

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

※この資料は、第 110 回社会保障審議会介護保険部会までにまとめられた情報を整理したものです。

今後の検討会や政策的調整により変更となる場合があります。ご了承ください。

なお『寿』のメニュー[システム保守 → 介護保険最新情報]から、最新の発表内容を確認できます。

改正の全体像

1. 過去最大の制度改定。報酬構造の簡素化することを目標として検討が進められてきましたが、結果的にさらに複雑な報酬構造となっています。
2. 改定率は、2.04%増。
ただし、このパーセントには処遇改善に伴うアップ 0.98%と施設光熱費の補助に関する 0.45%が含まれているため、実質 0.61%増。
これは、前回のアップ率(0.7%)よりも低い厳しいもの。
しかも今回の改定では、新しい加算が多数表出されていますので、今までの基本料や加算は減点になることは間違いない。
3. 前回は、1 月 18 日に診療報酬の具体的な数字が発表されていて、今回ももう少し待つ必要がある。
4. 現行の 3 つの処遇改善加算は、「介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)」に一本化されるが、令和 6 年度末までの経過措置期間が設定される。
現行の処遇改善加算の算定要件が組み合わさった内容である。
5. 「介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)」は、職種間の賃金配分について、事業所内の柔軟な配分が認められている。
新加算の配分方法については、一番下の区分(Ⅳ)の加算額の 1/2 を月額賃金の改善に充てることが必須
現在、ベア加算を取得していない事業所は、収入として新たに増加する加算相当額の 2/3 以上を月額賃金の改善に新たに配分しなければならない。
6. 「介護職員等処遇改善加算」の取得のために、職場環境等要件を区分ごとに 1 もしくは 2 以上取り組まなければならない。
その中でも「生産性向上の為の業務改善の取組」の活動が重要視されている。
7. 報酬改定の施行時期は、
訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・居宅療養管理指導
の 4 サービスのみ 6 月 1 日施行
その他のサービスは、4 月 1 日施行

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

と別れる見込み。

一方、新しい処遇改善加算となる「介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)」は、6 月からの施行と発表されるなど、報酬改定の施行時期は未だ確定できていない事項です。

8. サービスごとの収支差率を調査した結果、コロナ禍後に赤字体質となっている施設系サービスにはプラス。逆に訪問系サービスは厳しい点数が付けられる見込み。
9. 訪問介護サービス事業所が開設されていない地方がある状況を鑑み、新たなサービスとして創出されることが決定されていた「訪問介護 + 通所介護」の新サービスは、コロナの影響により実証実験ができなかったという理由で、最終的に作られず。
10. 介護サービス事業者経営情報の公開が原則義務化(令和 6 年のみ会計年度末までに公表)。
11. 介護保険制度を持続していくためには、保険料を 9,000 円程度にまで上げなければならぬが、国民年金のみの高齢者に負担いただくことは無理な状況になっている。そのため、9 段階以上の所得が多い人の保険料を増やし、3 段階以下の保険料を負担してもらう。
12. サービス利用負担率を 2 割とする利用者の割合を現行の上位 20%の利用者から 30%に変更することはほぼ確定していた。しかしながら、昨今の政治的な問題の影響を受けて先延ばしすることに決定。
13. 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委員会の設置が義務化(3 年間の経過措置あり)。この委員会の設置が、(新)介護職員等処遇改善加算にも影響。
14. 運営規定を①自社のホームページまたは②情報公表システムに掲載すること(1 年間の経過措置あり)。
15. 感染症もしくは災害の BCP が未作成の場合、基本料を減額。
令和 7 年 3 月 31 日までの間、感染症の予防及び蔓延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は減算を適用しない。
訪問系サービス・居宅支援サービスにおいては、無条件に令和 7 年 3 月 31 日まで減算を適用しない。
16. 居宅支援と訪問サービスにも LIFE 提出を求める準備が進んでいたが、予算の都合で取りやめ。
17. LIFE の提出間隔が 3 か月に固定。
システムの見直しのため、一定期間 LIFE の送信を止める可能性あり。
18. LIFE の入力項目の定義の明確化、内容変更の実施。
19. 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。
20. 個人情報適切に管理していれば、利用者の処遇に支障が生じないことを条件に、人員配置基準等で求められている職種のテレワークが可能に。
21. 生産性向上委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、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に基づき業務改善を継続的に実施、一定期間ごとに効果を示すデータを提供する場合に、新たな加算が付く。

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

ここでいう見守り機器等のテクノロジーとは、①見守り機器、②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器、③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器を指している。

なお、③については、複数の機器の連携も含めて、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られる。

さらに、提出したデータにより業務改善の成果が確認され、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用など）の取り扱い等を行っていることを評価する上位加算も設定される。

この区分を算定する場合は、上記①～③の機器をすべて使用し、①は事前に利用者へ意向確認のうえで全居室に設置（意向に応じ使用を停止する等の運用は可）、②はすべての介護職員が使用するものとする。

22. 育児休業の場合、一定の条件のもと、週 30 時間以上の勤務で常勤扱い可能に。
23. 就労開始から 6 か月未満の EPA 候補者及び実習生であっても、一定の条件のもと、人員配置基準に関わる取り扱いとしても良いことに。
24. 地域区分は、基本的に現状のままとされるが、自治体が特例を作ることができる。

居宅支援事業所・多機能系サービス

1. 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱いが変更。
2. 小多機の管理者が兼務できる領域を増やす。
3. 訪問介護・通所介護・福祉用具の利用割合を利用者に示すルールが、必須から努力義務に格下げ。
4. 少なくとも 2 か月に 1 回(予防支援の場合は 6 か月に 1 回)訪問すれば、テレビ会議等でのモニタリングを可能とする。ただし、①利用者の心身が安定していて②利用者がテレビ電話を利用でき③テレビ電話では把握できない情報をサービス担当者から入手できることが条件。
5. 居宅介護支援費 I の逡減制の適用を 40 件→45 件に変更
居宅介護支援費 II のケアプランデータ連携システムの活用による業務効率化を図っている場合は、逡減制の適用をさらに緩和して 50 件に見直し
6. 総合マネジメント体制強化加算に新たな加算区分を設定。現行の加算は減額。
7. 多機能系の認知症加算を減額。専門的研修の修了・認知症ケアの指導・研修の実施を評価する上位加算の新設。
8. ケアマネが居宅サービス計画書に通リハ/訪リハを位置づける際に意見を求める医師として、主治医以外に入院中の医師でも良いとすることが明確化。
9. 居宅支援にも同一建物減算が適用。

訪問系サービス

1. 医師等の従業者が、入院中にリハを受けていた利用者に対して、退院後の訪問リハを提供する際に、リハ計画書を作成するにあたっては、入院中に医療機関が作成したリハ計画書入手し、内容を把握することが求められる。
2. 専門看護師が訪問看護を行うと加算。
3. 夜間訪問介護サービスは将来の廃止を見込んでいて、定期巡回に統合される計画(今回は継続)。
4. 看護師が、退院退所初日に訪問すると加算。
5. 医療機関から退院後に介護保険のリハを行う際、リハ事業所の療法士が、医療機関の退院前カンファに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算。
6. 訪問入浴にもターミナル加算が新設。
7. 訪問看護のターミナル加算は減額。

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

8. 訪問系サービスの認知症専門ケア加算について、認知症高齢者の重症化の緩和や日常生活自立度Ⅱの者に対して適切に認知症の専門的ケアを行うことを評価する観点から、利用者受け入れに関する要件を見直す。
9. 訪問リハの認知症利用者に対する新たな加算が新設。
10. リハビリマネジメント加算(B)の要件を変更。
11. 予防リハにおける 12 か月超減算を拡大する。ただし、定期的な会議の実施と計画の見直しを行い、LIFE 提出を行っている場合は、減算しない。
12. 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、訪問リハを実施した場合の減算を見直す。
13. 事業所と歯科専門職の連携のもと、介護職員による口腔衛生状態及び口腔機能の実施並びに利用者の同意を条件として医療機関及びケアマネへの情報提供を評価する新たな加算。
14. 訪問看護の 24 時間対応体制の確保について、複数の事業所の連携にて対応することを可能に。
15. 訪問介護の同一建物減算がさらに拡大
16. 訪問看護を療法士等が実施する場合の点数が今回も減額。

施設系サービス

1. 医療院と「療養型・その他型の老健施設」において、一定所得以上の入所者に多床室の「室料負担」求める。
2. 見守り機器など複数のテクノロジーを活用している特定施設は、3:1→3:0.9 の人員配置基準に。将来的には、4:1 を目指す。
3. 特定施設では、各利用者の状態に応じた口腔衛生管理を計画的に実行しなければならない。(3 年間の経過措置あり)
4. 医療機関との実効性のある連携体制の見直しが必要。
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てもらえる体制の準備が必須。(3 年間の経過措置付き)
5. 透析が必要な利用者に、施設職員が月 12 回以上送迎を行った場合、新たな加算。
6. 協力医療機関との定期的な会議を行い、現病歴等の情報共有を行った場合に新たな加算。
7. ショートで看取り期の利用者に対してサービスを行った場合新たな加算。家族にレスパイト機能を果たす。
8. コロナ以後の新たな感染症を防止するための医療機関と連携を実施した場合に新たな加算。

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

9. 認知症のチームケアを評価する新たな加算。BPSD チームケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)
10. 老健の認知症短期集中リハ実施加算について、居宅を訪問した場合の新たな加算を新設。現行加算は減額。
11. 老健のリハビリテーションマネジメント計画書情報加算、介護医療院の理学/作業/言語聴覚療法ならびに特養の個機能加算(Ⅱ)について、以下の要件を満たす場合に新たな評価区分を設定
 - ア)口腔衛生加算(Ⅱ)および栄養ケアマネ強化加算を算定
 - イ)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間で一体的に共有。LIFE に提出
 - ウ)リハビリテーション実施計画または個別機能訓練計画の見直しと共有
12. 老健のリ短期集中リハ実施について、以下の要件を満たす場合に新たな評価区分を設定。現行の加算区分は減額。
 - ア)入院時及び月 1 回以上 ADL の評価、必要に応じて計画書の見直し
 - イ)LIFE に提出、提出した情報の利活用
13. 特定施設の口腔衛生管理体制加算を廃止して基本料に包括。ただし、一部取り組みを緩和。(3 年間の経過措置あり)
14. 特養・老健・医療院の利用者に入所時及び定期的な口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施を義務付け。
15. 特養・老健・医療院の管理栄養士が他施設や病院に文書で情報を提供する新たな加算。
16. 老健の評価指標及び要件が変更される(6 か月間の経過措置あり)
 - 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。
17. 老健のかかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について、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。
 - 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。
18. 排せつ支援加算について見直し
 - ア：尿道カテーテルの抜去についても新たに評価

令和 6 年介護保険改定情報

令和 5 年 12 月 22 日時点

イ：医師または医師と連携した看護師による評価は、6→3 か月に 1 回に
ウ：加算の様式を変更

19. 褥瘡マネジメント加算について見直し

ア：すでに発生していた褥瘡が治癒したことについても評価
イ：加算の様式を変更

20. 老健が見守り機器を導入した場合の夜間の人員配置基準の緩和が、特養と同様に。

21. グループホームにおいて、見守り機器が 10%以上設置され、サービスの質の確保及び生産性向上委員会を設置している場合に、夜勤を行う介護職員の数が最低基準を 0.9 人以上回っている場合でも夜間支援体制加算を算定可能に

通所系サービス

1. 医師等の従業者が、入院中にリハを受けていた利用者に対して、退院後の通所リハを提供する際に、リハ計画書を作成するにあたっては、入院中に医療機関が作成したリハ計画書入手し、内容を把握することが求められる。
2. 通所リハでも通所介護同様の共生型サービスがスタート。
3. 別の法人の通所事業所と連携して送迎することも認められるように。
4. 認知症加算について、利用者に占める認知症の割合に関わる要件を緩和。
5. リハビリマネジメント加算(B)の要件を変更
6. 通リハの規模別基本報酬を 3→2 段階に変更し、リハマネ加算の算定率が高いなどの条件を満たせば、通常規模の高い点数が大規模事業所にも適用される。(圧倒的に大規模事業所が優位に)
7. 入浴介助加算 I の要件として、見守り介助者が研修を受講することの要件が追加。この研修教材の映像はすでに広く公開されている。
8. 通リハの入浴介助加算 II の要件として、医師の代わりに介護職員が訪問して、動画で状態を説明する場合も算定可能に。
9. ADL 維持加算の利得の要件がさらに厳しくなる。計算式は簡単になる。
10. 運動器機能向上加算が基本料金に包括。