱・水道費は令和元年家計調査に比べると上昇しており、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点や、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し、基準費用額（居住費）を60円/日引き上げる。

### 施設系サービス

- 基準費用額（居住費）を、全ての居室類型で1日当たり60円分増額する。
- 従来から補足給付の仕組みにおける負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額を据え置き、利用者負担が増えないようにする。

## 2. (2) ③ ユニットケア施設管理者研修の努力義務化

### 概要

【短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- ユニットケアの質の向上の観点から、個室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とする。【省令改正】

## 3. (3) ⑩ ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化

### 概要

【短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- ユニット型施設において、引き続き利用者との「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を明確化する。【通知改正】

## 5. ① 「書面掲示」規制の見直し

### 概要

【全サービス】

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等については、原則として事業所内での「書面掲示」を求めている一方、備え付けの書面（紙ファイル等）又は電磁的記録の供覧により、書面による壁面等への掲示を代替できる規定になっているところ、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表しなければならないこととする。【省令改正】【告示改正】【通知改正】

（※令和7年度から義務付け）

令和6年度介護保険法改正で、令和6年度から全ての介護事業者に財務諸表の提出と公表も義務化される。

# 令和6年度介護報酬改定の施行時期について（主な事項）

- 令和6年度介護報酬改定の施行時期については、令和6年度診療報酬改定が令和6年6月1日施行とされたこと等を踏まえ、以下のとおりとする。
  - 6月1日施行とするサービス
    - ・ 訪問看護
    - ・ 訪問リハビリテーション
    - ・ 居宅療養管理指導
    - ・ 通所リハビリテーション
  - 4月1日施行とするサービス
    - ・ 上記以外のサービス
- 令和6年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げについては、予算編成過程における検討を踏まえ、令和6年6月1日施行とする。これを踏まえ、加算の一本化についても令和6年6月1日施行とするが、現行の処遇改善関係加算について事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする改正は、令和6年4月1日施行とする。
- 補足給付に関わる見直しは、以下のとおりとする。
  - 令和6年8月1日施行とする事項
    - ・ 基準費用額の見直し
  - 令和7年8月1日施行とする事項
    - ・ 多床室の室料負担

# 令和6年度介護報酬改定の施行時期の早見表

2024.1.29時点  
全老健作成

	令和6												令和7								
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
新たなる補助金による処遇改善	■	■	■	■																	
R3年度改定の率で R6年度改定の要件で処遇改善 (一本化に向けた準備)			■	■																	
R6年度改定の新処遇改善加算 (一本化)					(V)(1)~(V)(14)までの加算は 令和6年度末までの経過措置										■	■	■	■	■	■	
入所・短期の介護報酬改定			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
基準費用額(居住費)の見直し(+60円)							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
室料の徴収(基本報酬-26単位)																			■	■	
通所リハ・訪問リハの介護報酬改定					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

# 訪問・通所リハビリテーション



## 2. (1) ⑥ 訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し

### 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーション事業所を更に拡充する観点から、介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可があったときは、訪問リハビリテーション事業所の指定があったものとみなす。また、介護保険法第72条第1項による通所リハビリテーション事業所及び訪問リハビリテーション事業所に係るみなし指定を受けている介護老人保健施設及び介護医療院については、当該事業所の医師の配置基準について、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって基準を満たしているものとみなすこととする。【省令改正】

### 基準

- 訪問リハビリテーション事業所、介護予防訪問リハビリテーション事業所のみなし指定が可能な施設

<現行>  
病院、診療所



<改定後>  
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院

- 人員配置基準について、以下の規定を設ける  
(訪問リハビリテーションの場合)

指定訪問リハビリテーション事業所が、みなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション事業所の医師の配置基準を満たしているものとみなすことができる。

## 2. (1) ⑫ ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化

### 概要

【居宅介護支援、介護予防支援、（訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★）】

- 退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。【通知改正】

### 算定要件等

- 居宅介護支援等の具体的取扱方針に以下の規定を追加する（居宅介護支援の例） ※赤字が追記部分

<指定居宅介護支援の具体的取扱方針>

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合には主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。

また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。（後略）

# 1. (3) ⑧ 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

## 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。【省令改正】

## 基準

<運営基準（省令）>

- サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）  
医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。



入院中に  
リハビリテーション  
を実施した医療機関



リハビリテーション  
事業所

【リハビリテーション実施計画書等】

入院中に実施していたリハビリテーションに関わる情報、  
利用者の健康状態、心身機能・構造、活動・参加、  
目標、実施内容、リハビリテーション実施に際しての注意点等

リハビリテーション  
実施計画書等の提供

リハビリテーション  
実施計画書等の入手  
・内容の把握

## 通所リハビリテーションの運営基準（主な変更ポイント）

### （通所リハビリテーション計画の作成）

#### 第115条

（略）

2・3. （略）

4. 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

5・6. （略）

7. 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、第81条第1項から第5項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、第1項から第5項までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる

## 訪問リハビリテーションの運営基準

### （指定訪問リハビリテーション計画の作成）

#### 第81条

（略）

2・3. （略）

4. 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

5. （略）

6. 指定訪問リハビリテーション事業者が指定通所リハビリテーション事業者（第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業者をいう。）の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、第115条第1項から第5項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進

## 概要

### 【通所リハビリテーション】

- リハビリテーション・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、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。
  - ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
  - イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFEに提出した情報を活用していること。
  - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。
- また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】

## 現行

リハビリテーション会議を定期的を開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施



リハビリテーション計画の説明・同意

PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告

A

LIFEの提出 & フィードバック



なし

イ

加算 (A) イ

あり

ロ

加算 (A) ロ

B

医師が利用者等に説明・同意を得る

なし

イ

加算 (B) イ

あり

ロ

加算 (B) ロ



## 改定後

リハビリテーション会議を定期的を開催する等、リハビリテーションマネジメントを継続的に実施



LIFEの提出 & フィードバック



なし

(新設)

加算(イ)

あり

加算(ロ)

なし

リハ・口腔・栄養のアセスメントを実施 & 情報を一体的に共有



あり

加算(ハ)

※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進

## 単位数

### ○ 通所リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ  
 同意日の属する月から6月以内 560単位/月, 6月超 240単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ  
 同意日の属する月から6月以内 593単位/月, 6月超 273単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(B)イ  
 同意日の属する月から6月以内 830単位/月, 6月超 510単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ  
 同意日の属する月から 6月以内 863単位/月, 6月超 543単位/月

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(イ)  
 同意日の属する月から6月以内 560単位/月, 6月超 240単位/月  
 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)  
 同意日の属する月から6月以内 593単位/月, 6月超 273単位/月  
 廃止

廃止

リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設)  
 同意日の属する月から6月以内 **793単位/月**, 6月超 **473単位/月**

※医師が利用者またはその家族に説明した場合 **上記に加えて270単位**  
 (新設・Bの要件の組み替え)

6月超 **473単位 + 270単位 = 743単位/月**  
 6月以内 **793単位 + 270単位 = 1063単位/月**

## 算定要件等

<リハビリテーションマネジメント加算(イ)> 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。  
 <リハビリテーションマネジメント加算(ロ)> 現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

<リハビリテーションマネジメント加算(ハ)> (新設)

- ・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。
- ・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。
- ・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
- ・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用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、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。

<リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合>

- ・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。

# 訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

## 単位数

### ○ 訪問リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 180単位/月  
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 213単位/月  
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 450単位/月  
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 483単位/月

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(イ) 180単位/月  
リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 213単位/月

廃止 (以下の条件に統合)

廃止 (以下の条件に統合)

※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて**270単位**  
(新設・Bの要件の組み替え)

加算 (ロ) **213単位** + **270単位** = **483単位/月**

## 算定要件等

<リハビリテーションマネジメント加算(イ)>

- ・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。

<リハビリテーションマネジメント加算(ロ)>

- ・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

<リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合> (新設)

- ・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定し、別の加算として設定。

# 1. (3) ⑨ 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

## 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >  
なし



< 改定後 >  
退院時共同指導加算 600単位/回 (新設)

## 算定要件等

(訪問リハビリテーションの場合)

- 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。(新設)

※ 利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

## 2. (1) ⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価

### 概要

【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 利用開始から12月が経過した後の減算について、拡大を行う。ただし、定期的なりハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しを行い、LIFEへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。
  - イ 要介護認定制度の見直しに伴い、より適切なアウトカム評価に資するようLIFEへリハビリテーションのデータ提出を推進するとともに、事業所評価加算の廃止を行う。【告示改正】

### 単位数

- 利用開始日の属する月から12月超

< 現行 >

介護予防訪問リハビリテーション  
5単位/回減算

< 改定後 >

要件を満たした場合 減算なし (新設)  
要件を満たさない場合 30単位/回減算 (変更)

介護予防通所リハビリテーション  
要支援1 20単位/月減算  
要支援2 40単位/月減算

要件を満たした場合 減算なし (新設)  
要件を満たさない場合 要支援1 120単位/月減算 (変更)  
要支援2 240単位/月減算 (変更)

- 事業所評価加算

< 現行 >

介護予防訪問リハビリテーション 120単位/月  
介護予防通所リハビリテーション 120単位/月

< 改定後 >

(廃止)  
(廃止)

### 算定要件等

- 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所（訪問）リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準 (新設)
  - ・ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
  - ・ 利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、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。

# 通所リハビリテーションにおける改定事項

## 改定事項

- 通所リハビリテーション 基本報酬
- ① 1(2)②豪雪地帯等において急な気象状況の悪化等があった場合の通所介護費等の所要時間の取扱いの明確化
- ② 1(2)③通所リハビリテーションにおける機能訓練事業所の共生型サービス、基準該当サービスの提供の拡充★
- ③ 1(3)⑧医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化★
- ④ 1(3)⑨退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進★
- ⑤ 1(5)④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
- ⑥ 1(6)①高齢者虐待防止の推進★
- ⑦ 1(6)②身体的拘束等の適正化の推進★
- ⑧ 2(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進
- ⑨ 2(1)③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★
- ⑩ 2(1)⑥訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し★
- ⑪ 2(1)⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価（予防のみ）
- ⑫ 2(1)⑪通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し
- ⑬ 2(1)⑫ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化★
- ⑭ 2(2)②通所リハビリテーションにおける入浴介助加算(Ⅱ)の見直し
- ⑮ 2(3)①科学的介護推進体制加算の見直し★
- ⑯ 3(1)①介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化★
- ⑰ 3(2)①テレワークの取扱い★
- ⑱ 3(2)⑧外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱いの見直し★
- ⑲ 4(2)①運動器機能向上加算の基本報酬への包括化（予防のみ）
- ⑳ 5②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
- ㉑ 5⑤通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化★

# 通所リハビリテーション 基本報酬

## 単位数

○通所リハビリテーション（7時間以上8時間未満の場合）

通常規模型		< 現行 >	< 改定後 > (平均約0.7%アップ)	大規模型		< 現行 > I/II	< 改定後 >
要介護1	757単位		<u>762単位</u>	要介護1	734/708単位		714単位
要介護2	897単位	➡	<u>903単位</u>	要介護2	868/841単位	➡	847単位
要介護3	1,039単位		<u>1,046単位</u>	要介護3	1,006/973単位		983単位
要介護4	1,206単位		<u>1,215単位</u>	要介護4	1,166/1,129単位		1,140単位
要介護5	1,369単位		<u>1,379単位</u>	要介護5	1,325/1,282単位		1,300単位

※旧大規模型I及びIIについては廃止し、大規模型に統合する。

※一定の条件を満たした大規模型事業所については、通常規模型と同様の単位数を算定できることとする。

○介護予防通所リハビリテーション

	< 現行 >	➡	< 改定後 >
要支援1	2,053単位/月		2,268単位/月
要支援2	3,999単位/月		4,228単位/月

## 2. (1) ⑪ 通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し①

### 概要

#### 【通所リハビリテーション】

- リハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、事業所規模別の基本報酬について、以下の見直しを行う。
  - ア 通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）の3段階になっている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型、大規模型の2段階に変更する。
  - イ 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。
    - i. リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の80%を超えていること。
    - ii. リハビリテーション専門職の配置が10：1以上であること。【告示改正】

### 単位数

#### <現行>（7～8時間利用の場合）

大規模型事業所（Ⅰ）	要介護1	734単位
	要介護2	868単位
	要介護3	1,006単位
	要介護4	1,166単位
	要介護5	1,325単位

大規模型事業所（Ⅱ）	要介護1	708単位
	要介護2	841単位
	要介護3	973単位
	要介護4	1,129単位
	要介護5	1,282単位

#### <改定後>

<b>大規模型事業所</b>	要介護1	714単位	（新設）
	要介護2	847単位	（新設）
	要介護3	983単位	（新設）
	要介護4	1,140単位	（新設）
	要介護5	1,300単位	（新設）

#### ※要件を満たした場合

要介護1	762単位	（新設）
要介護2	903単位	（新設）
要介護3	1,046単位	（新設）
要介護4	1,215単位	（新設）
要介護5	1,379単位	（新設）

## 2. (1) ⑪ 通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し②

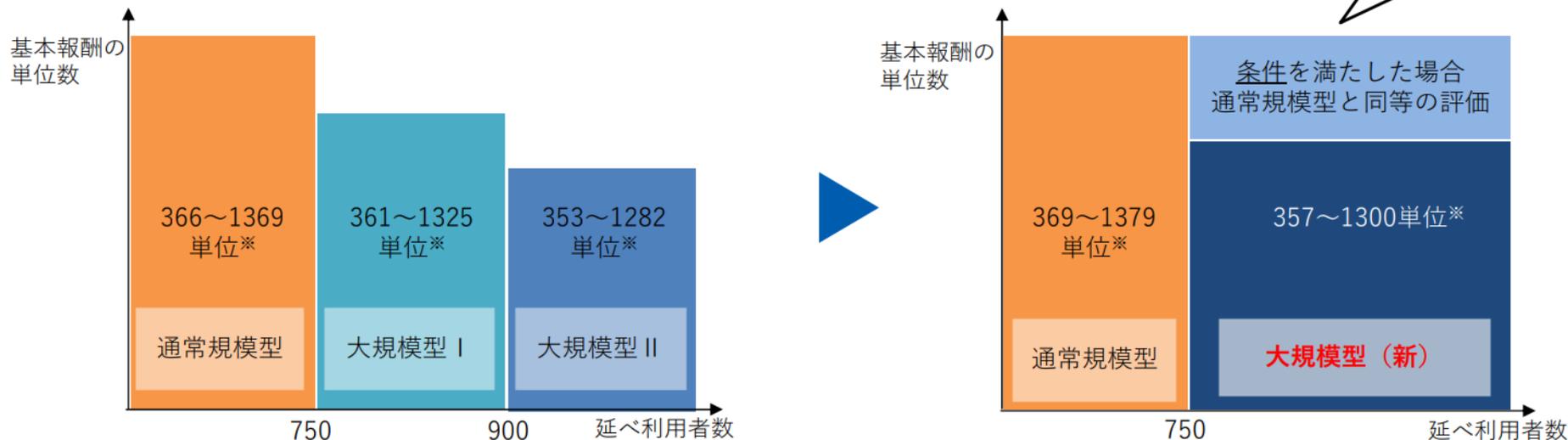
### 算定要件等

- 通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）の3段階になっている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型、大規模型の2段階に変更する。
- 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の80%を超えていること。
  - ・ 利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が10：1以上であること。

現行

改定後

- ✓ リハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者が80%以上
- ✓ リハビリテーション専門職の配置が10：1以上



※ 利用時間、要介護度毎に設定

## 2. (2) ② 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算 (II) の見直し

### 概要

【通所リハビリテーション】

- 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算 (II) について、利用者の居宅における入浴の自立への取組を促進する観点から、入浴介助加算 (II) の算定要件である、「医師等による、利用者宅浴室の環境評価・助言」について、人材の有効活用を図る観点から、医師等に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示の下、ICT 機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能とする。

加えて、利用者の居宅における自立した入浴への取組を促進する観点から、入浴介助加算 (II) の算定要件に係る現行の Q&A や留意事項通知で示している内容を告示に明記し、要件を明確化する。【告示改正】

### 算定要件等

<入浴介助加算 (II)> (入浴介助加算 (I) の要件に加えて) **60 単位/月**

・ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者 (以下「医師等」という。) が、利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えないものとする。

・ 当該事業所の理学療法士等が、医師等との連携の下で、利用者の身体の状況、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる。

・ 上記の入浴計画に基づき、個浴 (個別の入浴をいう。) 又は利用者の居宅の状況に近い環境 (利用者の居宅の浴室の手すりの位置、使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものをいう。) で、入浴介助を行うこと。

これまで医師等 (医師、PT/OT/ST等) が利用者の居宅を訪問し評価することとなっていたが、訪問が困難な場合、介護職が居宅へ訪問し、ICT機器を活用して環境を把握してもよくなった。

# 1. (2) ③ 通所リハビリテーションにおける機能訓練事業所の共生型サービス、 基準該当サービスの提供の拡充

## 概要

【通所リハビリテーション★】

- 障害福祉サービスとの連携を強化し、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）を拡充する観点から、通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能となることを踏まえ、自立訓練（機能訓練）を提供する際の人員及び設備の共有を可能とする。【通知改正】



現状、老健施設の短期入所では障害者の受け入れが可能であるが  
通所リハビリにおいても受け入れが可能となる。  
但し、障害者を受け入れるためには、都道府県の指定が必要  
（現状、定款の変更を求められ、手続きの手間が負担）

## 訪問リハビリテーションにおける改定事項

### 改定事項

- 訪問リハビリテーション 基本報酬
- ① 1(3)⑧医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化★
- ② 1(3)⑨退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進★
- ③ 1(5)④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
- ④ 1(6)①高齢者虐待防止の推進★
- ⑤ 1(6)②身体的拘束等の適正化の推進★
- ⑥ 1(7)②訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進
- ⑦ 2(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進
- ⑧ 2(1)⑥訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し★
- ⑨ 2(1)⑦要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化★
- ⑩ 2(1)⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価(予防のみ)
- ⑪ 2(1)⑨退院直後の診療未実施減算の免除★
- ⑫ 2(1)⑩診療未実施減算の経過措置の延長等★
- ⑬ 2(1)⑫ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化★
- ⑭ 2(1)⑮訪問系サービス及び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
- ⑮ 3(2)①テレワークの取扱い★
- ⑯ 5②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
- ⑰ 5③特別地域加算の対象地域の見直し★

# 訪問リハビリテーション 基本報酬

## 単位数

※以下の単位数はすべて1回あたり

○訪問リハビリテーション  
<現行>  
基本報酬 307単位



<改定後>  
基本報酬 308単位

○介護予防訪問リハビリテーション  
<現行>  
基本報酬 307単位



<改定後>  
基本報酬 298単位

## 1. (7) ② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

### 概要

#### 【訪問リハビリテーション】

- 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションの実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

### 単位数

<現行>  
なし



<改定後>  
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日 (新設)

### 算定要件等

- 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。(新設)
  - ・ 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、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。

## 2. (1) ⑮ 訪問系サービス及び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

### 概要

【訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

- 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において、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の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を設ける。

【告示改正】

### 単位数

<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

- 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)
- 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。



## 2. (1) ⑨ 退院直後の診療未実施減算の免除

### 概要

【訪問リハビリテーション★】

- 入院中にリハビリテーションを受けていた利用者が、退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始する観点から、退院後1月に限り、入院中の医療機関の医師の情報提供のもと、訪問リハビリテーションを実施した場合の減算について見直す。【告示改正】

### 単位数

< 現行 >  
診療未実施減算 50単位減算



< 改定後 >  
変更なし  
※入院中リハビリテーションを受けていた利用者の  
退院後1ヶ月に限り減算を適用しない

### 算定要件等

- 以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しない。
  - ・ 医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。
  - ・ 訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。
  - ・ 当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

## 2. (1) ⑩ 診療未実施減算の経過措置の延長等

### 概要

【訪問リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成に当たって事業所医師が診療せず、「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療した場合の減算（診療未実施減算）について、以下の見直しを行う。
  - ア 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和6年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。
  - イ 適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。【告示改正、通知改正】

### 単位数

<現行>

診療未実施減算 50単位減算



<改定後>

変更なし

### 算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、以下を要件とし、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
  - (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。
  - (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
  - (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。
- 上記の規定に関わらず、令和9年3月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
  - ・上記(1)及び(3)に適合すること。
  - ・(2)に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

# 全サービス



### 3. (2) ① テレワークの取扱い

#### 概要

【全サービス（居宅療養管理指導★を除く。）】

- 人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。【通知改正】

### 3. (3) ① 管理者の責務及び兼務範囲の明確化

#### 概要

【全サービス】

- 提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。【省令改正】【通知改正】

### 3. (3) ② いわゆるローカルルールについて

#### 概要

【全サービス】

- 都道府県及び市町村に対して、人員配置基準に係るいわゆるローカルルールについて、あくまでも厚生労働省令に従う範囲内で地域の実情に応じた内容とする必要があること、事業者から説明を求められた場合には当該地域における当該ルールの必要性を説明できるようにすること等を求める。【Q&A発出】

### 3. (2) ⑦ 人員配置基準における両立支援への配慮

#### 概要

【全サービス】

- 介護現場において、治療と仕事の両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。
    - ア 「常勤」の計算に当たり、**職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。**
    - イ 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。
- 【通知改正】

## 治療と仕事の両立支援ガイドライン



**対象疾病：**がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病など、  
反復・継続して治療が必要となる疾病であり、短期で  
治癒する疾病は対象としていない。

**勤務制度：**事業者が自主的に設ける勤務制度であり、療養中・療養後の  
負担を軽減すること等を目的として、所定労働時間を短縮する  
制度

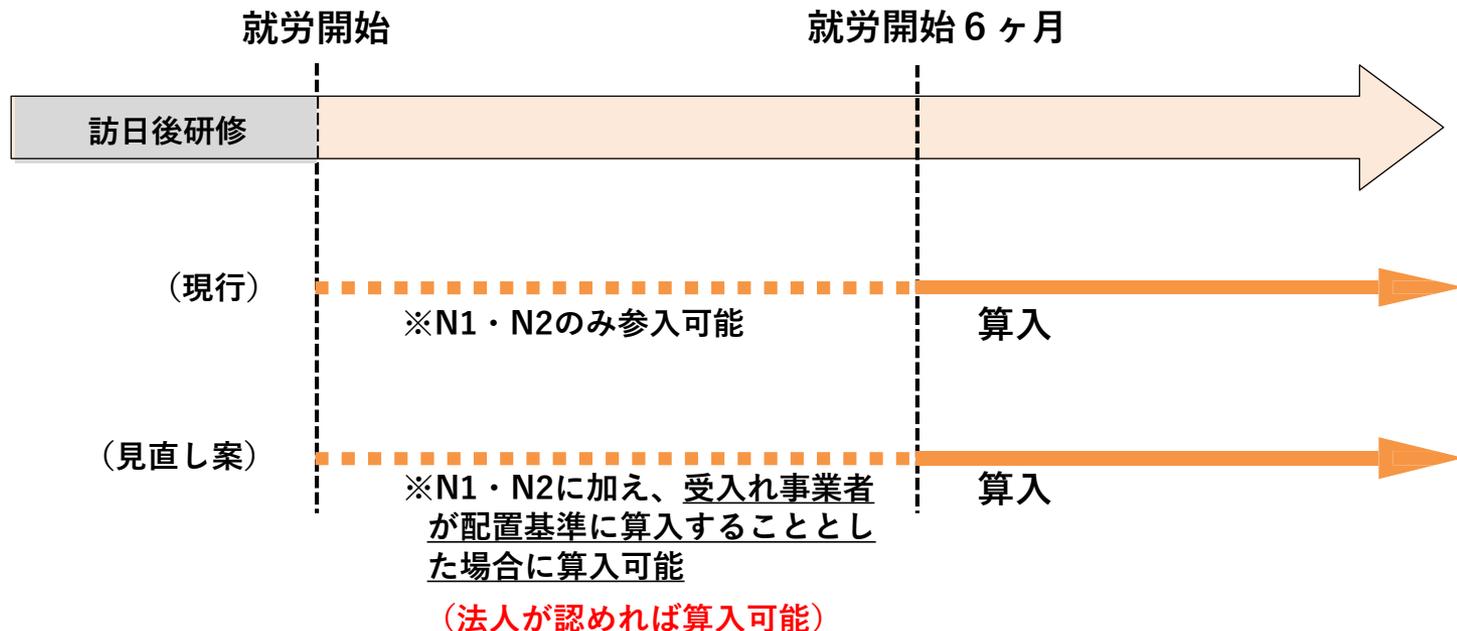
# 外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱いの見直し

## 算定要件等

次のいずれかに該当するものについては、職員等の配置の基準を定める法令の適用について職員等とみなしても差し支えないこととする。

- ・ 受入れ施設において就労を開始した日から6月を経過した外国人介護職員
- ・ 受入れ施設において就労を開始した日から6月を経過していない外国人介護職員であって、受入れ施設（適切な研修体制及び安全管理体制が整備されているものに限る。）に係る事業を行う者が当該外国人介護職員の日本語の能力及び研修の実施状況並びに当該受入れ施設の管理者、研修責任者その他の職員の意見等を勘案し、当該外国人介護職員を職員等の配置の基準を定める法令の適用について職員等とみなすこととしたもの
- ・ 日本語能力試験N1又はN2に合格した者

追加



# 医療・介護・障害福祉関係団体との賃上げに関する意見交換

令和6年1月19日（金）  
於：首相官邸



今回の介護報酬の改定率は、過去2番目に高いプラス1.59%の改定率であったこと、また外枠を加えた実質プラス2.04%は、現場にとっても非常にありがたい改定であったと深く感謝申し上げます。

通常介護報酬改定では、3年分の財源を見越した改定であるところ、今回、2年分の賃上げ財源を含む改定をして頂き、2年後には残りの1年分の賃上げも考慮して頂けるという画期的な改定をして頂いたことは、本当にありがたい英断だったと感じています。

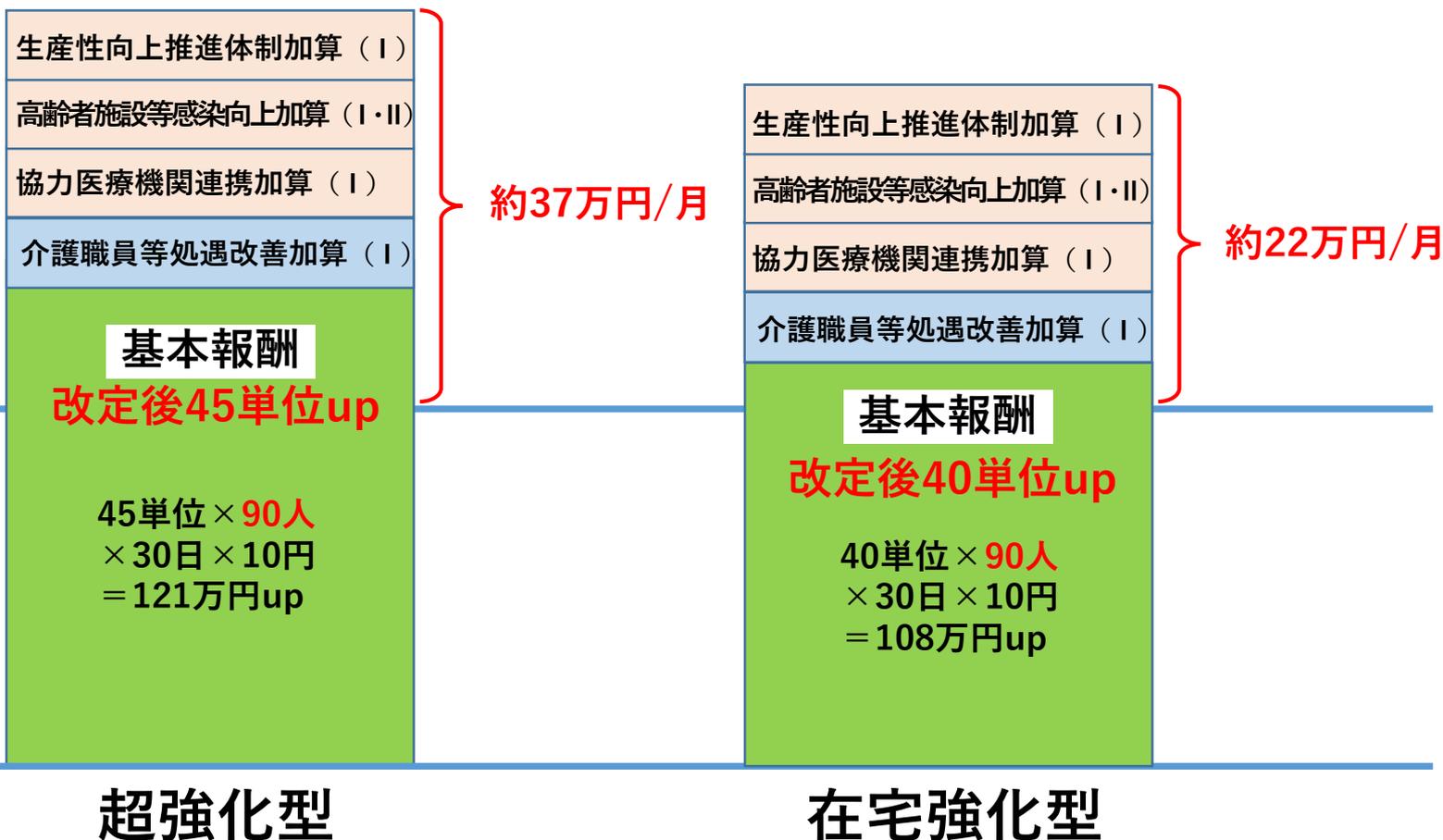
**令和6年度2.5%以上、令和7年度2.0%を上回る賃上げに努力します！**

# 令和6年介護報酬改定における 老健施設職員のベースアップに関するシミュレーション

超強化型・在宅強化型の老健施設

- ※ 定員100床（稼働率90%）：平均要介護3・多床室を想定
- ※ 改定前後の単位（基本報酬及び新規体制加算等）差でシミュレーション
- ※ 月3800万円の人件費想定 ⇒ 2.5%アップのための財源＝月95万円

【イメージ】

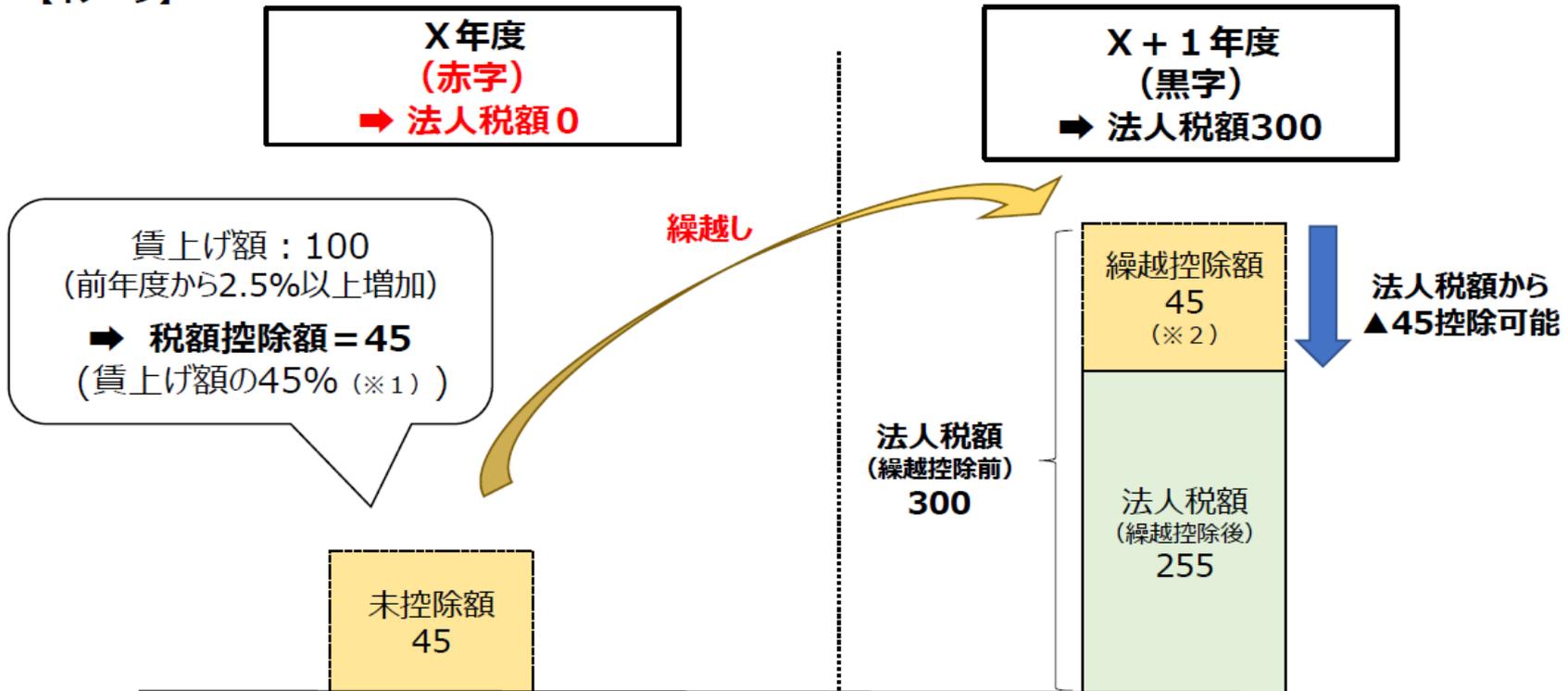


# 賃上げ促進税制も活用！

## 賃上げ促進税制における繰越控除措置の創設（令和6年度税制改正案）

- 令和6年度税制改正において、中小法人向けには、賃上げ促進税制をより使いやすくするため、新たに**繰越控除制度**を創設し、賃上げを実施した年度に控除しきれなかった金額について、**5年間**にわたって繰り越すことを可能とすることとしている。

【イメージ】



※1 女性活躍・子育て支援、教育訓練に関する上乗せ要件を満たしている場合の控除率。

※2 繰越控除をする事業年度において、全雇用者の給与等支給額が前年度より増加している場合に限り、適用可能。また、各年度の法人税額の20%が上限。

