とちぎん医療・介護報酬改定解説セミナー

2024年2月29日

介護報酬改定セミナー

株式会社川原経営総合センター
福祉経営コンサルティング部
介護経営戦略グループ
シニアコンサルタント　田中　律子

© Kawahara Business Management Group

講師プロフィール

田中　律子（たなか　りつこ）

株式会社川原経営総合センター　経営コンサルティング部門
福祉経営コンサルティング部　介護経営戦略グループ
　シニアコンサルタント

資　格	日本医業経営コンサルタント協会 認定登録番号6793、ISO9001審査員補 東京都福祉サービス第三者評価評価者
対　象	・　主に介護事業（社会福祉法人、医療法人、株式会社等）
支援内容	・　中長期計画策定・経営改善支援 ・　人事制度の構築・運用支援 ・　管理職研修及び各種セミナー等
講演実績	・　医療・介護経営セミナー ・　社会福祉協議会・老人福祉施設協議会、医業経営コンサルタント協会、銀行、ハウスメーカー、HOSPEX、その他各種社員向け研修及びセミナー実績多数
執筆実績	・　株式会社法研「月刊介護保険」 ・　埼玉県地域包括ケア課　介護施設における看取り介護の手引き～現場力を高める～ ・　埼玉県地域包括ケア課　定期巡回・随時対応サービス 開設・経営の手引き等 多数
学会発表	公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 ・　中小病院における透析医療 ・　訪問看護（リハビリ）との比較における訪問リハビリテーションの経営上の優位性 ・　地域包括ケアシステムのための円滑な連携を支えるMSWの役割 ・　医療機関における看取り期の対応と影響

© Kawahara Business Management Group

目次

（施設共通部分）
（全体共通部分）

1. 介護老人保健施設
2. 介護医療院
3. 短期入所療養介護
4. 通所リハビリテーション
5. 訪問リハビリテーション
6. 特別養護老人ホーム
7. 短期入所生活介護
8. （地域密着型）通所介護
9. 認知症対応型通所介護
10. 認知症対応型共同生活介護
11. 訪問介護
12. 訪問看護
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
14. 居宅介護支援（介護予防支援）
15. 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能型居宅介護）
16. 居宅療養管理指導
17. 特定施設入居者生活介護
18. 福祉用具貸与・販売
19. 訪問入浴介護

※赤字は2024年6月改定

© Kawahara Business Management Group

基本報酬の見直し

概要

告示改正

○　改定率については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、全体で＋１．５９％を確保。そのうち、介護職員の処遇改善分＋０．９８％、その他の改定率として、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として＋０．６１％。

○　これを踏まえて、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ＋０．６１％の改定財源について、基本報酬に配分する。

令和６年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和５年12月20日）（抄）

令和６年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で＋1.59％（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

- 介護職員の処遇改善分として、上記＋1.59％のうち＋0.98％を措置する（介護職員の処遇改善分は令和６年６月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、＋0.61％を措置する。
- このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、＋0.45％相当の改定となる。
- 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、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、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
- 今回の報酬改定では、処遇改善分について２年分を措置し、３年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和８年度予算編成過程で検討する。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

介護報酬改定の改定率

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 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17年10月改定	○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 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。
平成21年度改定	○ 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	○ 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%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ（8%）への対応 ・基本単位数等の引上げ　・区分支給限度基準額の引上げ	0．63%
平成27年度改定	○ 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29年度改定	○ 介護人材の処遇改善（1万円相当）	1．14%
平成30年度改定	○ 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%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ（10%）への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2．13% ［処遇改善　1.67%　消費税対応　0.39% 補足給付　0.06%］
令和3年度改定	○ 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	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 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4年10月改定	○ 介護人材の処遇改善（9千円相当）	1．13%
令和6年度改定	○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	1．59% 〔介護職員の処遇改善　0.98% その他　0.61%〕

50

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

地域区分の見直し

（別紙）令和6年度から令和8年度までの間の地域区分の適用地域

自治体：1,741（R5.12.1現在）

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
地域	東京都 特別区	東京都 調布市(3) 町田市 狛江市 多摩市 神奈川県 横浜市 川崎市 大阪府 大阪市	埼玉県 さいたま市 千葉県 千葉市 ※※※ 鴻巣市(4) 東京都 八王子市 武蔵野市 三鷹市 青梅市 府中市 小金井市 小平市 日野市 東村山市 国分寺市 国立市 清瀬市 東久留米市 稲城市 西東京市 神奈川県 鎌倉市 厚木市(4) 愛知県 名古屋市 刈谷市(4) 豊田市(4) 大阪府 守口市 大東市 門真市 兵庫県 西宮市 芦屋市 宝塚市	茨城県 牛久市 埼玉県 朝霞市 志木市 和光市 千葉県 船橋市 成田市 習志野市 東京都 立川市 昭島市 東大和市 神奈川県 相模原市 ※※※ 横須賀市(5) 藤沢市 逗子市 ※ 三浦市(6) 海老名市 大阪府 豊中市 池田市 吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市 四條畷市(3) 兵庫県 神戸市	茨城県 水戸市 日立市 龍ケ崎市 取手市 つくば市 守谷市 埼玉県 ※※※ 川口市(6) ※※※ 草加市(6) ※※※ 戸田市(6) 新座市 ※※※ 八潮市(6) ふじみ野市 千葉県 市川市 松戸市 佐倉市 市原市 八千代市 四街道市 袖ケ浦市(6) 印西市 栄町 東京都 福生市 あきる野市 日の出町 神奈川県 平塚市 小田原市 茅ヶ崎市 大和市 伊勢原市 座間市 綾瀬市 ※ 葉山町(6) 寒川町 愛川町 愛知県 知立市(6) 豊明市(6) みよし市 滋賀県 大津市 草津市 栗東市 京都府 京都市 長岡京市(6) 大阪府 堺市 枚方市 茨木市 八尾市 松原市 摂津市 高石市 東大阪市 交野市 兵庫県 尼崎市 伊丹市 川西市 三田市 広島県 広島市 府中町 福岡県 福岡市 春日市	宮城県 仙台市 多賀城市 茨城県 土浦市 古河市 利根町 栃木県 宇都宮市 野木町 群馬県 高崎市 埼玉県 川越市 行田市 所沢市 飯能市 加須市 東松山市 春日部市 狭山市 羽生市 鴻巣市 上尾市 越谷市 蕨市 入間市 鶴川市 久喜市 北本市 富士見市 三郷市 蓮田市 坂戸市 幸手市 鶴ヶ島市 吉川市 白岡市 伊奈町 三芳町 宮代町 杉戸町 松伏町 千葉県 ※※※ 木更津市(7) 野田市 茂原市 柏市 流山市 我孫子市 鎌ケ谷市 白井市 酒々井町 東京都 武蔵村山市 羽村市 瑞穂町 奥多摩町 檜原村 神奈川県 秦野市 大磯町 二宮町 ※※ 中井町(他) 清川村 岐阜県 岐阜市 静岡県 静岡市 愛知県 岡崎市 ※ 一宮市(7) 瀬戸市 春日井市 津島市 碧南市 安城市 西尾市 犬山市(7) 江南市(7) 稲沢市 尾張旭市(7) 岩倉市(7) 日進市 愛西市 清須市 北名古屋市 弥富市 あま市 長久手市 東郷町 大治町 蟹江町 豊山町 飛島村 三重県 津市 四日市市 桑名市 鈴鹿市 亀山市 滋賀県 彦根市 守山市 甲賀市 京都府 宇治市 亀岡市 城陽市(7) 向日市 八幡市 京田辺市 木津川市 ※ 大山崎町(7) 精華町 大阪府 岸和田市 泉大津市 貝塚市 泉佐野市 富田林市 河内長野市 和泉市 柏原市 羽曳野市 藤井寺市 泉南市 大阪狭山市 阪南市 島本町 豊能町 能勢町 忠岡町 熊取町 田尻町 岬町 太子町 河南町 千早赤阪村 兵庫県 明石市 猪名川町 奈良県 奈良市 大和郡山市 生駒市 和歌山県 和歌山市 橋本市 福岡県 大野城市 太宰府市 福津市 糸島市 那珂川市 粕屋町	北海道 札幌市 茨城県 結城市 下妻市 常総市 笠間市 ひたちなか市 那珂市 筑西市 坂東市 稲敷市 つくばみらい市 大洗町 阿見町 河内町 八千代町 五霞町 境町 栃木県 栃木市 鹿沼市 日光市 小山市 真岡市 大田原市 さくら市 ※※ 下野市(6) 壬生町 群馬県 前橋市 伊勢崎市 太田市 渋川市 ※※ 榛東村(他) ※※ 吉岡町(他) 玉村町 埼玉県 熊谷市 深谷市 日高市 毛呂山町 越生町 滑川町 川島町 吉見町 鳩山町 寄居町 千葉県 東金市 君津市 富津市 八街市 富里市 山武市 大網白里市 長柄町 長南町 神奈川県 ※※ 南足柄市(他) 山北町 箱根町 新潟県 新潟市 富山県 富山市 石川県 金沢市 内灘町 福井県 福井市 山梨県 甲府市 塩尻市 長野県 長野市 松本市 岐阜県 大垣市 多治見市 美濃加茂市(他) 各務原市 可児市 静岡県 浜松市 沼津市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 磐田市 焼津市 掛川市 藤枝市 御殿場市 袋井市 裾野市 函南町 清水町 長泉町 小山町 川根本町 森町 愛知県 豊橋市 半田市 豊川市 蒲郡市 常滑市 小牧市 新城市 東海市 大府市 知多市 高浜市 田原市 大口町 扶桑町 阿久比町 東浦町 ※※ 武豊町(他) 幸田町 設楽町 東栄町 豊根村 三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曽岬町 東員町 菰野町 朝日町 川越町 滋賀県 長浜市 ※※ 近江八幡市(他) 野洲市 湖南市 高島市 東近江市 日野町 ※※ 竜王町(他) 京都府 久御山町 兵庫県 姫路市 加古川市 三木市 高砂市 稲美町 播磨町 奈良県 ※ 大和高田市(6) 天理市 橿原市 桜井市 御所市 香芝市 葛城市 宇陀市 山添村 平群町 三郷町 斑鳩町 安堵町 川西町 三宅町 田原本町 曽爾村 明日香村 上牧町 王寺町 広陵町 河合町 岡山県 岡山市 広島県 東広島市 廿日市市 海田町 ※※ 熊野町(他) 坂町 山口県 周南市 徳島県 徳島市 香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	その他の地域
地域数	23(23)	7(6)	29(27)	24(25)	59(51)	137(140)	170(186)	1292(1303)

※ この表に掲げる名称は、令和6年4月1日においてそれらの名称を有する市、町、村又は特別区の同日における区域によって示された地域。
※ 赤字は、級地の変更がある市町村。（※：アⅠの場合、※※：アⅢの場合、※※※：イの場合、※なし：経過措置・激変緩和措置等）
※ 括弧内は、現行（令和3年度から令和5年度までの間）の級地。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

特別地域加算等の明確化

概要

【訪問系サービス★、通所系サービス★、多機能系サービス★、福祉用具貸与★、居宅介護支援】

○　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法において、「過疎地域」とみなして同法の規定を適用することとされている地域等が、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算定対象地域に含まれることを明確化する。【告示改正】

基準

	算定要件	単位数
特別地域加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※１）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に15/100を乗じた単位数
中山間地域等における小規模事業所加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※２）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に10/100を乗じた単位数
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※３）に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数に5/100を乗じた単位数

※１：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③振興山村、④小笠原諸島、⑤沖縄の離島、⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、**過疎地域**等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域

※２：①豪雪地帯及び特別豪雪地帯、②辺地、③半島振興対策実施地域、④特定農山村、**⑤過疎地域**

※３：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③豪雪地帯及び特別豪雪地帯、④辺地、⑤振興山村、⑥小笠原諸島、⑦半島振興対策実施地域、⑧特定農山村地域、**⑨過疎地域**、⑩沖縄の離島

○　厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）及び厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）の規定を以下のように改正する。

＜現行＞
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第一項に規定する過疎地域

▶

＜改定後＞
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第二項により公示された過疎地域

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

令和６年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

令和６年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

■ 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

- 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
- 質の高い公正中立なケアマネジメント
- 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

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

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

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

1

（出典）社会保障審議会介護給付費分科会　（R5.12.19）

© Kawahara Business Management Group

業務継続計画　虐待防止　減算

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

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。

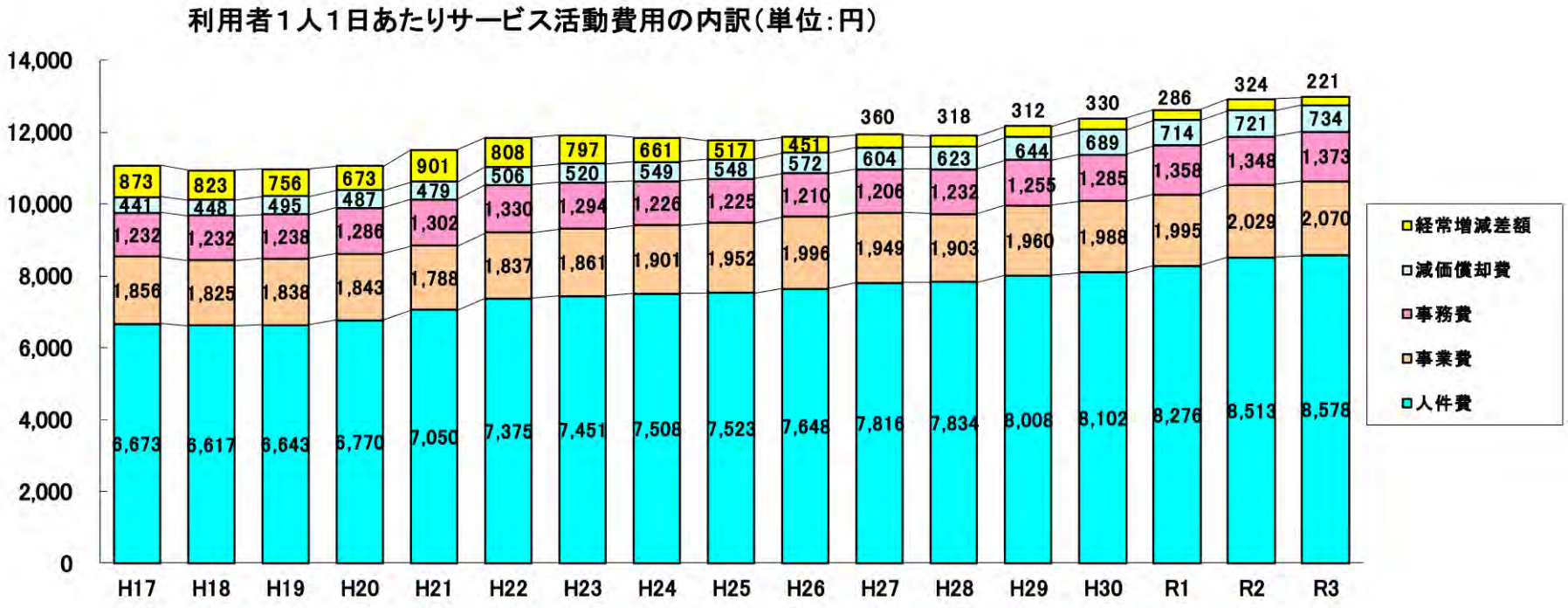
1

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

全国　特別養護老人ホーム　平均値推移

単価は上昇するものの、人件費が増加、費用も増加し、経常増減差額が圧縮されている。経常増減差額の捻出は、かなりな工夫が求められている。



（出典）介護老人福祉施設等 令和3年度　収支状況等調査 報告書　令和５年１月
公益社団法人全国老人福祉施設協議会・老施協総研

施設共通部分

医療機関との連携
口腔・栄養・リハビリ等
居住費

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

施設系共通　加算・減算①

【施設系共通】	旧	新		備考
（協力医療機関）				**義務(猶予措置３年).複数医療機関での体制も可** ①医師看護職の常時相談対応,②常時診療体制,③入院受入体制 １年１回以上協力医療機関と対応確認と自治体への医療機関名提出 協力医療機関入院時,速やかに再入所(努力義務)
協力医療機関連携加算Ⅰ（令和６年度）		100	/月	現病歴等について定期的に協力医療機関と会議開催（協力医療機関要件：①医師/看護職員が常時相談対応、②常時診療体制確保、③急変時の原則入院受入体制）
協力医療機関連携加算Ⅰ（令和７年度以降）		50	/月	現病歴等について定期的に協力医療機関と会議開催（協力医療機関要件：①医師/看護職員が常時相談対応、②常時診療体制確保、③急変時の原則入院受入体制）
協力医療機関連携加算Ⅱ		5	/月	現病歴等について定期的に協力医療機関と会議開催（協力医療機関要件がⅠ以外の場合）
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ		10	/月	第二種協定締結医療機関と連携,感染症発生時の診療等の取決めと対応。医師会,医療機関(診療報酬：感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算届出）の感染対策研修に年１回以上参加
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ		5	/月	３年に１回以上感染症発生時に実地指導受ける（診療報酬 感染対策向上加算届出の医療機関から）
新興感染症等施設療養費		240	/回	感染対策,連携体制のもと施設内療養（月１回連続する５日限度）※現在対象無し

© Kawahara Business Management Group

施設系共通　基準等

【施設系共通】	旧	新	備考
（協定締結医療機関と連携）			協定締結医療機関と連携,新興感染症発生時等の取決め（努力義務）
（協力医療機関が協定締結医療機関の場合）			**協力医療機関が協定締結医療機関の場合,発生時の対応を協議（義務）**
（栄養管理）			経過措置終了.栄養ケア計画,定期的な記録と評価(見直し)
（口腔管理）			経過措置終了.年2回以上歯科医師/歯科衛生士技術指導.管理計画と必要に応じた見直し.診療報酬と同一日は時間帯変える

【施設系・通所系共通】	旧	新	備考
（一体的様式）			ﾘﾊ/訓練,口腔,栄養の一体的計画書見直し

© Kawahara Business Management Group

自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への対応の強化

現行

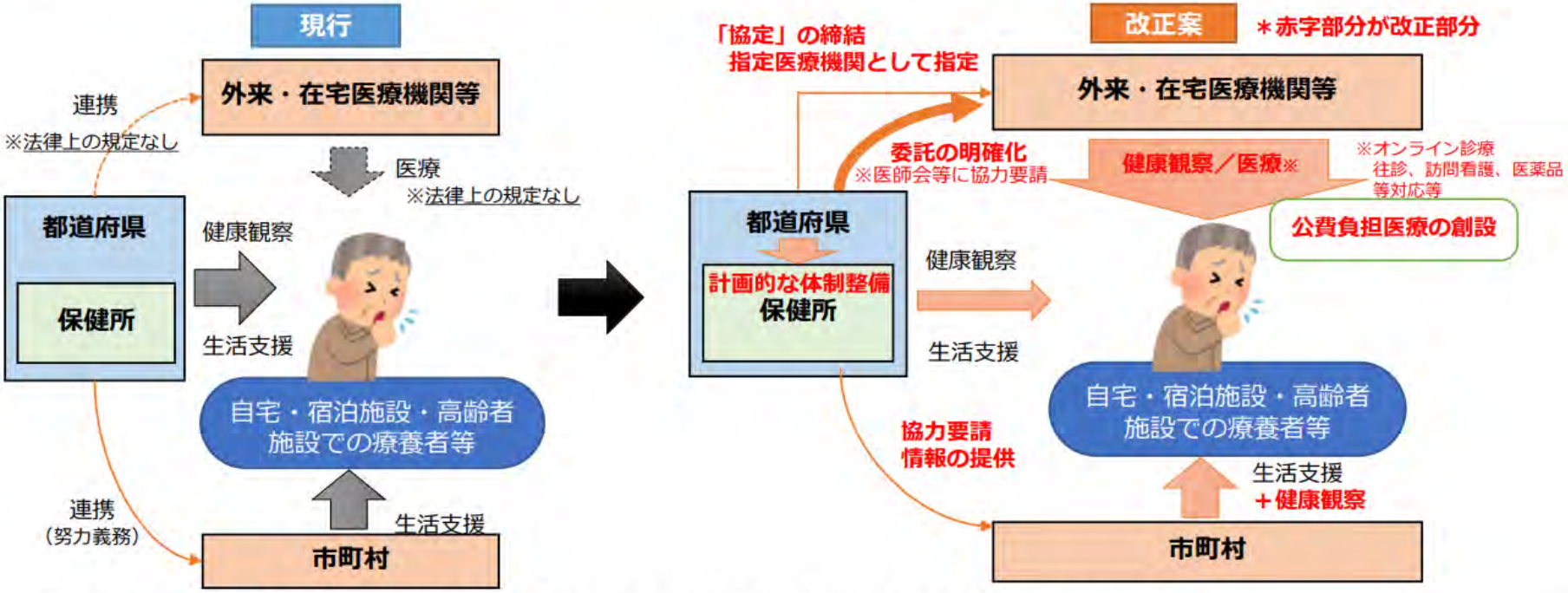
○　都道府県は、自宅・宿泊療養者等に対して、健康状態の報告（健康観察）及び自宅・宿泊施設等からの外出しないことについての協力を求めることができる（感染症法第44条の３）。これに当たって、都道府県は、自宅・宿泊療養者等への生活支援（食事の提供、日用品の支給等）を実施、必要に応じて市町村と連携するよう努めなければならない。　※医療提供に関する規定はない。

改正案

○　「予防計画」に基づき**保健所の体制整備**を推進しつつ、都道府県による**健康観察**の実施に当たって、**協定を締結した医療機関等に委託して行うことができることを明確化**。**保険医療機関等の責務**として、**国・地方が講ずる必要な措置に協力しなければならない**ことを明記。都道府県は、医療関係団体に対し協力要請できることとする。

○　また、**外来医療**や**在宅医療**の提供について、**都道府県**と**医療機関等**との間で**「協定」を締結**する仕組みを導入。自宅・宿泊療養者や高齢者施設での療養者等への医療について、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（**公費負担医療）を創設**し、**指定医療機関**から提供。

○　この他、生活支援及び健康観察について、都道府県が**市町村に協力要請**できることとし、両者間の**情報共有**の規定を整備。



（注）都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

3

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第232回）　資料２　令和５年11月27日

© Kawahara Business Management Group

高齢者施設等感染対策向上加算

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

- 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すること
- 協力医療機関等との間で、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

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

医療機関等

- 第二種協定指定医療機関（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

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

３年に１回以上実地指導を受ける

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

新興感染症等施設療養費　240単位/日

①施設内療養を行う高齢者施設等への対応（施設系、特定、GH）

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

➡ 新加算　連続する5日限度

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こととする。

➡ 現在は対象なし

© Kawahara Business Management Group

省令改正

②新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携
（施設系、特定、GH）

施設系サービス及び居住系サービスについて、入所者又は入居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、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとする。 ➡ 努力義務

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付ける。

➡ 義務

© Kawahara Business Management Group

参考　協定締結医療機関

都道府県と医療機関の協定の仕組み

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日　参考資料1（一部改変）

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と**協議を行い**、感染症対応に係る**協定**（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）**を締結（協定締結医療機関）**することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- **協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定**を含む協定締結する医療機関（**流行初期医療確保措置付き**）を設定。
- **全ての医療機関に対して協議に応じる義務**を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、**全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。**
- 加えて**公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。**
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、**協定の履行確保措置を設定。**

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援　補助金（平時の準備行為に応じた支援）

○協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。

○協定は、**①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣　のいずれか1種類以上の実施を想定。**

○さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、**感染初期からの対応**、ピーク時には**一定規模以上の病床確保を行うこと等**を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心的に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

支援　流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

必要に応じて協定変更

必要に応じて対象拡大

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

11

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）　資料2 令和５年11月27日

© Kawahara Business Management Group

医療措置協定の内容

中医協　総－２
５．７．２６

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		病床を確保し（※１）、入院医療を実施 ※１　新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等（※２）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※２　宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第１種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備		
数値目標（全国での数値目標）<予防計画>		新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す				
	①流行初期（３か月を基本）	約１.９万床	約1500機関	・病院・診療所（約２.７万機関） ・薬局（約２.７万機関） ・訪問看護事業所（約2800機関）	約3700機関	・医師（約2100人） ・看護師（約4000人）
	②流行初期以降（６ヶ月以内）	約５.１万床 流行初期以降開始時点：①＋約１.６万床（公的医療機関等）	約４.２万機関 流行初期以降開始時点：①＋約3800機関（公的医療機関等）			
流行初期医療確保措置の要件（参酌して都道府県知事が定める基準）		①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②１日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-

※４　感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表(新興感染症に位置づける旨の公表)

12

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回） 資料2 令和５年11月27日

© Kawahara Business Management Group

参考　臨時的な取扱い（現行）

（参考）介護報酬上の臨時的な取扱いの見直し

第216回（令和５年４月27日）
社会保障審議会介護給付費分科会
資料２

対応の方向性		現行の主な措置	位置づけ変更後(R5.5.8以降)の取扱（案）
共通	当面の間継続	**ワクチン接種の促進のための特例** • 利用者等への接種に職員が従事する場合の人員基準の柔軟な取扱い。 • サービス利用中に接種を行う場合に減算を行わない取扱い。	当面の間継続
共通	一定の要件のもと継続	**人員基準の緩和** • コロナ患者へのサービス提供の有無などに関わらず、幅広くコロナの影響があった場合、人員基準違反・減算としない取扱い。	利用者や従事者にコロナ患者等が発生した場合において、柔軟な取扱いを継続。
共通	一定の要件のもと継続	**研修が受けられない場合の特例** 下記の研修について未受講の場合に、基準違反・減算としない取扱い。 • 介護支援専門員実務研修の実習 • ユニットリーダー研修の実地研修 • 認知症GH管理者等に対する認知症介護実践者研修	実習・実地研修に限り、新型コロナの影響により未受講の場合に、基準違反・減算としない取扱いを継続。
共通	臨時的な取扱いの終了	**これまでの新型コロナへの緊急的・社会的対応を踏まえた特例** • 災害における取扱いを参考にした各種サービスや申請、自治体事務の柔軟な取扱い。 • 外出自粛要請、まん延防止等重点措置、慰労金などに関連した柔軟な取扱い。 • ケアプランで予定されていたサービス提供が行われない場合でも居宅介護支援費が算定可能。 • その他、感染拡大防止への対応を評価する観点から行う特例的な算定の取扱い。	通常通りにサービス提供や事務処理等を行う。
入所系	当面の間継続	**退院患者の受入れ促進** • 退院患者を受け入れた場合に、入退所前連携加算（最大30日間）が算定可能。 • 退院患者を受け入れた場合の人員基準の柔軟な取扱い。	当面の間継続
入所系	当面の間継続	**入退所の制限による影響** • 在宅復帰率、ベッド回転率に連動する報酬について、影響を受けた月を除いて計算を可能とする取扱い	当面の間継続
入所系	臨時的な取扱いの終了	**サービスの簡略化などに関する特例** • コロナの影響により、自宅を訪問できない場合も、連携にかかる加算が算定可能。	感染対策をした上で、通常通りにサービス提供を行う。
通所系・訪問系	当面の間継続	**訪問への切り替え** • 通所系の事業所が休業となった際に、代替として訪問でのサービスを提供した場合、通所サービスと同等の報酬を算定可能とする。	当面の間継続
通所系・訪問系	臨時的な取扱いの終了	**サービスの簡略化などに関する特例** • 感染対策の観点からサービス提供を短時間とした場合においても、最短時間（通所介護の場合は２時間以上、通所リハの場合は１時間以上。訪問介護の場合は20分以上等）の報酬が算定可能。 • 安否確認や、療養指導、福祉用具貸与計画等の説明等を、電話で行った場合に、一定の報酬が算定可能。 • モニタリングや訪問体制強化加算について、訪問が困難な場合にも柔軟な取扱いにより一定の報酬が算定可能。	感染対策をした上で、通常通りにサービス提供を行う。

位置づけ変更後の状況等を踏まえて、その後の取扱いを検討

6

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第224回） 資料7 令和５年９月15日

© Kawahara Business Management Group

医療ニーズへの対応力と連携強化

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○　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カテーテル留置、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※1（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※2（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。

13

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

協力医療機関との連携強化（日常・緊急時）

③協力医療機関との連携体制の構築

- 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。

ア 以下の要件を満たす協力医療機関（ⅲ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。 ➡ 義務

ⅰ 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。

ⅱ 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。

ⅲ 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。 ➡ 義務

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。 ➡ 努力義務

© Kawahara Business Management Group

協力医療機関連携加算　創設（日常）

④協力医療機関との定期的な会議の実施

➡ 新加算

- 介護老人福祉施設等、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観点から、入所者又は入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を設ける。
- また、特定施設入居者生活介護等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。

【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＞	＜改定後＞		
なし	▶	**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	100単位/月（令和6年度）50単位/月（令和7年度～）（新設）
		（２）それ以外の場合	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＞	＜改定後＞		
医療機関連携加算 80単位/月	▶	**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	**100**単位/月（変更）
		（２）それ以外の場合	**40**単位/月（変更）

【認知症対応型共同生活介護】

＜現行＞	＜改定後＞		
なし	▶	**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	100単位/月（新設）
		（２）それ以外の場合	40単位/月（新設）

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

算定要件等

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

退所時情報提供加算　見直し（退所・入院時）

⑤入院時等の医療機関への情報提供

- 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、施設が把握している生活状況等の情報提供を更に促進し、入院医療機関における適切な療養につなげる観点から、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係る情報を提供した場合を評価する新たな区分を設ける。
- 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状況の情報提供することを評価する現行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、介護老人福祉施設等、特定施設入居者生活介護等、認知症対応型共同生活介護について、入所者又は入居者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設ける。

【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）　**500単位/回**

○　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）　**250単位/回**

【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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

栄養に関する医療機関との連携強化

栄養に関する情報連携のイメージ図

下線部：R６報酬改定事項

※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。）

施設移動
入院
自宅退所

退所時栄養情報連携加算（新設） 70単位／回

【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

【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。

再入所時栄養連携加算

【対象者】
厚生労働大臣が定める特別食等が必要な者

【算定要件】
栄養に関する指導又はカンファレンスに同席※し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成する。

※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可能。

入院

入院前の施設に再入所

施設退院
転院
自宅退院

栄養情報提供加算
（診療報酬）

28

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

口腔の状態に関する定期評価の義務付け

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】

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＞

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

リハビリ・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組み

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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基準費用額（居住費）の見直し

基準費用額（居住費）について

◆ 基準費用額（居住費）については、これまでの分科会での意見等を踏まえ、予算編成過程において検討することとしていた。

◆ こうした検討に基づき、近年の光熱水費の高騰、在宅で生活する者との負担の均衡、利用者負担への影響等に関するこれまでの介護給付費分科会における議論を踏まえ、以下のとおり見直しを行う。

1．基準費用額（居住費）について

- 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。

2．利用者負担第１段階の多床室利用者への対応について

- 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、利用者負担が増えないようにする。

※：生活保護受給者、世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者（預貯金額1,000万円（夫婦の場合2,000万円）以下であるものに限る）

3．施行時期について

- 令和６年８月とする。

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第237回）　資料１令和５年12月27日

© Kawahara Business Management Group

補足給付　室料負担（令和６年８月～）

○　食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
○　**標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年８月以降は、非課税年金も含む。 預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

			基準費用額（日額（月額）） 負担限度額　（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②
食費			1,445円　（4.4万円）	300円　（0.9万円） 【300円】	390円　（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	650円　（2.0万円） 【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円） 【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	915円　（2.8万円）	0円　（　0万円）	430円　（1.3万円）	430円　（1.3万円）	430円　（1.3万円）
		老健・医療院等	437円　（1.3万円）	0円　（　0万円）	430円　（1.3万円）	430円　（1.3万円）	430円　（1.3万円）
	従来型個室	特養等	1,231円　（3.7万円）	380円　（1.2万円）	480円　（1.5万円）	880円　（2.7万円）	880円　（2.7万円）
		老健・医療院等	1,728円　（5.3万円）	550円　（1.7万円）	550円　（1.7万円）	1,370円　（4.2万円）	1,370円　（4.2万円）
	ユニット型個室的多床室		1,728円　（5.3万円）	550円　（1.7万円）	550円　（1.7万円）	1,370円　（4.2万円）	1,370円　（4.2万円）
	ユニット型個室		2,066円　（6.3万円）	880円　（2.6万円）	880円　（2.6万円）	1,370円　（4.2万円）	1,370円　（4.2万円）

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

補足給付　室料負担（令和７年８月～）

○ 食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
○ **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年８月以降は、非課税年金も含む。 預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

同等の報酬減額

			基準費用額（日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②
食費			1,445円（4.4万円）	300円（0.9万円）【300円】	390円（1.2万円）【600円（1.8万円）】	650円（2.0万円）【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円）【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	915円（2.8万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
		老健・医療院（室料を徴収する場合）	697円（2.1万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
		老健・医療院等（室料を徴収しない場合）	437円（1.3万円）	0円（0万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）	430円（1.3万円）
	従来型個室	特養等	1,231円（3.7万円）	380円（1.2万円）	480円（1.5万円）	880円（2.7万円）	880円（2.7万円）
		老健・医療院等	1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）
	ユニット型個室的多床室		1,728円（5.3万円）	550円（1.7万円）	550円（1.7万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）
	ユニット型個室		2,066円（6.3万円）	880円（2.6万円）	880円（2.6万円）	1,370円（4.2万円）	1,370円（4.2万円）

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

共通部分（人材面）

介護職員等処遇改善加算 （2024年6月改定）
テレワーク
両立支援
管理者の責務と兼務範囲
ローカルルール
委員会義務化
生産性向上推進体制加算
外国人介護人材

© Kawahara Business Management Group

①処遇改善加算の一本化（介護職員等処遇改善加算）

概要

【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】

○　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。　【告示改正】

単位数

※介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に以下の加算率を乗じる。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。

サービス区分	介護職員等処遇改善加算			
	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
訪問介護・夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
訪問入浴介護★	10.0%	9.4%	7.9%	6.3%
通所介護・地域密着型通所介護	9.2%	9.0%	8.0%	6.4%
通所リハビリテーション★	8.6%	8.3%	6.6%	5.3%
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	12.8%	12.2%	11.0%	8.8%
認知症対応型通所介護★	18.1%	17.4%	15.0%	12.2%
小規模多機能型居宅介護★・看護小規模多機能型居宅介護	14.9%	14.6%	13.4%	10.6%
認知症対応型共同生活介護★	18.6%	17.8%	15.5%	12.5%
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護★	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護老人保健施設）★	7.5%	7.1%	5.4%	4.4%
介護医療院・短期入所療養介護（介護医療院）★・短期入所療養介護（病院等)★	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%

（注）令和６年度末までの経過措置期間を設け、経過措置期間中は、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上げを受けることができるようにすることなどの激変緩和措置を講じる。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

現行の３加算の要件との関係について

➢ 以下のとおり、賃金配分ルールとベースアップ等要件を統一化した上で、現行の要件を組み合わせる形で一本化し、新加算は4段階としてはどうか。

黄色：新加算Ⅳ　黄色＋薄緑：新加算Ⅲ　黄色＋薄緑＋水色：新加算Ⅱ　黄色＋薄緑＋水色＋青：新加算Ⅰ

1. 処遇改善加算（2012年改定～）

					賃金配分ルール	ベースアップ等
ア. 職場環境等要件	職場環境等要件から1以上の取組を実施	加算Ⅲ【5.5%】	加算Ⅱ【10.0%】	加算Ⅰ【13.7%】	統一ルール	統一ルール
イ. キャリアパス要件	任用要件と賃金体系を整備又は研修の実施又は研修の機会を確保					
	任用要件と賃金体系を整備及び研修の実施又は研修の機会を確保					
	資格等に応じた昇給や定期昇給等の仕組みを設ける					

2. 特定処遇改善加算（2019年10月～）

ア. 賃金改善要件	グループごとの配分ルール	加算Ⅱ【4.2%】	加算Ⅰ【6.3%】
	月額8万円改善　又は改善後賃金年額440万円以上が1人以上		
イ. 処遇改善加算要件	処遇改善加算（Ⅰ～Ⅲのいずれか）を取得		
ウ. 職場環境等要件	職場環境等要件から複数の取組を実施		
エ. 見える化要件	HP掲載等を通じた見える化		
オ. 介護福祉士等要件	サービス提供体制強化加算等の最上位区分		

3. ベースアップ等支援加算（2022年10月～）

ア. ベースアップ等要件	賃金改善の合計額の3分の2以上をベースアップ等（基本給又は毎月の手当）	【2.4%】
イ. 処遇改善加算要件	処遇改善加算（Ⅰ～Ⅲのいずれか）を取得	

※1　加算率は訪問介護のものを例として記載。

13

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第233回）　資料１　令和５年11月30日

© Kawahara Business Management Group

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。

既存の要件は黒字、新規・修正する要件は**赤字**

加算率（※）				対応する現行の加算等（※）	新加算の趣旨
【24.5%】	新加算（介護職員等処遇改善加算）	Ⅰ	**新加算（Ⅱ）に加え、以下の要件を満たすこと。** ・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. ベ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	**新加算（Ⅲ）に加え、以下の要件を満たすこと。** ・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】** ~~・グループごとの配分ルール【撤廃】~~	a. 処遇改善加算（Ⅰ）【13.7%】 b. 特定処遇加算（Ⅱ）【4.2%】 c. ベ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	**新加算（Ⅳ）に加え、以下の要件を満たすこと。** ・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. ベ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	**・新加算（Ⅳ）の1/2（7.2%）以上を月額賃金で配分** ・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. ベ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・ベースアップ等

※：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。）

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

赤字：新規　青字：既存の要件を具体化・明確化

職場環境等要件の見直し案（イメージ）

新加算Ⅲ・Ⅳ（処遇改善加算に相当）　：以下の**区分ごとにそれぞれ１つ以上（生産性向上は２つ以上）**取り組んでいる
新加算Ⅰ・Ⅱ（特定処遇改善加算に相当）：以下の**区分ごとにそれぞれ２つ以上（生産性向上は３つ以上うち⑰又は⑱は必須）**取り組んでいる

区分	具体的内容
入職促進に向けた取組	①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化 ②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 ③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築 ④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対するユニットリーダー研修、ファーストステップ研修、喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等 ⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 ⑦エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入 ⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備 ⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備 ⑪有給休暇を取得しやすい雰囲気・意識作りのため、具体的な取得目標（例えば、１週間以上の休暇を年に●回取得、付与日数のうち●％以上を取得）を定めた上で、取得状況を定期的に確認し、身近な上司等からの積極的な声かけを行っている ⑫有給休暇の取得促進のため、情報共有や複数担当制等により、業務の属人化の解消、業務配分の偏りの解消を行っている
腰痛を含む心身の健康管理	⑬業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実 ⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施 ⑮介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、職員に対する腰痛対策の研修、管理者に対する雇用管理改善の研修等の実施 ⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上のための業務改善の取組	⑰厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善活動の体制構築（委員会やプロジェクトチームの立ち上げ、外部の研修会の活用等）を行っている ⑱現場の課題の見える化（課題の抽出、課題の構造化、業務時間調査の実施等）を実施している ⑲５Ｓ活動（業務管理の手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・躾の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備を行っている ⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減を行っている ㉑介護ソフト（記録、情報共有、請求業務転記が不要なもの。居宅サービスにおいてはケアプラン連携標準仕様を実装しているものに限る）及び情報端末（タブレット端末、スマートフォン端末、インカム等）の導入 ㉒介護ロボット（見守り支援、移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、介護業務支援等）の導入 ㉓業務内容の明確化と役割分担を行った上で、間接業務（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ゴミ捨て等）については、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担い、介護職員がケアに集中できる環境を整備 ㉔各種委員会の共同設置、各種指針・計画の共同策定、物品の共同購入等の事務処理部門の集約、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムや福利厚生システム等の共通化等、協働化を通じた職場環境の改善に向けた取組の実施 ※生産性向上の取組に係る加算（資料３論点②）を取得している場合には、「生産性向上のための業務改善の取組」の要件を満たすものとする ※小規模事業者は、㉔の取組を実施していれば、「生産性向上のための業務改善の取組」の要件を満たすものとする
やりがい・働きがいの醸成	㉕ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 ㉖地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施 ㉗利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供 ㉘ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

現行の特定処遇改善加算の「見える化要件」について、情報公表システム等で職場環境等要件の各項目ごとの具体的な取組内容の公表を求める　※⑬、⑮、㉕～㉘は項目番号を移動。17

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第233回）　資料１　令和５年11月30日

© Kawahara Business Management Group

人員配置基準等

②テレワークの取扱い（全（居宅療養管理指導除く））

- 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、個人情報を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。

③人員配置基準における両立支援への配慮（全）

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。

	母性健康管理措置による短時間勤務	育児・介護休業法による短時間勤務制度	「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける短時間勤務制度
「常勤」（※）の取扱い：週30時間以上の勤務で常勤扱い	○	○	○（新設）
「常勤換算」（※）の取扱い：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	○	○	○（新設）

※人員配置基準上の「常勤」及び「常勤換算方法」の計算においては、常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本）勤務している者を「常勤」として取り扱うこととしている。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

④管理者の責務及び兼務範囲の明確化（全）

- 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。

⑤いわゆるローカルルールについて（全）

- 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。

© Kawahara Business Management Group

参考　ローカルルール（例）

（1）管理者の兼務	
同一事業所内における管理者の兼務できる職種の限定	（例）通所介護：管理者と生活相談員の兼務のみ認める。
別の事業所における管理者の兼務できる職種の限定	（例）同一敷地内の別の事業所の管理者のみ認める。
管理者が兼務できる職種の数の上限の規定	（例）管理者含め2職種まで
管理者が兼務する場合に管理者として従事する時間の規定	（例）当該事業所で管理者業務に従事する時間が50%以上
（2）管理者の経験・資格	
介護サービス、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する事業所における実務経験年数の規定	（例）実務経験として、常勤の場合は概ね〇年以上、非常勤の場合はおおむね△日以上の職歴を有する者とする。
介護サービス、保健医療サービス又は福祉サービスの直接処遇の経験年数の規定	（例）直接処遇の経験が概ね〇年以上あること。
特定の資格所持の規定	（例）指定通所介護事業所の管理者：社会福祉主事任用資格等を有する者
（3）従業者の兼務	
兼務できる職種の限定	（例）生活相談員は、介護支援専門員、機能訓練指導員との兼務が可能。
同一事業所における他の職種と兼務できる場合の条件	（例）生活相談員は他に専従の生活相談員が配置されている場合のみ兼務可。
（4）従業者の経験・資格	
介護サービス、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する事業所における実務経験年数の規定	（例）全従業者のうち、□割以上を直接処遇の経験が概ね〇年以上ある者とする。
介護サービス、保健医療サービス又は福祉サービスの直接処遇の経験年数の規定	（例）生活相談員は直接処遇の経験が〇年以上ある者とする。
特定の資格所持の規定	（例）生活相談員は介護支援専門員、介護福祉士等のいずれかの資格がある者
（5）その他	
事業所をまたぐ兼務について、原則として常勤ではなく非常勤として扱い、時間を分けて勤務体制を設定	
病気等の休暇で欠けた場合に対応することを想定した人員配置基準を超える実人数確保の規定	
夜間及び深夜の時間帯に勤務する従業者における特定の資格所持の規定	

（出典）厚生労働省老健局老人保健課調べ

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第233回）　資料２　令和５年11月30日

© Kawahara Business Management Group

介護現場の生産性向上の推進

⑥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

（短期入所系、居住系、多機能系、施設系）

- 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。

© Kawahara Business Management Group

⑦生産性向上推進体制加算
Ⅰ：100／月、Ⅱ：10／月

⑦介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用促進
（短期入所系、居住系、多機能系、施設系）

【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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

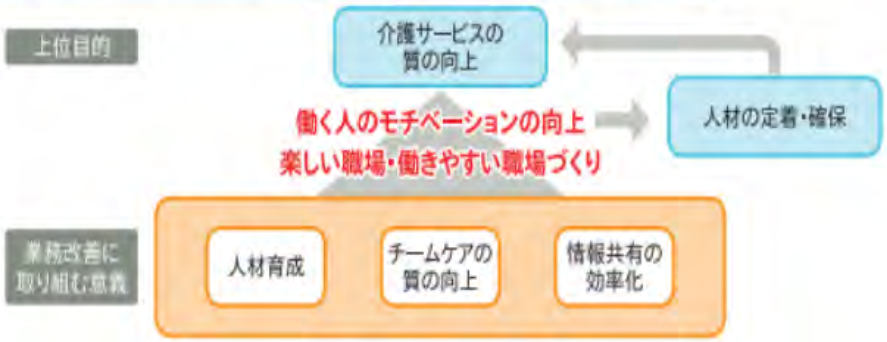
© Kawahara Business Management Group

参考　生産性向上ガイドライン

介護現場における生産性向上（業務改善）の捉え方と生産性向上ガイドライン

- 業務のやり方を工夫することで、現在の業務から「ムリ」「ムダ」「ムラ」をなくし、業務をより安全に、正確に、効率的に行い、負担を軽くすることを目的として取り組む活動のこと。
- 生産性（Output（成果）/Input（単位投入量））を向上させるには、その間にあるProcess（過程）に着目することが重要。

介護サービスにおける生産性向上の捉え方



介護現場における生産性向上とは、介護ロボット等のテクノロジーを活用し、業務の改善や効率化等を進めることにより、職員の業務負担の軽減を図るとともに、業務の改善や効率化により生み出した時間を直接的な介護ケアの業務に充て、利用者と職員が接する時間を増やすなど、介護サービスの質の向上にも繋げていくこと

生産性向上に資するガイドラインの作成

- 事業所が生産性向上（業務改善）に取り組むための指針としてガイドラインを作成。
  - より良い職場・サービスのために今日からできること（自治体向け、施設・事業所向け）
  - 介護の価値向上につながる職場の作り方（居宅サービス分）
  - 介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き（医療系サービス分）

https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html

【介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン】

（出典）社会保障審議会　介護給付費分科会（第233回）　資料１　令和５年11月30日

© Kawahara Business Management Group

⑧外国人介護人材

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。

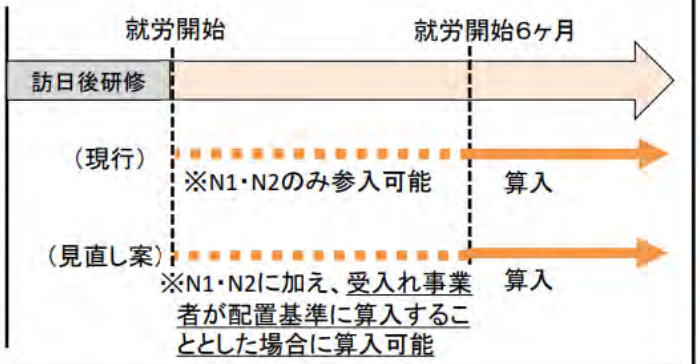
イ　安全対策担当者の配置、指針の整備や研修の実施など、組織的に安全対策を実施する体制を整備していること。

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



（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

共通部分（LIFE関連）

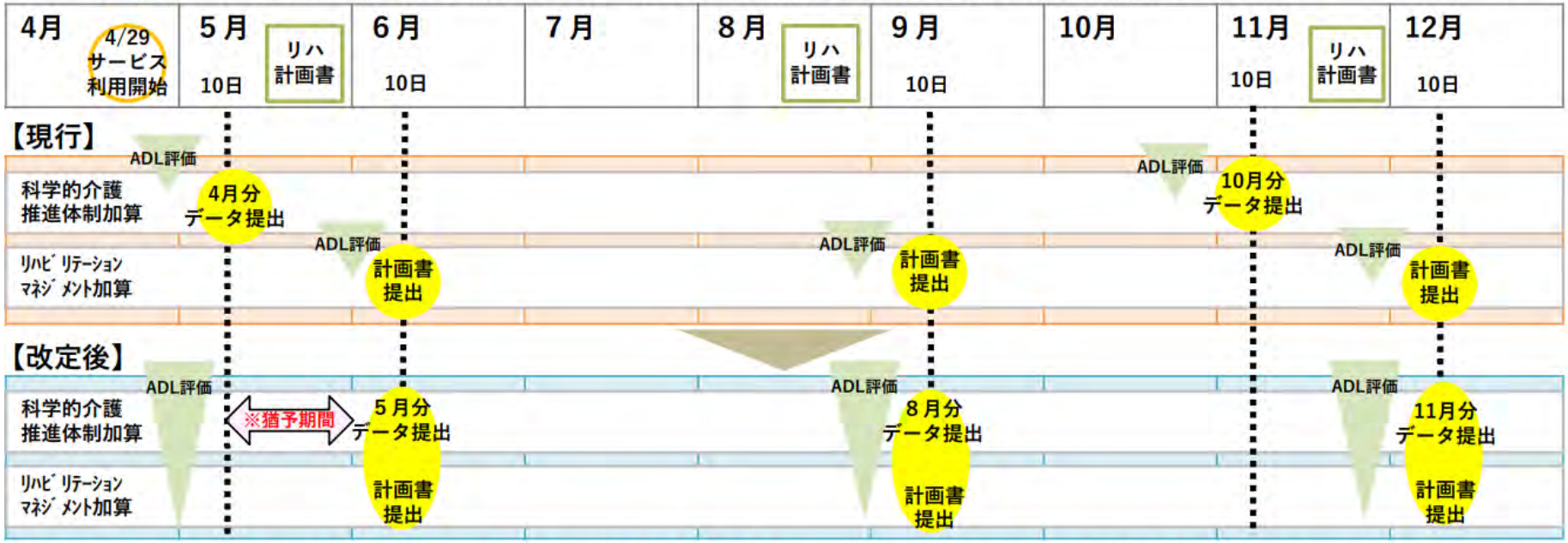
© Kawahara Business Management Group

データ提出タイミングの統一

- LIFEへのデータ提出　６月➡３月ごとに統一
  （科学的介護推進体制加算、排せつ支援加算（医学的評価）
  自立支援促進加算（医学的評価））
  （特養・介護医療院は300➡280単位）

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。



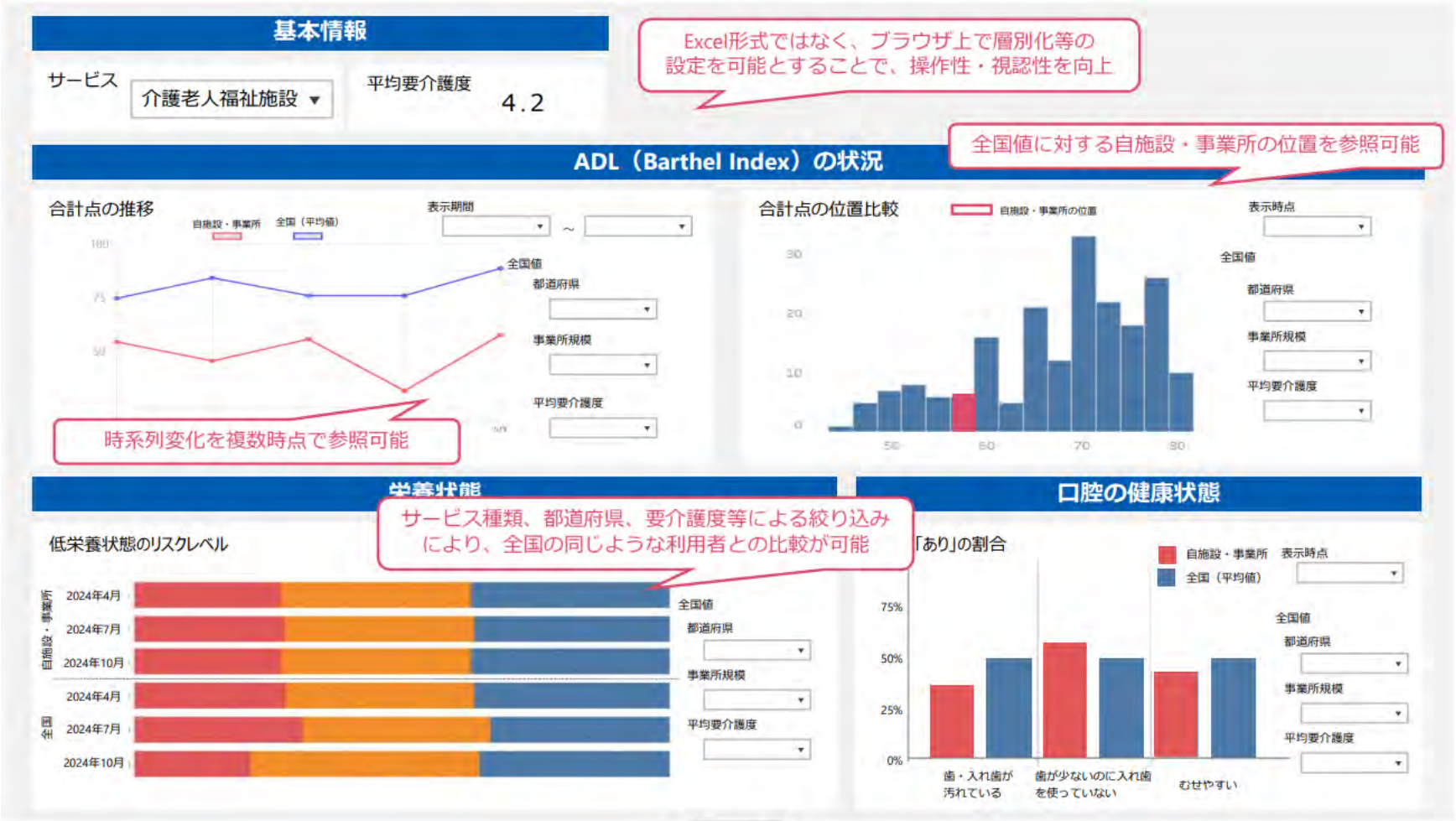
（※）一定の条件の下で、サービス利用開始翌月までにデータ提出することとしても差し支えない。ただし、その場合は利用開始月は該当の加算は算定できないこととする。

98

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

事業所フィードバック　見直し

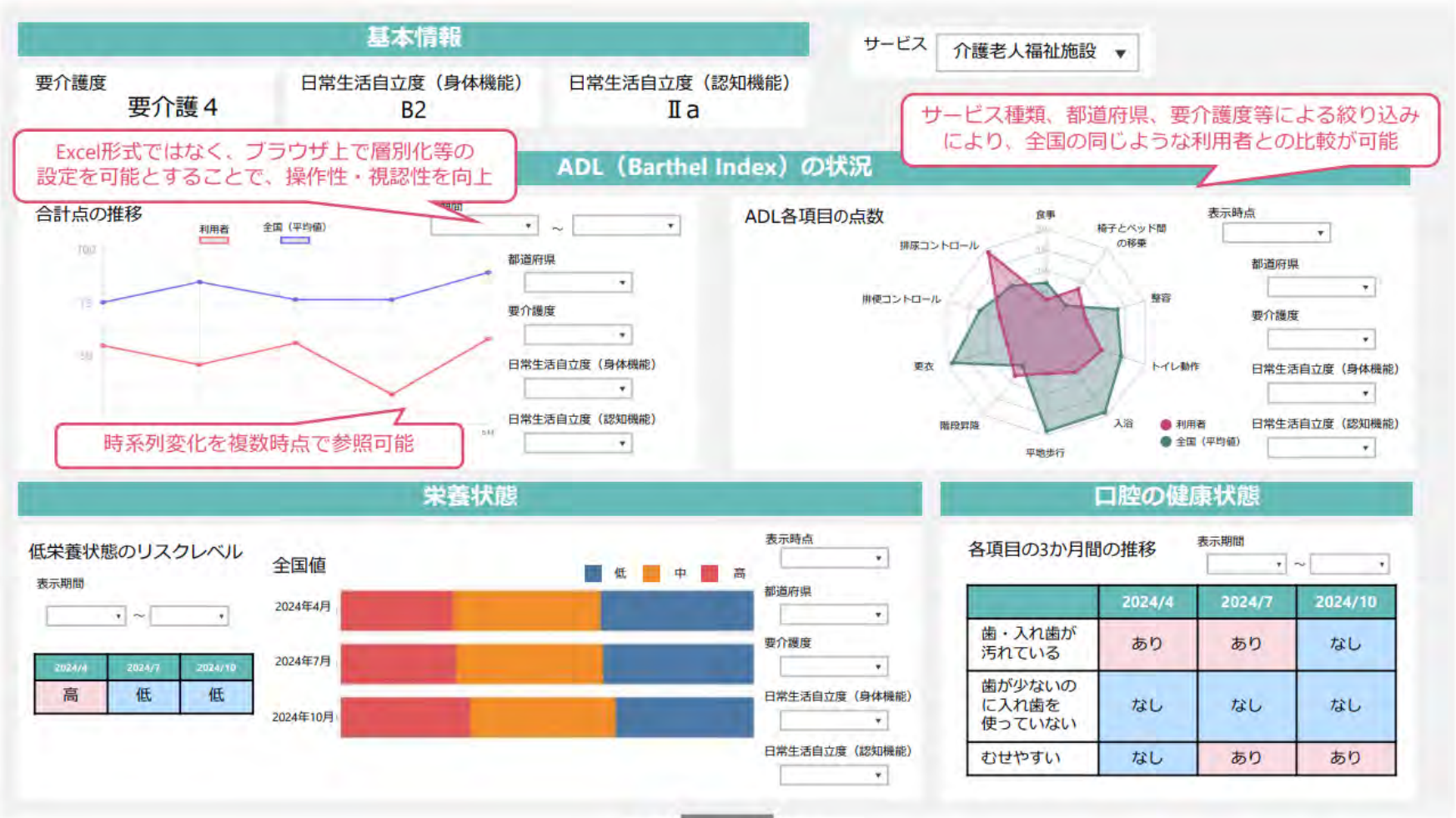


各施設・事業所において実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせて検討することで、取組の効果や自施設・事業所の特徴の把握へ活用

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

利用者フィードバック

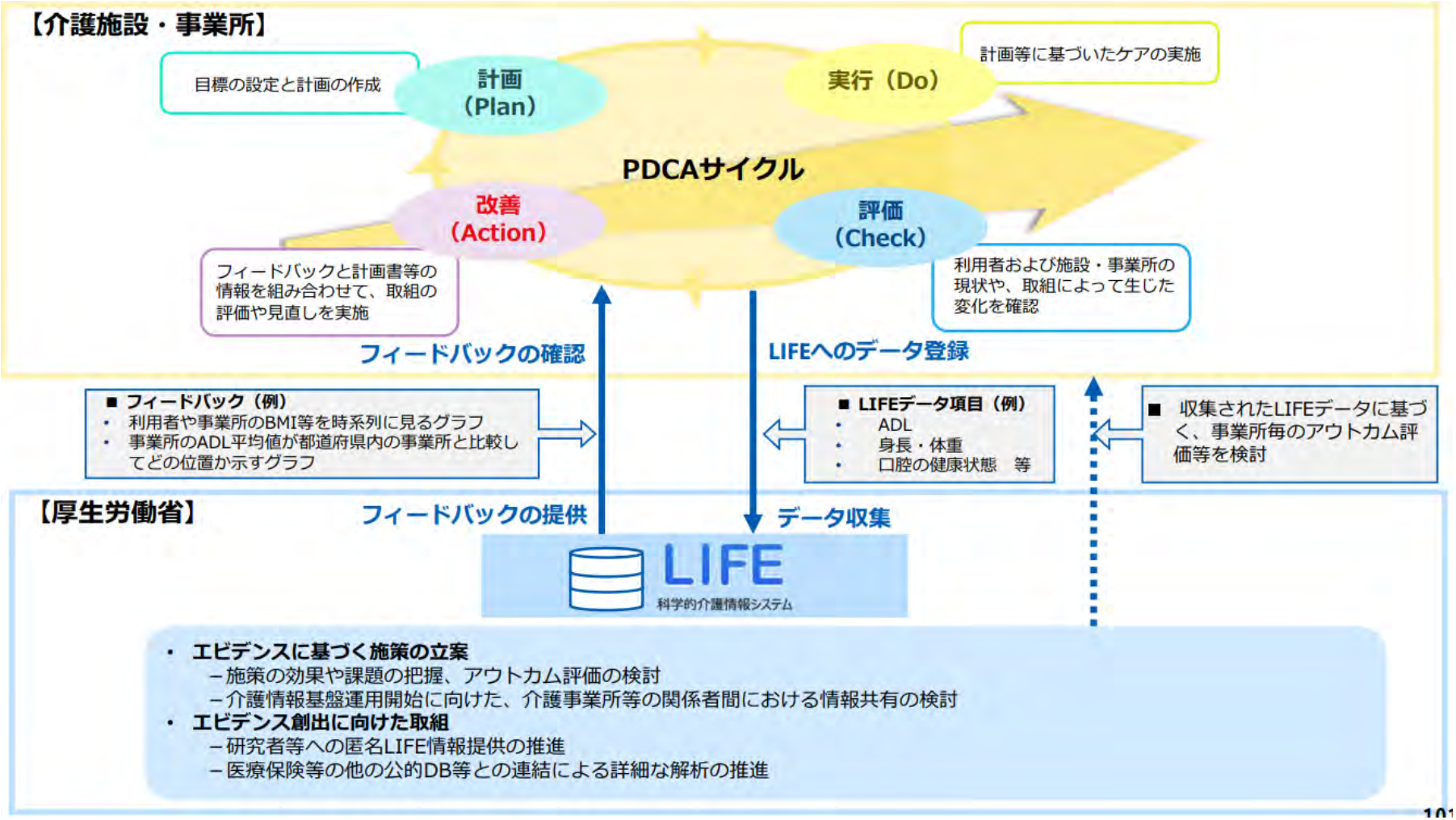


各利用者に対して実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせて検討することで、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

利用者支援におけるPDCAの推進



・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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

１．介護老人保健施設

© Kawahara Business Management Group

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　　対象拡大　慢性心不全の増悪

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

改定事項

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

㉚ ○３（２）③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

㉛ ○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

㉜ ○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

㉝ ○３（３）⑩ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化

㉞ ○４（２）④認知症情報提供加算の廃止

㉟ ○４（２）⑤地域連携診療計画情報提供加算の廃止

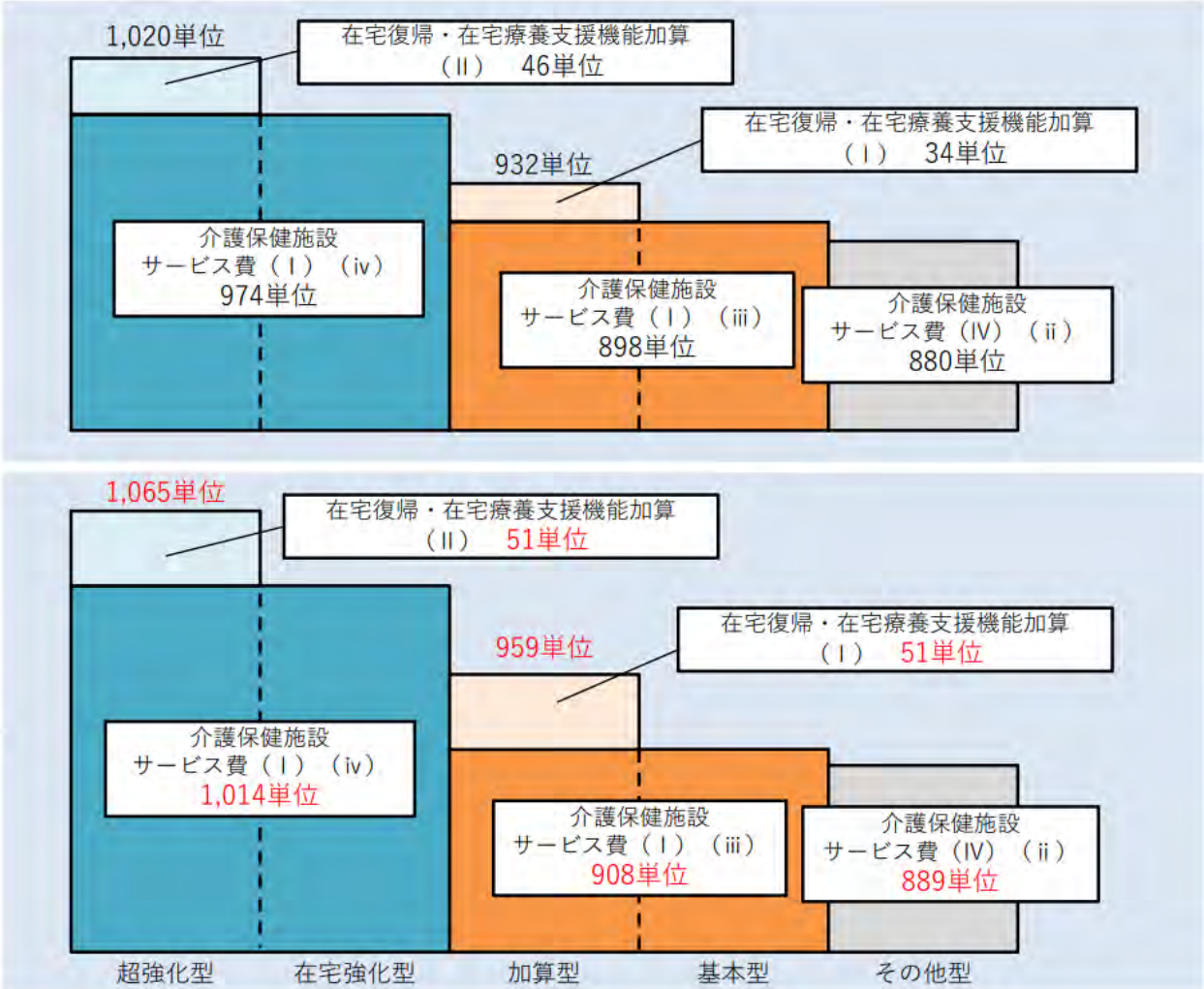
（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬の改定イメージ

単位数　※多床室、要介護度３の場合

基本報酬のイメージ



（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

介護保健施設サービス費（Ⅰ） 多床室	基本型			加算型			在宅強化型			超強化型		
	旧	新	差	旧	新	差	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	788	793	5	822	844	22	836	871	35	882	922	40
要介護２	836	843	7	870	894	24	910	947	37	956	998	42
要介護３	898	908	10	932	959	27	974	1,014	40	1,020	1,065	45
要介護４	949	961	12	983	1,012	29	1030	1,072	42	1,076	1,123	47
要介護５	1,003	1,012	9	1,037	1,063	26	1085	1,125	40	1,131	1,176	45

※　加算　旧（34),新（51）　※　加算　旧（46),新（51）

介護保健施設サービス費（Ⅰ） 従来型個室	基本型			加算型			在宅強化型			超強化型		
	旧	新	差	旧	新	差	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	714	717	3	748	768	20	756	788	32	802	839	37
要介護２	759	763	4	793	814	21	828	863	35	874	914	40
要介護３	821	828	7	855	879	24	890	928	38	936	979	43
要介護４	874	883	9	908	934	26	946	985	39	992	1,036	44
要介護５	925	932	7	959	983	24	1,003	1,040	37	1,049	1,091	42

※　加算　旧（34),新（51）　※　加算　旧（46),新（51）

© Kawahara Business Management Group

在宅復帰・在宅療養支援等指標見直し

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

初期加算Ⅰ　60単位／日　新設

急性期医療を担う医療機関との連携強化（３０日以内の退院促進）

＜**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に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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

かかりつけ医連携薬剤調整加算　見直し

かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

告示改正

■　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。

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。

介護老人保健施設　※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

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の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。
③ 入所前に当該入所者に６種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
④ 入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。
⑤ 入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ　70単位/回（新設）
＜施設において薬剤を評価・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、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- 入所前に６種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（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。

3

© Kawahara Business Management Group

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　資料１　令和６年1月22日

ターミナルケア加算　見直し

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）

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

夜間における人員配置基準の緩和

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。

11

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

認知症　行動・心理症状（BPSD）の早期対応

単位数

＜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。

算定要件等

＜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以上であること。

（2）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を１名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

（3） 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

（4） 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

＜認知症チームケア推進加算（Ⅱ）＞（新設）

・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。

・認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を１名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算　①

【介護老人保健施設】	旧	新		備考
在宅復帰・在宅療養支援等評価指標Ⅰ	34	51	/日	（６月経過措置期間）類型見直し,入所前後訪問指導割合＆退所前後訪問指導割合5%引き上げ.相談支援員(社会福祉士評価)
在宅復帰・在宅療養支援等評価指標Ⅱ	46	51	/日	（６月経過措置期間）類型見直し,入所前後訪問指導割合＆退所前後訪問指導割合5%引き上げ.相談支援員(社会福祉士評価)
所定疾患施設療養費				慢性心不全増悪追加
初期加算　　→Ⅱ	30	30	/日	Ⅰ以外の場合（30日以内）
（初期加算　Ⅰ）		60	/日	空床情報を地域医療情報連携ネットワーク等を通じて定期的に情報共有。空床情報をウェブサイトに定期的に公開、複数の急性期医療機関のMSWに定期的に情報共有（急性期の一般病棟への入院後30日以内に退院し入所した場合）
● 退院時情報提供加算Ⅰ	500	500	/回	居宅退所時生活支援上の留意点,認知機能等を主治医に情報提供
● （退院時情報提供加算Ⅱ）		250	/回	入院退所時、利用者同意のもと生活支援上の留意点,認知機能等を医療機関に情報提供。１人に1回
ターミナルケア加算（改定は療養型老健以外）	80	72	/日	死亡日以前31～45日
	160	160	/日	死亡日以前4～30日
	820	910	/日	死亡日前日,前々日
	1,650	1,900	/日	死亡日
認知症チームケア推進加算		1:150 2:120	/月	日常生活における注意を必要とする認知症1/2以上.専門研修修了者配置,ﾁｰﾑｹｱの指導,評価,計画策定,ﾁｰﾑｹｱ実施評価見直し事例検討。（併算定不可）※ⅠとⅡは研修の種類が異なる。(認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱとの併算定不可)

© Kawahara Business Management Group

加算・減算　②

【介護老人保健施設】	旧	新		備考
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	240	/日	居宅・施設訪問による生活環境を把握しリハ計画作成。入所者に適切なリハビリ職（PT/OT/ST）の配置。（３日／週限度。入所後３月以内）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		120	/日	(居宅訪問なし)（３日／週限度。入所後３月以内）
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ	33	33	/月	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ		53	/月	①口腔衛生管理加算Ⅱ＆栄養ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ強化加算②ﾘﾊ口腔栄養一体的に情報共有(LIFE活用),③ﾘﾊ計画見直し共有
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	240	200	/日	
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		258	/日	入所時月１回ADL等評価計画見直し,LIFE提出,活用
（口腔衛生管理の義務）				**入所時,入所後定期的に口腔衛生状態,口腔機能評価を義務。歯科医師、歯科衛生士において施設との連携について実施事項等を文書等で取り決める。**
退所時栄養情報連携加算		70	/回	退所(居宅,他施設,医療機関)に文書で栄養情報提供。月１回限度。特別食（食事箋（軟食・流動食除く））を必要とするもしくは低栄養状態と医師が判断したもの。
再入所時栄養連携加算	200	200	/回	医療機関から施設への再入所に療養食等必要な場合対象。カンファに同席（Ｉテレビ電話可）、医療機関の管理栄養士と連携して栄養ケア計画策定
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ	100	140	/回	入所前の主治医と連携が明確化。入所前の６種類以上の内服薬の処方が条件。入所中に処方変更の場合、医師薬剤師看護師等関係職種で情報共有、変更後状態を他職種で確認する。が追加
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ		70	/回	施設内で評価調整(①留意事項を他職種共有,副作用確認評価.②６種以上の内服薬対象.③本人家族に啓発)
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ・Ⅲ			/回	単位変わらず、ⅠイまたはⅠロの算定の場合

© Kawahara Business Management Group

加算・減算　③

【介護老人保健施設】	旧	新		備考
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	40	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
科学的介護推進体制加算Ⅱ	60	60	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
自立支援促進加算	300	300	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し)
排せつ支援加算Ⅰ	10	10	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
排せつ支援加算Ⅱ	15	15	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
排せつ支援加算Ⅲ	20	20	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	3	/月	入所時の褥瘡治癒を評価(重複項目見直し)
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	13	/月	入所時の褥瘡治癒を評価(重複項目見直し)
認知症情報提供加算	350	0		廃止
地域連携診療計画情報提供加算	300	0		廃止
（ユニット型） （ユニット型）				管理者：ユニットケア管理者研修努力義務 主たる所属を明らかにしてユニット間勤務可能
（安全／質確保／業務負担軽減委員会義務）				経過措置3年。(安全/質確保/負担軽減)
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	/月	ICT導入(見守り機器/インカム/記録ｿﾌﾄ）,委員会,業務改善,効果ﾃﾞｰﾀ提出
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	/月	3種ICT導入(見守り機器全室(利用者意向確認済み,ｲﾝｶﾑ全介護職)
（夜間の人員基準）				ICT導入による要件緩和(見守りｾﾝｻｰ,ｲﾝｶﾑ,委員会設置,安全体制確保) ２→1.6人以上.常時１以上.40人以下は常時緊急体制ありで１以上
基準費用額（居住費）				60円/日　（多床室）第1段階除く（R6/8施行）
（多床室（8㎡以上/人)室料負担）	437円	697円	/日	老健の場合その他型/療養型の多床室（８㎡／人以上）について月額8万円相当.補足給付適用あり(R7/8施行)
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

© Kawahara Business Management Group

２．介護医療院

© Kawahara Business Management Group

改定事項

○　介護医療院　基本報酬

①　○１（３）⑲協力医療機関との連携体制の構築

②　○１（３）⑳協力医療機関との定期的な会議の実施

③　○１（３）㉑入院時等の医療機関への情報提供

④　○１（４）⑧介護医療院における看取りへの対応の充実

⑤　○１（５）①高齢者施設等における感染症対応力の向上

⑥　○１（５）②施設内療養を行う高齢者施設等への対応

⑦　○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

⑧　○１（５）④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

⑨　○１（６）①高齢者虐待防止の推進

⑩　○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

⑪　○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

⑫　○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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

改定事項

⑬ ○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
⑭ ○２（１）㉑退所者の栄養管理に関する情報連携の促進
⑮ ○２（１）㉒再入所時栄養連携加算の対象の見直し
⑯ ○２（２）③ユニットケア施設管理者研修の努力義務化
⑰ ○２（３）①科学的介護推進体制加算の見直し
⑱ ○２（３）②自立支援促進加算の見直し
⑲ ○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
⑳ ○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
㉑ ○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
㉒ ○３（２）①テレワークの取扱い
㉓ ○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
㉔ ○３（２）③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
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）⑥長期療養生活移行加算の廃止　60単位／日　90日まで廃止

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

	Ⅰ型（1）ⅰ			Ⅱ型（1）ⅰ		
多床室	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	825	833	8	779	786	7
要介護２	934	943	9	875	883	8
要介護３	1,171	1,182	11	1,082	1,092	10
要介護４	1,271	1,283	12	1,170	1,181	11
要介護５	1,362	1,375	13	1,249	1,261	12

	Ⅰ型（1）ⅰ			Ⅱ型（1）ⅰ		
従来型個室	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	714	721	7	669	675	6
要介護２	824	832	8	764	771	7
要介護３	1,060	1,070	10	972	981	9
要介護４	1,161	1,172	11	1,059	1,069	10
要介護５	1,251	1,263	12	1,138	1,149	11

© Kawahara Business Management Group

介護医療院における看取りへの対応の充実

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

意見交換　資料－２参考１
２９．３．２２

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が**確認できる**

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が**確認できない**

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合

・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→**複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

34

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算　①

【介護医療院】	旧	新		備考
業務継続計画未実施　減算（施設・居住系）		▲3%		感染症,災害いずれか,両方未作成（経過措置R7/3/31（予防,指針整備,災害計画ありの場合））
高齢者虐待防止措置未実施　減算		▲1%		未実施（虐待防止委員会,指針,研修,担当者設置）
身体拘束廃止未実施　減算	単位	▲10%		施設系・居住系（単位数での個別減算から率に変更）
（協力医療機関との緊急時対応）				年１回以上、配置医師、協力医療機関の協力を得て緊急時対応方法を見直す（義務）※緊急時の注意事項、病状等の共有方法、曜日・時間帯ごとの医師の連携方法、診療を依頼するタイミング等
（看取りの充実）				「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った取組を行う（施設サービスの計画の作成や提供にあたり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応していること。）
理学療法（注6）、作業療法（注6）又は言語聴覚療法（注4）に係る加算	33	33	/月	要件かわらず（PT,OT,ST等が共同し、リハ計画を作成し家族に説明実施。LIFEデータ提出）
（新）理学療法（注7）、作業療法（注7）又は言語聴覚療法（注5）に係る加算		20	/月	①理学療法（注6）、作業療法（注6）又は言語聴覚療法（注4）算定＆口腔栄養管理加算Ⅱ＆栄養マネジメント強化加算。②ﾘﾊ口腔栄養一体的に情報共有(LIFE活用),③リハビリ計画見直し共有。33単位の加算と併算定可能

加算・減算　②

【介護医療院】	旧	新		備考
退所時栄養情報連携加算		70	/回	退所(居宅,他施設,医療機関)に文書で栄養情報提供。月１回限度。特別食（食事箋（軟食・流動食除く））を必要とするもしくは低栄養状態と医師が判断したもの。
再入所時栄養連携加算	200	200	/回	医療機関から施設への再入所に療養食等必要な場合対象。カンファに同席（Ｉテレビ電話可）、医療機関の管理栄養士と連携して栄養ケア計画策定
（新）退所時情報提供加算Ⅱ		250	/回	入院退所時、利用者同意のもと生活支援上の留意点,認知機能等を医療機関に情報提供。１人に1回
退所時情報提供加算→Ⅰ	500	500	/回	居宅への退所時、診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を利用者同意のもと主治医に情報提供。１人に1回
認知症チームケア推進加算		1:150 2:120	/月	日常生活における注意を必要とする認知症1/2以上.専門研修修了者配置,ﾁｰﾑｹｱの指導,評価,計画策定,ﾁｰﾑｹｱ実施評価見直し事例検討。（併算定不可）※ⅠとⅡは研修の種類が異なる。(認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱとの併算定不可)
（口腔衛生管理の義務）				**入所時,入所後定期的に口腔衛生状態,口腔機能評価を義務。歯科医師、歯科衛生士において施設との連携について実施事項等を文書等で取り決める。**
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	40	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	50	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
自立支援促進加算	300	280	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し)
排せつ支援加算Ⅰ	10	10	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し)
排せつ支援加算Ⅱ	15	15	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
排せつ支援加算Ⅲ	20	20	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	3	/月	（重複項目見直し）
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	13	/月	入所時の褥瘡治癒を評価(重複項目見直し)

© Kawahara Business Management Group

加算・減算　③

【介護医療院】	旧	新		備考
（ユニット型） （ユニット型）				管理者：ユニットケア管理者研修努力義務 主たる所属を明らかにしてユニット間勤務可能
（安全／質確保／業務負担軽減委員会義務）				経過措置3年。（安全/質確保/負担軽減）
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	/月	ICT導入(見守り機器/インカム/記録ｿﾌﾄ）,委員会,業務改善,効果ﾃﾞｰﾀ提出
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	/月	3種ICT導入(見守り機器全室(利用者意向確認済み,ｲﾝｶﾑ全介護職)
基準費用額（居住費）				60円/日　（多床室）第1段階除く（R6/8施行）
Ⅱ型（多床室（8㎡以上/人)室料負担）	437円	697円	/日	介護医療院の場合Ⅱ型の多床室（８㎡／人以上）について月額8万円相当.補足給付適用あり(R7/8施行)
長期療養生活移行加算	60	0	/日	廃止
（開設）　**訪問リハ、通所リハ**				老健,介護医療院開設時のみなし指定。施設医師で配置基準を満たす。
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

© Kawahara Business Management Group

３．短期入所療養介護

© Kawahara Business Management Group

改定事項

○　短期入所療養介護　基本報酬

① 1(3)③総合医学管理加算の見直し★

② 1(5)④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★

③ 1(6)①高齢者虐待防止の推進★

④ 1(6)②身体的拘束等の適正化の推進★

⑤ 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★

⑥ 2(2)③ユニットケア施設管理者研修の努力義務化★

⑦ 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★

⑧ 3(2)①テレワークの取扱い★

⑨ 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★

⑩ 3(2)③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進★

⑪ 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★

⑫ 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★

⑬ 3(3)⑩ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬　介護老人保健施設の場合

	基本型			在宅強化型		
介護老人保健施設　多床室	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	827	830	3	875	902	27
要介護２	876	880	4	951	979	28
要介護３	939	944	5	1,014	1,044	30
要介護４	991	997	6	1,071	1,102	31
要介護５	1,045	1,052	7	1,129	1,161	32

	基本型			在宅強化型		
介護老人保健施設　従来型個室室	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	752	753	1	794	819	25
要介護２	799	801	2	867	893	26
要介護３	861	864	3	930	958	28
要介護４	914	918	4	988	1,017	29
要介護５	966	971	5	1,044	1,074	30

© Kawahara Business Management Group

基本報酬　介護医療院の場合

	Ⅰ型（1）ⅰ			Ⅱ型（1）ⅰ		
多床室	旧	新	差	旧	新	差
要介護１	875	894	19	828	846	18
要介護２	985	1,006	21	925	945	20
要介護３	1,224	1,250	26	1,133	1,157	24
要介護４	1,325	1,353	28	1,223	1,249	26
要介護５	1,416	1,446	30	1,303	1,331	28

© Kawahara Business Management Group

（介護老人保健施設）総合医学管理加算　見直し

【単位数】

＜現行＞
275単位/日

▶

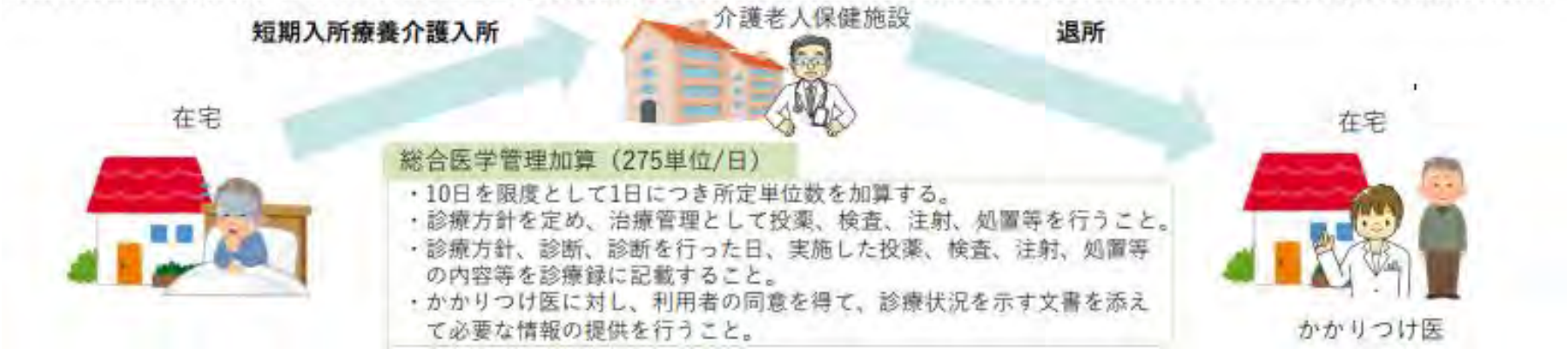
＜改定後＞
変更なし

【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なっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
2　緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

▶

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



（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算　①

【短期入所療養介護】	旧	新		備考
業務継続計画未実施　減算		▲1%		感染症,災害いずれか,両方未作成（経過措置R7/3/31（予防,指針整備,災害計画ありの場合）） ●
高齢者虐待防止措置未実施　減算		▲1%		未実施（虐待防止委員会,指針,研修,担当者設置） ●
身体拘束廃止未実施　減算	単位	▲1%		短期入所・多機能系（委員会３月１回,指針,研修定期的）（経過措置１年） ●
総合医学管理加算（老健のみ）	275	275	/日	ｹｱﾌﾟﾗﾝ上計画的な治療管理目的も対象可能 7日→10日限度
口腔連携強化加算		50	/回	口腔機能の評価,利用者への同意下歯科医療機関、CMへ情報提供。月１回限度 歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定した実績のある歯科医療機関と相談体制の確保を文書で取り決める。
（効率化委員会義務）				経過措置3年。（安全/質確保/負担軽減） ●
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	/月	ICT導入(見守り機器/インカム/記録ｿﾌﾄ）,委員会,業務改善,効果ﾃﾞｰﾀ提出 ●
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	/月	3種ICT導入(見守り機器全室(利用者意向確認済み,ｲﾝｶﾑ全介護職) ●
在宅復帰・在宅療養支援等評価指標Ⅰ（老健のみ）	34	51	/日	（６月経過措置期間）類型見直し,入所前後訪問指導割合＆退所前後訪問指導割合5%引き上げ.相談支援員(社会福祉士評価)
在宅復帰・在宅療養支援等評価指標Ⅱ（老健のみ）	46	51	/日	（６月経過措置期間）類型見直し,入所前後訪問指導割合＆退所前後訪問指導割合5%引き上げ.相談支援員(社会福祉士評価)
基準費用額（居住費）				60円/日　（多床室）第1段階除く（R6/8施行） ●
（多床室（8㎡以上/人)室料負担）	437円	697円	/日	老健の場合その他型/療養型、介護医療院の場合Ⅱ型の多床室（８㎡／人以上）について月額8万円相当.補足給付適用あり(R7/8施行)
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり） ●

© Kawahara Business Management Group

４．通所リハビリテーション
（2024年6月改定）

© Kawahara Business Management Group

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★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

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　Ⅱのみ

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★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

事業所規模の見直しと特例

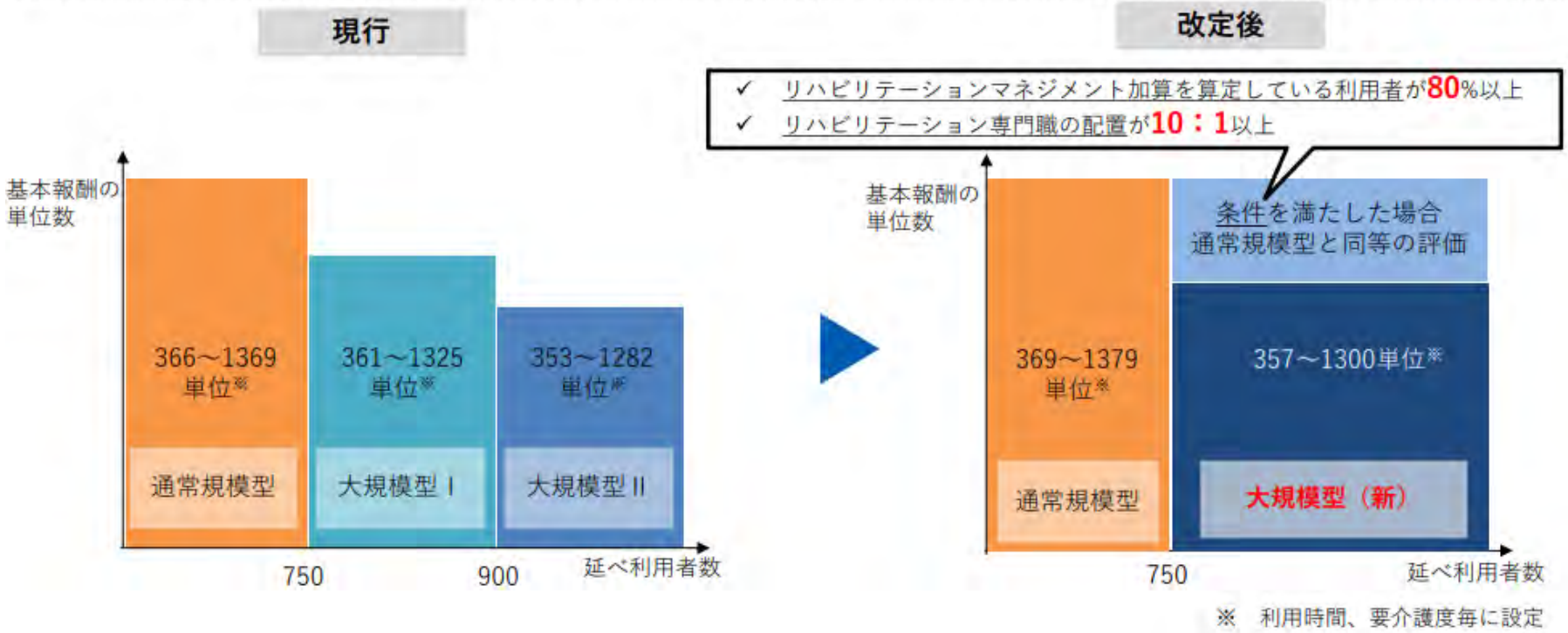
【算定要件】

○　現行３段階に分かれ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。



※　利用時間、要介護度毎に設定

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

要介護

6-7時間	通常規模 旧	通常規模 新	通常規模 差	旧 大規模Ⅰ 旧	旧 大規模Ⅰ 新	旧 大規模Ⅰ 差	旧 大規模Ⅱ 旧	旧 大規模Ⅱ 新	旧 大規模Ⅱ 差	通常規模と大規模との差 差
要介護１	710	715	5	694	675	-19	670	675	5	40
要介護２	844	850	6	824	802	-22	797	802	5	48
要介護３	974	981	7	953	926	-27	919	926	7	55
要介護４	1,129	1,137	8	1,102	1,077	-25	1,066	1,077	11	60
要介護５	1,281	1,290	9	1,252	1,224	-28	1,211	1,224	13	66

要支援

	基本報酬 旧	基本報酬 新	基本報酬 差	包括化考慮後	12月超過減算 旧	12月超過減算 新	12月超過減算 差
要支援１	2,053	2,268	215	-10	-20	-120	-100
要支援２	3,999	4,228	229	4	-40	-240	-200

運動器機能向上加算基本報酬に包括化

© Kawahara Business Management Group

（予防）運動器機能向上加算の包括化

【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

▶

＜改正案＞
廃止（基本報酬で評価）
廃止（個別の加算で評価）
一体的サービス提供加算　480単位/月（新設）

○　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。
○　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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

リハビリテーション計画書入手　義務化

- 訪問リハも同様

【基準】（義務付け）

○　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の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を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算　600単位（新設）

【算定要件等】

○　リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、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う。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

リハビリテーションマネジメント加算　組換え

概要　【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

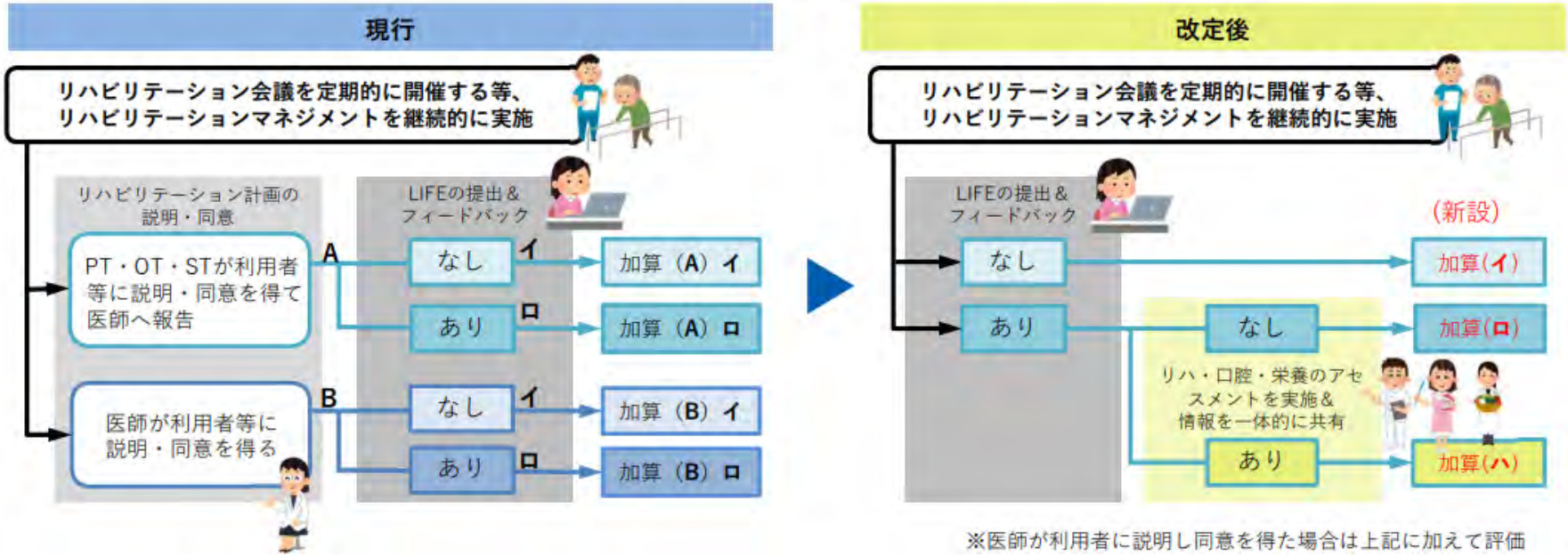
○　リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。

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】



（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

退院時共同指導加算 600単位/回（新設）

算定要件等

- 訪問リハも同様

（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。

算定要件等

- 入浴介助加算　Ⅱ（要件の明確化）

＜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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算　①

【通所リハ】	旧	新		備考
（基本報酬）				通常,大規模1,2→通常,大規模の2段階
（基本報酬）				ﾘﾊﾏﾈ加算の算定率80％以上,リハ職10:1以上の場合、大規模でも通常規模算定可能
（提供時間）				豪雪地帯等、積雪等の影響を所要時間に考慮可能
（共生型サービス）				共生型自立訓練（機能訓練）,基準該当自立訓練（機能訓練）可能
（リハ計画）				**入院中の医療機関のリハ計画の入手義務**
リハビリテーションマネジメント加算Aｲ(６月以内）→Ⅰイ	560	560	/月	※新リハマネ加算Ⅰイ
（６月超え）	240	240	/月	
リハビリテーションマネジメント加算Aﾛ(６月以内）→Ⅰロ	593	593	/月	※新リハマネ加算Ⅰロ
（６月超え）	273	273	/月	
リハビリテーションマネジメント加算Bｲ(６月以内）	830		/月	廃止　組み換え（Ⅰイ＋Ⅱ　実質単位数同じ）
（６月超え）	510		/月	
リハビリテーションマネジメント加算Bﾛ	863		/月	廃止　組み換え（Ⅰロ＋Ⅱ　実質単位数同じ）
（６月超え）	543		/月	
(新)リハビリテーションマネジメント加算Ⅰハ（６月以内）		793	/月	管理栄養士１以上（連携可）、栄養＆口腔アセスメント、口腔状態評価（歯科衛生士,ST,看護職員)、口腔・栄養状態を関係職種で共有、必要時リハ計画の見直し。ロ（LIFEへのデータ提出活用））
（６月超え）		473	/月	
(新)リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ		270	/月	医師が利用者/家族に説明

© Kawahara Business Management Group

加算・減算　②

【通所リハ】	旧	新		備考
（主治医）				通所リハ,訪問リハ利用開始時に入院中の医療機関の医師も含む
退院時共同指導加算		600	/回	医師又はﾘﾊ職が医療機関の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（相互情報を共有し、在宅でのリハに必要な指導を行い、リハ計画に反映）退院時１回限り
入浴介助加算Ⅱ	60	60	/回	要件明確化(介護職員が医師等の指示のもとICTで情報把握し助言も可能。計画は通所リハ計画記載でも可能.環境は個浴でなくても可能
科学的介護推進体制加算	40	40	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し）
（送迎）				利用者の居住実態への送迎可能.他事業所(障害含む）と同乗可能
（開設）				老健,介護医療院開設時のみなし指定。施設医師で配置基準を満たす。
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

共生型サービスの推進

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】

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

（予防）加算・減算　①

【通所リハ（予防）】	旧	新		備考
運動器機能向上加算	225	0	/月	基本報酬に包括化
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	480	0	/月	廃止（栄養改善加算、口腔機能向上加算にて評価）
選択的サービス複数実施加算Ⅱ →一体的サービス提供加算	700	480	/月	栄養改善サービス＆口腔機能向上サービスを提供。いずれかのサービスを一突きに２回以上。栄養改善加算、口腔機能向上加算は算定していない。
退院時共同指導加算		600	/回	医師又はﾘﾊ職が医療機関の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（相互情報を共有し、在宅でのリハに必要な指導を行い、リハ計画に反映）退院時１回限り
科学的介護推進体制加算	40	40	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
12月超えの減算（要件満たした場合）	▲20 ▲40	0	/月	３月に１回以上リハ会議（記録）、情報共有、変化に応じてリハ計画見直し。LIFEへのデータ提出と活用。
（要件満たさない場合）　要支援１	▲20	▲120	/月	
（要件満たさない場合）　要支援２	▲40	▲240	/月	
事業所評価加算	120	0	/月	廃止
業務継続計画未実施　減算		▲1%	/月	感染症,災害いずれか,両方未作成（経過措置R7/3/31（予防,指針整備,災害計画ありの場合））
高齢者虐待防止措置未実施　減算		▲1%	/月	未実施（虐待防止委員会,指針,研修,担当者設置）
（共生型サービス）				共生型自立訓練（機能訓練）,基準該当自立訓練（機能訓練）可能
（リハ計画）				**入院中の医療機関のリハ計画の入手義務**
（主治医）				通所リハ,訪問リハ利用開始時に入院中の医療機関の医師も含む
（送迎）				利用者の居住実態への送迎可能.他事業所(障害含む）と同乗可能
（開設）				老健,介護医療院開設時のみなし指定。施設医師で配置基準を満たす。
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

© Kawahara Business Management Group

５．訪問リハビリテーション
（2024年6月改定）

© Kawahara Business Management Group

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★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

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★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

- 要支援はマイナス改定

	旧	新	差
要介護	307	308	1
要支援	307	298	-9

© Kawahara Business Management Group

診療未実施減算

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＞		＜改定後＞
診療未実施減算　50単位減算	▶	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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

退院直後の診療未実施減算　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。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算　①

【訪問（予防）リハ】	旧	新		備考
（介護）基本報酬	307	308	/回	
（予防）基本報酬	307	298	/回	
（予防）事業所評価加算	120	0	/回	廃止
（予防）12月超過減算 （要件を満たした場合）	▲5	0	/回	３月に１回以上リハ会議（記録）、情報共有、変化に応じてリハ計画見直し。LIFEへのデータ提出と活用。
（予防）12月超過減算 （要件を満たさない場合）	▲5	▲30	/回	上記要件
診療未実施減算（入院中のリハ実施で退院後１月限り）	▲50	0	/回	入院中リハビリ実施の場合、退院後１月に限り。医療機関の医師の情報提供のもと訪問リハ実施の場合は減算無し
診療未実施減算（基準に該当する場合）	▲50	▲50	/回	適切な研修修了等（猶予措置R9/3迄延長).確認義務あり。研修の修了等の有無をリハ計画に記載
（リハ計画）				**入院中の医療機関のリハ計画の入手義務**
退院時共同指導加算		600	/回	医師又はﾘﾊ職が医療機関の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（相互情報を共有し、在宅でのリハに必要な指導を行い、リハ計画に反映）退院時１回限り
認知症短期集中リハビリテーション実施加算		240	/日	認知症の生活機能改善のリハ実施。2回限度／週。退院（所）日または利用開始から３月以内の集中リハ。

© Kawahara Business Management Group

加算・減算　②

【訪問（予防）リハ】	旧	新		備考
リハビリテーションマネジメント加算Aイ→イ	180	180	/月	
リハビリテーションマネジメント加算Aロ→ロ	213	213	/月	
リハビリテーションマネジメント加算Bイ	450	450	/月	廃止　組み換え（イ＋医師説明　実質単位数同じ）
リハビリテーションマネジメント加算Bロ	483	483	/月	廃止　組み換え（ロ＋医師説明　実質単位数同じ）
（新）リハビリテーションマネジメント加算（医師が説明）		270	/月	医師が利用者又は家族に説明
口腔連携強化加算		50	/回	口腔機能の評価,利用者への同意下歯科医療機関、CMへ情報提供。月１回限度歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定した実績のある歯科医療機関と相談体制の確保を文書で取り決める。
● 業務継続計画未実施　減算		▲1%	/月	感染症,災害いずれか,両方未作成（経過措置R7/3/31（予防,指針整備,災害計画ありの場合））
● 高齢者虐待防止措置未実施　減算		▲1%	/月	未実施（虐待防止委員会,指針,研修,担当者設置）
（主治医）				通所リハ,訪問リハ利用開始時に入院中の医療機関の医師も含む
（開設）				老健,介護医療院開設時のみなし指定。施設医師で配置基準を満たす。

© Kawahara Business Management Group

６．介護老人福祉施設

© Kawahara Business Management Group

改定事項

○　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　基本報酬

①　○１（３）⑮配置医師緊急時対応加算の見直し

②　○１（３）⑯介護老人福祉施設等における給付調整のわかりやすい周知

③　○１（３）⑰介護老人福祉施設等における透析が必要な者に対する送迎の評価

④　○１（３）⑲協力医療機関との連携体制の構築

⑤　○１（３）⑳協力医療機関との定期的な会議の実施

⑥　○１（３）㉑入院時等の医療機関への情報提供

⑦　○１（３）㉒介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方法の定期的な見直し

⑧　○１（５）①高齢者施設等における感染症対応力の向上

⑨　○１（５）②施設内療養を行う高齢者施設等への対応

⑩　○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

⑪　○１（５）④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

⑫　○１（６）①高齢者虐待防止の推進

⑬　○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

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

透析通院　月12回以上
特別通院送迎加算
594単位/月

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

改定事項

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)⑱介護保険施設サービスにおける口腔衛生管理の強化

⑰ ○２(１)㉑退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

⑱ ○２(１)㉒再入所時栄養連携加算の対象の見直し

⑲ ○２(２)③ユニットケア施設管理者研修の努力義務化

⑳ ○２(３)①科学的介護推進体制加算の見直し

㉑ ○２(３)②自立支援促進加算の見直し

㉒ ○２(３)③アウトカム評価の充実のためのADL維持等加算の見直し

㉓ ○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

㉔ ○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

㉕ ○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

㉖ ○３(２)①テレワークの取扱い

㉗ ○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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

改定事項

㉘　○３（２）③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進
㉙　○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
㉚　○３（３）⑩ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化
㉛　○３（３）⑰小規模介護老人福祉施設の配置基準の見直し
㉜　○４（２）③経過的小規模介護老人福祉施設等の範囲の見直し

ユニット型の勤務の柔軟性

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】

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

多床室	旧	新	差
要介護１	573	589	16
要介護２	641	659	18
要介護３	712	732	20
要介護４	780	802	22
要介護５	847	871	24

ユニット型	旧	新	差
要介護１	652	670	18
要介護２	720	740	20
要介護３	793	815	22
要介護４	862	886	24
要介護５	929	955	26

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算①

【介護老人福祉施設】	旧	新		備考
配置医師緊急時対応加算（日中）（診療報酬）		325		日中や通常の勤務時間外も評価 配置医師と配置医師以外が算定できるものをわかりやすく周知
（協力医療機関との緊急時対応）				**年１回以上、配置医師、協力医療機関の協力を得て緊急時対応方法を見直す（義務）※緊急時の注意事項、病状等の共有方法、曜日・時間帯ごとの医師の連携方法、診療を依頼するタイミング等**
個別機能訓練加算Ⅲ		20	/月	①口腔衛生管理加算Ⅱ＆栄養ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ強化加算②ﾘﾊ口腔栄養一体的に情報共有(LIFE活用),③機能訓練計画見直し共有。Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ併算定可能
特別通院送迎加算		594	/月	透析の場合,月12回以上の通院送迎
● 退所時栄養情報連携加算		70	/回	退所(居宅,他施設,医療機関)に文書で栄養情報提供。月１回限度。特別食（食事箋（軟食・流動食除く））を必要とするもしくは低栄養状態と医師が判断したもの。
● 再入所時栄養連携加算	200	200	/回	医療機関から施設への再入所に療養食等必要な場合対象。カンファに同席（Ⅰテレビ電話可）、医療機関の管理栄養士と連携して栄養ケア計画策定
退所時情報提供加算		250	/回	入院退所時、利用者同意のもと生活支援上の留意点,認知機能等を医療機関に情報提供。１人に1回
認知症チームケア推進加算		1:150 2:120	/月	日常生活における注意を必要とする認知症1/2以上.専門研修修了者配置,ﾁｰﾑｹｱの指導,評価,計画策定,ﾁｰﾑｹｱ実施評価見直し事例検討。（併算定不可）※ⅠとⅡは研修の種類が異なる。(認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱとの併算定不可)
● **（口腔衛生管理の義務）**				**入所時,入所後定期的に口腔衛生状態,口腔機能評価を義務。歯科医師、歯科衛生士において施設との連携について実施事項等を文書等で取り決める。**
● 科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	40	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)
● 科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	50	/月	６月→３月に１回(重複項目見直し)

© Kawahara Business Management Group

加算・減算②

【介護老人福祉施設】	旧	新		備考
自立支援促進加算	300	280	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し)
排せつ支援加算Ⅰ	10	10	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し)
排せつ支援加算Ⅱ	15	15	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
排せつ支援加算Ⅲ	20	20	/月	医学的評価６月→３月に１回(重複項目見直し）.尿道ｶﾃｰﾃﾙ抜去対象
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	3	/月	（重複項目見直し）
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	13	/月	入所時の褥瘡治癒を評価(重複項目見直し)
ADL維持等加算Ⅱ	60	60	/月	ADL利得値２以上→３以上（確認方法、初認定～12月もしくは他のリハ提供の場合計算方法の簡素化）
（ユニット型） （ユニット型）				管理者：ユニットケア管理者研修努力義務 主たる所属を明らかにしてユニット間勤務可能
（安全／質確保／業務負担軽減委員会義務）				経過措置3年。(安全/質確保/負担軽減)
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	/月	ICT導入(見守り機器/インカム/記録ｿﾌﾄ）,委員会,業務改善,効果ﾃﾞｰﾀ提出
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	/月	3種ICT導入(見守り機器全室(利用者意向確認済み,ｲﾝｶﾑ全介護職)
基準費用額（居住費）				60円/日 （多床室）第1段階除く（R6/8施行）
経過的小規模介護福祉施設				離島・過疎地域以外で他の介護老人福祉施設と一体的な運営の場合は、（地域密着型）介護老人福祉施設に統合。経過措置期間１年
小規模介護福祉施設（離島・過疎地域の定員30名）				離島・過疎地域の定員30名の介護老人福祉施設は、（介護予防）短期入所生活介護を併設した場合、医師、生活相談員、栄養士、機能訓練指導員配置無しで可。通所系事業の場合、生活相談員、機能訓練指導員、（看護）小規模多機能型居宅介護の場合介護支援専門員の配置無しでも可能。
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

© Kawahara Business Management Group

配置医師緊急時対応加算　見直し

単位数

＜現行＞

配置医師緊急時対応加算

なし

早朝・夜間の場合　650単位/回

深夜の場合　1,300単位/回

▶

＜改定後＞

配置医師緊急時対応加算

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

早朝・夜間の場合　650単位/回

深夜の場合　1,300単位/回

算定要件等

○　次の基準に適合しているものとして届出を行った指定介護老人福祉施設において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前６時から午前８時まで）、夜間（午後６時から午後10時まで）、深夜（午後10時から午前６時まで）又は配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間及び深夜を除く。）に施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定する。ただし、看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、算定しない。

・　入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取決めがなされていること。

・　複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していること。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

診療報酬の範囲の周知

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】

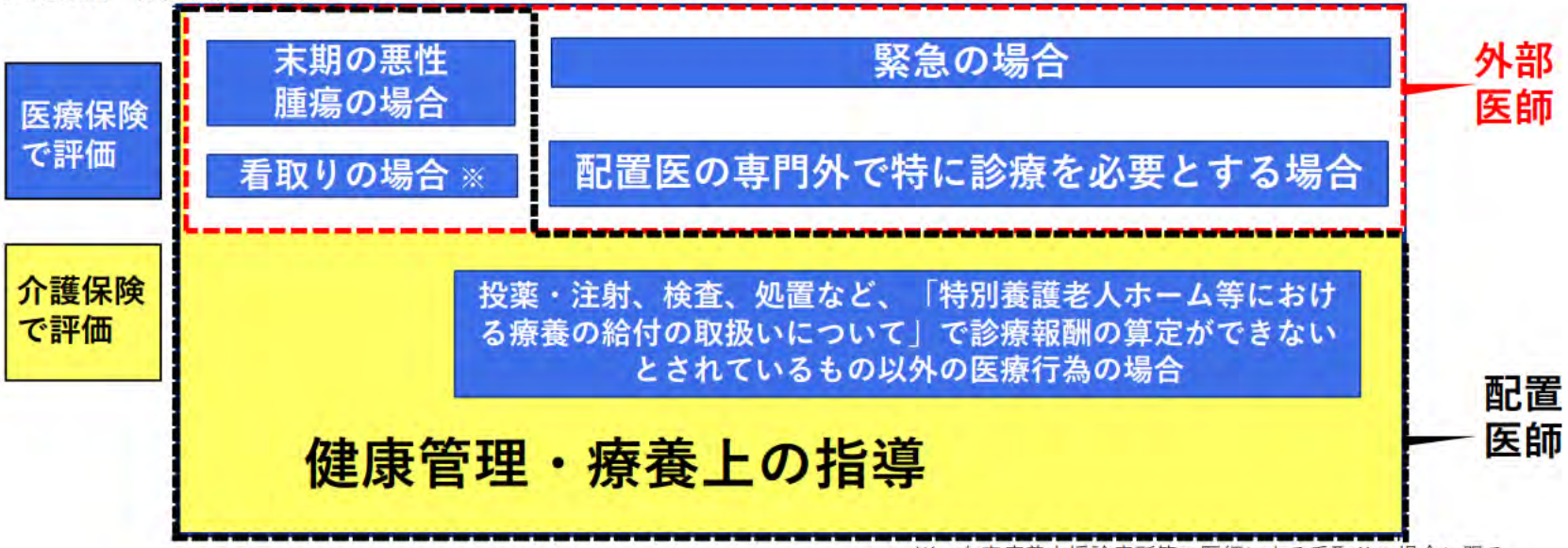
○　診療報酬との給付調整について正しい理解を促進する観点から、配置医師が算定できない診療報酬、配置医師でも算定できる診療報酬であって介護老人福祉施設等で一般的に算定されているものについて、誤解されやすい事例を明らかにするなど、わかりやすい方法で周知を行う。【通知改正】

○　介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。

○　一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料」、「往診料」等を算定できる。また、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限っては、「在宅患者訪問診療料」等も算定できる。

○　こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和４年３月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※　在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

ADL維持等加算　見直し

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、 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 、 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】

○　ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点から、ADL維持等加算（Ⅱ）におけるADL利得の要件について、「２以上」を「３以上」と見直す。【告示改正】
また、ADL利得の計算方法の簡素化を行う。【通知改正】

算定要件等

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

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

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

７．短期入所生活介護

© Kawahara Business Management Group

改定事項

○　短期入所生活介護　基本報酬

①　1（4）⑤短期入所生活介護における看取り対応体制の強化

②　1（5）④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★

③　1（6）①高齢者虐待防止の推進★

④　1（6）②身体的拘束等の適正化の推進★

⑤　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★

⑥　2（2）③ユニットケア施設管理者研修の努力義務化★

⑦　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★

⑧　3（2）①テレワークの取扱い★

⑨　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★

⑩　3（2）③介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進★

⑪　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★

⑫　3（3）⑩ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化★

⑬　4（1）③短期入所生活介護における長期利用の適正化★

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

基本報酬

併設型　多床室

	旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
要支援１	446	451	5	442		9
要支援２	555	561	6	548		13
要介護１	596	603	7	573	573	30
要介護２	665	672	7	642	642	30
要介護３	737	745	8	715	715	30
要介護４	806	815	9	785	785	30
要介護５	874	884	10	854	854	30

単独型　多床室

旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
474	479	5	442		37
589	596	7	548		48
638	645	7	615	589	56
707	715	8	685	659	56
778	787	9	757	732	55
847	856	9	826	802	54
916	926	10	896	871	55

併設型　ユニット型個室

	旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
要支援１	523	529	6	503		26
要支援２	649	656	7	623		33
要介護１	696	704	8	674	670	34
要介護２	764	772	8	742	740	32
要介護３	838	847	9	817	815	32
要介護４	908	918	10	888	886	32
要介護５	976	987	11	957	955	32

単独型　ユニット型個室

旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
555	561	6	503		58
674	681	7	623		58
738	746	8	716	670	76
806	815	9	785	740	75
881	891	10	861	815	76
949	959	10	929	886	73
1,017	1,028	11	998	955	73

© Kawahara Business Management Group

併設型　従来型個室

	旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
要支援１	446	451	5	442		9
要支援２	555	561	6	548		13
要介護１	596	603	7	573	573	30
要介護２	665	672	7	642	642	30
要介護３	737	745	8	715	715	30
要介護４	806	815	9	785	785	30
要介護５	874	884	10	854	854	30

単独型　従来型個室

旧	新	差	31日以上	61日以上	61日(予防31日)以上との差
474	479	5	442		37
589	596	7	548		48
638	645	7	615	589	56
707	715	8	685	659	56
778	787	9	757	732	55
847	856	9	826	802	54
916	926	10	896	871	55

© Kawahara Business Management Group

長期利用の適正化

単位数

○　短期入所生活介護
＜改定後＞

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

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

○　**介護予防短期入所生活介護**（新設）
＜改定後＞
要支援１　（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護１の単位数の100分の75に相当する単位数を算定する。
要支援２　（ユニット型）介護予防短期入所生活介護費について（ユニット型）介護福祉施設サービス費の要介護１の単位数の100分の93に相当する単位数を算定する。

算定要件等

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

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 参考資料１ 令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group

● 共通部分

加算・減算①

【短期入所生活介護】	旧	新		備考
業務継続計画未実施　減算		▲1%		感染症,災害いずれか,両方未作成（経過措置R7/3/31（予防,指針整備,災害計画ありの場合）） ●
高齢者虐待防止措置未実施　減算		▲1%		未実施（虐待防止委員会,指針,研修,担当者設置） ●
身体拘束廃止未実施　減算	単位	▲1%		短期入所・多機能系（委員会３月１回,指針,研修定期的）（経過措置１年） ●
看取り連携体制加算		64	/日	死亡日・死亡日以前30日以下に限り７日限度。看護体制加算Ⅱ又はⅣイロ算定。もしくは看護体制加算Ⅰ又はⅢイロかつ看護職員が病院/診療所/訪問看護STや本体施設看護職員と２４時間連絡体制を確保。対応方針を定め利用開始時に利用者・家族に方針の説明同意。
口腔連携強化加算		50	/回	口腔機能の評価,利用者への同意下歯科医療機関、CMへ情報提供。月１回限度歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定した実績のある歯科医療機関と相談体制の確保を文書で取り決める。
（予防 要支援1）連続30日以上提供した場合				要支援１の75%
（予防 要支援2）連続30日以上提供した場合				要支援１の93%
（要介護）連続61日以上提供した場合				
（ユニット型） （ユニット型） ●				管理者：ユニットケア管理者研修努力義務 主たる所属を明らかにしてユニット間勤務可能
（効率化委員会義務） ●				経過措置3年。（安全/質確保/負担軽減）

© Kawahara Business Management Group

加算・減算②

【短期入所生活介護】	旧	新		備考
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	/月	ICT導入(見守り機器/インカム/記録ｿﾌﾄ）,委員会,業務改善,効果ﾃﾞｰﾀ提出
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	/月	3種ICT導入(見守り機器全室(利用者意向確認済み,ｲﾝｶﾑ全介護職)
基準費用額（居住費）				60円/日 （多床室）第1段階除く（R6/8施行）
経過的小規模介護福祉施設				離島・過疎地域以外で他の介護老人福祉施設と一体的な運営の場合は、（地域密着型）介護老人福祉施設に統合。経過措置期間１年
小規模介護福祉施設（離島・過疎地域の定員30名）				離島・過疎地域の定員30名の介護老人福祉施設は、（介護予防）短期入所生活介護を併設した場合、医師、生活相談員、栄養士、機能訓練指導員配置無しで可。通所系事業の場合、生活相談員、機能訓練指導員、（看護）小規模多機能型居宅介護の場合介護支援専門員の配置無しでも可能。
処遇改善関連加算の一本化				（新）介護職員等処遇改善加算　令和6年6月～（令和６年度末まで経過措置期間あり）

© Kawahara Business Management Group

看取り連携体制加算（６４単位／日）

- ※死亡日及び死亡日以前30日以下について、７日を限度。

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
看取り連携体制加算　64単位/日（新設）
※死亡日及び死亡日以前30日以下について、７日を限度

算定要件等

○　次のいずれかに該当すること。（新設）
（1）看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定していること。
（2）看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
○　看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

（出典）社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）　参考資料１　令和６年1月22日

© Kawahara Business Management Group