



2024年4月8日

## 2024年度介護報酬改定のポイント

調査部 主任研究員 清水 徹

- 本稿では、3年に1度行われる介護報酬改定について、2024年度改定のポイントと介護事業所への影響を解説する。
- 報酬全体の増減率である改定率は+1.59%で、前回改定（2021年度）の+0.70%を上回り、3回連続のプラス改定となった。このうち、+0.98%分が介護職員の処遇改善分としての引き上げ（2024年6月施行）であり、通常の改定による引き上げは+0.61%分である。
- 介護サービス全体の改定率はプラスとなったが、サービス別では基本報酬の増減率に大きな違いがみられた。すなわち、2022年度の平均収支差率がマイナスとなっていた特別養護老人ホームや介護老人保健施設では基本報酬が大幅に引き上げられた。他方、訪問介護などの訪問系サービスにおいては基本報酬が引き下げられた。
- 2024年度介護報酬改定は、総括すると以下の3つの特徴を持った改定である。
- 1つ目の特徴は、介護職員の処遇改善（賃上げ）が重視された点である。介護従事者の賃金ベースアップを行うことを狙いとして、処遇改善加算の加算率が引き上げられた。事業所においては、再編された新たな加算の算定に向け、事業所内での配分ルールの策定や、加算要件の確保を進める必要がある。
- 2つ目の特徴は、生産性の向上が重視された点である。生産性向上に向けた取組を評価する加算（生産性向上推進体制加算）の新設、居宅介護支援における逡減制適用基準の緩和、特定施設における人員配置基準の特例的な緩和などの見直しは、見守り機器等のテクノロジーやICTを活用して生産性向上に取り組む事業所には追い風となろう。
- 3つ目の特徴は、医療介護の連携が重視された点である。居住系サービス、施設系サービスにおいては、協力医療機関を定めることが義務化（居住系サービスは努力義務）されたほか、医療機関との情報共有を支援する加算が新設された。対象事業所は、協力医療機関と実効性のある連携体制を構築することが求められる。

## 目次

1. 介護報酬改定の概要.....	3
1. 1 介護報酬改定とは.....	3
1. 2 改定率.....	3
1. 3 2024年度改定の全体像.....	4
2. サービス横断的な改定項目.....	5
3. サービス別の改定項目.....	11
3. 1 訪問系.....	11
3. 2 通所系.....	16
3. 3 短期入所生活介護.....	18
3. 4 複合型.....	20
3. 5 福祉用具貸与.....	21
3. 6 居宅介護支援.....	22
3. 7 居住系・施設系共通項目.....	24
3. 8 居住系.....	26
3. 9 施設系.....	29
まとめ.....	33

## 1. 介護報酬改定の概要

### 1. 1 介護報酬改定とは

介護報酬とは、介護保険サービス事業者が利用者に提供する介護サービスの対価のことで、訪問介護などの「訪問サービス」、デイサービスなどの「通所サービス」、特別養護老人ホームなどの「施設サービス」ごとに、サービスの価格と報酬を受け取るための要件を定めている。

改定では、サービスの価格や算定要件が見直される。国は、財源や人材に限られる中で給付費をコントロールするために、重視したいサービスに手厚く報酬をつけたり、算定要件を強化・緩和したりすることを通じて事業者を国が目指すサービス提供体制へと誘導しようとしている。

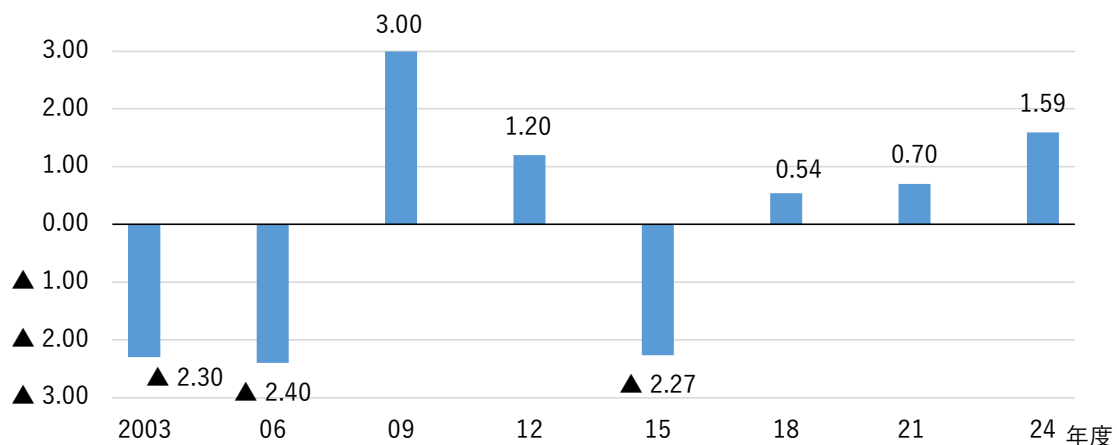
### 1. 2 改定率

#### 2024年度の改定率は+1.59%と過去2番目の高水準

介護報酬改定では、改定前年の12月の予算編成の過程で、内閣において改定率が決定される。改定率とは、介護報酬を全体で現行の水準からどれだけ増やすか、減らすかという増減率のことである。総論としては、改定率がプラスであれば介護事業者の経営は改善し、マイナスであれば悪化することが予想される。

2024年度改定の改定率は+1.59%で、2009年度改定に次いで高い水準となった（図表1）。うち、+0.98%分が介護職員の処遇改善（賃上げ）のための引き上げ（2024年6月施行）であり、通常の改定による引き上げは+0.61%分である。

図表 1 介護報酬改定率の推移



注：このほか、以下の臨時改定が行われている。

2014年度 = 消費税率引上げ対応

2017年度 = 介護人材の処遇改善

2019年度 = 介護人材の処遇改善 1.67%、消費税率引き上げ対応 0.39%、補足給付 0.06%

出所：厚生労働省資料を基に浜銀総研作成

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<sup>1</sup>の増加による介護施設の増収効果が見込まれ、+0.45%相当分の報酬引き上げ効果があるとされている（厚生労働省「介護報酬改定について」（2023年12月20日））。

### 1. 3 2024年度改定の全体像

2024年度改定の全体像を図表2に示す。2024年度の介護報酬改定は、「1.地域包括ケアシステムの深化・推進」、「2.自立支援・重度化防止に向けた対応」、「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」、「4.制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として実施された。前回の2021年度改定では「感染症や災害への対応力向上」も基本的視点として独立した項目となっていたが、2024年度改定では、「1.地域包括ケアシステムの深化・推進」の中に位置付けられた。

この4つの視点は、これまでの介護報酬改定における基本方針を踏襲したものである。

図表 2 2024年度介護報酬改定の概要

<b>1. 地域包括ケアシステムの深化・推進</b>	<b>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</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い公正中立なケアマネジメント</li> <li>地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組</li> <li>医療と介護の連携の推進</li> <li>看取りへの対応強化</li> <li>感染症や災害への対応力向上</li> <li>高齢者虐待防止の推進</li> <li>認知症の対応力向上</li> <li>福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員の処遇改善</li> <li>生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり</li> <li>効率的なサービス提供の推進</li> </ul>
<b>2. 自立支援・重度化防止に向けた対応</b>	<b>4. 制度の安定性・持続可能性の確保</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等</li> <li>自立支援・重度化防止に係る取組の推進</li> <li>LIFEを活用した質の高い介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価の適正化・重点化</li> <li>報酬の整理・簡素化</li> </ul>
	<b>5. その他</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>「書面掲示」規制の見直し</li> <li>通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化</li> <li>基準費用額（居住費）の見直し</li> <li>地域区分</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定の主な事項」を基に作成

<sup>1</sup> 国が定める標準的な費用の額。施設に入居する低所得者の食費・居住費については所得に応じた「負担限度額」が設定されており、「基準費用額」と「負担限度額」の差額が介護保険から施設に給付される仕組みとなっている。

## 2. サービス横断的な改定項目

ここでは、複数のサービスに共通するサービス横断的な改定項目について解説する。なお、居住系と施設系サービスのみ共通する項目については、後掲「3.7 居住系・施設系共通項目」で解説している。

### (1) 処遇改善加算の一本化と加算率の引き上げ

2024年度改定の目玉の一つが、処遇改善加算の一本化と加算率の引き上げである。介護職員が不足する中、介護職員の処遇改善（賃上げ）を行うために、これまで、「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」という3種類の加算による処遇改善が行われてきた。

これらの加算は介護職員等の賃上げに寄与してきたものの、事務手続きが煩雑であるために、事業者からは一本化を求める声が上がっていた。そこで、2024年度改定では、これらの加算が「介護職員等処遇改善加算」に一本化された。

### 3種類の加算を一本化するとともにベースアップのために加算率を引き上げ

新加算は、Ⅰ～Ⅳの4段階から構成され、加算Ⅰが最上位となる（図表3）。加算Ⅲと加算Ⅳは改定前の「ベースアップ等支援加算」に「処遇改善加算」を加えたもの、加算Ⅰと加算Ⅱは加算Ⅲに改定前の「特定処遇改善加算」を加えたものに相当する。

さらに、加算の一本化にあわせて加算率の引き上げが行われた。事業所が、2024年度に2.5%、2025年度に2.0%の賃金のベースアップを行うことができるようにするための措置である。例えば訪問介護の加算Ⅰでは、加算の一本化による改定前の加算率の合計（22.4%）に加え、「ベースアップのための加算率の引き上げ分」として2.1%分を上乗せする措置がとられている（合計の加算率は24.5%）。

図表3 介護職員等処遇改善加算

	趣旨	要件	対応する改定前の加算	加算率
加算Ⅰ	事業所内の経験・技能のある職員を充実	加算Ⅱに加え、以下の要件を満たす ・ 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	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%】	24.5%
加算Ⅱ	総合的な職場環境改善による職員の定着促進	加算Ⅲに加え、以下の要件を満たす ・ 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	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%】	22.4%
加算Ⅲ	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備	加算Ⅳに加え、以下の要件を満たす ・ 資格や経験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%】	18.2%
加算Ⅳ	介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等	・ 加算の1/2以上を月額賃金で配分 ・ 職場環境の改善（職場環境要件） ・ 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%】	14.5%

注：加算率は訪問介護の場合

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

また、経過措置として、新加算の要件を一部満たしていない場合であっても従来の加算と同じ加算率を算定できる加算Ⅴが設けられた（2024年度の1年間）<sup>2</sup>。

#### 加算Ⅳによる増収額の2分の1以上を基本給等で配分することが求められる

新加算では、従来の「キャリアアップ要件」、「職場環境等要件」に加え、「月額賃金改善要件」が新たに設定された。加算ⅠからⅣのいずれにおいても、加算Ⅳによる増収額の2分の1以上を基本給等で配分することが求められる（適用は2025年度から）。ボーナスによる賃上げではなく、月額賃金の改善を促す狙いがある。

職場環境等の改善に関する要件である「職場環境等要件」では、生産性向上への取組を重視する見直しが行われた。介護職員等処遇改善加算ⅢとⅣを算定するためには、職場環境要件（次頁図表4）のうち、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」などの各区分から1つ以上の取組を行うことが求められているが、「生産性向上のための取組」については2つ以上の取組を行うことが求められる。同様に、加算ⅠとⅡを算定するためには、「生産性向上のための取組」から3つ以上（他の区分は2つ以上）の取組を行うことが求められる。

<sup>2</sup> 例えば「処遇改善加算」と「特定処遇改善加算」を算定しているが、「ベースアップ等支援加算」を算定していない場合、本来であれば新加算が算定できないことになるが、経過措置として1年間は現行の加算率が維持される。



図表 4 介護職員等処遇改善加算の職場環境等要件（2025 年度以降）

介護職員等処遇改善加算Ⅲ・Ⅳ：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  
 介護職員等処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ：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⑩又は⑪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（採用の実績でも可） 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 <b>ユニットリーダー研修、ファーストステップ研修</b> 、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・働き方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 <b>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</b> ⑫ <b>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</b>
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（業務改善及び働く環境改善）のための取組	⑰ <b>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又は外部の研修会の活用等）を行っている</b> ⑱ <b>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</b> ⑲ 5S活動（業務管理の手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・躰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。）、情報端末（タブレット端末、スマートフォン端末等）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）又は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（ビジネスチャットツール含む）の導入 ㉓ 業務内容の明確化と役割分担を行い、介護職員がケアに集中できる環境を整備。特に、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）がある場合は、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担うなど、役割の見直しやシフトの組み換え等を行う。 ㉔ <b>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</b> ◆ <b>生産性向上体制推進加算を取得している場合には、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする</b> ◆ <b>小規模事業者は、㉔の取組を実施していれば、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする</b>
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

赤字：新規 青字：既存の要件を具体化・明確化

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## (2) 生産性の向上を促す加算の新設

## 生産性の向上に取り組む事業所を加算で支援

居住系サービス（特定施設入居者生活介護、認知症対応型生活介護）や施設系サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）などでは、テクノロジーを活用した生産性の向上を促す加算（生産性向上推進体制加算）が新設された（図表5）。加算Ⅱ（10単位/月）は、利用者の安全およびサービスの質の確保と職員の負担軽減を目的とした委員会を設置した上で、見守り機器等のテクノロジーの導入、業務改善のデータの提出が要件となっている。データ提出が手間ではあるものの、算定のハードルは高くない。他方、上位区分の加算Ⅰ（100単位/月）は、Ⅱの要件に加えて業務改善の成果が確認されていることやタイムスタディ調査が必要となり、算定のハードルは高い。

図表5 生産性向上推進体制加算

【改定後】

	単位数 (単位/月)	算定要件等
【新】 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	100	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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のア～オ)</li> </ul>
【新】 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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のア～ウ)</li> </ul>

(※1)

ケアの質が確保(下記アが維持又は向上)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。

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)

(※2)

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。)

・ 複数導入していること＝アからウまで全て使用。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(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。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)

&lt;対象サービス&gt;

- ・ 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

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成



### (3) 科学的介護推進体制加算の見直し

#### データ提出の頻度を「3か月に1回」に見直し

2021年度改定で導入された科学的介護推進体制加算については、科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出頻度が他のLIFE関連加算のデータ提出頻度と合わせて「6か月に1回」から「3か月に1回」に見直された。また、入力負担の軽減の観点から、加算ごとに異なっていた入力項目の選択肢を統一化するほか、同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、データ提出のタイミングを揃えられるようにする。

科学的介護推進体制加算は2021年度改定の目玉の一つであったが、2024年度改定では対象サービスの拡大や点数の変更などの大きな見直しはなかった。

### (4) アウトカム評価関連の見直し

アウトカム評価(利用者の状態の維持・改善の度合いという成果に応じた評価)関連加算の見直しの内容を図表6に整理した。

自立支援促進加算については、事務負担の軽減を行うとともに、報酬の適正化(引き下げ)が行われた。ADL維持等加算については、加算Ⅱについて、算定の基準値(ADL利得要件)が引き上げられた。

図表6 アウトカム評価関連加算の見直し


項目	内容
自立支援促進加算の見直し	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師による医学的評価の頻度を少なくとも「6か月に1回」から「3か月に1回」に見直す</li> <li>事務負担の軽減を行うとともに、報酬を適正化(300単位/月→280単位/月、介護老人保健施設は300単位/月)</li> </ul>
ADL維持等加算の見直し	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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」に見直す</li> </ul>
排せつ支援加算の見直し	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師又は医師と連携した看護師による評価の頻度を少なくとも「6か月に1回」から「3か月に1回」に見直す</li> <li>施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたことを評価対象に加える</li> </ul>
褥瘡マネジメント加算等の見直し	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設入所時又は利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについても評価を行う</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### (5) 口腔管理に係る連携の強化

訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいては、事業所と歯科専門職の連携による口腔管理を評価する加算が新設された（口腔連携強化加算：50 単位／回、図表 7）。事業所の職員が利用者の口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供を行った場合に算定できる。

図表 7 口腔連携強化加算

【改定前】	【改定後】	単位数 (単位/回)	算定要件等
なし		50	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の職員が、利用者の口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供を行う。 (月1回に限り算定可能)</li> <li>歯科訪問診療料の算定実績がある歯科医療機関と連携体制（相談等に対応する体制）を確保</li> </ul>
口腔連携強化加算			

<対象サービス>

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

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### (6) その他

このほか、感染症対策と災害対応に関する業務継続計画（BCP）が未策定の場合の減算、高齢者虐待防止措置が未実施の場合の減算、身体的拘束を適正化するための措置が取られていない場合の減算の仕組みが導入された（図表 8）。

図表 8 その他の共通事項

項目	内容
業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入	<p>【対象】全サービス（居宅療養管理指導、特定福祉用具販売を除く）</p> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>感染症対策と災害対応に関する業務継続計画（BCP）が未策定の場合、基本報酬を減算する。 業務継続計画未実施減算           <ul style="list-style-type: none"> <li>施設・居住系サービス：3%</li> <li>その他：1%</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;経過措置&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>感染症の予防及びまん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には、2025年3月31日までは減算の適用なし。</li> <li>また、訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援についてはいずれの計画を策定していても、2025年3月31日までは減算の適用なし。</li> </ul>
高齢者虐待防止措置の義務付け	<p>【対象】全サービス（居宅療養管理指導、特定福祉用具販売を除く）</p> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の指定）が講じられていない場合に基本報酬を減算する。 高齢者虐待防止措置未実施減算：1%</li> </ul>
身体的拘束等の適正化の推進	<p>【対象】短期入所系サービス、多機能系サービス</p> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>身体的拘束等の適正化を図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 身体拘束廃止未実施減算：1%</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## 3. サービス別の改定項目

### 3. 1 訪問系

#### (1) 訪問介護

##### 基本報酬が大幅に引き下げ

訪問介護は、一般的にはホームヘルプとも呼ばれ、食事介助、移乗介助、排泄介助、清拭等の「身体介護」と、調理や掃除、洗濯等の「生活援助」を提供するものである。

基本報酬は 2.0~2.4%引き下げられた。改定に先立って実施された介護事業経営実態調査の結果、2022 年度の収支差率（一般企業の経常利益率に相当）が 7.8%と他のサービス（介護事業所全体は 2.4%）よりも高かったことなどを踏まえた対応であるが、事業所の減益につながる厳しい改定となった。

基本報酬の減額を補うためには、2024 年度改定で新設された口腔連携強化加算の算定、特定事業所加算の算定または上位区分への移行などの対応を進めることが求められる。

その他の見直しのポイントは以下の 2 点である。

#### ①特定事業所加算の見直し

特定事業所加算とは、質の高いサービスを提供するための体制を構築している事業所を評価する加算である。事業所の組織・人員体制の充実度合や、重度者への対応実績に応じて 5 段階の報酬区分が設定されている。

2024 年度改定では、看取りへの対応を適切に評価する観点から、看取り対応のための体制（診療所や訪問看護ステーションの看護師との連携、看取り対応方針の策定、研修の実施）を整えた上で、看取り期の利用者への対応を行った場合も、上位加算の算定要件を満たせるようになった。

#### ②サービス利用者のうち 9 割以上が事業所と同一建物の居住者である場合、12%減算に

同一建物減算の対象が拡大された点も注目される。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの同一の建物の入居者に集中的にサービス提供を行う場合、個別の建物を訪問する場合に比べて効率的なサービス提供が可能となることから、「同一建物減算」という報酬減算の仕組みが設けられている。

2024 年度改定では、減算の対象に「事業所のサービス利用者のうち、9 割以上の利用者が訪問介護事業所と同一建物等の居住者である場合」が追加され、12%減算が適用されることとなった（次頁図表 9）。

図表 9 訪問介護における同一建物減算の見直し

【改定前】

区分	算定要件
①10%減算	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（②に該当する場合を除く）
②15%減算	上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合
③10%減算	上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

【改定後】

区分	算定要件
①10%減算	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（②及び④に該当する場合を除く）
②15%減算	上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合
③10%減算	上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
④12%減算	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（②に該当する場合を除く）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

(例)

事業所と同一建物等に居住する利用者49人  
（利用者が54人の事業所の場合）

⇒ 10%減算

事業所と同一建物等に居住する利用者49人  
（利用者が54人の事業所の場合）  
49人÷54人=90%であるため

⇒ 12%減算

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## (2) 訪問入浴介護

### 看取り期の利用者への対応体制を整えている事業所に対する加算を新設

訪問入浴介護は、利用者の自宅に移動式浴槽を持ち込んで入浴の援助をするものである。通所ができない重度の要介護者が主な対象となる。

基本報酬は0.5%引き上げられた。

訪問入浴介護においては、看取り期の利用者に対するサービス提供体制を整備していることを評価する加算が新設された（看取り連携体制加算：64単位/回、図表10）。看取り期の利用者へのサービス提供については、通常のサービス提供とは異なる対応や提供体制を構築する必要があることを踏まえた措置である。

図表 10 看取り連携体制加算

【改定前】

なし

【改定後】

区分	単位数 (単位/回)
看取り連携体制加算	64

※死亡日及び死亡日以前30日以下に限る

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### (3) 訪問看護

訪問看護は、病気のために自宅で療養生活を送る人に対し、看護師等が、医師の指示のもと、療養上の世話（身体の清拭、入浴、排せつ・食事の介助等）や医療処置を行うものである。

基本報酬は 0.2～0.4%引き上げられた。

2024 年度改定における注目ポイントは以下の 2 点である。

#### ①専門性が高い看護師による医療ニーズの高い利用者への対応を評価する加算を新設

がん、神経系の疾患、循環器系の疾患など、医療ニーズの高い訪問看護利用者が増加していることを踏まえ、専門性の高い看護師<sup>3</sup>が「訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う」ことを評価する加算が新設された（専門管理加算：250 単位／月、図表 11）。医療保険の専門管理加算（2,500 円／月）との整合性を図るための見直しである。

図表 11 専門管理加算

【改定前】

なし

【改定後】



区分	単位数 (単位／月)
専門管理加算	250

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
- ・悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
  - ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
  - ・人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
- ・診療報酬における手順書加算を算定する利用者
- ※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

出所：厚生労働省「令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

#### ②理学療法士等による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えている場合は報酬が減額に

他方、理学療法士等による訪問看護についてはさらなる引き下げが行われる。

訪問看護事業所の中には、看護職員よりも理学療法士等を多く配置し、理学療法士等による訪問看護を重点的に行っている事業所がある。そうした事業所と看護職員の割合が高い事業所との役割の違いを踏まえ、①理学療法士等による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えている場合、または、②「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」及び「看護体制強化加算」のいずれも算定していない場合、報酬が 8 単位減算されることとなった。また、上記減算の対象となる事業所において、12 か月を超えて介護予防訪問看護を行う場合、1 回につき 15 単位がさらに減算される（減算額が改定前の 5 単位から拡大）。

この他、医療保険との整合性を図る観点から、ターミナルケア加算の単位数の見直し、看護師

<sup>3</sup> 緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師



が情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合の評価の新設などの見直しが行われた。また、要介護者の円滑な在宅移行を推進する観点から、看護師が退院・退所当日に訪問看護を行うことを評価する初期加算の上位区分が新設された（図表 12）。

図表 12 訪問看護における主な改定事項

項目	内容
専門管理加算の創設	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門性の高い看護師による訪問看護の評価 250単位/月（新設）</li> </ul>
初回加算の上位区分の創設	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護者の円滑な在宅移行を推進するため、看護師が退院・退所当日に訪問看護を行うことに対する評価区分を新設（初回加算Ⅰ：350点/月）</li> </ul>
ターミナルケア加算の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費（2万5000円）を踏まえた単位数の引き上げ</li> </ul>
情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>離島等に居住する利用者の死亡診断について、看護師が情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合の評価を創設（遠隔死亡診断補助加算：150単位/回）。診療報酬における対応との整合性を図るもの</li> </ul>
緊急時訪問看護加算の上位区分の創設	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時訪問看護加算について、夜間対応する看護師等の勤務環境への配慮（負担軽減等）を行っている場合の評価区分を新設</li> </ul>
緊急時訪問看護加算の要件緩和	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間対応について、看護師等に速やかに連絡できる体制等、サービス提供体制が確保されている場合は、看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられることとする</li> </ul>
退院時共同指導の指導内容の提供方法の柔軟化	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時共同指導加算について、指導内容を文書以外の方法で提供することを可能とする</li> </ul>
理学療法士等による訪問看護の評価の引き下げ	<ul style="list-style-type: none"> <li>①前年度の理学療法士等による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超過している場合、または、②「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」及び「看護体制強化加算」のいずれも算定していない場合、報酬を8単位減算</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

#### （4）訪問リハビリテーション

##### 要支援者に対する基本報酬が大幅に引き下げ

訪問リハビリテーションは、理学療法士や作業療法士等が、利用者の自宅を訪問し、リハビリテーションを提供するものである。

基本報酬は、要介護者を対象とする場合は0.3%増だが、要支援者を対象とする場合は2.9%減と大幅に引き下げられた。他の訪問系サービスと同様に厳しい改定となった。

主要な加算であるリハビリテーションマネジメント加算については、報酬体系の簡素化のために区分の整理が行われたが、点数・要件の変更はなかった。

新たな加算としては、認知症の人に対して生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施した場合の報酬（認知症短期集中リハビリテーション実施加算：240単位/日）が新設された。



## (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

## 基本報酬が大幅に引き下げ

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、自宅で生活する要介護高齢者に対し、日中・夜間を通じて利用者の自宅を定期巡回し、また、必要に応じて随時に訪問介護と訪問看護を提供するものである。

基本報酬は4.4%引き下げられた。2022年度の収支差率(一般企業の経常利益率に相当)が11.0%と他のサービス(介護事業所全体は2.4%)よりも高かったことなどを踏まえた対応であるが、他の訪問系サービスと同様に厳しい改定となった。

その他の注目ポイントは、総合マネジメント体制強化加算の見直しである(図表13)。同加算は、地域の病院、診療所、介護老人保健施設などを含む多様な主体との連携に取り組むことを評価するもので、9割の事業所が算定を行っている。2024年度改定では、「地域住民の相談に対応する体制を確保していること」などを要件とする上位区分を設ける一方、従来の加算の報酬が引き下げられた。新設された上位区分に移行できれば増収、現状維持では減収となるため、上位区分へ移行することが望ましい。

このほか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の将来的なサービス統合を見据え、夜間にのみサービスを必要とする利用者を対象とした基本報酬の区分が新設された。

図表 13 総合マネジメント体制強化加算の見直し

算定要件 (4)～(10)は新設	加算(Ⅰ):1200単位 (新設)			加算(Ⅱ):800単位 (改定前の1,000単位から見直し)		
	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(1) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員(計画作成責任者)や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること	○	○	○	○	○	○
(2) 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること	○	○	△	○	○	△
(3) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること	△	○	○	△	○	○
(4) 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	△		
(5) 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービスを含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	△			
(6) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること	事業所の特性に応じて1つ以上実施		○			
(7) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること(※)	事業所の特性に応じて1つ以上実施		事業所の特性に応じて1つ以上実施			
(8) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	事業所の特性に応じて1つ以上実施					
(9) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること	事業所の特性に応じて1つ以上実施					
(10) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること	△	△				

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」

### 3. 2 通所系

#### (1) 通所介護

通所介護は、一般的にはデイサービスとも呼ばれ、利用者を施設に通わせ、入浴・排せつ・食事等の介護や機能訓練などを提供するものである。

基本報酬は通常規模型、大規模事業所においては0.4～0.5%、地域密着型事業所では0.3～0.4%引き上げられた。

通所介護における改定項目は図表14のとおりである。

認知症加算については、認知症ケアに関する個別事例の検討や技術的指導に係る会議等を定期的で開催することを義務付ける一方、利用者に占める認知症の人の割合の要件が15%に緩和された。

#### 入浴介助加算について、研修の実施を義務付け

事業所のほとんどが算定している入浴介助加算では、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が義務付けられた。

このほか、該当する場合に影響が大きいのが個別機能訓練加算の見直しである。個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）について、機能訓練指導員の配置要件が緩和（「提供時間を通じて配置」⇒「配置時間の定めなし」に緩和）されるとともに、報酬が85単位/日から76単位/日に減額された。

図表 14 通所介護における改定項目

項目	内容
認知症加算の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアに関する個別事例の検討や技術的指導に係る会議等を定期的で開催することを義務付け</li> <li>利用者に占める認知症の人の割合の要件を緩和（20%→15%）</li> </ul>
入浴介助加算の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴介助加算（Ⅰ）について、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義務付け</li> <li>入浴介助加算（Ⅱ）について、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を把握する際、医師等が訪問して把握する代わりに、介護職員が居宅を訪問しICTを活用して把握することを認める</li> </ul>
個別機能訓練加算の人員配置要件の緩和及び評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）について、機能訓練指導員の配置を緩和（提供時間を通じて配置⇒配置時間の定めなし）するとともに、報酬を適正化（85→76単位/日）</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

#### (2) 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護とは、認知症の症状がある人を対象とした通所介護のことである。

基本報酬は0.2%引き上げられた。改定項目はサービス共通の改定項目のみで、認知症対応型通所介護に固有の改定項目はなかった。

### (3) 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは、一般的にはデイケアとも呼ばれ、利用者を施設に通わせ、理学療法士や作業療法士などがリハビリテーションを提供するものである。

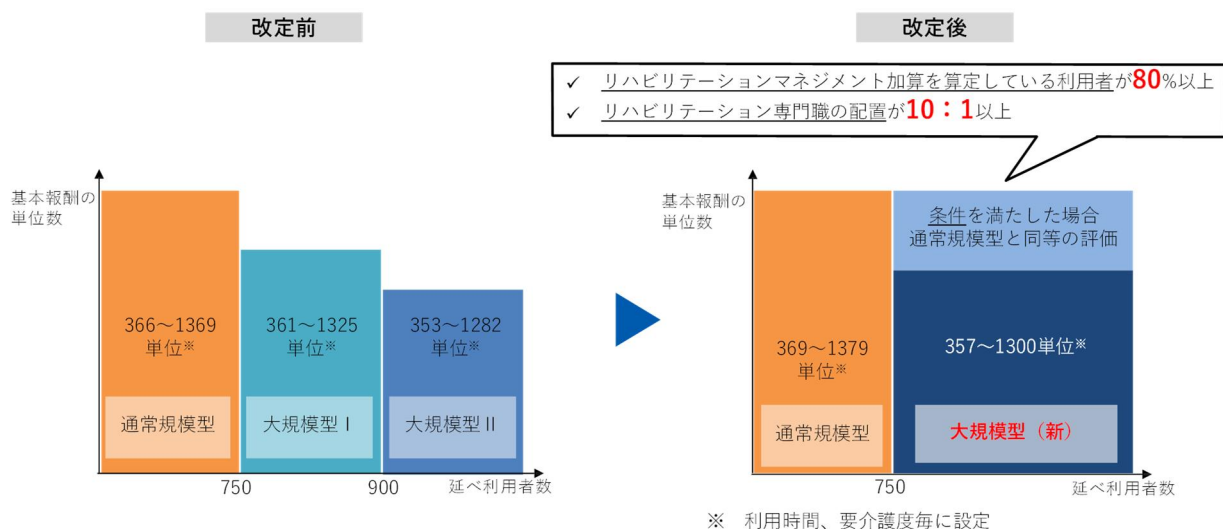
#### リハマネ体制が充実している大規模事業所は従来よりも高い報酬の算定が可能に

2024年度改定では、基本報酬について大きな見直しが行われた。改定前の基本報酬は、事業規模別に「通常規模型」（延利用者数 750 人以下）、「大規模型Ⅰ」（同 750 人超 900 人以下）、「大規模型Ⅱ」（同 900 人超）の 3 段階になっていたが、改定後は「通常規模型」（延利用者数 750 人以下）と「大規模型」（同 750 人超）の 2 段階に変更された（図表 15）。そのうえで、改定後の基本報酬が「通常規模型」は 0.7% の引き上げとなる一方、新たに「大規模型」に分類されることになった旧「大規模型Ⅰ」は 1.9~2.7% の引き下げ、旧「大規模型Ⅱ」では 0.7~1.4% 引き上げとなった<sup>4</sup>。

もっとも、リハビリテーションマネジメントの体制が充実している事業所（①リハビリテーションマネジメント加算算定率 80% 以上、かつ、②リハ職配置 10 対 1 以上）については、大規模型事業所でも通常規模型と同額の基本報酬、つまり従来よりも高い報酬が算定できるようになった。大規模型事業所においては、上記要件を満たし、通常型と同額の基本報酬を算定できるか否かが経営を大きく左右することになる。

その他の改定項目は次頁図表 16 に整理した。リハビリテーションマネジメント加算について、リハビリテーションと口腔管理、栄養管理に一体的に取り組んでいることを評価する区分（リハビリテーションマネジメント加算（ハ））が新設された。

図表 15 事業所規模別の報酬の見直し



出所：厚生労働省「令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について」

<sup>4</sup> 「令和 4 年度介護事業経営概況調査」の結果、「大規模型Ⅰ」の収支差率が他の 2 つに比べて高かったことを受けてこのような差が設定された模様である。

図表 16 通所リハビリテーションにおける主な改定項目

項目	内容
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害福祉サービスとの連携に関して、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</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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（病院と情報を共有し、在宅でのリハビリに反映させること）を行ったことを評価する加算を新設（退院時共同指導加算：600単位/回）</li> </ul>
リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算について、①口腔アセスメント及び栄養アセスメントを実施し、②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し、③リハビリテーション計画について必要な見直しを行っていることを評価する区分を新設（リハビリテーションマネジメント加算（ハ）：同意日の属する月から6か月以内793単位/月、6か月超473単位/月）</li> <li>報酬体系を簡素化</li> </ul>
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）	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防サービスについて、利用開始から12か月が経過した後の減算幅を拡大。ただし、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しを行い、LIFEヘリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合は減算なし</li> <li>介護予防通所リハビリテーション （利用開始日の属する月から12か月超） 要支援1 20単位/月減算→120単位/月減算 要支援2 40単位/月減算→240単位/月減算</li> </ul>
事業所規模別基本報酬の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）の3段階になっていた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</li> <li>リハビリテーションマネジメントの体制が充実している事業所（①リハマネ加算算定率80%以上、②リハ職配置10対1以上）については、大規模型でも通常規模型と同様の報酬とする</li> </ul>
ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
入浴介助加算(Ⅱ)の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>浴室における利用者の動作及び浴室の環境を把握する際、医師等のが訪問して把握する代わりに、介護職員が居宅を訪問しICTを活用して把握することを認める</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### 3. 3 短期入所生活介護

短期入所生活介護は、一般的にはショートステイとも呼ばれ、利用者を介護老人保健施設や特別養護老人ホームで短期間受け入れ、入浴・排せつ・食事等の介護や機能訓練などを提供するものである。

基本報酬は1.0～1.2%引き上げられた。

2024年度改定の注目ポイントは以下の2点である。

#### ①看取り期の利用者に対してサービスを提供した場合に算定できる加算を新設

看取り連携体制加算（64単位/回）が新設された（次頁図表17）。看取り期の利用者がショートステイを利用するニーズがあることを踏まえ、看取り期の利用者に対してサービス提供を行っ

た場合に算定できる加算である。一定の看護職員の体制を整備し、事業所として看取り期における対応方針を定め、利用者または家族の同意を得ていることが要件となる。

図表 17 看取り連携体制加算

【改定前】

なし

【改定後】



区分	単位数 (単位/日)
看取り連携体制加算	64

※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度

- 次のいずれかに該当すること。
  - (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。

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## ②60日以上の長期利用の報酬を引き下げ

長期利用の報酬の適正化（引き下げ）が行われた（図表 18）。短期入所生活介護においては、サービス利用期間が30日を超える場合、報酬が減額される仕組みが設けられている。2024年度改定では、これに加えて利用期間が60日を超える場合に報酬をさらに減額する仕組みが導入された。減額後の報酬は施設入所の場合の報酬と同額に設定された。短期入所という本来の目的に沿った利用を促す観点からの見直しである。

図表 18 短期入所生活介護の基本報酬

(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
<b>長期利用の適正化 (61日以降) (新設)</b>	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	

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成



### 3. 4 複合型

#### (1) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、高齢者の在宅生活を支援するため、通所、宿泊、訪問サービスを一体的に提供する施設である。

基本報酬は0.3%引き上げられた。

小規模多機能型居宅介護では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等と同様に、総合マネジメント体制強化加算の見直しが行われた。新設された上位区分に移行できれば増収、現状維持では減収となるため、上位区分へ移行することが望ましい。

#### 認知症対応力の強化に向けて、認知症加算の上位区分を新設

このほか、小規模多機能型居宅介護では「認知症加算の見直し」が行われた。小規模多機能型居宅介護においては、認知症が重度化したために、やむを得ず施設や居住系サービスに移行する利用者があることが課題となっていた。

そこで、事業所の認知症対応力を強化することを目的として、認知症加算について、認知症ケアに関する専門的研修の修了者を配置していることや、認知症ケアの指導・研修を実施していることを評価する上位区分が新設された（図表 19）。あわせて、上位の加算の取得を促すために、従来の加算については点数が引き下げられた。

図表 19 認知症加算の見直し

【改定前】

区分	単位数 (単位/月)
認知症加算 (I)	800
認知症加算 (II)	500

【改定後】

区分	単位数 (単位/月)
認知症加算 (I)	920
認知症加算 (II)	890
認知症加算 (III)	760
認知症加算 (IV)	460

(要件等)

認知症加算 (I)	(II) の要件 + <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</li> <li>介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定</li> </ul>
認知症加算 (II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置</li> <li>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施</li> <li>当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催</li> </ul>
認知症加算 (III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者にサービスを提供</li> </ul>
認知症加算 (IV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度2で、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱの者にサービスを提供</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成



## (2) 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護の機能に、訪問看護の機能を加えたサービスである。

基本報酬は0.1%引き上げられた。

看護小規模多機能型居宅介護では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等と同様に、総合マネジメント体制強化加算の見直しが行われた。新設された上位区分に移行できれば増収、現状維持では減収となるため、上位区分へ移行することが望ましい。

また、訪問看護と同様に、専門管理加算の新設、ターミナルケア加算の単位数の見直し、遠隔死亡診断補助加算の新設などの見直しが行われた。さらに、小規模多機能型居宅介護と同様に、認知症加算の見直し（上位区分の新設、従来の加算の点数の引き下げ）が行われた。

この他、以下の見直しが行われた。

看護小規模多機能型居宅介護の報酬は、実際の利用回数によらず月の報酬が定額である包括報酬となっている。そのため利用回数が少ない場合には利用料が割高に感じられ、利用に至らないケースがある。そこで、サービス利用頻度が大幅に少ない場合には、報酬を減算する仕組みが導入された。

### 緊急時訪問看護加算を緊急時対応加算に改組し、報酬を引き上げ

緊急時の訪問を行う体制を有することを評価する緊急時訪問看護加算については、要件に「緊急時の宿泊を提供できる体制を有すること」が追加され、名称が「緊急時対応加算」に改められるとともに、報酬が引き上げられた（574単位/月→774単位/月）。

## 3. 5 福祉用具貸与

### 貸与と販売の選択制を導入

福祉用具貸与は、要介護者に車いすや特殊ベッドなどを貸与するサービスである。

同サービスは貸与が原則だが、品目によっては購入した方が利用者の負担が抑えられるケースもあることから、一部の福祉用具について利用者が貸与と販売を選択できる選択制が導入された（図表20）。

これに合わせて、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員は、貸与・販売の選択にあたり十分な説明や提案を行うこと、福祉用具専門相談員は、貸与・販売後のモニタリングを行うことなどが義務付けられた。

図表 20 貸与と販売の選択制対象品目

選択制対象品目
<ul style="list-style-type: none"> <li>固定用スロープ</li> <li>歩行器（歩行車を除く）</li> <li>単点杖（松葉づえを除く）</li> <li>多点杖</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### 3. 6 居宅介護支援

居宅介護支援は、在宅要介護者のケアプランの作成を行うサービスである。

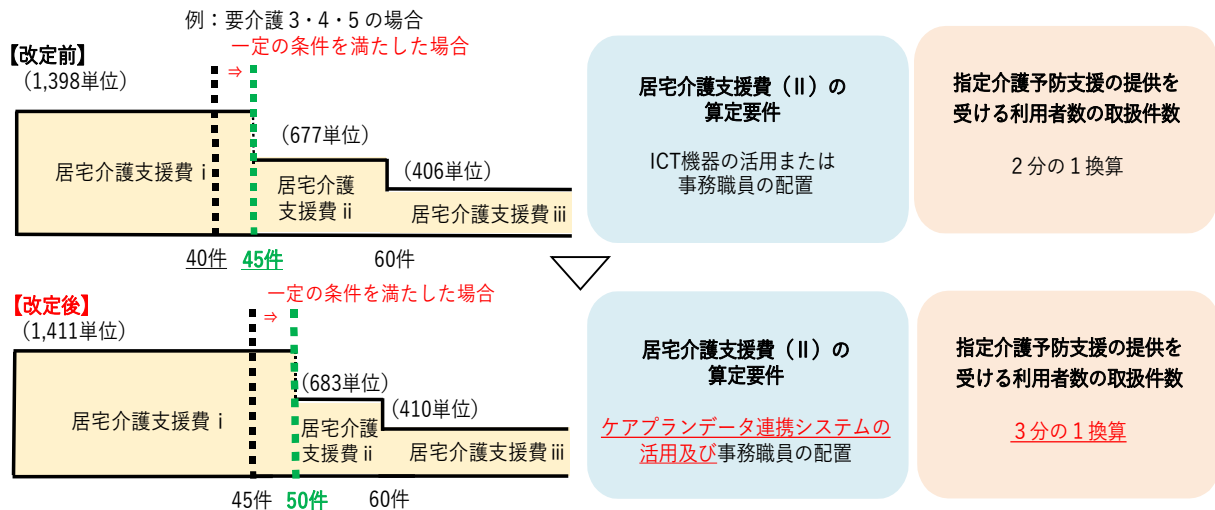
基本報酬は 0.9～1.0%引き上げられた。

居宅介護支援における改定のポイントは以下の 4 点である。

#### ① 逓減制適用の基準を緩和

居宅介護支援においては、担当するケアプランの件数が所定の件数を超えると、超えた件数の分の基本報酬が少なくなるという「逓減制」が採用されている。2024 年度改定では、逓減制が適用される件数が、「40 件以上」から「45 件以上」に変更された。さらに、「ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置」を行っている場合には、逓減制が適用される件数が「50 件以上」に緩和されることとなった（図表 21）。

図表 21 居宅介護支援における基本報酬の見直し



出所：厚生労働省「令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

#### ② 特定事業所加算の要件を見直すとともに報酬を引き上げ

常勤のケアマネジャーを複数配置し、困難事例に対応していることを要件とする特定事業所加算について、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等への支援に関する事例検討会や研修等に参加していること」が要件に追加されるとともに、報酬が 14 単位引き上げられた。

## ③入院時情報連携加算の要件を見直し

利用者が入院した際に病院（又は診療所）に利用者の情報を提供することを評価する入院時情報連携加算については、より迅速な情報提供を促すために情報提供を行うまでの日数の要件が短縮されるとともに、報酬が引き上げられた（図表 22）。

図表 22 入院時情報連携加算の見直し

【改定前】

区分	単位数 (単位/月)	要件
入院時情報連携加算（Ⅰ）	200	利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に利用者の情報を提供
入院時情報連携加算（Ⅱ）	100	利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に利用者の情報を提供

【改定後】

区分	単位数 (単位/月)	要件
入院時情報連携加算（Ⅰ）	250	利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、利用者の情報を提供
入院時情報連携加算（Ⅱ）	200	利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に利用者の情報を提供

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## ④同一建物減算が新たに導入される

訪問介護において導入されている同一建物減算が、居宅介護支援にも導入された。①事業所と同一または隣接する敷地内の建物の居住者にサービスを提供する場合、または、②同一建物の居住者20人以上（1か月当たり）にサービスを提供する場合、報酬が5%減算される（図表 23）。集合住宅に併設された事業所の減収につながる見直しである。

図表 23 居宅介護支援における同一建物減算

【改定前】

【改定後】

なし



区分	算定要件
5%減算	事業所と同一または隣接敷地内の建物の居住者にサービスを提供する場合
5%減算	同一建物の居住者20人以上（1か月当たり）にサービスを提供する場合

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### 3. 7 居住系・施設系共通項目

ここでは、居住系と施設系サービスのみ共通する項目について解説する。

#### (1) 協力医療機関との連携強化

##### 協力医療機関を定めることを義務化し、加算でも連携を後押し

2024年度改定においては、高齢化に伴い増加する「高齢者の救急搬送」への対応策を講じることが重視された。その一環として、医療機関と介護施設との平時からの連携を促す見直しが盛り込まれた。まず、介護施設の入所者または入居者（以下、入所者等）の病状等が急変した際に相談対応や入院受入を行う協力医療機関を定めることが、施設系サービスにおいては義務化され、居住系サービスにおいては努力義務化された（図表24）。あわせて、協力医療機関との連携を実効性のあるものにするために、入所者等が現在かかっている病気等の情報共有を行う会議を定期的開催することを評価する報酬が新設され（協力医療機関連携加算）、点数も最大100単位/月と高く設定された。また、入所者等が病院に退所（退去）した際に、施設から病院に生活支援上の留意点（施設内での生活の様子、心身の状況）等の情報提供を行うことを評価する加算が新設された。事業所においては、単に義務化への対応という観点からだけでなく、加算の取得という観点からも、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することが求められるようになる。

図表 24 医療機関との連携強化に関する改定項目

項目	主な改定内容	対象				
		特定施設	GH	特養	老健	医療院
協力医療機関との連携体制の構築	施設と医療機関が日常から連携体制を構築し、入所者等の病状急変時等に適切な連携が行えるようにするために、協力医療機関を定めることを <b>義務化</b> （3年間の猶予措置）			○	○	○
	協力医療機関を定めることを <b>努力義務化</b>	○	○			
協力医療機関との定期的な会議の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的開催することを評価する加算を新設（<b>協力医療機関連携加算</b>、特定施設は医療機関連携加算を再編）</li> <li>特養、老健、医療院：               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) ①～③を満たす：100単位（2025年度からは50単位）/月</li> <li>(2) それ以外：5単位/月</li> </ul> </li> <li>特定施設、GH：               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) ①～②を満たす：100単位/月</li> <li>(2) それ以外：40単位/月</li> </ul> </li> <li>①入所者等の病状急変時の相談対応体制（医師または看護職員）を常時確保</li> <li>②施設からの求めに応じて診療を行う体制を常時確保</li> <li>③入所者等の病状急変時に入院を原則として受け入れる体制を確保</li> </ul>	○	○	○	○	○
入院時等の医療機関への情報提供	入所者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点や認知機能等にかかる情報を病院に提供することを評価する報酬区分を新設（ <b>退所時情報提供加算（Ⅱ）</b> ）：250単位/回				○	○
	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者等が医療機関へ退所（退居）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加算を新設</li> </ul>	○	○			
				○		

略称：特定施設＝特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）、GH＝認知症対応型生活介護（グループホーム）、特養＝介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、老健＝介護老人保健施設、医療院＝介護医療院  
 出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## (2) 感染症対応体制の構築

### 感染症対応体制の構築を支援する加算を新設

感染症対応体制の構築に関する加算も新設された（高齢者施設等感染対策向上加算、図表 25）。加算Ⅰ（10 単位／月）は指定医療機関との連携体制の構築や訓練への参加が、加算Ⅱ（5 単位／月）は感染制御等の実地指導を受けることなどが要件となる。加算Ⅰは感染症対応を行う指定医療機関が近隣にあるか否かに左右される。他方、加算Ⅱは比較的算定しやすいと考えられる。

図表 25 高齢者施設等感染対策向上加算

	単位数 (単位／月)	要件等
【新】 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>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との連携体制</li> <li>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、感染症の発生時等に適切に対応</li> <li>感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算届出医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に参加（年1回以上）</li> </ul>
【新】 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算届出医療機関から、3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受ける</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## (3) 認知症対応、リハビリ・口腔・栄養など

このほか、認知症に関しては、認知症の行動・心理症状（BPSD：怒りっぽくなる、うつ、徘徊、暴力をふるうなどの症状）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するために職員が「チームを組んで対応する」ことを評価する報酬（認知症チームケア推進加算）が新設された（図表 26）。また、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取組を推進する観点からの加算の上乗せが行われた。

図表 26 その他の共通項目

項目	主な改定内容	対象				
		特定施設	GH	特養	老健	医療院
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するために平時からチームを組成した取組みを行っていること等を評価する報酬を新設</li> <li>➤ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）：150単位／月</li> <li>➤ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）：120単位／月</li> </ul>		○	○	○	○
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有し、リハビリテーション計画または個別機能訓練計画の必要な見直しを行った場合、報酬を上乗せ（+20単位／月）</li> </ul>			○	○	○
口腔衛生管理の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			○	○	○

略称：特定施設＝特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）、GH＝認知症対応型生活介護（グループホーム）、特養＝介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、老健＝介護老人保健施設、医療院＝介護医療院

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成



### 3. 8 居住系

#### (1) 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、介護保険サービスを提供する施設としての指定を受けた有料老人ホーム等の入居者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護や機能訓練、療養上の世話などを提供するものである。

基本報酬は通常の規模の場合は 0.7～0.8%、定員数が 29 人以下の地域密着型は 0.7～0.9%それぞれ引き上げられた。

2024 年度改定における主なポイントは以下の 3 点である。

##### ①医療ニーズのある利用者への対応を加算で後押し

夜間看護体制加算について、「夜勤又は宿直の看護職員を 1 名以上配置」していることを評価する報酬区分が新設された（図表 27）。夜間の看護職員の体制を強化し、特定施設において医療的ケアを要する者の積極的な受入を促進する狙いがある。

##### ②入居継続支援加算の見直し

医療的ケアを要する者が一定数いる特定施設を評価する入居継続支援加算について、「医療的ケアを必要とする者」の範囲が拡大された。

図表 27 特定施設入居者生活介護における主な改定事項

項目	内容
夜間看護体制の強化	・夜勤または宿直を行う看護職員を1名以上配置した場合の報酬を新設（夜間看護体制加算（1）：18単位/日）
入居継続支援加算の見直し	・「医療的ケアを必要とする者」の範囲に「尿道カテーテル留置、在宅酸素療法及びインスリン注射を実施している状態の者」を追加

出所：厚生労働省「令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

##### ③見守り機器等のテクノロジーの活用等により生産性の向上が確認できている場合は特例的に人員配置基準を緩和

人員配置基準の緩和も行われた。特定施設においては利用者 3 人に対し 1 人以上の職員（介護職員及び看護職員）の配置が求められているが、所定の要件（利用者の安全およびサービスの質の確保と職員の負担軽減を目的とした委員会を設置し、見守り機器等のテクノロジーの活用等により職員の業務時間の短縮が確認できているなど）を満たす場合には、人員配置基準が特例的に利用者 3 人に対し職員 0.9 人に緩和された（次頁図表 28）。



図表 28 人員配置基準の特例的な柔軟化

【改定前】

利用者：介護職員＋看護職員
3 : 1 (要支援者の場合は10 : 1)

【改定後】

特例的な基準

利用者：介護職員＋看護職員
3 : 0.9 (要支援者の場合は10 : 0.9)

(要件)

- ・ 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において必要な安全対策について検討等していること
- ・ 見守り機器等のテクノロジーを複数活用していること
- ・ 職員間の適切な役割分担の取組等をしていること
- ・ 上記取組により介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることがデータにより確認されること

事前に3か月以上の試行により、以下を確認していることが必要

- ①介護職員の総業務時間に占める利用者のケアに当てる時間の割合が増加していること
- ②利用者の満足度等に係る指標（WHO-5等）において、本取組による悪化が見られないこと
- ③総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間が短縮していること
- ④介護職員の心理的負担等に係る指標（SRS-18等）において、本取組による悪化が見られないこと

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## （2）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護（一般的にはグループホームと呼ばれる）は、認知症の高齢者が共同生活を行う施設である。

基本報酬は0.1%引き上げられた。

認知症対応型共同生活介護における注目ポイントは以下の2点である。

### ①医療連携体制加算において医療的ケアが必要な人の受入実績がある場合の報酬を引き上げ

医療的ケアが必要な人の受入を評価する医療連携体制加算が見直された（次頁図表29）。従来の加算が、看護職員の配置を評価する「体制評価」と、医療的ケアが必要な人の受入を評価する「受入評価」に再編された。報酬は医療的ケアが必要な人の受入があった方が、改定前よりも報酬が高くなるように設定された。医療的ケアが必要な人の受入を促すことを狙った見直しであるといえよう。

図表 29 医療連携体制加算の見直し

【改定後】

体制評価	区分	単位数 (単位/日)	要件	
	医療連携体制加算(Ⅰ)イ	57	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しく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</li> <li>重症化した場合の指針の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上</li> </ul>
	医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	47		<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上</li> </ul>
	医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	37		<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保</li> </ul>

+

受入評価	区分	単位数 (単位/日)	要件
	医療連携体制加算(Ⅱ)	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去3か月間に医療的ケアが必要な者(※)の受入1人以上</li> </ul> ※対象者に、「留置カテーテルを使用している人」「インスリン注射を実施している人」を追加

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

## ②夜勤支援体制加算の要件を緩和

夜勤を行う職員を加配した場合に算定できる「夜勤支援体制加算」について、見守り機器等を導入した場合については加配すべき職員の数を緩和する見直しが行われた(図表30)。

図表 30 夜間支援体制加算の見直し

【改定後】

新設	夜勤職員の最低基準 (1ユニット1人)への加配人数	見守り機器の利用者に対する導入割合	その他の要件
	事業所ごとに常勤換算方法で1人以上の夜勤職員又は宿直職員を加配すること。	—	—
	事業所ごとに常勤換算方法で <b>0.9人以上の夜勤職員</b> を加配すること	10%	<ul style="list-style-type: none"> <li>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し、必要な検討等が行われていること</li> </ul>

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### 3. 9 施設系

#### (1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

##### 経営が悪化していたことを踏まえて基本報酬を大幅に引き上げ

介護老人福祉施設（一般的には特別養護老人ホームと呼ばれる）は、中重度（要介護度3以上）の要介護高齢者のための生活施設である。

基本報酬は2.8%（地域密着型は3.1~3.2%）引き上げられた。2022年度の収支差率（一般企業の経常利益率に相当）が▲1.0%とマイナスだったことを受けて、大幅な引き上げとなった。

特別養護老人ホームにおける主なポイントは、配置医師緊急時対応加算の見直しである。入所者に急変が生じ、配置医師が駆けつけ対応を行った場合、早朝・夜間及び深夜だけでなく、「日中の勤務時間外」に対応を行った場合についても、報酬が算定できるようになった（図表31）。

このほか、透析が必要な者に対する送迎を行った場合の報酬（特別通院送迎加算：594単位/月）が新設された。

図表 31 配置医師緊急時対応加算の見直し

【改定前】		【改定後】	
区分	単位数 (単位/回)	区分	単位数 (単位/回)
早朝・夜間の場合	650	配置医師の通常の勤務時間外の場合 (早朝・夜間、深夜を除く)	325
深夜の場合	1,300	早朝・夜間の場合	650
		深夜の場合	1,300

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

#### (2) 介護老人保健施設

##### 在宅復帰・在宅療養支援の実績に応じて報酬の引き上げ率に差

介護老人保健施設（一般的には「老健施設」と呼ばれる）は、病院から自宅への復帰を支援する施設である。

2018年度改定で「在宅復帰・在宅療養を支援する施設」であることが明確化され、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の実績に基づき「超強化型」、「在宅強化型」、「加算型」、「従来型」、「その他」の5段階からなる報酬体系が構築されている。

基本報酬は1.0~4.4%引き上げられた（次頁図表32）。いずれの類型でも報酬が引き上げられたが、在宅復帰・在宅療養支援の機能が強い類型ほど増加率が高く設定された。上位類型への移行を促す報酬設定である。

図表 32 介護老人保健施設の基本報酬

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
在宅復帰・在宅療養支援等指標	70以上	60以上	40以上	20以上	—
単位数（改定前）	1,020	974	932	898	880
▽					
単位数（改定後）	1,065	1014	959	908	889
増加率	4.4%	4.1%	2.9%	1.1%	1.0%

多床室、要介護度3の場合

注：単位数は超強化型、加算型は在宅復帰・在宅療養支援機能加算含む

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

在宅復帰・在宅療養支援等指標については、入所前後訪問指導割合と退所前後訪問指導割合の基準値が引き上げられたほか、支援相談員の配置について、最高点（5点）の要件に「社会福祉士の配置」が追加された（図表 33）。

図表 33 在宅復帰・在宅療養支援等指標

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サービス：5	2サービス (訪問リハビリテーションを含む)：3	2サービス：1	0、1サービス：0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 (PT, OT, STいずれも配置)：5	5以上：3	3以上：2	3未満：0
⑦支援相談員の配置割合	3以上：5 ⇒ 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	

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

その他の主な改定項目は次頁図表 34 のとおりである。

所定の疾患を有する入所者に対して医療を提供した場合の報酬である所定疾患施設療養費については、対象に「慢性心不全の増悪」が追加された。

新規入所者が施設に慣れるまでの支援を評価する初期加算（入所日から30日以内に限り算定可能）については、急性期病院から入院後30日以内に退院した患者を受け入れた場合の区分が新設

された（初期加算（Ⅰ）：60単位／日）。入院によるADLの低下や認知機能の悪化を防ぐために、退院基準を満たした患者の早期退院を促す狙いがある。

図表 34 介護老人保健施設における主な改定項目

項目	内容
所定疾患施設療養費の見直し	対象に「慢性心不全の増悪」を追加
医療機関からの患者受入促進	初期加算（入所日から30日以内）について、急性期病院の一般病棟への入院から30日以内に退院した患者を受け入れた場合の区分を新設（初期加算（Ⅰ）：60単位／日）。 <要件> 地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病院の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報の定期的な情報共有等を行う
ターミナルケア加算の見直し	「死亡日」及び「死亡日前々日、前日」の区分へ報酬を重点化
認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し	入所者の居宅を訪問し生活環境を把握することを評価する区分を新設 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）：240単位／日 従来の加算は、加算（Ⅱ）：120単位／日に変更（240単位／日から引き下げ）
短期集中リハビリテーション実施加算の見直し	LIFEへのデータ提出を評価する区分を新設 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）：258単位／日 従来の加算は、加算（Ⅱ）：200単位／日に変更（240単位／日から引き下げ）
かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し	ポリファーマシー解消のため、施設において薬剤を評価・調整した場合の報酬を新設。また、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の報酬を引き上げ
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	夜間における人員配置基準について、所定の要件を満たした場合には2人以上から1.6人以上に緩和 <要件> ・全ての利用者に見守りセンサーを導入 ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用 ・安全体制を確保していること
多床室の室料負担	「その他型」及び「療養型」の多床室については、室料負担（月額8,000円相当）を導入（2025年8月～）

出所：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」等を基に作成

### (3) 介護医療院

介護医療院は、介護療養病床等<sup>5</sup>の廃止後の受け皿として創設された施設類型である。慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、①重度の要介護者に対して日常的・継続的な医療を提供する機能、②看取り・ターミナルケアを提供する機能、③生活施設としての機能を備えた介護保険施設として位置づけられる。

基本報酬は0.9～1.0%引き上げられた。

介護医療院においては、人生の最終段階（看取り・ターミナルケアが必要な段階）を迎えた入所者に対し、本人の意思を尊重した医療及びケアが提供されるようにするために、施設サービス計画の作成において、原則として入所者全員に対して「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ことが求められることとなった。

#### II型の多床室においては2025年8月より室料負担が発生

このほか、「II型」（I型よりも医療行為の必要性が低い人が対象）の介護医療院の多床室においては、2025年8月より利用者に室料負担が発生する。また、介護療養病床が2023年度末で廃止されることを受けて、長期療養生活移行加算<sup>6</sup>（60単位/日）が廃止された。

<sup>5</sup> 介護療養病床、医療療養病床、介護療養型老人保健施設

<sup>6</sup> 介護療養病床に1年以上入院していた利用者が介護医療院に入所した際に算定できる加算



## まとめ

2024年度介護報酬改定では、報酬全体の増減率である改定率は+1.59%（うち、処遇改善分+0.98%分、その他+0.61%分）と介護サービス全体の改定率はプラスとなったが、サービス別では基本報酬の増減率に大きな違いがみられた。すなわち、2022年度の平均収支差率がマイナスとなっていた特別養護老人ホームや介護老人保健施設では基本報酬が大幅に引き上げられた。他方、訪問介護、訪問リハビリテーション（予防のみ）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護では基本報酬が引き下げられた。

2024年度介護報酬改定は、総括すると以下の3つの特徴を持った改定である。

1つ目の特徴は、介護職員の処遇改善（賃上げ）が重視された点である。介護従事者の賃金ベースアップを行うことを狙いとして、処遇改善加算の加算率が引き上げられた。事業所においては、再編された新たな加算の算定に向け、事業所内での配分ルールの策定や、加算要件の確保を進める必要がある。

2つ目の特徴は、生産性の向上が重視された点である。生産性向上に向けた取組を評価する加算（生産性向上推進体制加算）の新設、居宅介護支援における逡減制適用基準の緩和、特定施設における人員配置基準の特例的な緩和などの見直しは、見守り機器等のテクノロジーやICTを活用して生産性向上に取り組む事業所には追い風となろう。

3つ目の特徴は、医療介護の連携が重視された点である。居住系サービス、施設系サービスにおいては、協力医療機関を定めることが義務化（居住系サービスは努力義務）されたほか、医療機関との情報共有を支援する加算（協力医療機関連携加算）が新設された。対象事業所は、協力医療機関と実効性のある連携体制を構築することが求められる。

### 執筆者



清水 徹

[t-shimizu@yokohama-ri.co.jp](mailto:t-shimizu@yokohama-ri.co.jp)

調査部 主任研究員

医療・介護、調剤薬局等を担当

本レポートの目的は情報提供であり、売買の勧誘ではありません。本レポートに記載した内容は、レポート執筆時の情報に基づく浜銀総合研究所・調査部の見解であり、レポート発行後に予告なく変更することがあります。また、本レポートに記載されている情報は、浜銀総合研究所・調査部が信頼できると考える情報源に基づいたものですが、その正確性、完全性を保証するものではありません。ご利用に際しては、お客さまご自身の判断にてお取り扱いいただきますようお願いいたします。