

# 「徹底解説 令和6年度介護報酬改定」 ～老健リハ職への大きな期待！！～

2024年3月11日

令和5年度 岐阜県老人保健施設協会  
リハビリテーション専門職部会研修会  
株式会社メディックプランニング  
三好 貴之



三好 貴之

(株)メディックプランニング 代表取締役

経営コンサルタント/作業療法士/経営学修士(MBA)

HMS研究会リハビリテーション事業講師

株式会社楓の風「リハビリテーション颯」SV

## <学歴>

H10.3 岡山健康医療技術専門学校卒

H15.9 佛教大学卒

H19.3 日本福祉大学卒

H30.3 岡山大学大学院卒(経営学修士/MBA)

## <職歴>

H9.4～H12.12 医療法人社団五聖会児島聖康病院リハビリテーション科

H13.1～H23.8 学校法人本山学園岡山医療技術専門学校専任教員

H19.6～H25.8 メディックプランニング設立代表就任

H25.9～ 株式会社メディックプランニング代表取締役



看護管理者を  
変えた7通の手紙  
ストーリーで学ぶリーダーシップ

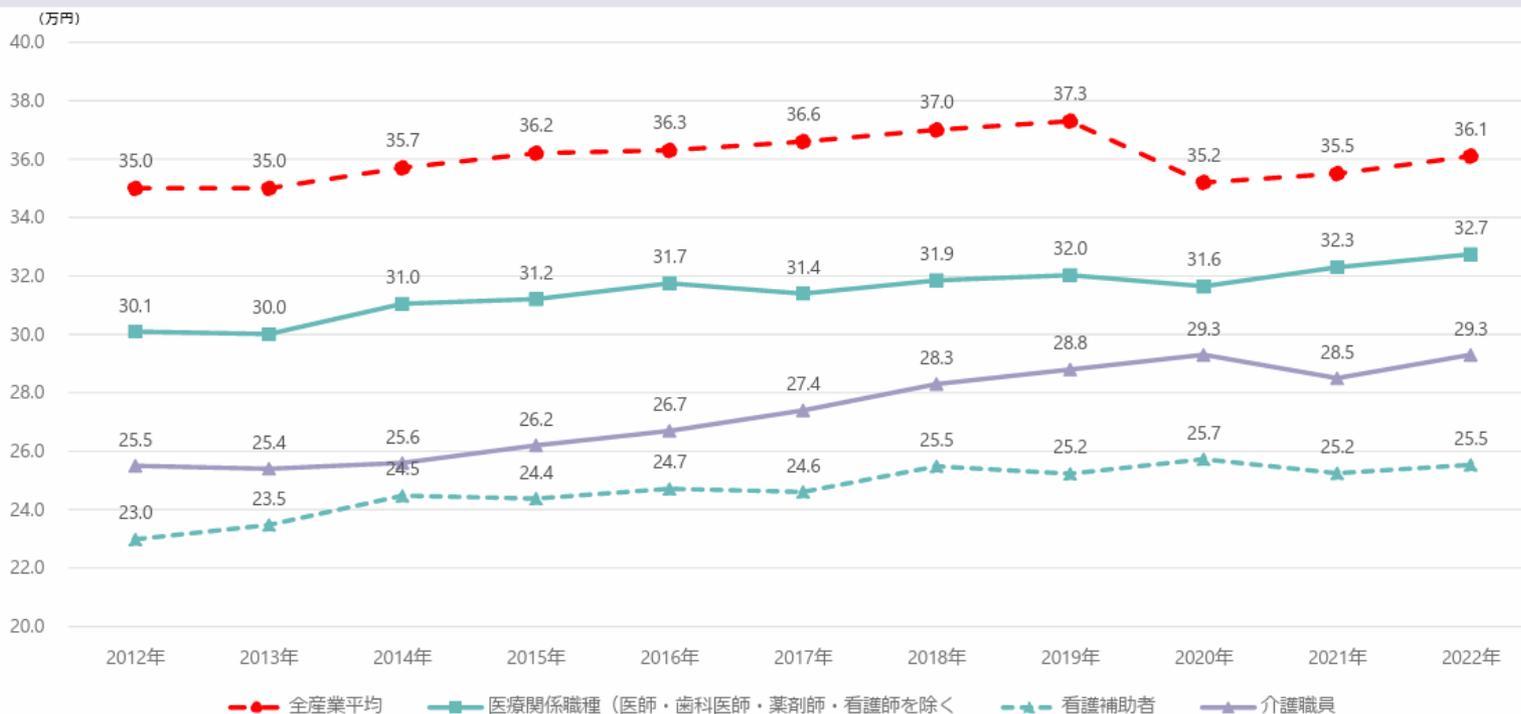
三好 貴之  
Akio Takayuki



# I 賃上げ改定だけど、 自分でも賃上げできる方法

### 医療関係職種の給与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 「給与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与其他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額。

注2) 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

### 医療関係職種の賃金の状況（一般労働者、男女計）

		平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）
産業別	産業計	42.6	10.4	36.1
	職種別			
	医師	39.3	3.9	97.1
	歯科医師	35.8	4.3	61.3
	薬剤師	39.2	7.2	45.6
	保健師	41.2	8.1	37.6
	助産師	42.3	9.8	47.9
	看護師	39.4	7.8	40.7
	准看護師	51.0	12.0	34.5
	診療放射線技師	39.2	11.3	41.9
	臨床検査技師	37.4	8.9	37.8
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.5	6.2	34.2
	歯科衛生士	36.0	7.0	31.5
	歯科技工士	41.4	10.7	34.0
	栄養士	37.5	7.5	30.3
	その他の保健医療従事者	38.2	7.8	34.4

【出典】厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。

注2) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞与其他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12月までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額

注3) 産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.7歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与41.4万円

# 令和5年度 第11回 入院・外来医療等の調査・評価分科会

## 令和5年12月21日(木)

### 職種別給与の平均と中央値、伸び率①

第24回医療経済  
実態調査の概要  
(令和5年 11月24日版)

#### ■一般病院(全体)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		平均給料の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
病院長	26,208,673	23,359,348	26,334,663	23,778,440	0.5
医師	14,619,456	16,889,246	14,610,739	16,748,784	▲0.1
歯科医師	12,587,192	12,637,429	12,491,733	12,025,456	▲0.8
薬剤師	5,625,692	5,668,371	5,688,862	5,657,393	1.1
看護職員	5,127,639	4,909,081	5,209,279	4,975,673	1.6
看護補助職員	3,187,598	3,099,619	3,244,894	3,138,072	1.8
医療技術員	4,657,816	4,462,923	4,675,624	4,496,132	0.4
歯科衛生士	3,759,497	3,656,860	3,778,665	3,668,069	0.5
歯科技工士	5,050,562	4,704,000	4,909,517	4,439,325	▲2.8

回答施設数
605
609
124
605
627
549
609
157
17

#### ■一般病院(医療法人)

(単位:円、%)

	R3年度		R4年度		金額の 伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
病院長	30,044,796	25,800,000	30,212,670	26,551,065	0.6
医師	15,130,232	17,699,500	14,984,967	17,672,170	▲1.0
歯科医師	11,196,546	11,910,903	10,830,121	10,310,730	▲3.3
薬剤師	5,242,903	5,514,594	5,286,383	5,494,153	0.8
看護職員	4,569,017	4,536,948	4,633,380	4,637,455	1.4
看護補助職員	3,081,175	3,014,972	3,129,319	3,061,833	1.6
医療技術員	4,109,461	4,120,272	4,112,932	4,166,263	0.1
歯科衛生士	3,183,728	3,175,575	3,231,712	3,214,481	1.5
歯科技工士	3,895,043	4,072,911	3,910,644	4,030,486	0.4

回答施設数
317
317
36
315
332
314
316
55
5

※ 中央値については保険局医療課において集計

# 処遇改善加算1本化で職種ルールも廃止

## 3. (1) ① 介護職員の処遇改善②

### 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。  
※ それまでペ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ペ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

加算率(※)	新加算区分	要件	対応する現行の加算等(※)	新加算の趣旨
【24.5%】	I	<b>新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> ・ 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)	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. 特定処遇加算(Ⅰ)【6.3%】 c. ペースアップ等支援加算【2.4%】	事業所内の経験・技能のある職員を充実
【22.4%】	II	<b>新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> ・ 改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 ・ 職場環境の更なる改善、見える化【見直し】 <del>・ ダブルチェックの配分ルール【撤廃】</del>	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. 特定処遇加算(Ⅱ)【4.2%】 c. ペースアップ等支援加算【2.4%】	総合的な職場環境改善による職員の定着促進
【18.2%】	III	<b>新加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たすこと。</b> ・ 資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. ペースアップ等支援加算【2.4%】	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備
【14.5%】	IV	<b>・ 新加算(Ⅳ)の1/2(7.2%)以上を月額賃金で配分</b> ・ 職場環境の改善(職場環境等要件)【見直し】 ・ 賃金体系等の整備及び研修の実施等	a. 処遇改善加算(Ⅱ)【10.0%】 b. ペースアップ等支援加算【2.4%】	介護職員の基本的な待遇改善・ペースアップ等

※：加算率は訪問介護のものを例として記載。

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。)



# キャリアを決める決定的な年齢は？

---

- 諸説ありますが、多くの人が提唱しているのが
- 「           」歳
- つまり、右肩上がりにキャリアアップしていくのではなく、この年齢で、上がれる人と、そうでない人に分かれる
- 新卒から、この大切な期間に、職場や上司の文句を言いながらダラダラ仕事するのは、無駄でしかない
- 「自分らしく仕事をするために」今、何をすべきかが軸
- 転職、起業、副業含めて、すべては「手段」

## 1. 必要経費方式

自分が生活するのに必要なお金(経費)を給与とし  
しもらう

## 2. 利益分け前方式

自分の稼ぎ出した利益の一部を給与としてもらう

小暮太一(2012)「僕たちはいつまでこんな働き方を続けるのか?」,星海社出版,25頁。

## 2つの「労働力としての価値」を上げる

### 1. 価値

それを作るためにどれくらいの手間暇がかかったか

### 2. 使用価値

それを使って意味(利益、有益性)があるか

小暮太一(2012)「僕たちはいつまでこんな働き方を続けるのか?」,星海社出版, 51頁。

# では、これからはどうするか

---

**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士**

**+  $\alpha$  = 付加価値(スキル)を持つこと**

## 市場(雇用側のニーズ) ＝組織の困りごと

今の職場を見渡して、組織が困っていることは何かを考える

そして、それを解決するためのスキルを身につける

# 自称ではなく他称のスキル

---

- 自称「患者さんのリハビリを頑張りました」では、転職には優位に働かない
- 医療や介護経営に必要なのない自己研鑽的な資格も優位に働かない(医療系大学院、マイナーな認定資格)
- 院内の教育委員会で病院全体の教育に携わっていた
- 広報委員会でホームページの修正をワードプレスや動画編集ソフトでやっていた
- 回復期リハビリ病棟のリーダーとして部下10人のマネジメントをやっていた
- 介護施設の立ち上げを行い、軌道に乗せた

# 理学療法士 穴澤氏のキャリア

- 1984年 5月 千葉県木更津市出身
- 2007年 3月 T大学電子情報学部情報メディア学科卒
- 2007年 4月 システムエンジニアとして就職
  
- 2008年 1月 9か月で退職
  
- フリーター、ニートなど、職を転々とする
  
- 2009年 4月 Fリハビリテーション専門学校PT学科入学
- 2012年 3月 Fリハビリテーション専門学校PT学科卒業
  
- 2012年 4月 S市立病院へ就職 急性期病棟勤務 その間、ネパール、イタリア研修
- 2016年 4月 回復期リハビリ病棟へ異動
- 2018年 3月 S市立病院退職
  
- 2018年 4月 合同会社なゆた設立 障害者グループホーム開設 その後合計4棟
- 2020年 9月 まつど訪問看護ステーション開設
- 2021年 2月 ふなばし相談支援事業所開設
- 2022年10月 合同会社なゆたをバイアウト(売却)

市場のニーズをとらえ、成功！

## Ⅱ 同時改定の背景を理解する



# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 令和5年3月15日(水)

## 介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

高齢者の75%が一般病床へ入院

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7：1および10：1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

出典：DPC

6

# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 令和5年3月15日(水)

## 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	靭子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管細管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少(症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K563	憩室(盲)	2,378	0.5%
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

上位5つの疾患で約30%

高齢者に多い疾患では、リハビリの  
継続で再発リスクが抑えられる

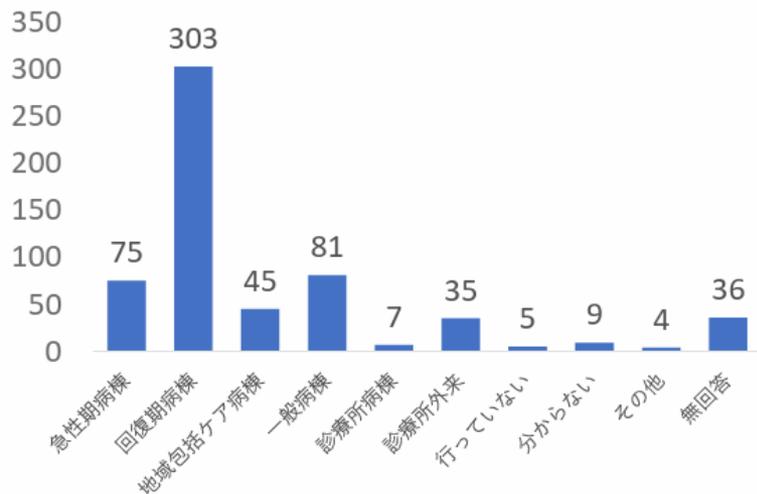
出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 令和5年3月15日(水)

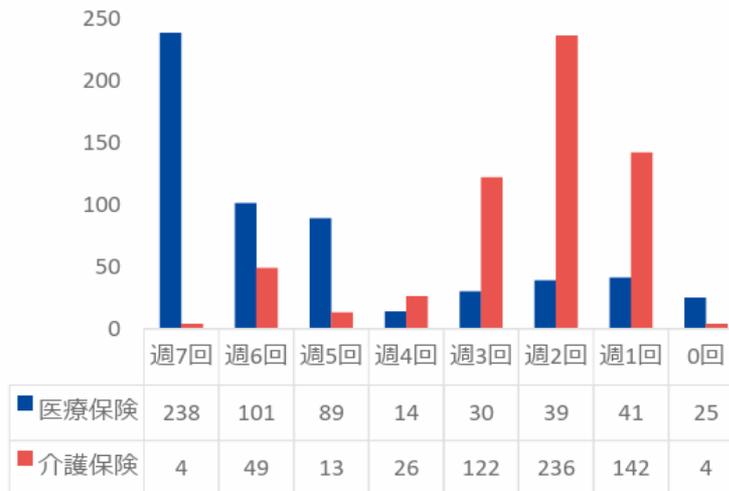
## 疾患別リハビリテーションから 介護保険におけるリハビリテーションへの移行について

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへの移行についての調査において、最後に疾患別リハビリを提供されていた場所は回復期リハビリテーション病棟が最多であった。
- 疾患別リハビリテーションの方が介護保険におけるリハビリテーションより提供頻度が多かった。

最後に疾患別リハビリテーション（診療報酬）を  
提供されていた場所



リハビリテーションの頻度  
(平均週回数, n=600)



(対象) 疾患別リハビリテーション治療が終了3月以内に、介護保険の訪問リハ・通所リハ・老健のリハを利用中の要介護者  
(方法) リハビリテーションマネジメントの提供状況に対するアンケート調査 期間：2020年10月～2021年1月  
(回収率) 600部/1370部 (回収率43.9%)

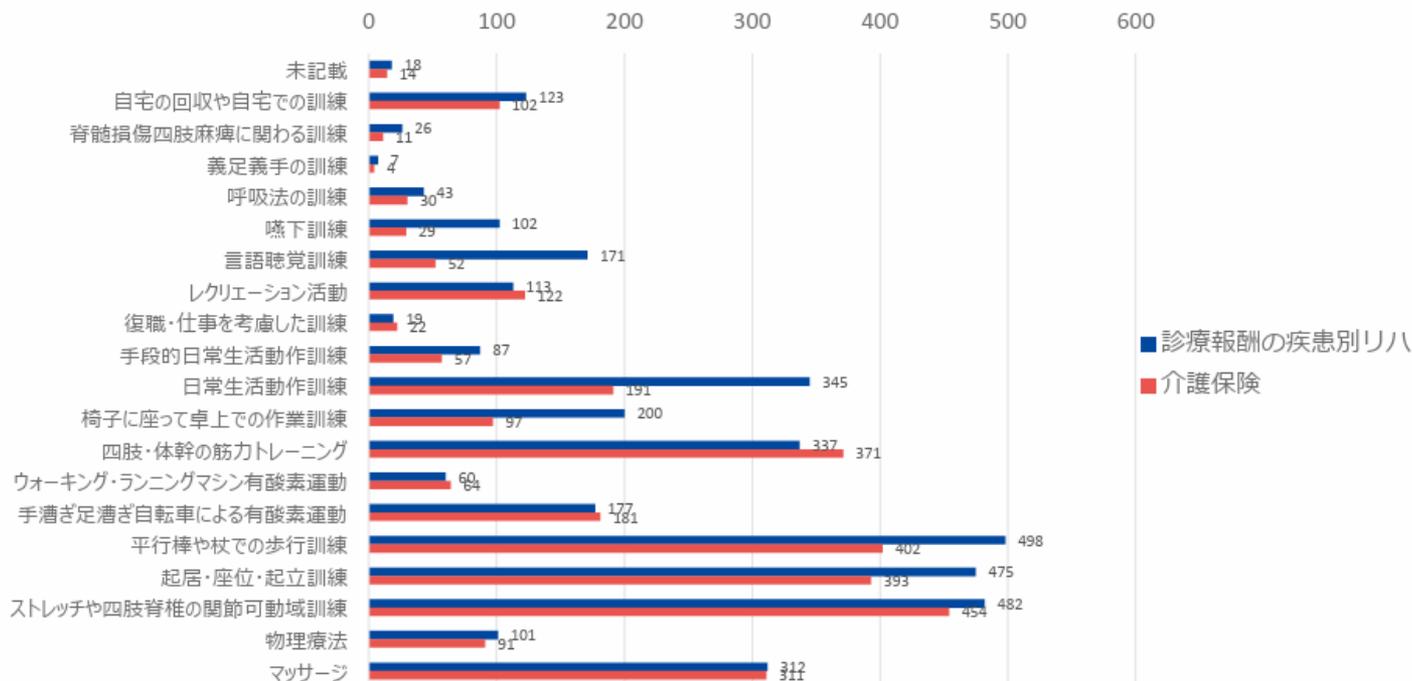
※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 令和5年3月15日(水)

## 疾患別リハビリテーションと 介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションと比べ、介護保険におけるリハビリテーションでは、レクリエーション活動、四肢・体幹の筋力トレーニングが多く、嚥下訓練、言語聴覚訓練、ADL訓練、卓上ででの作業訓練、歩行訓練、起居・座位・起立訓練が少なかった。

疾患別リハビリテーション（診療報酬）と介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較



※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三田幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果 **30**

- まだ、リハビリ職のなかには「医療は医療」、「介護は介護」と分けて考えている人がいる
- 資料の通り、すでに救急医療が必要な患者は、要介護状態の方も多く、また、介護が必要な利用者も慢性疾患の管理が必要な利用者も多い
- 医療しかやっていない高度急性期以外の病院は、まずは、訪問リハビリで退院患者についていく
- 訪問リハビリがある程度増えれば、小規模で良いので通所リハビリを行う
- これからの高齢者医療では、在宅復帰は「目標」ではなく、「プロセスの一部」でしかない

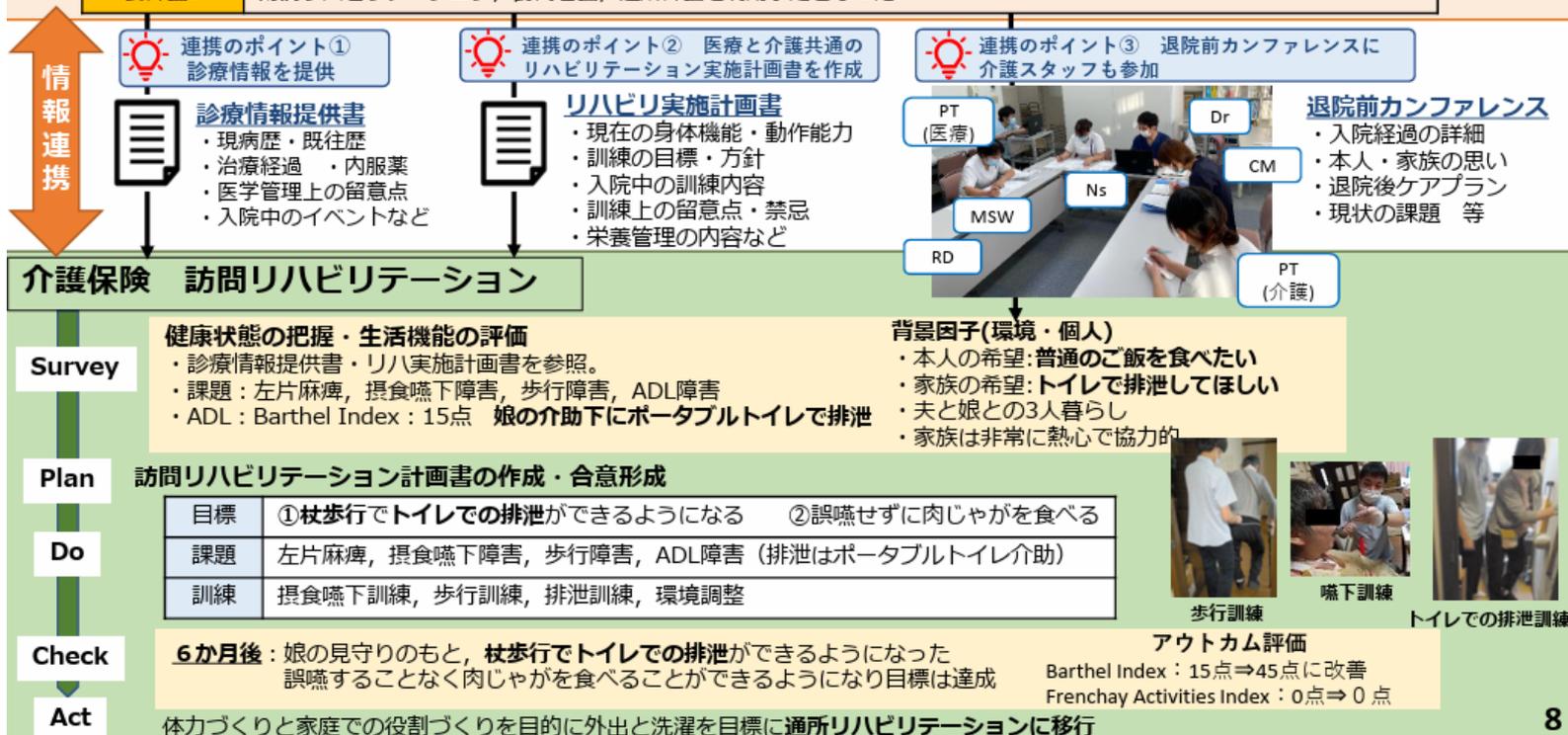
- 患者の高齢化に伴い、実施単位数が停滞している
- 「6単位もできる患者がいない・・・」
  
- リハビリ室での機能訓練だけではなく、
  - ①直接的なADL訓練の増加
  - ②予防も含めた運動指導・生活指導
  - ③認知症リハ
- こういうものを導入していかないと単位数が増加していかないのでは

# 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 令和5年3月15日(水)

## 【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

### 医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症、脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．



## Ⅲ. 2024年介護報酬改定を踏まえた リハビリ部門の対応策



# Ⅲー1 訪問・通所リハビリ

## 1. (4)訪問リハビリテーション①

### 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★

## 1. (4)訪問リハビリテーション②

### 改定事項

- 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★

## 2. (3)通所リハビリテーション①

### 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★

## 2. (3)通所リハビリテーション②

### 改定事項

- 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★

## 1. (5) ④ 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

### 概要

【全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）】

- 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の徹底を求める観点から、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未策定の場合、基本報酬を減算する。【告示改正】

### 単位数

< 現行 >  
なし

< 改定後 >

業務継続計画未実施減算

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)**

※ 平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、5単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、その他サービスは、所定単位数から平均して7単位程度/（日・回）の減算となる。

### 算定要件等

- 以下の基準に適合していない場合 **(新設)**
  - ・ 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
  - ※ 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。
- 1年間の経過措置期間中に全ての事業所で計画が策定されるよう、事業所間の連携により計画策定を行って差し支えない旨を周知することも含め、小規模事業所の計画策定支援に引き続き取り組むほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に業務継続計画に関する取組状況を追加する等、事業所への働きかけを強化する。また、県別の計画策定状況を公表し、指定権者による取組を促すとともに、業務継続計画を策定済みの施設・事業所についても、地域の特性に合わせた実効的な内容となるよう、指定権者による継続的な指導を求める。

## 1. (6) ① 高齢者虐待防止の推進①

### 概要

【全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）】

- 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、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。）について、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に、基本報酬を減算する。その際、福祉用具貸与については、そのサービス提供の態様が他サービスと異なること等を踏まえ、3年間の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
- 施設におけるストレス対策を含む高齢者虐待防止に向けた取組例を収集し、周知を図るほか、国の補助により都道府県が実施している事業において、ハラスメント等のストレス対策に関する研修を実施できることや、同事業による相談窓口について、高齢者本人とその家族だけでなく介護職員等も利用できることを明確化するなど、高齢者虐待防止に向けた施策の充実を図る。

### 単位数

<現行>  
なし



<改定後>

**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）

※ 平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、5単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、所定単位数から平均して7単位程度/（日・回）の減算となる。

### 算定要件等

- 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）を定期的で開催するとともに、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を実施すること。
  - ・ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

## 1. (6) ① 高齢者虐待防止の推進②

### 算定要件等

- 全ての施設・事業所で虐待防止措置が適切に行われるよう、令和6年度中に小規模事業所等における取組事例を周知するほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に虐待防止に関する取組状況を追加する。また、指定権者に対して、集団指導等の機会等にて虐待防止措置の実施状況を把握し、未実施又は集団指導等に不参加の事業者に対する集中的な指導を行うなど、高齢者虐待防止に向けた取組の強化を求めるとともに、都道府県別の体制整備の状況を周知し、更なる取組を促す。



## 1. (6) ② 身体的拘束等の適正化の推進①

### 概要

【ア：短期入所系サービス★、多機能系サービス★、イ：訪問系サービス★、通所系サービス★、福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★】

- 身体的拘束等の更なる適正化を図る観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 短期入所系サービス及び多機能系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催等、指針の整備、研修の定期的な実施）を義務付ける。【省令改正】また、身体的拘束等の適正化のための措置が講じられていない場合は、基本報酬を減算する。その際、1年間の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
  - イ 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援について、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付ける。【省令改正】

### 基準

- 短期入所系サービス及び多機能系サービスの運営基準に以下の措置を講じなければならない旨を規定する。
  - ・ 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。
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - ・ 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な実施すること。
- 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援の運営基準に以下を規定する。
  - ・ 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこと。
  - ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

## 1. (6) ② 身体的拘束等の適正化の推進②

### 単位数

【短期入所系サービス★、多機能系サービス★】

< 現行 >  
なし



< 改定後 >

**身体拘束廃止未実施減算** 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算 (新設)

※ 平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、5単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、短期入所系・多機能系サービスは所定単位数から平均して9単位程度/日の減算となる。

### 算定要件等

- 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合
  - ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
  - ・ 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
  - ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること
  - ・ 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を実施すること
- 全ての施設・事業所で身体的拘束等の適正化が行われるよう、令和6年度中に小規模事業所等における取組事例を周知するほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に身体的拘束等の適正化に関する取組状況を追加する。また、指定権者に対して、集団指導等の機会等にて身体的拘束等の適正化の実施状況を把握し、未実施又は集団指導等に不参加の事業者に対する集中的な指導を行うなど、身体的拘束等の適正化に向けた取組の強化を求める。

## 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】

## 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

### 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、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。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

## 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。

## 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】

## 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）



## 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)  
医師等の従業者は、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入手し、内容を把握しなければならない

特に他法人とのやりとりは時間がかかる  
＝紹介が多い医療機関との連携方法を6月  
までに話し合っていく



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  
実施計画書等の提供

【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する情報、  
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  
実施計画書等の入手  
・内容の把握

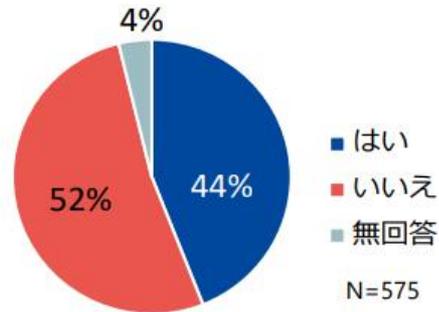
# 第229回社会保障審議会介護給付費分科会 令和5年10月26日(木)

## 疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

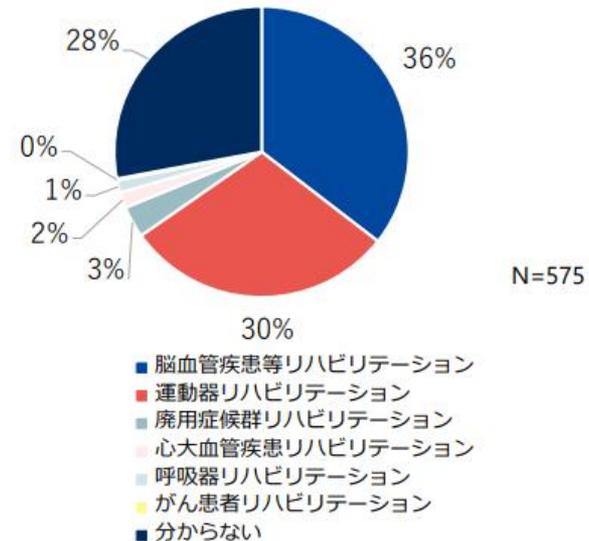
社保審-介護給付費分科会  
第219回 (R5. 7. 10) 資料3

- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を手に入っていたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、**入手していたのは26.8%であった。**
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が  
疾患別リハビリテーションの  
リハビリテーション実施計画書を手に入っていたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している  
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を手に入れたか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<b>&lt;0.001</b>
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

## 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で行い、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) 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】

ケアマネの代わりにリハビリ職同士が  
入院中の医師の意見を聞くことも想定される

### 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あって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. (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。

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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③

単位数	
<p>○ 通所リハビリテーション &lt;現行&gt; 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</p>	<p>&lt;改定後&gt; 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</p> <p>※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)</p>
算定要件等	<p>○ 通所リハビリテーション &lt;リハビリテーションマネジメント加算(イ)&gt; 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。 &lt;リハビリテーションマネジメント加算(ロ)&gt; 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。 &lt;リハビリテーションマネジメント加算(ハ)&gt; (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、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。</p> <p>&lt;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&gt; ・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。</p>

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

	単位数	医師加算
リハマネ加算(イ) 6か月以内	560単位/月	830単位/月
リハマネ加算(イ) 6か月超え	240単位/月	510単位/月
リハマネ加算(ロ) 6か月以内	593単位/月	863単位/月
リハマネ加算(ロ) 6か月超え	273単位/月	543単位/月
リハマネ加算(ハ) 6か月以内	793単位/月	1,063単位/月
リハマネ加算(ハ) 6か月超え	473単位/月	743単位/月

居宅訪問・リハビリ会議を考えるとリハマネ加算(イ)(ロ)の算定は限定的になるのでは？どうせ算定するならリハマネ加算(ハ)じゃないと採算が合わない

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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

### 概要

【訪問リハビリテーション、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、訪問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で開催する等、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

医師が利用者等に説明・同意を得る

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

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で開催する等、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)

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

なし

加算(ハ)

あり

加算(ハ)

※医師が利用者等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マネジメント

- リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善（以下、「SPDCA」という）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションが提供できているか、継続的に管理することにより、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。
- 介護報酬においては、基本報酬の算定要件及び各加算において評価を行っている。

### 基本報酬



#### 医師の詳細な指示

リハビリテーションの目的に加え、以下のいずれか1以上の指示を行う

- ・開始前、実施中の留意事項
- ・中止基準
- ・負荷量等



#### 計画の進捗状況の確認・計画の見直し

- ・初回評価はおおむね2週間以内
- ・以降は概ね3月ごとに評価
- ・必要に応じて計画を見直す



#### 居宅訪問

利用開始から1月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療・検査等を行うよう努める



#### 継続利用時の説明・記載

医師が3月以上の継続利用が必要と判断  
⇒計画書に以下を記載し、説明を行う

- ・継続利用が必要な理由
- ・具体的な終了目安
- ・その他のサービスの併用と以降の見直し



#### 他事業所との連携

ケアマネジャーを通じて、その他のサービス従業者に、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

### リハビリテーションマネジメント加算



#### リハビリテーション会議

以下の頻度でリハビリテーション会議を開催し、計画を見直す

- ・利用開始から6月以内 : 1月に1回以上
- ・利用開始から6月超 : 3月に1回以上



#### 指導・助言

介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点を助言する

- ・他サービスの従業者と居宅を訪問し、従業者に対して行う
- ・居宅を訪問し、家族に対して行う



#### ケアマネジャーへの情報提供



#### 説明と同意

#### (イ)の要件

#### (ロ)の要件



#### LIFE提出

#### (ハ)の要件



#### 口腔アセスメント



#### 栄養アセスメント



#### リハ・口腔・栄養の 情報活用

問7 リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかつた場合、当該加算は取得できないのか。

(答)

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。
- ・ なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

※ 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問10の修正。

「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A  
(Vol.2) (令和3年3月23日)」

## 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) ⑦ 要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化

### 概要

【訪問リハビリテーション★】

- 要介護者及び要支援者に対する訪問リハビリテーションについて、利用者の状態像に応じた、より適切な評価を行う観点から、訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬に一定の差を設ける。  
【告示改正】

### 単位数

<現行>

訪問リハビリテーション 307単位/回  
介護予防訪問リハビリテーション 307単位/回



<改定後>

訪問リハビリテーション **308**単位/回 (変更)  
介護予防訪問リハビリテーション **298**単位/回 (変更)

### 算定要件等

- 変更なし

## 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、定期的なリ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
 

<p>&lt;現行&gt;</p> <p>介護予防訪問リハビリテーション 5単位/回減算</p> <p>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</p>	▶	<p>&lt;改定後&gt;</p> <p>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)</p> <p>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)</p>
--	---	---
- 事業所評価加算
 

<p>&lt;現行&gt;</p> <p>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</p>	▶	<p>&lt;改定後&gt;</p> <p>(廃止) (廃止)</p>
--	---	---

### 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。

## 介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催

○ 介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所のうち、リハビリテーション会議を実施している割合は32.6%である。

### ■介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催状況

	全体 n=677	通常規模 n=576	大規模Ⅰ n=38	大規模Ⅱ n=51
実施あり	32.6%	33.3%	26.3%	25.5%
実施なし	63.2%	62.8%	63.2%	72.5%
無回答	4.1%	3.8%	10.5%	2.0%

### ■実施ありの事業所において、利用者のうちリハビリテーション会議を行った割合

	全体 n=221	通常規模 n=192	大規模Ⅰ n=10	大規模Ⅱ n=13
10割	51.6%	52.6%	80.0%	15.4%
8割以上	8.6%	8.9%	20.0%	0.0%
5割以上	10.9%	10.4%	0.0%	23.1%
3割以上	3.6%	4.2%	0.0%	0.0%
3割未満	22.2%	20.3%	0.0%	61.5%
無回答	3.2%	3.6%	0.0%	0.0%

(出典) 生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業 速報値(令和5年度 老人保健健康増進等事業)

19

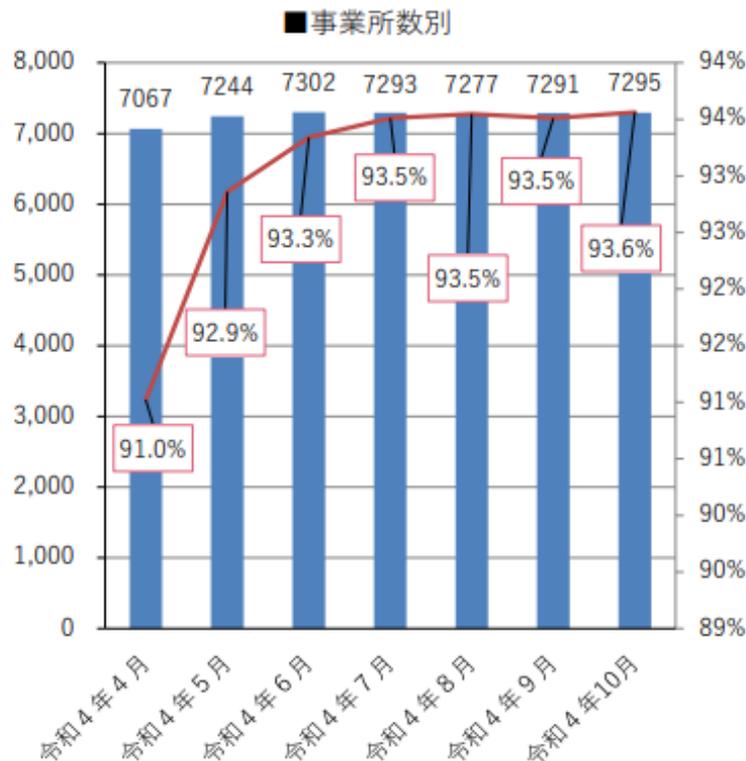
**介護予防通所リハビリテーション長期間利用減算の算定割合（事業所別・算定回数別）**

社保審—介護給付費分科会

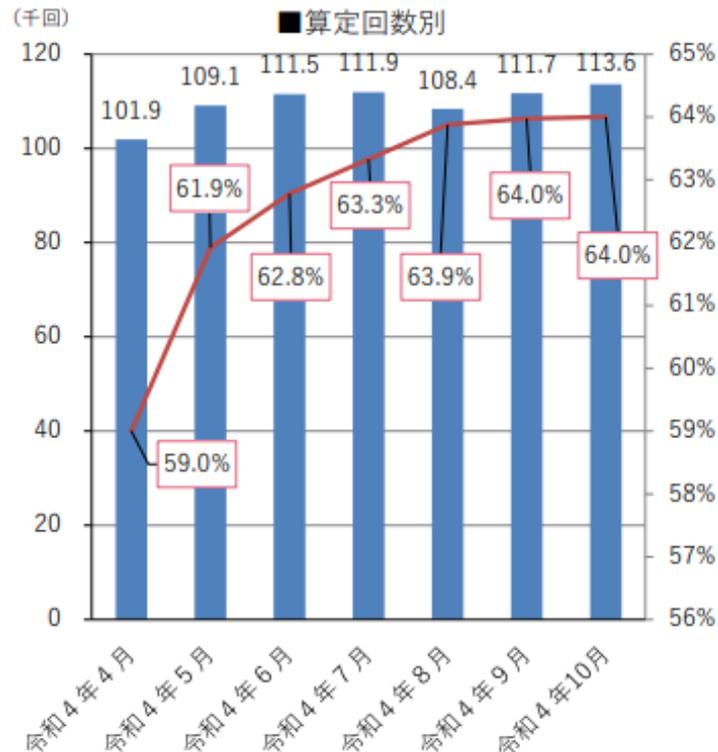
第219回（R5.7.10）

資料3

○ 12月減算の算定率は、事業所別では93.6%、算定回数別では64.0%であった。



※赤線は減算算定事業所数/総事業所数



※赤線は減算算定回数/基本報酬の算定回数

（出典）介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課で集計

## 4.(2)① 運動器機能向上加算の基本報酬への包括化

### 概要

【介護予防通所リハビリテーション】

- 予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 運動器機能向上加算を廃止し、基本報酬への包括化を行う。
  - イ 運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のうち、複数の加算を組み合わせて算定していることを評価する選択的サービス複数実施加算について見直しを行う。【告示改正】

### 単位数

<現行>

運動器機能向上加算 225単位/月

選択的サービス複数実施加算Ⅰ 480単位

選択的サービス複数実施加算Ⅱ 700単位



<改定後>

廃止（基本報酬に包括化）

廃止（栄養改善加算、口腔機能向上加算で評価）

一体的サービス提供加算 480単位/月 **（新設）**

### 算定要件等

- 以下の要件を全て満たす場合、一体的サービス提供加算を算定する。 **（新設）**
  - ・ 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。
  - ・ 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けていること。
  - ・ 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。



## (介護予防通所リハビリテーション)事業所評価加算の算定率

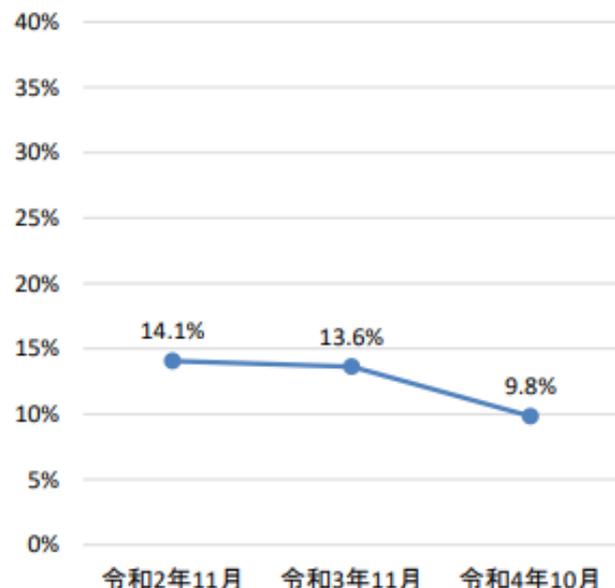
社保審—介護給付費分科会

第219回 (R5. 7. 10)

資料3

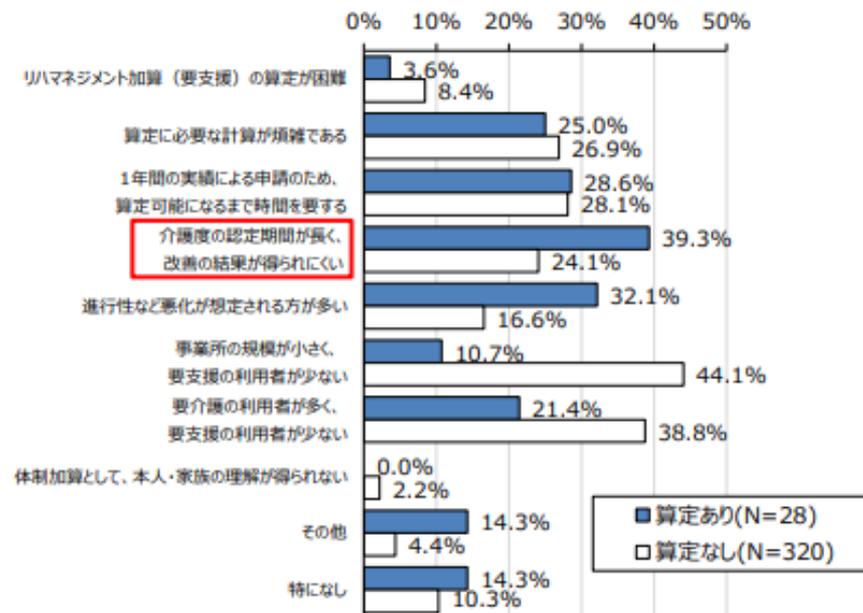
- 事業所評価加算の算定率は9.8%と低い。
- 事業所評価加算の算定が困難な理由として、算定している事業所では、要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくいとする割合が高い。

■ 予防通所リハビリテーションにおける  
事業所評価加算の算定率



(出典) 介護給付費等実態統計を元に老健局老人保健課で集計

■ 事業所評価加算が算定困難な理由



(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業(令和元年度調査)

# 予防通所リハの収益シミュレーション

		予防通所リハビリテーション費	回数	単価①	運動器	回数	単価②	リハマネ加算	回数	単価③	①②③合計	2単位	3単位	4単位
要支援1	H30	1712	4	428	225	4	56	330	4	83	567	1134	1700	2267
	R3	2053	4	513	225	4	56	0	4	0	570	1139	1709	2278
	R6	2268	4	567	0	0	0	0	4	0	567	1134	1701	2268
要支援2	H30	3615	8	452	225	8	28	330	8	41	521	1043	1564	2085
	R3	3999	8	500	225	8	28	0	8	0	528	1056	1584	2112
	R6	4228	8	528	0	8	0	0	8	0	528	1057	1584	2112

		予防通所 リハビリ テーション 費	回数	単価①	運動器	回数	単価②	リハマネ 加算	回数	単価③	①②③合 計	2単位	3単位	4単位
要支援1	R6	2268	4	533	0	0	0	0	0	0	533	1067	1600	2133
	R6減算	2148	4	537	0	0	0	0	0	0	537	1074	1611	2148
要支援2	R6	4228	8	528.5	0	8	0	0	8	0	528.5	1057	1585.5	2114
	R6減算	3988	8	498.5	0	0	0	0	0	0	498.5	997	1495.5	1994

要支援2が5千円割れ。これをどう考えるか？リハ会議開催するか、一体的サービス提供加算や他の加算で5千円とするかどうか。

# 予防訪問リハビリの収益シミュレーション

	予防訪問リハビリ テーション費	1時間(3回)	1日×5人	20日		
減算前	307	921	4,605	92,100		
減算後	268	804	4,020	80,400	差	-11,700
診察未実施減算(-50単位)	218	654	3,270	65,400	差	-26,700

1日15回×20日でシミュレーションすると、要支援減算にて、今よりMAX11万円のマイナスになる。しかし、まだ、80万円以上収益が上がるため、問題ない。ただし、診療未実施減算を含めると30%減算まで落ちるので、未実施減算は避けることが重要

## 要介護・要支援認定の有効認定期間の増加

○ 平成12年度の要介護・要支援認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっている。

	平成12年度		平成16年度改定		令和3年度改定	
	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～12ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～12ヶ月
前回要支援→今回要支援	6ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月※
前回要支援→今回要介護	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月
前回要介護→今回要支援	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月
前回要介護→今回要介護	6ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～24ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月※

※前回の介護度と同じ場合のみ～48ヶ月

※事業所評価加算は平成18年度開始

## 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

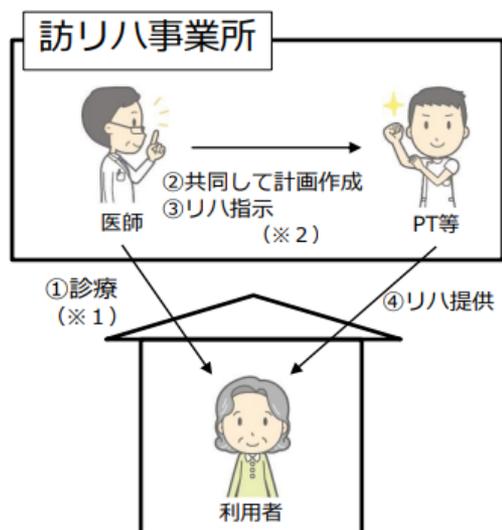
<b>概要</b>	<b>【訪問リハビリテーション★】</b>	
<p>○ 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成に当たって事業所医師が診療せず、「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療した場合の減算（診療未実施減算）について、以下の見直しを行う。</p> <p>ア 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和6年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。</p> <p>イ 適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。【告示改正、通知改正】</p>		
<b>単位数</b>		
<現行> 診療未実施減算 50単位減算		<改定後> 変更なし
<b>算定要件等</b>		
<p>○ 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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>○ 上記の規定に関わらず、<b>令和9年3月31日まで</b>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記(1)及び(3)に適合すること。</li> <li>・<b>(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。</b></li> </ul>		

## リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

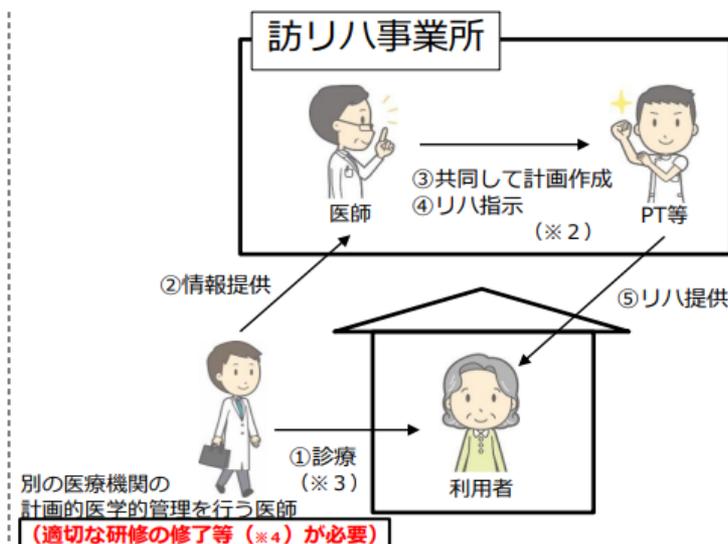
社保審一介護給付費分科会  
第220回 (R5. 7. 24) 資料4

### ○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合  
307単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合  
257単位/回 (50単位減算)

- ※1 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が事業所を訪れて行うもの(当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等)でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの(外来受診の機会を捉えて行うもの等)でも可
- ※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予。
- ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。



## 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>（5～6時間利用の場合）

大規模型事業所（Ⅰ）	要介護1	599単位
	要介護2	709単位
	要介護3	819単位
	要介護4	950単位
	要介護5	1,077単位

大規模型事業所（Ⅱ）	要介護1	579単位
	要介護2	687単位
	要介護3	793単位
	要介護4	919単位
	要介護5	1,043単位

<改定後>

大規模型事業所	要介護1	584単位	(新設)
	要介護2	692単位	(新設)
	要介護3	800単位	(新設)
	要介護4	929単位	(新設)
	要介護5	1,053単位	(新設)

※要件を満たした場合

要介護1	622単位	(新設)
要介護2	738単位	(新設)
要介護3	852単位	(新設)
要介護4	987単位	(新設)
要介護5	1,120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

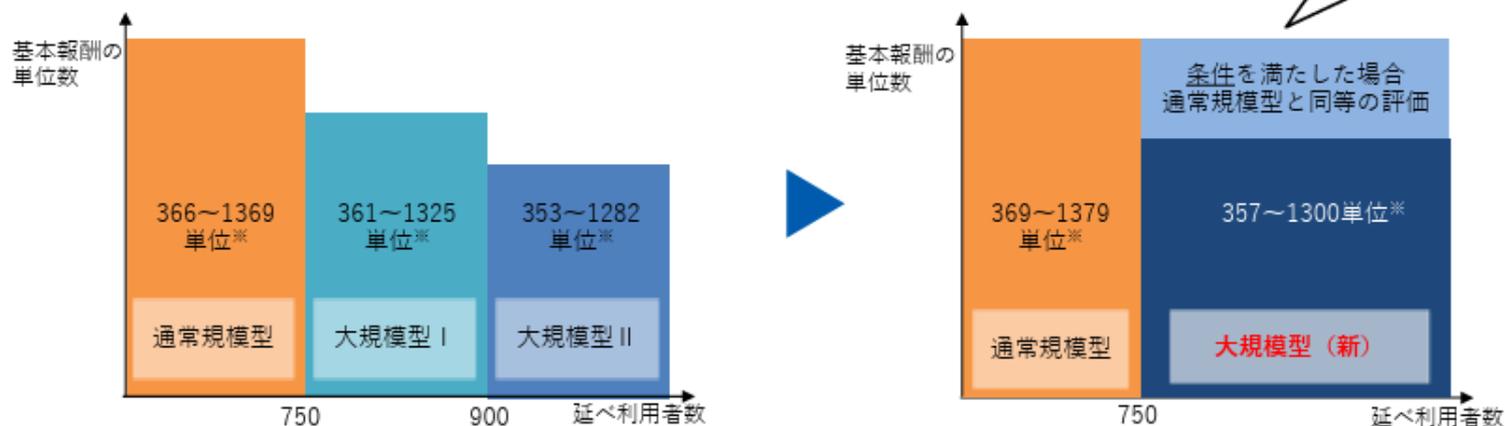
### 算定要件等

- 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

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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

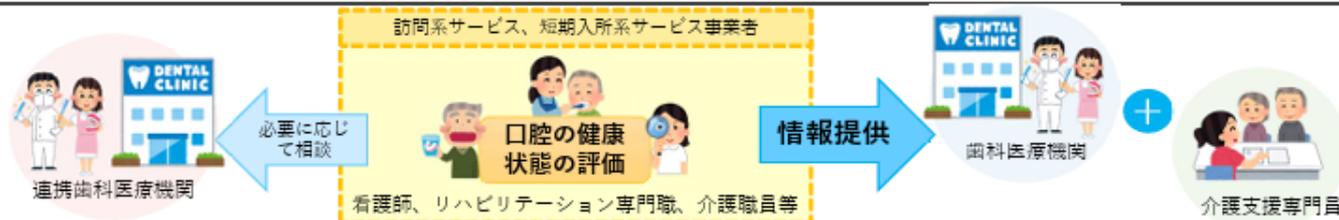
< 現行 >  
なし



< 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. (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)

- ・ 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、情報通信機器等を利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。

## 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

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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に、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になっており、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。

01

### 4.(1)② 理学療法士等による訪問看護の評価の見直し

概要	【訪問看護★】	
	<p>○ 理学療法士等による訪問看護の提供実態を踏まえ、訪問看護に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び12月を超えた場合の減算について見直しを行う。【告示改正】</p>	
単位数		
	<p>○ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合 &lt;現行&gt; なし</p> <p>○ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（介護予防） &lt;現行&gt; なし</p> <p>12月を超えて行う場合は、 1回につき5単位を所定 単位数から減算する。</p>	<p>&lt;改定後&gt; 厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。（新設）</p> <p>&lt;改定後&gt; 厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定介護予防訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。（新設）</p> <p>12月を超えて行う場合は、<u>介護予防訪問看護費の減算（※）を算定している場合は、1回につき15単位を所定単位数から更に減算し、介護予防訪問看護費の減算を算定していない場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。（変更）</u> <small>※厚生労働大臣が定める施設基準に該当する場合の8単位減算</small></p>
算定要件等		
	<p>○ 次に掲げる基準のいずれかに該当すること（新設）</p> <p>イ 当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること。</p> <p>ロ 緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと。</p>	

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 理学療法士等による訪問看護の評価の見直し (全体イメージ)

- 次の基準のいずれかに該当する場合に以下の通り減算する
  - ① 前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること
  - ② 緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと

訪問看護費		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	—	<b>8単位減算 (新設)</b>
	看護職員<リハ職	<b>8単位減算 (新設)</b>	<b>8単位減算 (新設)</b>

介護予防訪問看護費		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	12月を超えて行う場合は5単位減算 (現行のまま)	<b>8単位減算 (新設) ※</b>
	看護職員<リハ職	<b>8単位減算 (新設) ※</b>	<b>8単位減算 (新設) ※</b>

※12月を超えて訪問を行う場合は更に**15単位減算 (新設)**



## 5. ⑤ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

### 概要

【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★、療養通所介護】

- 通所系サービスにおける送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。【Q&A発出】

### 算定要件等

(送迎の範囲について)

- 利用者の送迎について、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障が無く、利用者の居住実態(例えば、近隣の親戚の家)がある場所に限り、当該場所への送迎を可能とする。

(他介護事業所利用者との同乗について)

- 介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合(共同での委託を含む)には、責任の所在等を明確にした上で、他事業所の利用者との同乗を可能とする。

(障害福祉サービス利用者との同乗について)

- 障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約(共同での委託を含む)を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能とする。  
※ なお、この場合の障害福祉サービス事業所とは、同一敷地内事業所や併設・隣接事業所など、利用者の利便性を損なわない範囲内の事業所とする。

## 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

# 2024年報酬改定対策

- ものすごく手間が増えるのは医療機関へのリハビリ実施計画書の取り寄せ
- BCP、虐待、身体拘束、感染対策に加えて、利用者安全・介護の質・職員の負担軽減委員会が必要となった(経過措置)
- 要支援は、さらに単価が下がってきているため、通所リハは、短時間の推進とオペレーションの効率化、訪問リハビリは未実施減算対策が必要
- 医療機関との連携強化次第で稼働率が大きく変わるが、これには、通所・訪問リハのリハビリ職の調整力やコミュニケーション力が大きく関わる
- 診療報酬上では、退院時には、事業所を決めておく必要があり、この能力次第で、新規利用者の紹介が大きく変わり、収益に直結する

## Ⅲ-2 介護老人保健施設

## 8. (2)介護老人保健施設①

### 改定事項

- 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)㉒ 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

## 8. (2)介護老人保健施設②

### 改定事項

- 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

## 8. (2)介護老人保健施設③

### 改定事項

- ⑳ ○ 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
- ㉑ ○ 3 (2)①テレワークの取扱い
- ㉒ ○ 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
- ㉓ ○ 3 (2)③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
- ㉔ ○ 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
- ㉕ ○ 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
- ㉖ ○ 3 (3)⑩ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
- ㉗ ○ 4 (2)④認知症情報提供加算の廃止
- ㉘ ○ 4 (2)⑤地域連携診療計画情報提供加算の廃止

## 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  
所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日



<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。



## 1. (3) ⑱ 協力医療機関との連携体制の構築

### 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。【省令改正】
  - 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。）。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。
  - 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。

### 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★】

- 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、以下の見直しを行う。【省令改正】
  - ア 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とする。
    - 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。
  - イ 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とする。
  - ウ 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とする。

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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を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】

### 単位数

### 連携強化で新規利用者数の増加

#### 【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)右記の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)

#### 【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】

<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)右記の①、②の要件を満たす場合  
(2)それ以外の場合

100単位/月 (変更)  
40単位/月 (変更)

(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。

#### 【認知症対応型共同生活介護】

<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)右記の①、②の要件を満たす場合  
(2)それ以外の場合

100単位/月 (新設)  
40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を開催していること。 (新設)

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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。

#### 【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。

## 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

### 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。

## 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)



### 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。

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 1. (5) ① 高齢者施設等における感染症対応力の向上

<b>概要</b>	【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】
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。<ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。<ul style="list-style-type: none"><li>※ 新型コロナウイルス感染症を含む。</li></ul></li><li>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。</li></ul></li><li>○ 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】</li></ul>
<b>単位数</b>	
< 現行 > なし	 < 改定後 > <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）</b> 10単位/月 <b>（新設）</b> <b>高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</b> 5単位/月 <b>（新設）</b>
<b>算定要件等</b>	<p>&lt; 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） &gt; <b>（新設）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li></ul> <p>&lt; 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） &gt; <b>（新設）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。</li></ul>

## 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。

## 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】



# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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

<b>概要</b>	【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】
	○ 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。【告示改正】
<b>単位数</b>	
<現行> なし	 <改定後> 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） ※認知症専門ケア加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。
<b>算定要件等</b>	<p>&lt;認知症チームケア推進加算（Ⅰ）&gt;（新設）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>（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。</li><li>（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。</li><li>（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。</li><li>（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。</li></ul> <p>&lt;認知症チームケア推進加算（Ⅱ）&gt;（新設）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。</li><li>・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。</li></ul>

## 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

<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

<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)

※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。

### 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て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。

加算	単位数	週3回×4週×3か月
認知症リハビリテーション加算Ⅰ	240	8,640
認知症リハビリテーション加算Ⅱ	120	4,320
		<b>-4,320</b>

開始時の居宅訪問1回で、4万円減算なら、居宅訪問に行くべき

# 第231回社会保障審議会介護給付費分科会資料 令和5年11月16日(木)

## 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

社保審－介護給付費分科会

第221回 (R5.8.7)

資料2

- 生活機能の改善が見込まれる認知症入所者へのリハビリテーションの実施に対する加算。

### 単位等

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

注 入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度とする

### 算定要件等

- ・ 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ものに対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合する介護老人保健施設において、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的にリハビリテーションを行うこと。

※厚生労働大臣が定める施設基準

→施設基準・五十八

イ 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

ロ 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。

## 認知症リハビリテーションに関連する意見

社保審一介護給付費分科会

第221回 (R5.8.7)

資料2

### 地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会 報告書(令和5年3月) (抜粋)

#### 2. ② 認知症に対するリハビリテーションの推進

##### 【現状と課題】

- 認知症の方に対するリハビリテーションについては、「認知症施策推進大綱(令和元年6月18日閣議決定)」において、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようすることが重要とされており、認知症の方の生活機能の改善を目的とした認知症に対するリハビリテーションを推進することが求められている。
- 認知症短期集中リハビリテーションの制度導入時においては、利用者の状態像に応じ、身体と認知機能のリハビリテーションについて、その必要性を検討した上で実施することが推奨されていたとの指摘があった。
- 現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘があった。

##### 【今後に向けた提言】

- 認知症を有する高齢者に対するリハビリテーションについて、認知症施策推進大綱に基づき、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、活用できる能力を最大限に活かしながら日常生活を継続できるよう、現行で認知症に対する短期集中リハビリテーションがない訪問リハビリテーションについて、介入すべき時期や方法について検討を進め、有効性を認めた場合は評価について検討を行う必要がある。
- 入所系・通所系の施設においては、これまで認知症に対するリハビリテーションにかかる取組が進められてきており、リハビリテーションを必要とする認知症を有する高齢者へのケアの提供にあたり、医療機関からの早期退院の促進も含め、介護施設がより積極的に関与する体制を構築する必要がある。
- また、その際、活動・参加という目的を明確化したうえで、集団リハビリテーションも含め、個々にふさわしいプログラム、サービス提供のあり方の検討が必要である。

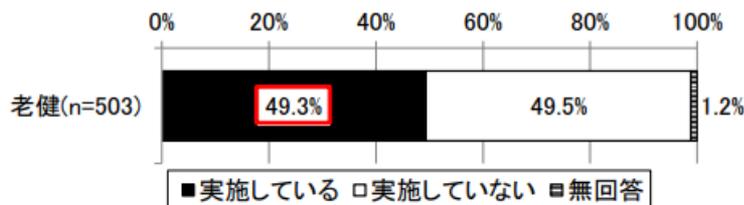
(令和4年度 厚生労働省委託事業「地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する調査検証事業」) 20

### 認知症短期集中リハビリテーションの実施状況

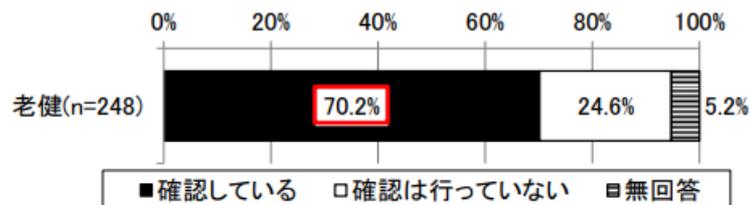
社保審一介護給付費分科会	
第227回 (R5.10.11)	資料1-2

- 認知症短期集中リハビリテーションは49.3%の施設が実施をしていた。
- 実施している場合、認知症短期集中リハビリテーションを実施するために自宅の状況を確認している施設の割合は70.2%であった。

認知症短期集中リハビリテーションの実施の有無（施設ベース）



（認知症短期集中リハビリテーションを実施している場合）  
認知症リハを実施するための自宅の状況の確認の有無（施設ベース）



【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）  
「(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業（速報値）」

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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、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)及び栄養マネジメント強化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または個別機能訓練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

#### 【介護医療院】

<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>

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

#### 【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>

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)は併算定可

## 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②

### 算定要件等

【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】<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)

【介護医療院】<理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5> (新設)

- 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。
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント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。

【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】

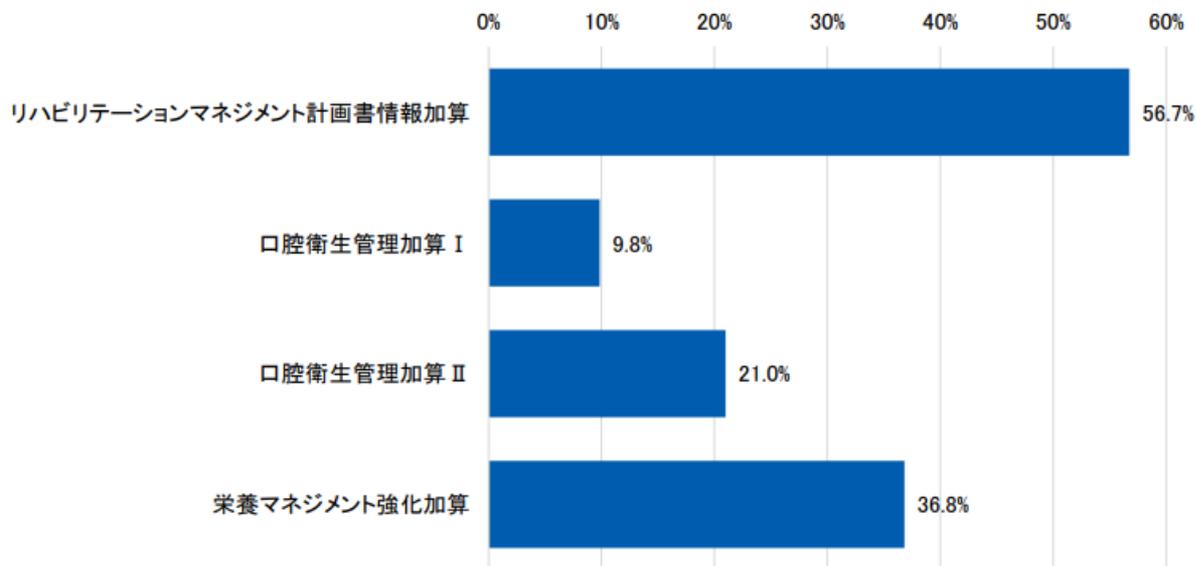
<個別機能訓練加算(Ⅲ)> (新設)

- 個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定していること。
- 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、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。
- 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。



### 介護老人保健施設におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する加算の算定状況

介護老人保健施設における各加算の算定状況



※算定率: 加算請求事業所数 / 請求事業所数 × 100

## 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。

### 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】
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。<ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li></ul></li><li>○ 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】</li></ul>

単位数	
<p>&lt;現行&gt; 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</p>	<p>&lt;改定後&gt; 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)</p>

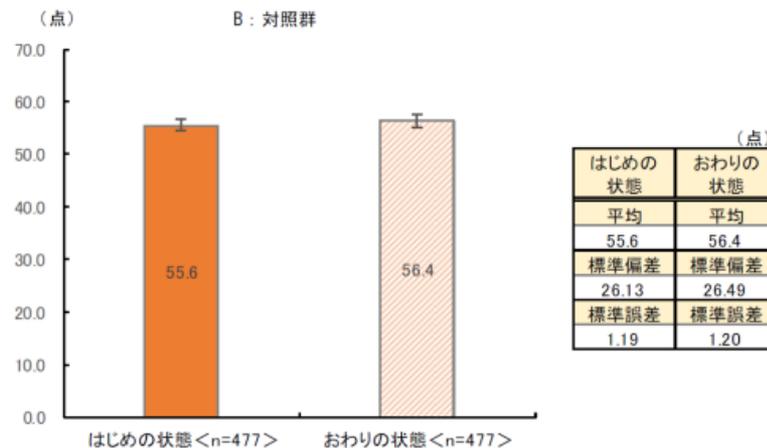
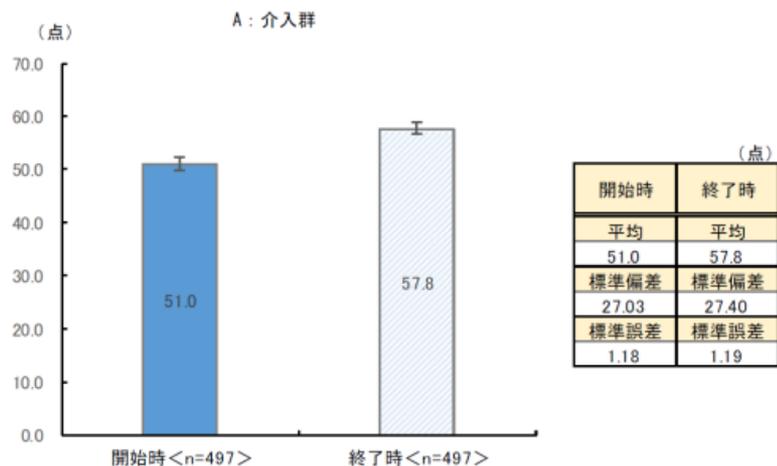
算定要件等
<p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) &gt; (新設)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直していること。</li></ul> <p>&lt;短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) &gt; (現行と同じ)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。</li></ul>

## 短期集中リハビリテーションについて

社保審一介護給付費分科会  
第221回 (R5.8.7) 資料2

○ 短期集中リハビリテーションの実施により、ADLの改善を認めた。

### 各群におけるBarthel Index総得点の比較



\* Barthel Indexは得点が高いほどADLが自立していることを示す

## 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・口腔機能の評価の実施を義務付ける。【通知改正】

### 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>



# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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、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。）



## 2. (1) ② 再入所時栄養連携加算の対象の見直し

### 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】

- 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る。  
【告示改正】

### 算定要件等

#### ○対象者

##### <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。



※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。）

# 第239回社会保障審議会介護給付費分科会 令和6年1月22日(月)

## 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①

### 概要

#### 【介護老人保健施設】

- 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。【告示改正】
  - 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。

### 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



# 第231回社会保障審議会介護給付費分科会資料 令和5年11月16日(木)

## 在宅復帰・在宅療養支援等指標の取得状況①

①施設ごとの在宅復帰率の分布(n=503)

	施設類型					全体
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	
0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	42.9%	3.2%
0%超10%以下	0.0%	0.0%	5.7%	20.9%	14.3%	6.8%
10%超20%以下	0.6%	1.8%	16.5%	27.3%	7.1%	11.7%
20%超30%以下	2.4%	5.4%	19.6%	20.0%	14.3%	12.3%
30%超40%以下	10.3%	30.4%	21.5%	7.3%	0.0%	15.1%
40%超50%以下	10.3%	19.6%	15.8%	1.8%	0.0%	10.9%
50%超60%以下	36.4%	28.6%	9.5%	3.6%	0.0%	18.9%
60%超70%以下	23.0%	3.6%	5.7%	0.9%	0.0%	9.9%
70%超80%以下	12.1%	7.1%	2.5%	1.8%	0.0%	6.0%
80%超90%以下	1.8%	1.8%	0.6%	0.0%	0.0%	1.0%
90%超100%未満	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.2%
100%	1.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%
無回答	1.8%	1.8%	1.3%	7.3%	21.4%	3.4%
平均値	56.9%	46.7%	36.1%	18.9%	7.8%	40.0%

②施設ごとのベット回転率の分布(n=503)

	施設類型					全体
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	
0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	0.2%
0%超5%未満	0.0%	7.1%	13.3%	28.2%	57.1%	12.7%
5%以上10%未満	16.4%	39.3%	57.0%	50.9%	14.3%	39.2%
10%以上15%未満	44.8%	33.9%	20.9%	8.2%	0.0%	26.8%
15%以上20%未満	28.5%	10.7%	4.4%	4.5%	0.0%	12.9%
20%以上25%未満	6.7%	5.4%	1.9%	0.9%	0.0%	3.6%
25%以上30%未満	1.8%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	1.0%
30%以上	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
無回答	1.8%	1.8%	1.3%	7.3%	21.4%	3.4%
平均値	13.9%	11.1%	8.8%	7.1%	3.0%	10.3%

③施設が入所者に対し、入所前後における指導を実施した割合の分布(n=503)

	施設類型					全体
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	
0%	1.2%	1.8%	8.2%	31.8%	64.3%	11.9%
0%超10%未満	1.2%	1.8%	0.6%	3.6%	0.0%	1.6%
10%以上20%未満	1.2%	1.8%	10.8%	6.4%	0.0%	5.4%
20%以上30%未満	2.4%	7.1%	11.4%	6.4%	7.1%	6.8%
30%以上40%未満	29.1%	16.1%	26.6%	6.4%	0.0%	21.1%
40%以上50%未満	21.2%	28.6%	11.4%	4.5%	0.0%	14.7%
50%以上60%未満	20.6%	17.9%	11.4%	9.1%	0.0%	14.3%
60%以上70%未満	7.9%	10.7%	5.7%	4.5%	7.1%	6.8%
70%以上80%未満	4.8%	7.1%	5.7%	6.4%	0.0%	5.6%
80%以上90%未満	3.0%	1.8%	4.4%	5.5%	0.0%	3.8%
90%以上100%未満	1.2%	1.8%	0.6%	1.8%	0.0%	1.2%
100%	4.2%	1.8%	2.5%	6.4%	0.0%	3.8%
無回答	1.8%	1.8%	0.6%	7.3%	21.4%	3.2%
平均値	48.9%	48.0%	39.7%	34.4%	8.3%	41.9%

④施設が退所者に対し、退所時等指導を実施した割合の分布(n=503)

	施設類型					全体
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	
0%	0.6%	1.8%	4.4%	31.8%	64.3%	10.5%
0%超10%未満	0.0%	0.0%	1.3%	0.9%	0.0%	0.6%
10%以上20%未満	0.0%	0.0%	2.5%	3.6%	0.0%	1.6%
20%以上30%未満	1.2%	0.0%	2.5%	3.6%	0.0%	2.0%
30%以上40%未満	8.5%	3.6%	3.8%	1.8%	0.0%	4.8%
40%以上50%未満	9.7%	8.9%	4.4%	0.0%	0.0%	5.6%
50%以上60%未満	17.0%	14.3%	8.9%	6.4%	0.0%	11.3%
60%以上70%未満	12.7%	17.9%	7.6%	6.4%	0.0%	9.9%
70%以上80%未満	9.7%	16.1%	7.6%	0.9%	7.1%	7.8%
80%以上90%未満	13.3%	19.6%	7.6%	2.7%	0.0%	9.5%
90%以上100%未満	6.1%	3.6%	3.2%	0.0%	0.0%	3.4%
100%	18.8%	12.5%	44.9%	35.5%	7.1%	29.6%
無回答	2.4%	1.8%	1.3%	6.4%	21.4%	3.4%
平均値	69.6%	69.6%	74.5%	50.9%	15.6%	66.0%

※現行の在宅復帰・在宅療養支援等指標のポイント区分を赤破線で示している

【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和5年度調査)

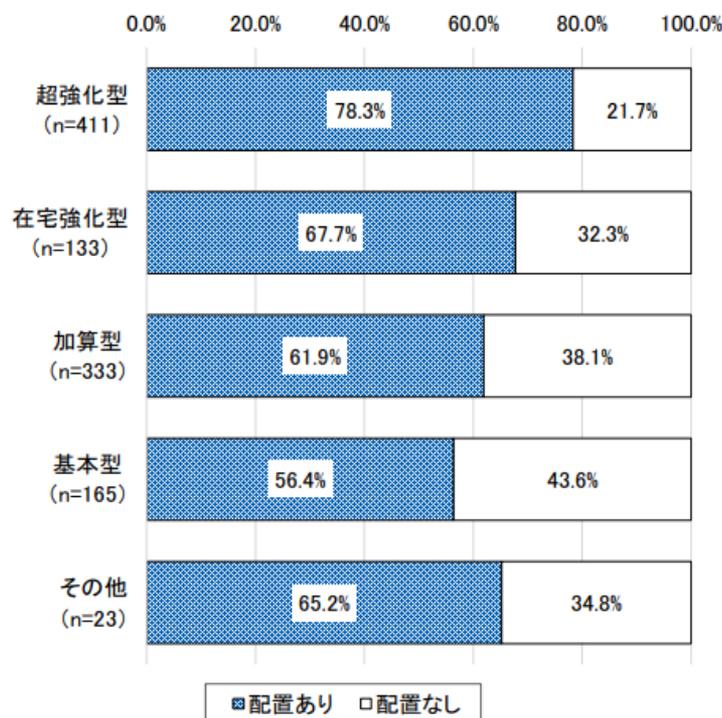
「(2)介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業 速報値」

# 第231回社会保障審議会介護給付費分科会資料 令和5年11月16日(木)

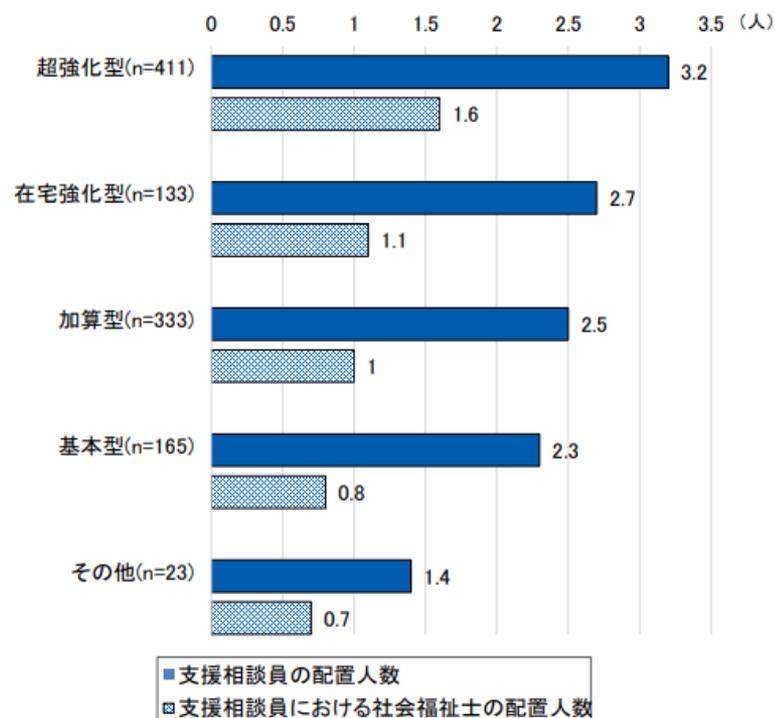
## 各類型における支援相談員としての社会福祉士の配置について

- 支援相談員として社会福祉士を配置している施設の割合は超強化型が最も高かった。
- 支援相談員の配置人数および支援相談員における社会福祉士の配置人数は超強化型が最も多かった。

支援相談員における社会福祉士の配置の有無(施設類型別)

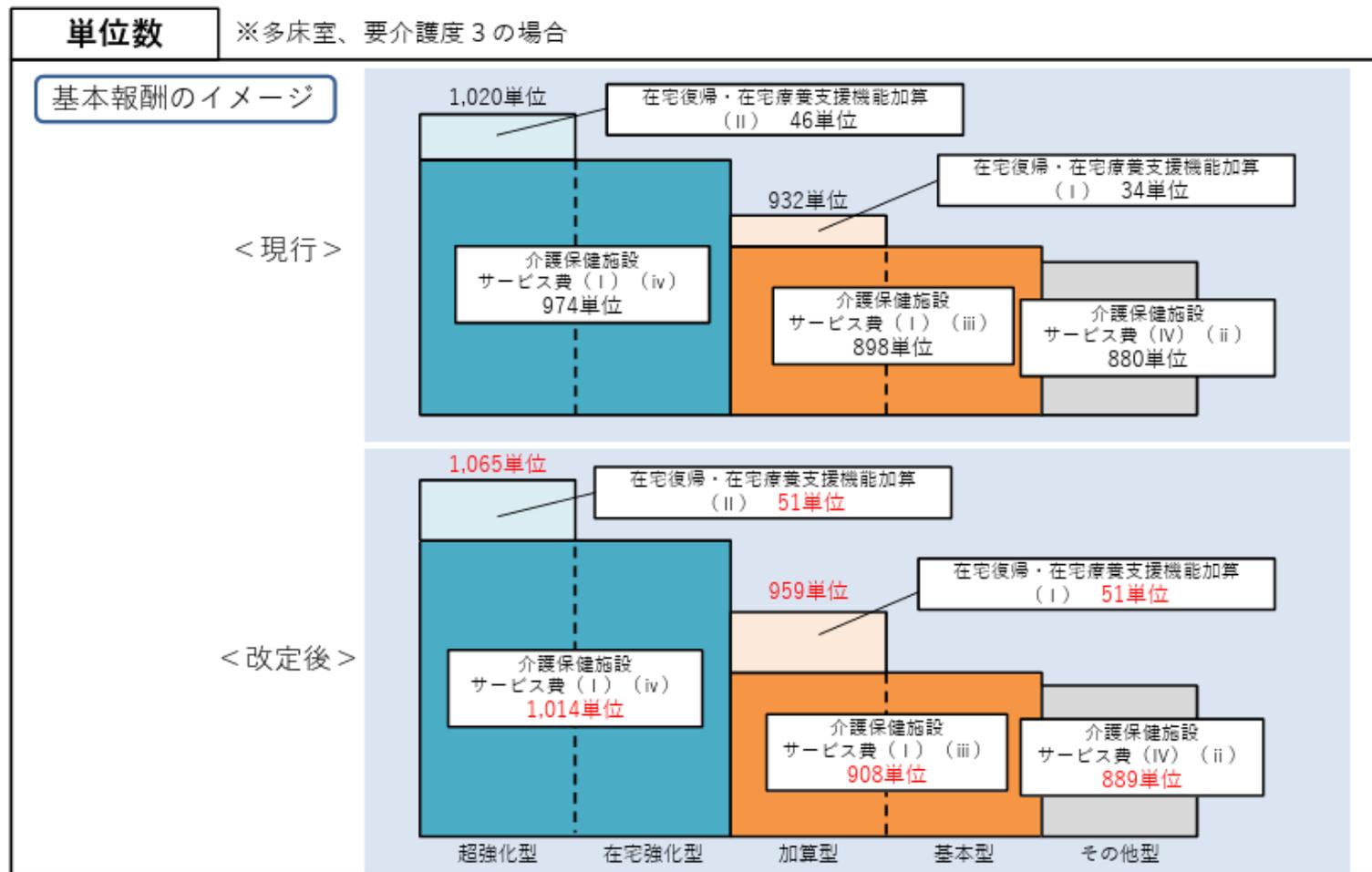


支援相談員の配置人数および支援相談員における社会福祉士の配置人数(施設類型別)

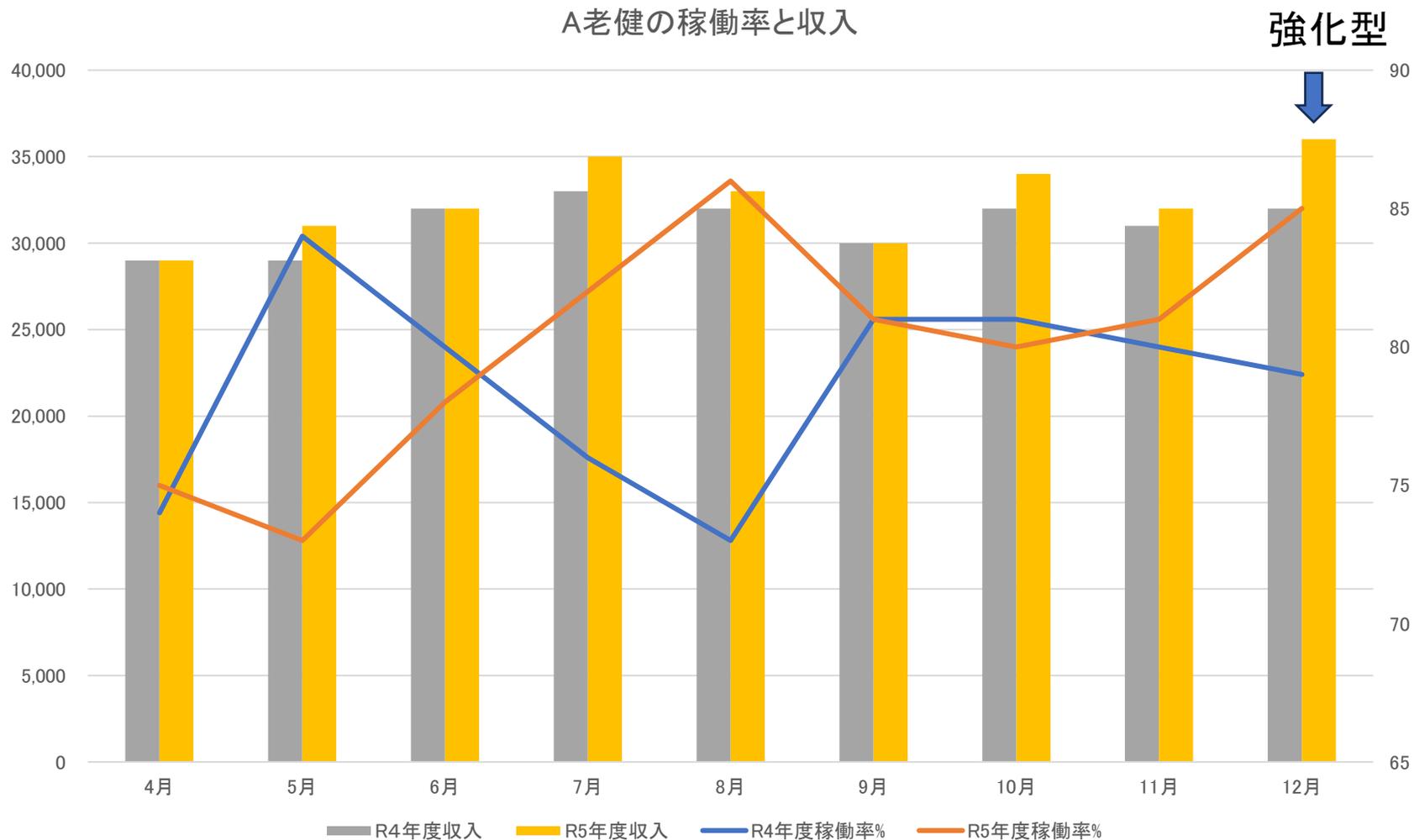


【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における社会福祉士の活用状況と有効性に関する調査研究事業」

## 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②



# 超激戦区におけるA老健の推移



# A老健での支援内容

- ①介護職員の新規採用強化による増員と高齢介護職員との入れ替え
  - ②法人全体の事業所別管理会計の導入
  - ③相談員マニュアルの作成
  - ④問い合わせから入所までのフローを変更（相談員判断から師長判断へ）
  - ⑤入所から退所までのフォローを変更（チームケア）
  - ⑥退所施設の確保によるベッドコントロール
- 稼働率70%の加算型から稼働率85%の強化型へランクアップ（12月は昨年度対比＋400万円）
- さらに、報酬＋4%なので、十月150万円となり、加算型時代よりも＋550万円/月、＋6,600万円/年となった

## 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)**  
**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

## 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)

### 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】
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。<ul style="list-style-type: none"><li>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】</li><li>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】</li><li>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】</li><li>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】</li></ul></li></ul>	

算定要件等
<ul style="list-style-type: none"><li>○ LIFE関連加算に共通した見直しを実施。<ul style="list-style-type: none"><li>&lt;入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し&gt;<ul style="list-style-type: none"><li>・ <u>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</u></li><li>・ <u>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</u></li></ul></li><li>&lt;排せつ支援加算（Ⅰ）&gt;<ul style="list-style-type: none"><li>○ 以下の要件を満たすこと。<ul style="list-style-type: none"><li>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、<u>少なくとも3月に1回</u>、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。</li><li>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。</li><li>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。</li></ul></li></ul></li><li>&lt;排せつ支援加算（Ⅱ）&gt;<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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、<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。</li><li>・ <u>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。</u></li></ul></li></ul></li><li>&lt;排せつ支援加算（Ⅲ）&gt;<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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、<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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</li><li>・ <u>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。</u></li><li>・ かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>



## 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

<p><b>概要</b></p>	<p>【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】</p>
<p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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】</li> <li>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】</li> <li>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】</li> </ul>	
<p><b>算定要件等</b></p>	<p>○ LIFE関連加算に共通した見直しを実施。</p> <p>&lt;入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>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</u></li> <li>・ <u>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</u></li> </ul> <p>&lt;褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）&gt;</p> <p>○ 以下の要件を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>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。</u></li> <li>ロ <u>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。</u></li> <li>ハ <u>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。</u></li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul> <p>&lt;褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）&gt;</p> <p>○ 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、<u>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。</u></p> <p>&lt;褥瘡対策指導管理（Ⅱ）&gt;</p> <p>○ 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、施設入所時等の評価の結果、<u>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。</u></p>

## 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

### 概要

【短期入所療養介護★、介護老人保健施設】

- 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、見直しを行う。【告示改正】

### 算定要件等

- 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。ただし、配置人員数は常時1人以上配置することとする。

<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。

## 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

### 概要

【通所系サービス★、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】

- 就労開始から6月未満のEPA介護福祉士候補者及び技能実習生（以下「外国人介護職員」という。）については、日本語能力試験N1又はN2に合格した者を除き、両制度の目的を考慮し、人員配置基準への算入が認められていないが、就労開始から6月未満であってもケアの習熟度が一定に達している外国人介護職員がいる実態なども踏まえ、人員配置基準に係る取扱いについて見直しを行う。

具体的には、外国人介護職員の日本語能力やケアの習熟度に個人差があることを踏まえ、事業者が、外国人介護職員の日本語能力や指導の実施状況、管理者や指導職員等の意見等を勘案し、当該外国人介護職員を人員配置基準に算入することについて意思決定を行った場合には、就労開始直後から人員配置基準に算入して差し支えないこととする。【告示改正】

その際、適切な指導及び支援を行う観点、安全体制の整備の観点から、以下の要件を設ける。

- ア 一定の経験のある職員とチームでケアを行う体制とすること。
  - イ 安全対策担当者の配置、指針の整備や研修の実施など、組織的に安全対策を実施する体制を整備していること。
- 併せて、両制度の趣旨を踏まえ、人員配置基準への算入の有無にかかわらず、研修又は実習のための指導職員の配置や、計画に基づく技能等の修得や学習への配慮など、法令等に基づき、受入れ施設において適切な指導及び支援体制の確保が必要であることを改めて周知する。

### 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見解等を勘案し、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



## 4. (2) ④ 認知症情報提供加算の廃止

### 概要

【介護老人保健施設】

- 認知症情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。【告示改正】

### 単位数

<現行>

認知症情報提供加算 350単位/回



<改定後>

廃止

## 4. (2) ⑤ 地域連携診療計画情報提供加算の廃止

### 概要

【介護老人保健施設】

- 地域連携診療計画情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。【告示改正】

### 単位数

<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

# 2024年改定対策

- 老健は、これから医療機関との連携なくして運営できなくなった(特養的な老健の終焉)
- その他型、通常型には、室料負担が発生
- 今まで医療機関へ「お願い営業」に行っていたが、医療機関側も超強化型、強化型老健は在宅復帰先になったので、メリットが大きい
- 早めに協力医療機関の協定を結んで、利用者と情報のやり取りを増加していくことが新規利用者の紹介を増加する
- 通所・訪問リハビリ同様に、このやり取り次第で稼働率や収益が大きく変わる
- 医療機関同様に、肺炎やフレイル予防、認知症リハビリがしっかりできる体制を作る



6カ月で年商**1000万円**プラスの  
リハビリ事業のつくり方

次に1つでも当てはまる方は、動画とテキストをご覧ください

- ・リハビリ事業の始め方がわからない方
- ・稼働率、採用、人材育成でお悩みの方
- ・リハビリ事業参入と拡大の答えが欲しい方

<https://www.rehacademy.com/lp/seminar/>

□ 株式会社メディックプランニング □

〒700-0834

岡山市北区天瀬南町7-11-2

(086) 234-0086

(090) 4896-5313 (三好直通)

administrator@medicplanning.com



【メディックプランニング・ホームページ】<http://www.medicplanning.com>

【公式ツイッター】@takayukimiyosh1

【Facebook】 <http://www.facebook.com/takayuki.miyoshi.75>

ご清聴ありがとうございました。

講演・職員研修・経営指導などのご依頼はメールにて  
お気軽にお問い合わせください。