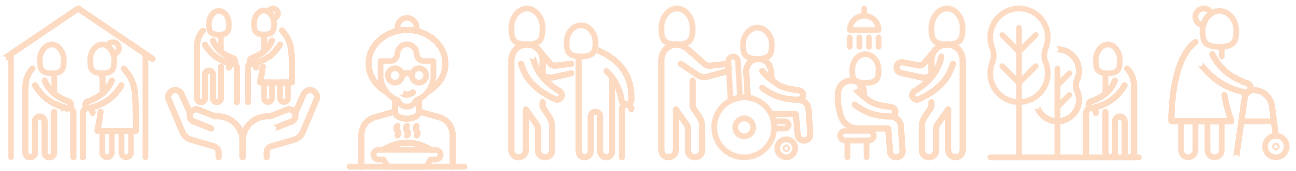


ケアアレポ

VOL. 14



今号のテーマ

2024年度介護報酬改定のポイント【居宅サービス編】 「地域介護経営介護ビジョン」編集部

- ポイント① 訪問介護
- ポイント② 通所介護
- ポイント③ 通所リハビリテーション
- ポイント④ 福祉用具貸与・販売
- ポイント⑤ 居宅介護支援

Contents

- 基本報酬引き下げも処遇改善は「高い」設定
- 医療との連携を後押しする見直しが目立つ
- 大規模型でリハビリ体制を評価、医療との連携も強く求める
- 貸与・販売の選択制を導入
- ヤングケアラー等への対応を求めつつ、取扱件数では要件緩和

医療・介護・福祉をつなぐ

今号のダイジェスト

2024年度介護報酬改定での居宅サービスに関する内容では、通所リハビリテーションにおいてリハビリ計画書を医療機関から取り寄せることを義務化したことに象徴されるように、医療との連携を一層求めるようになっていく。一方で福祉用具の貸与・販売の選択制導入や大規模型通所リハの体制評価など、既存の枠組みにとらわれない傾向も見られる。

ポイント① 訪問介護

基本報酬引き下げも処遇改善は「高い」設定

基本報酬は引き下げとなった。背景として、介護事業経営実態調査で収支差率が7.8%の黒字だったことが挙げられている。また厚生労働省は処遇改善加算について言及しており、「今回の改定で高い加算率」と強調し、賃金体系等の整備、一定の月額賃金配分等により、14.5%から、経験技能のある職員等の配置による最大24.5%まで取得できるようになっていることにも言及している。

〈特定事業所加算〉

看取り期の利用者など重度者へのサービス提供や中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点から見直しを行う。具体的には▷重度者等対応要件として、「看取り期にある者」に関する要件を追加、▷中山間地域等において利用者へ継続的なサービスを行っていることについて評価、▷重度要介護者等への対応における現行要件について、実態を踏まえ一部の現行区分について見直す——の3点がある(図1)。

図1 訪問介護における特定事業所加算の見直し

算定要件等		(I)	(II)	(III)	(IV) 廃止	(V) →(IV)	(V) 新設
報酬区分 ▶ 現行の(IV)を廃止し、現行の(V)を(IV)に、(V)を新設 算定要件 ▼ 現行の(6)を(1)に統合、(6)、(7)、(8)、(14)を新設、現行の(12)を削除		20%	10%	10%	5%	3%	3%
体制要件	(1) 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 (2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催 (3) 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 (4) 健康診断等の定期的な実施 (5) 緊急時等における対応方法の明示	○	○	○	※(1) 除く	○	○
	〔6〕サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施→【(1)へ統合】				○		
	〔6〕病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○(※)		○(※)			
	〔7〕通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること						○
人材要件	〔8〕利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること						○
	〔9〕訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	○				
	〔10〕全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○	又は ○				
	〔11〕サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること →【III・IVに追加】			○ 又は ○	○	○ 又は ○	
重度者等対応要件	〔12〕訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること →【IIIに追加】			○		○	
	〔13〕利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度(III、IV、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上	○		○			
	〔12〕利用者のうち、要介護3～5である者、日常生活自立度(III、IV、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上 →【削除】	又は ○(※)		又は ○(※)	○		
	〔14〕看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること(併せて体制要件(6)の要件を満たすこと)	○(※)		○(※)			

(※)：加算(Ⅰ)・(Ⅲ)については、重度者等対応要件を選択式とし、(13)または(14)を満たす場合に算定できることとする。また、(14)を選択する場合には(6)を併せて満たす必要がある。

〈同一建物減算〉

同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数は増加し、移動時間や移動距離は短くなっている実態を踏まえ、同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合の新たな区分を設ける。減算内容として「12%減算」を新設する。

要件は、「正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合」。90%以上であっても、1月あたりの延べ訪問回数が200回以下といった小規模事業所や特別地域訪問介護加算の算定事業所などは「正当な理由」とされるが、ケアマネジャーから紹介のあった時点で既に90%以上担っている場合は「正当な理由」に該当しないとの見解が示されている。

〈口腔連携強化加算〉

「口腔連携強化加算」(50単位/回)を新設した。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もと、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もと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。

利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うにあたって、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か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が要件となる。

ポイント② 通所介護

医療との連携を後押しする見直しが目立つ

通所介護では「入浴介助加算」の見直し、通所リハビリは「退院時共同指導加算」「リハビリテーションマネジメント加算」での新区分設置などが大きなポイントとして挙げられる。

〈入浴介助加算〉

入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から、要件を見直す。

- ▷(Ⅰ)の算定要件に、入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うことを新たな要件として設ける。
- ▷(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、医師等の指示のもと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。

〈科学的介護推進体制加算〉

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見直しを行う。具体的には、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。

またLIFE関連加算に共通した見直しとして、入力負担軽減に向けて▷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——を行う。

〈ADL維持等加算〉

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、(Ⅱ)におけるADL利得の要件について、「2以上」を「3以上」と見直すほか、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利得の計算方法を簡素化する。

ポイント③ 通所リハビリテーション

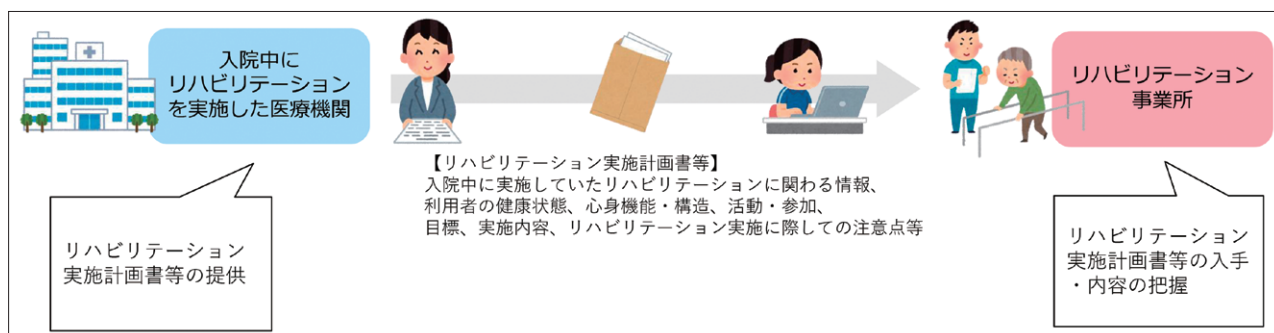
大規模型でリハビリ体制を評価、医療との連携も強く求める

大規模型事業所でも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を見直し、旧大規模型ⅠとⅡは廃止し、大規模型に統合する。さらに大規模型事業所のうち、①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、②リハビリテーション専門職の配置が10対1以上——を満たしている場合は、通常規模型と同様の単位数を算定できることにする。

〈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〉

医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務づける(図2)。

図2 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



〈退院時共同指導加算〉

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、共同指導を行った場合に算定できる。

〈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・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。

▷口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを行っている

▷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。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用している

- ▷ 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

〈ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化〉

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。

「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」には、「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」と追記されている。

ポイント④ 福祉用具貸与・販売

貸与・販売の選択制を導入

利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入する。具体的には、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、「固定用スロープ」「歩行器（歩行車を除く）」「単点杖（松葉づえを除く）」「多点杖」を対象とする。

ポイント⑤ 居宅介護支援

ヤングケアラー等への対応を求めつつ、取扱件数では要件緩和

〈特定事業所加算の見直し〉

多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とする。そのほか、算定要件について以下のような見直しも行われる。

- ▷ (主任) 介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する
- ▷ 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する

〈介護支援専門員 1 人当たりの取扱件数〉

居宅介護支援費（Ⅰ）での取扱件数について、現行の「40 未満」を「45 未満」に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅱ）の要件について、「ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合」に改める。また、居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、3 分の 1 を乗じて件数に加える。

弊社製品に関するお問い合わせ先

お電話でのお問い合わせ先

0120-442-993

株式会社ワイズマンホームページ

<https://www.wiseman.co.jp/>