

# しずおか

令和6年度 介護報酬改訂  
算定状況について  
アンケート調査結果を報告

TOPIC

第35回  
全国介護老人保健施設大会  
岐阜

特集

地域包括ケアにおける  
多職種連携とACPの取り組み  
コロナ禍の夜明け  
介護老人保健施設における  
介護報酬改訂

- 部会報告
- 静岡県 介護施設一覧
- 令和6年度 事業報告



静岡県老人保健施設協会 会長

## 小出 幸夫

### ご挨拶

平素より静岡県老健協会の活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。この冬はCOVID-19のみならず、インフルエンザの流行も認められ、各会員施設におかれましては程度の差こそあれ、ご苦労されていると思います。With Coronaの時代、これまでとは異なる対応が求められていると思います。この件に関しましては、精査の上別途取り組み策を提案させていただきたいと考えています。

さて、気になるのは、令和6年度介護報酬改定に関する各施設の対応状況です。昨年9月26日から10月11日の間に会員施設にアンケート調査を実施し、31施設よりご回答をいただきました。結果は既にメールでお送りし、

本誌にも掲載しております(本誌3、4ページ)。

まず、「協力医療機関との連携構築」ですが、既に算定している施設は45・2%、算定を予定している施設は22・6%で合計67・8%が前向きに取り組んでおられ、この時期としては良好な滑り出しと考えられます。逆に対応が進んでいない項目に、認知症対応力向上における「認知症チームケア推進加算」と「生産性向上加算」が挙げられます。「認知症チームケア推進加算」は93・5%の施設が算定しておらず、Ⅰ又はⅡを算定予定している施設は6・5%に過ぎません。Ⅰ、Ⅱ共に、認知症介護の指導に係る研修を修了している者を1名以上配置するという要件がネックとなっていると推察されます。今回の改定の目玉の一つである「生産性向上加算」のⅠは算定していない施設が83・9%、算定予定が9・7%、算定しているが6・4%となっています。低調の原因は所謂、三種の神器(見守り機器、インカム等の職員間連絡機器、介護ソフトウェア)の導入にあると思われる。特に見守り機器を全居室に設置する義務がネックになると考えられます。施設の規模によって異なりますが、数千円単位の投資が必要になるからです。これに対し、全老健協会では地方自治体の支援事業の活用を勧めています。Ⅱでは三種の神器を一つ以上導入しているこ

と要件が緩和されているため、算定している施設が22・6%、予定している施設が9・7%と増加しています。

生産性向上に係る介護のDX化は、人手不足の解消や介護サービスの維持・向上はもちろんですが、介護を「見える化」することによって科学的介護を実現し、自立支援と重度化防止・安全性の確保につながるという側面もあります。

見守り機器等の導入に最も重要な点は業務に合った機器の選定にあります。一般的にテクノロジーの導入は①現状分析、②目標の決定、③業務フローの設計、④機器の導入、⑤運用状況の確認と展開、というのが通常のプロセスで、各プロセスを検証しなければいけません。見守り機器等の導入が成功するためには①〜③が重要です。一般に準備8割が成功の秘訣と言われています。

DX化は更に踏み込んで、将来的には生成AIを活用する必要があると思っています。入所者の医療・介護のデータを入力することで、科学的フィードバックを受けることができます。特に医師一人の場合が多く、相談相手のいない老健施設では、診療の際に漏れている点をAIが指摘してくれます。勿論、AIの弱点であるハルシネーション(誤った情報の生成)を回避する必要があります。

さて、現行の「地域医療構想」は2025



静岡県健康福祉部福祉長寿局  
(福祉指導課長)

## 鈴木 立子

年までの取り組みであり、「新たな地域医療構想」が2040年を見据えて検討されています。この年までは医療・介護の複合ニーズを抱える85歳人口が増大するため、その対策が重要となって参ります。「新たな地域医療構想」では、医療機関を「治す医療」と「治し支える医療」を担う病院に役割分担する方

## ご挨拶

日頃、貴会及び貴会会員の皆様には、本県の高齢者保健福祉の推進に御尽力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、少子高齢化が進む中、総人口は減少傾向となっておりますが、高齢者人口のピークは、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年頃となると見込まれています。県では、これを踏まえ、令和6～8年度を計画

向にあります。冒頭に記載しました「協力医療機関との連携構築」における協力医療機関とは後者の病院に当たるようです。この連携で問題となるのは、認知症を合併している要介護高齢者が、本人・家族の希望を事前に確認することなく救急搬送されている実態があることです。改めて、入所者のACPを取っ

期間とする「第10次静岡県長寿社会保健福祉計画」を策定し、これに沿った取組等を進めているところです。

この2040年を見据えつつ、令和6年度に介護保険制度の改正が行われたことは御承知のことと存じます。国では、介護保険制度の改正等に必要な基礎資料を得るため、3年に1回、介護事業経営実態調査を抽出により行っていますが、今回の制度改正では、この調査を補完し、より正確な経営実態等を把握するため、全ての介護サービス事業者に対し、事業所等における収益及び費用の内容、職員の種類別人数などの経営情報の報告が義務付けられたところです。国では、報告を受けた経営情報を分析し、その結果を公表することとなっております。

昨年度の後半に、介護老人保健施設を含む介護サービス事業者の皆様には、本件について

ておく必要性を強調しておきます。  
それでは、長々と駄文を書いてしまいました。が、今後も変わらぬご支援を賜りますようお願い申し上げます。  
お願い申し上げます。

通知を差し上げたところですが、当該報告は、会計年度終了後3か月以内に行うこととなっておりますので、速やかな対応をお願いいたします。

また、令和7年8月からは一部の介護老人保健施設について、在宅でサービスを受ける方との負担の公平性の観点から、多床室であっても一定の所得のある入所者から室料負担を求めることとなっております。

このような制度改正は、持続的な介護保険制度を維持するために、やむを得ないものと考えておりますが、これらを円滑に進めるためには、貴会並びに貴会会員の皆様方の御協力が不可欠でございます。引き続き皆様の御支援・御協力をお願いいたしまして、挨拶とさせていただきます。

# 令和6年度 介護報酬改定 算定状況について アンケート調査結果 を報告

- アンケート実施期間  
2024年9月26日～10月11日
- 対象施設数 会員103施設
- 回答率 30%

令和6年度の介護報酬改定では、協力医療機関連携加算、高齢者施設等感染対策向上加算、生産性向上推進体制加算など、新たな加算が多数設けられました。これらの加算は、高齢者介護サービスの質の向上や、介護現場の業務改善を目的としています。静岡県内の介護老人保健施設におけるこれらの加算の算定状況について、アンケート調査を実施いたしました。本稿では、その結果を「報告」いたします。

協力医療機関連携加算について、厚生労働省が令和6年度に調査した報告書の中で、加算(Ⅰ)を算定している老健施設は54.1% (回答数320件)となっており、県内の算定率も45.2%とやや低い印象があり、事務局へも「連携病院の選定が難しい」「協力が得られにくい」といった「相談」が寄せられることもありました。

近隣の医療機関の状況によって連携のしやすさにバラつきはあるようですが、複数の医療機関との連携も認められているため、工夫しながら算定条件を満たす必要があると思われます。

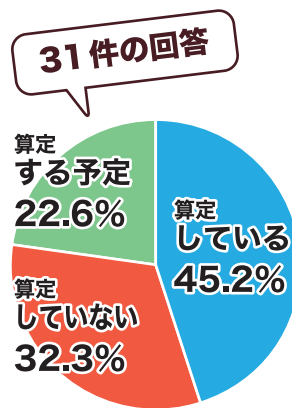
また、目玉のひとつでもある生産性向上推進加算は、県内では加算(Ⅰ)の算定率が6.4%、加算(Ⅱ)

は22.6%と低い状況でした。老健では全国的な調査はまだ行われていないようですが、老健協を対象とした令和6年の調査では、加算(Ⅰ)が4.0%、加算(Ⅱ)は21.1%と老健協でも低い状況だったようです。

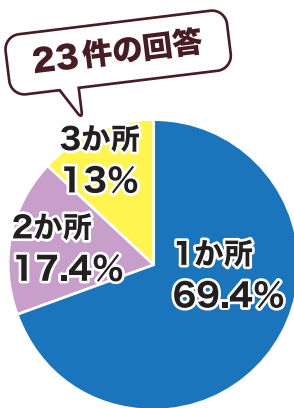
特に加算(Ⅰ)については、機器の導入に際してコスト面が負担が懸念されます。見守りセンサーなど機器の購入だけでも多くの費用が予想されます。補助金などの活用を検討していくことで、導入に対するハードルが低くなると思われます。

昨今では、物価上昇などによる施設側の負担が増加しています。負担軽減のためにも算定できる加算を意識しながら、利用者様の生活環境・職員の業務環境を整えていきたいものです。

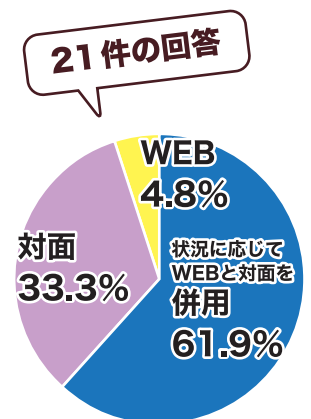
**Q1** 協力医療機関関連加算 (協力医療機関3要件を満たす場合) を算定していますか。



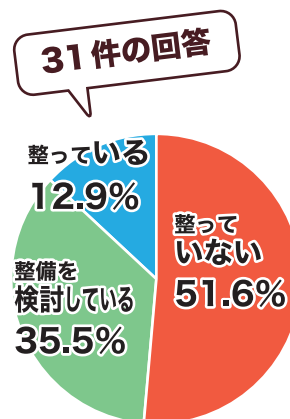
**Q2** 何か所の医療機関と連携していますか。



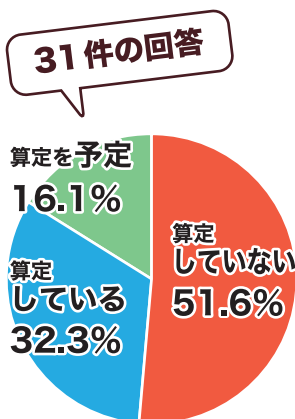
**Q3** 算定要件にある「定期的な会議」をどのように開催していますか。



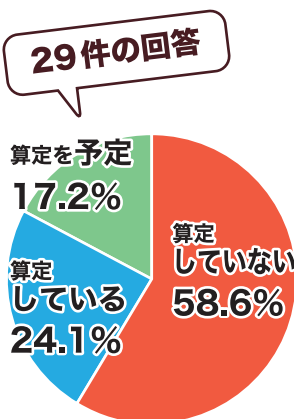
**Q4** 電子的システムで確認できる体制は整っていますか。  
(会議の開催頻度は、概ね月1回以上ですが、電子的システムで確認できる場合は、年3回以上でも可)



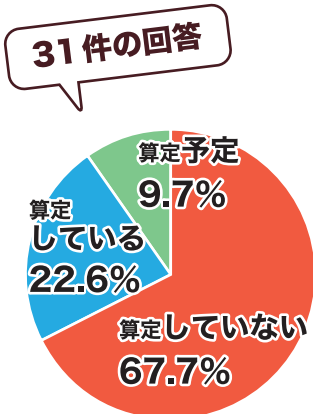
**Q5** 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰを算定していますか。



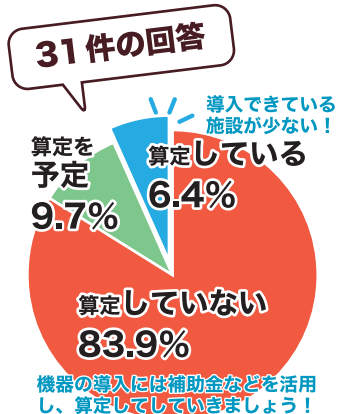
**Q6** 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱを算定していますか。



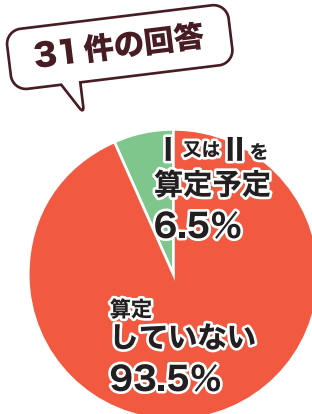
**Q10** 生産性向上推進  
加算Ⅱを算定し  
ていますか。



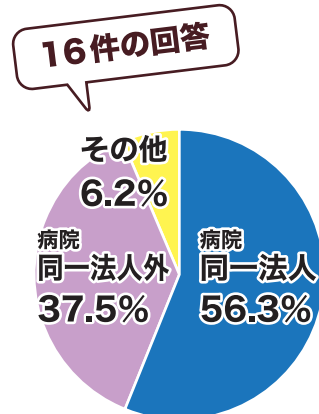
**Q9** 生産性向上推進  
加算Ⅰを算定し  
ていますか。



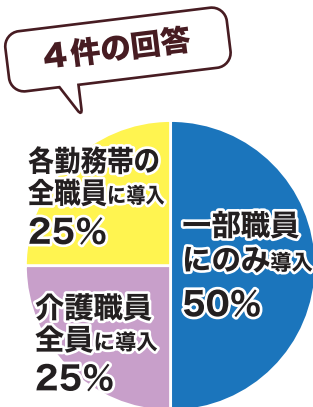
**Q8** 認知症ケア推進  
加算を算定して  
いますか。



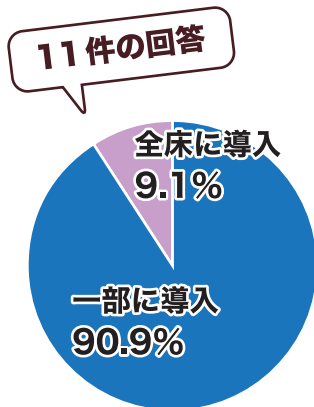
**Q7** 算定をしている  
「第二種協定医療  
機関」は何処ですか。



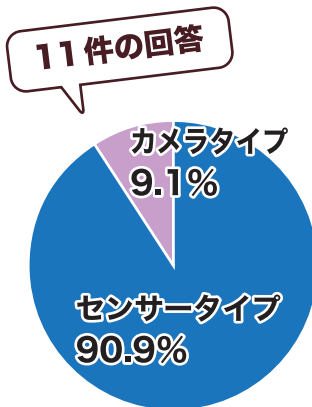
**Q14** インカム等の連  
絡機器を導入し  
ている施設にお尋ねします。  
導入状況について。



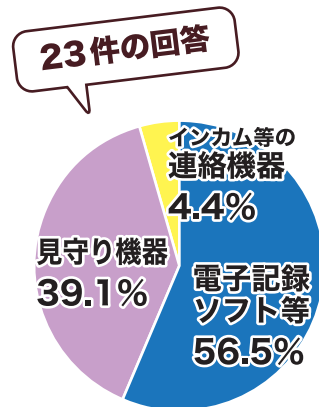
**Q13** 見守り機器を導  
入している施設  
にお尋ねします。見守り機器  
の導入状況。



**Q12** 見守り機器を導  
入している施設  
にお尋ねします。機器の種類  
は複数回答可。



**Q11** 導入している機器  
について教えてく  
ださい。



**Q16** インカム等の連絡機器を導入している施設にお尋ねします。  
生産性が向上している点を教えてください。

- 伝達のための職員の動きが減った点
- どこにいても情報伝達が可能であり、両手がフリーで便利
- 時間短縮

**Q17** 見守り機器等の運用で苦労した点や工夫した点があれば教えてください。

- 職員が使いこなせるまでの時間が必要。
- 慣れるまでは、センサーの反応ぐあいの調整など、機器の取り扱いに苦労しました。
- 取扱いの周知・徹底。
- 職員の意欲と理解。

**Q15** 見守り機器の導入により生産性が向  
上した点を教えてください。

- 導入後間もないため、見極め中。
- 転倒事故が減り、職員の動きが楽になった点。
- 記録ソフト・見守り機器（カメラ&センサー）、インカムを導入。パソコン・タブレット上でもご利用者の様子が確認できるようになった。
- ベッド臥床している入所者の動きに早く対応できる。
- 転倒防止、転倒の早期発見。見守り業務の負担軽減。
- 画像が確認できることでコール対応の優先順位が決めることができ効率的に動ける。

第35回 全国介護老人保健施設大会 岐阜  
再び、地域が動く - 多様性を包摂する老健のさらなる共進(共鳴・共生進化)を -



招待講演  
「地域包括ケアシステムの進化に果たす老健の役割」  
田中 誠

特別講演  
「介護保  
障の概  
念」  
20  
「高  
稼  
働  
の  
向  
け  
の  
組  
み  
み」  
東  
園  
太  
郎



注目トピックス

- 地域を丸ごと巻き込む在宅療養支援(多様な社会における地域包括ケアシステム)
- 介護・重度化予防に対する栄養・口腔ケア・リハビリの一体化在宅介護を支える療養・看取り(ACP)
- 認知症の本質とポジティブ思考にもとづく論理的チームケアのあり方
- 自然災害や感染に対する事前対策や対応(BCP)および人材危機

主なプログラム

- 特別講演
- 教育講演
- 招待講演
- シンポジウム
- 演題発表(口演・ポスター)
- 福祉・医療機器展
- トークショー
- 市民公開講座 懇親会
- …… など



## 第35回

# 全国介護老人保健施設大会

# 岐阜



## 再び、地域が動く

～多様性を包摂する老健のさらなる共進(共鳴・共生進化)を～

令和6年11月14日(木) - 15日(金)

会場：長良川国際会議場 他

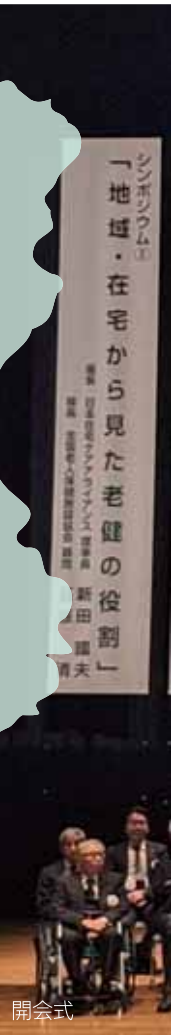
大会会長：長縄 伸幸 (公益社団法人全国老人保健施設協会 岐阜県支部長)



会場飾り(甲冑)



岐阜駅前の黄金の織田信長公像  
岐阜市制120周年を記念して建立されました



開会式



第35回  
GIFU

# 演題発表

令和6年度岐阜大会は、県内33施設、25人に発表いただきました。

## ●リハビリテーション

リハビリ職員から療養棟職員への情報伝達

介護老人保健施設 西山ウエルケア

理学療法士 磯部 光季

当施設の自宅復帰に向けたリハビリの取り組み

介護老人保健施設エスコートタウン静岡

理学療法士 滝 友実

動的活動性向上を目的とした通所リハビリの取り組み

介護老人保健施設静岡徳洲苑

理学療法士 望月 悦子

## ●認知症

認知症の方へのケア

介護老人保健施設 西山ウエルケア

准看護師 城取 明音

認知症利用者への環境づくりに関する職員の意識の変化

御前崎市総合保健福祉センター 老人保健施設はまおか

介護福祉士 寺坂 郁恵

## ●医療と看護介護

介護職が行う褥瘡再発防止に向けた取り組み

介護老人保健施設 三方原ベテルホーム

介護福祉士 内山 麻理子

その人らしい最期に向けて ～聞き取りシートの活用～

介護老人保健施設まんさくの里

看護師 小出 まみ

クラスター後のターミナルケアは医療依存度が高い

みかたはら介護老人保健施設

医師 渡辺 基

## ●業務改善と効率化

職場環境による尊重しあえる心の距離づくり

介護老人保健施設 ヒューマンライフ富士

理学療法士 佐野 将誉

186床 単独老健

業務可視化を経て超強化型老健へ介護

介護老人保健施設こみに

支援相談員 石割 大貴

ICT GO!

介護老人保健施設こみに

准看護師 杉山瑠美

## ●在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

社会活動への参加や他者交流が独居高齢者に与える影響

介護老人保健施設エーデルワイス

作業療法士 木下 優美

満足度☆5つをもらえる老健とは

介護老人保健施設白梅ケアホーム

介護支援専門員 内藤 早穂

地域包括ケアと老健在宅支援の想いを繋ぐ未来の構築

みゆきの苑

支援相談員 鈴木 美紀

老健入所者の在宅復帰に向けた支援

介護老人保健施設白脇ケアセンター

主任介護支援専門員 落合 喜一

在宅強化型に向けて

介護老人保健施設みずほケアセンター

看護師 作田 顕子



右/福祉機器展とお土産店の様子  
左/ポスター演題

● 全般的なケア

腰痛予防への取り組み

白梅ケアホーム

介護福祉士 中津川 裕生

フラワーコサージュ

介護老人保健施設こみに

介護福祉士 増永 章利

ONE TEAM

介護老人保健施設あみ

理学療法士 吉田 有佑

リスクアセスメント力を高めるために取り組んだこと

介護老人保健施設富士中央ケアセンター

介護福祉士 村井 正直

マネジメントによる専門性の高い職員の育成

介護老人保健施設静岡徳洲苑

看護師 山口 芽生

生活こそリハビリの原点!

介護老人保健施設静岡徳洲苑

介護福祉士 今井 美由紀

● 人材

働きたい職場の作り方

医療法人岡崎会 老人保健施設 ハイマート有玉

介護福祉士 鈴木 智恵

外国人介護人材育成における現状と課題

介護老人保健施設桔梗の丘

看護師 高塚 尚子

● コミュニケーション

意味ある作業や環境調整は再び生きる喜びを与える

介護老人保健施設エーデルワイス

作業療法士 川瀬 心乃

● リスクマネジメント

面会方法とCOVID-19の関連性

介護老人保健施設さわだの庄

介護福祉士 塩崎 純也

服薬ミス「ゼロ」を目指した取り組み

坂の上ろっけん曳馬野

介護職 桑 みどり

● 整容ケア等

介護美容がもつ触れるケアを通じた利用者の変化

介護老人保健施設 エスコートタウン静岡

介護福祉士 大原 美里

● 【ポスター】全般的なケア

多職種支援と組織づくりの重要性

介護老人保健施設 平安の森

理学療法士 大石 敏也

● レクリエーション

利用者、家族の想いをかなえる活動支援

医療法人徳洲会介護老人保健施設あじさい

看護師 神戸 貴紀

● 排泄

高齢者施設における排便コントロールの取り組み

坂の上ろっけん曳馬野

看護師 久保田 公子

● その他

しおろいにおける電気使用量の削減

介護老人保健施設しおろい

支援相談員 與後 智明

はじめよう腰活こしかつ

介護老人保健施設フォレスト藤枝

理学療法士 中島 美穂

# 特集 1

## 地域包括ケアにおける多職種連携と ACP の取り組み コロナ禍の夜明け

高山義浩先生をお迎えし、地域包括ケアシステムにおいて、多職種連携と ACP（アドバンス・ケア・プランニング）がどのように連携し、質の高い医療・ケアを提供していけるのか、具体的な事例を交えながらお話しいただきました。

左) 高山義浩 氏  
沖縄県立中部病院・感染症内科  
地域ケア科

右) 小出幸夫 氏  
静岡県老人保健施設協会 会長

### 質の高い医療・ケアを提供できる 地域包括ケアシステムを実現させるために

#### 多職種連携

医療・介護・福祉に関わるさまざまな職種が専門知識・スキルを発揮し、提供するサービスの質を向上させる取り組み。



#### ACP

本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進める。

実現させるためには、現状、どのような問題があり、どのような施策が求められているのか？



### 医療 地域社会が直面する 環境の変化

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1 少子高齢化の急速な進行<br>(地域差あり) | 2 医療需要と介護需要の長期かつ持続的な増大 |
| 3 医療と福祉の複合ニーズを有する住民の増加   | 4 医療需要の季節変動による医療ひっ迫の発生 |

### 持続 可能な社会保障へ 求められる施策

#### 住民教育

- 医療の適正利用
- 生活習慣病の予防
- 定期受診の維持

#### 生活支援

- 高齢者の就労支援
- 高齢世帯の見守り
- 高齢者施設の整備

#### 介護強化

- 外国人材との協働
- ロボット技術の導入
- タスクシフトの推進

#### 地域連携

- 医療介護連携の推進
- かかりつけ医の強化
- 情報共有の円滑化

#### 在宅医療

- 施設ケア力の強化
- 急性期在宅の推進
- オンライン診療

#### 病院強化

- 医療DXの推進
- 働き方改革の推進
- 看護師確保の支援

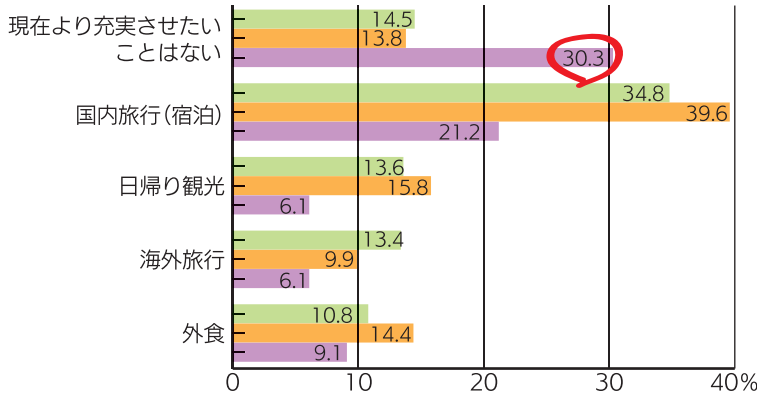
2024年11月30日(土)  
13:30-14:30  
会場 グランシップ静岡  
(オンラインも実施)



# 充実 高齢者がお金をかけてでも させたいこと

## 旅行・外食関連

人生の最終段階、何をしたい？

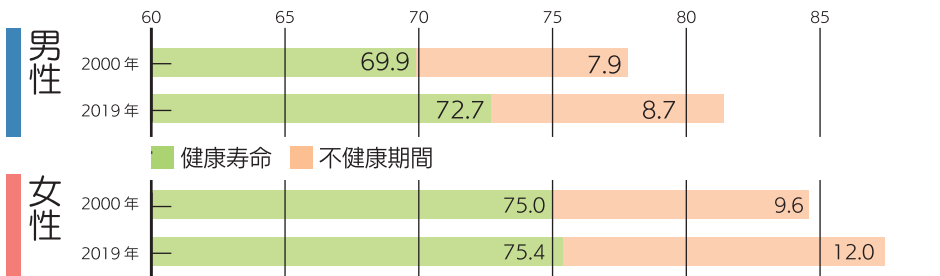


- 健康であり、日常生活に特に支障はない (546人)
- 定期的に通院しており、治療しているが、日常生活に特に支障はない (596人)
- 要支援・要介護の認定を受けている (33人)

日本総研：高齢者の生きがい等意見調査 2024



# 不健康期間 寿命とともに も延びている

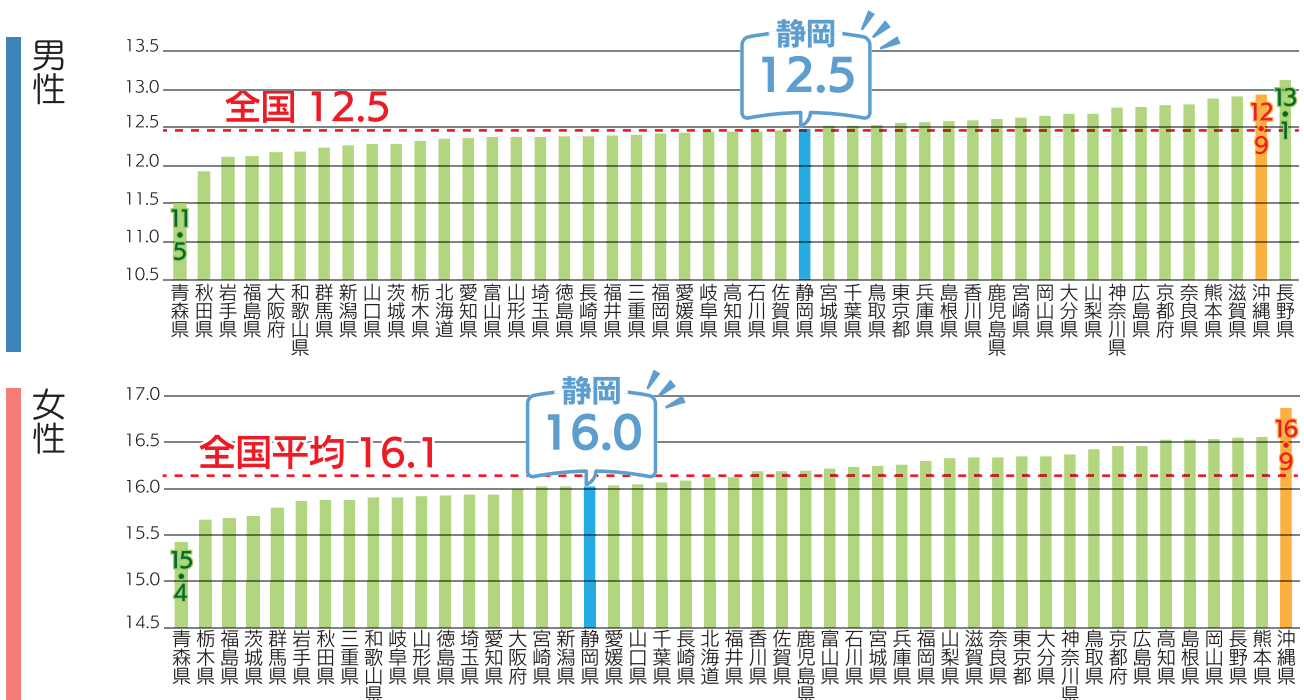


健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことをいい、平均寿命と健康寿命の差は日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。日本人のこの期間は平均寿命とともに伸び続けている。

出典：e-ヘルスネット（厚生労働省）<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/hale/h-01-002.html>

# 都道府県別にみる 75歳時における平均余命

不健康期間と75歳時における平均余命が重なっている




厚生労働省 令和2年都道府県別生命表の概況

# 意思決定

医療と介護における

情報 扱う	目的	誰へ	誰から	概要	
医療情報／本人の意思	治療方法の決定	主治医	患者	医師より診断や治療の内容について説明を受け、理解した上で <b>自ら方針を選択すること</b>	インフォームド・コンセント
本人の意向	無益な延命措置の回避	他の医療従事者	患者と主治医	急変時に延命措置を行うかについて、本人の意向に基づき <b>文書で方針を示しておくこと</b>	リビング・ウィル 事前指示(DNA R)
医療情報 本人の生き方・価値観	話し合うプロセスの共有	ケアチーム	本人を含む医療・ケアチーム	今後の状態の変化に備え、受けた <b>医療や介護について、関係者で話し合っておくこと</b>	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

Takayama Yoshihiko



『地域医療と暮らしのゆくえ』  
超高齢社会をともに生きる  
高山義浩 著  
医学書院



医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて**医療・ケアを受ける本人が多専門職種**の医療・介護従事者から**構成される医療・ケアチームと十分な話し合い**を行い、本人による意思決定を基本としたうえで、**人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則**である。

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  
(厚生労働省)

# 外出するうえでの障壁

要介護高齢者が

物理的な障壁	情報への障壁	先入観の障壁
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 段差や階段があつて、行きたい場所に行けない。利用できない。</li> <li>● 食事や飲み物の形態により、飲んだり食べたりが楽しめない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分でも楽しめるアクティビティについての情報にアクセスできない。</li> <li>● アクティビティを予約したいが、複雑で処理することができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 障害の程度を重めに評価されて、アクティビティの利用を拒否される。</li> <li>● 随行者に対する説明に終始して、直接の説明がなく、質問も受け付けない。</li> </ul>

# 認知症のある高齢者への接遇

声をかけるとき	近づく(触れる)とき
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 顔と口の見える正面に立って話しかける。後ろから声かけしない。</li> <li>● できるだけ逆光を避けて、顔と口が見えやすい側に立つ。</li> <li>● 少し離れた場所から笑顔で話しかける。すぐには近づかない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 少なくとも視線が合ってから近づく。できれば返事があつてから近づく。</li> <li>● 相手が訝しそうな顔をしているときは近づかない。改めて用件を伝える。</li> <li>● 絶対に腕や肩をつかんではいけない。握手をするか、相手につかませる。</li> <li>● 別れるときは、話しかけた理由を繰り返す。最後に感謝の気持ちを伝える。</li> </ul>

# 特集 2

## 静岡県老人保健施設協会 介護老人保健施設における 介護報酬改定

今年も、中林梓先生をお迎えし、介護報酬における研修会を実施していただきました。

今年度は3年に1度の介護報酬改定で介護施設・病院との連携（協力医療機関連携加算、高齢者施設等感染対策向上加算など）、ICTの活用（生産性向上推進体制加算）など目玉となる改定もあり、注目度が高いです。中林先生の解説から、各施設の運営に生かしていただければと思います。



中林 梓 氏

(株)ASK  
梓診療報酬研究所 所長

【プロフィール】株式会社ASK梓診療報酬研究所所長。札幌出身、病院・診療所対象のコンピュータインストラクター、医事運用、経営コンサルティングに従事。1997年に梓診療報酬研究所を設立。請求漏れ・経営改善・在宅医療等をテーマに経営調査・分析、セミナーや執筆活動を行う。

【講師実績】静岡県病院協会、神奈川県看護協会、広島県医師会、名古屋大学医学部附属病院、日本医業経営コンサルタント協会、メディカル・マネジメント・プランニング・グループ、医療関連サービス振興会、日本慢性期医療協会、他多数

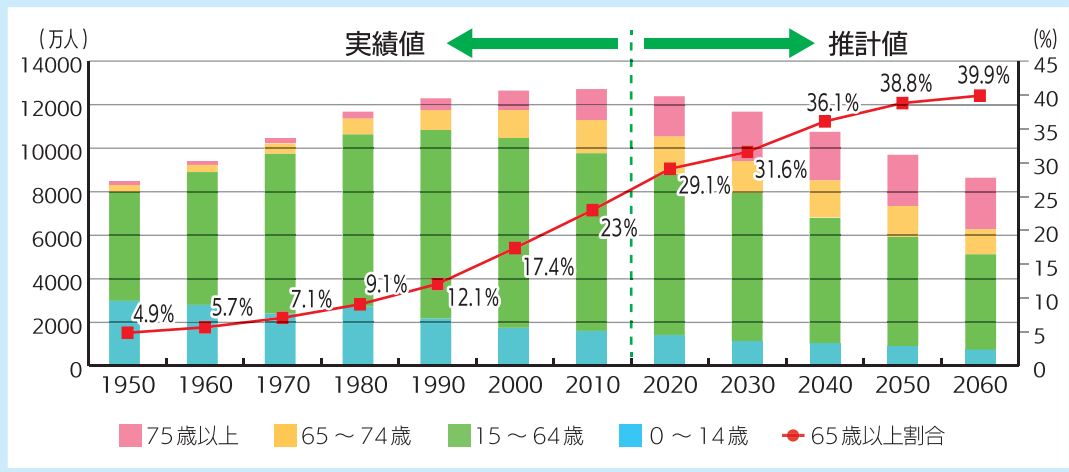


### 概要 令和6年度介護報酬改定

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。

2030年以降、高齢者の数は大きく増えない。一番の問題は支える世代の減少。  
これらの諸問題に対応していくためにも今年度の介護報酬改訂は注目です！

### 超高齢化社会がすすんでいく（少子高齢化）



©ASK/©LINKUP



### 老健入所 医療との連携強化

生活に配慮した医療の推進など、地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

新入院料「地域包括医療病棟」との連携は超強化型・強化型老健が必須（在宅復帰先）

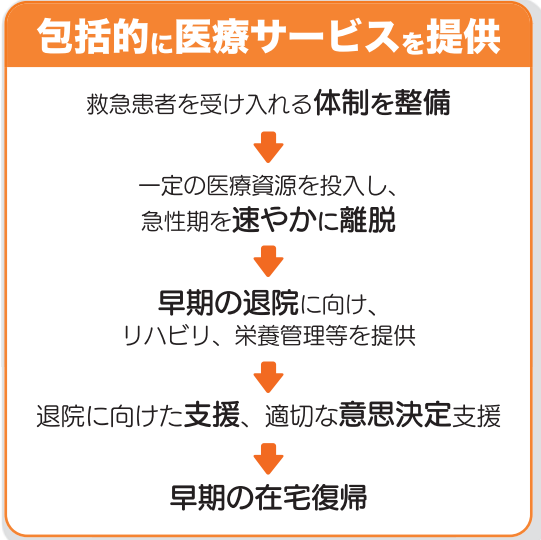
### ▼地域包括医療病棟【病棟のイメージ 背景】

高齢者の人口増加	高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加。
急性期病棟に入院した高齢者の一部	在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。 【原因】急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院するケースが増える。
高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある疾患が多い（誤嚥性肺炎や尿路感染など）	高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性。
誤嚥性肺炎患者に対し、早期にリハビリテーションを実施	死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
高齢患者の栄養状態	入院時、一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

2024年12月5日(木)  
14:00-16:00

目玉改訂  
マーク

▼ 地域包括医療病棟における「医療サービスのイメージ」



**10対1の看護配置**

患者10人に対し、看護師1人を配置

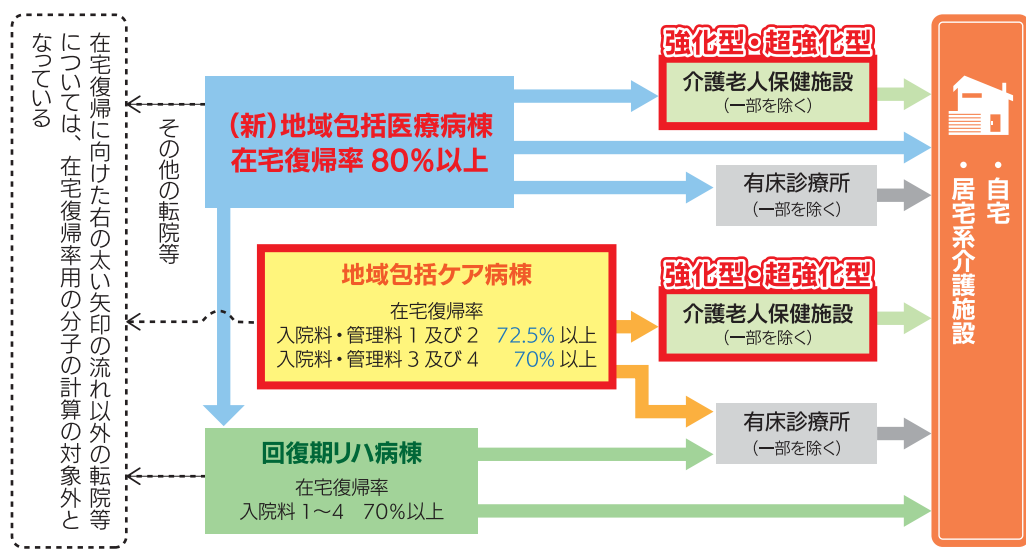
+

**高齢者医療に必要な多職種配置**

療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）



各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印(⇨)で示す



▼ 地域包括医療病棟における「在宅復帰率」

地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや、運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、左記のように定義した。

	多床室	その他	基本型	加算型	強化型	超強化型
指標		20 未満	20 以上	40 以上	60 以上	70 以上
要介護 1		772 単位	793 単位	844 単位	871 単位	922 単位
要介護 2		820 単位	843 単位	894 単位	947 単位	998 単位
要介護 3		880 単位	908 単位	959 単位	1,014 単位	1,065 単位
要介護 4		930 単位	961 単位	1,012 単位	1,072 単位	1,123 単位
要介護 5		982 単位	1,012 単位	1,063 単位	1,125 単位	1,176 単位
およそ 1 日当たりの単価		12,000 円前後	12,500 円前後	13,000 円前後	13,500 円前後	14,000 円前後

在宅復帰・在宅療養支援等指標 下記評価項目 (A ~ J) に (最高 90)

A 在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
B ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
C 入所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0
D 退所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0
E 居宅サービスの実施数	3 サービス 5	2 サービス 3 (法リハ含)	2 サービス 1 0 サービス 0
F リハ専門職の配置割合	5以上 5 (PT・OT・ST いずれも配置)	5以上 3	3以上 2 3 未満 0
G 支援相談員の配置割合	3 以上 (社会福祉士) 5	3 以上 3	2 以上 1 2 未満 0
H 要介護 4 又は 5 の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 3
I 喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
J 経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

▼ 老健の評価の仕組み

2024年3月5日「令和6年度診療報酬改訂の概況」より

© LIZN PUCK



**早めの受診・早めの入院・早めの退院が可能  
な医療機関との連携強化による空床を減らす**

**▼協力医療機関との定期的な会議の実施**

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

**概要**

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。

また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

**●単位数**

**3つの  
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、入所者等の病状が急変した場合等において、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。

改定後	現行	施設
<p><b>新</b> 【協力医療機関連携加算】 協力医療機関が                      (1) 協力医療機関の要件 ① ② ③を満たす場合、                      …100単位/月(令和6年度)※ 令和7年度からは                      50単位/月【新設】となる。                      (2) それ以外の場合…5単位/月【新設】</p>	なし	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

改定後	現行	施設
<p><b>変</b> 【協力医療機関連携加算】 協力医療機関が                      (1) 協力医療機関の要件 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】</p>	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 医療機関連携加算：80単位/月	

改定後	現行	施設
<p><b>新</b> 【協力医療機関連携加算】 協力医療機関が                      (1) 協力医療機関の要件 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】</p>	なし	認知症対応型共同生活介護

**●算定要件等**

【新設】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。

2024年1月22日「介護給付費分科会」資料より

**▼高齢者救急を増やさず寝たきりにしない仕組み**

**― 地域包括ケアシステムの深化・推進 ―**

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人保健施設・介護医療院認知症グループホーム・特定施設入居者生活介護

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。

*Key point*

協力医療機関と緊急時対応ルールを設定し、早めに相談、早めに診療、早め入院し、重症化を防ぎ、早めの退院をすすめていく！

協力医療機関との連携体制の構築	
<p>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づける（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、義務づけにかかる期限を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。</p> <p>※認知症グループホーム、特定施設は、努力義務。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul> <p>※認知症グループホーム、特定施設は、i、iiのみで可能。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>

▼協力医療機関との連携 入院時等の医療機関への情報提供

医療機関に対して、利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合を評価

●単位数

施設	現行	改定後
老健・介護医療院	退所時情報提供加算：500単位/回	退所時情報提供加算(Ⅰ)：500単位/回 退所時情報提供加算(Ⅱ)：250単位/回【新設】
施設	特養・特定施設・認知症グループホーム	特養・特定施設・認知症グループホーム
現行	なし	特養・退所時情報提供加算：250単位/回【新設】 ↓退居時情報提供加算：250単位/回【新設】

●算定要件

老健、介護医療院(Ⅰ)：入所者が居宅へ退所した場合  
●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算定。

老健、介護医療院(Ⅱ)及び特養、特定施設、認知症グループホーム：医療機関へ退所した場合

●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算定。入居者を紹介するに当たっては、別紙様式9の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。

●入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

▼感染対策向上加算への対応

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

●単位数と算定要件

施設	現行	改定後
医療機関等	●第二種協定指定医療機関(振興感染症) ●協力医療機関等(その他の感染症)	●第二種協定指定医療機関(振興感染症) ●協力医療機関等(その他の感染症)
施設	●診療報酬における感染対策向上加算も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	●診療報酬における感染対策向上加算も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

【新設】高年齢施設等感染症対策向上加算(Ⅰ)  
：10単位/月【新設】

第一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
●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、振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

1：高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス又は訓練を対象とする。カンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

2：第一種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。  
3：協力医療機関等と連携し、感染した入居者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。

【新設】高年齢施設等感染症対策向上加算(Ⅱ)  
：5単位/月【新設】

施設	現行	改定後
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	●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
高年齢施設等	3年に1回以上実地指導を受ける	3年に1回以上実地指導を受ける

【新設】振興感染症等施設療養費  
：240単位/日1回、連続する5日を限度

指定特定施設が、利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定特定施設入居者生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

1：新興感染症等施設療養費は、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の療養を施設内で行うことを評価するものである。

2：対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。  
3：適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用



等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーテイング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第3版）」（下記QRコード）を参考とする。

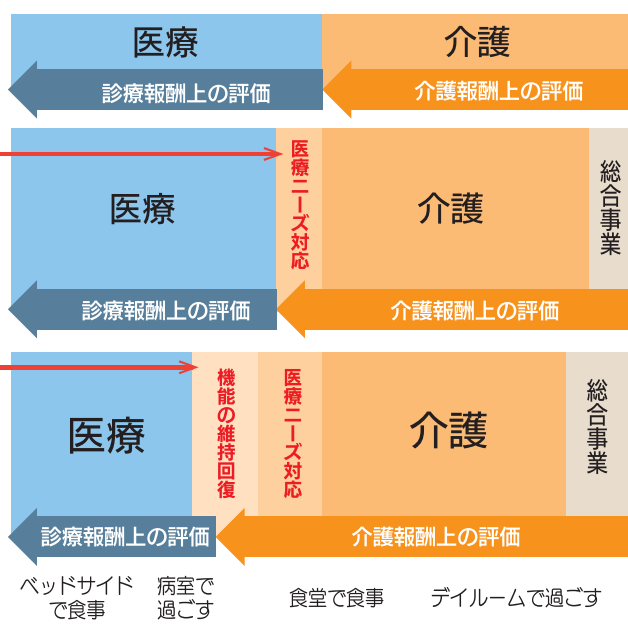
2024年1月22日「介護給付費分科会」資料より



### 急性期病院からの受入れを増やすことによる単価アップと稼働増加

#### ▼生活の中の医療から、介護の中の医療へ

「医療ニーズの高い方を介護でみる」から「続きの治療を介護でみる」仕組みへ



痰の吸引、経管栄養  
+短期入所療養介護に治療の加算  
+老健に所定疾患施設療養費の拡大  
=老健で治療する

LIFEの導入  
データに基づき、リハビリ、口腔・嚥下、栄養への取り組みを行い、重症化を防ぐ  
+続きの治療を協力医療機関と連携して実施する、かつ、日常において連携し、早期対応、早期入院、早期退院を図る

©LINKUP

#### ▼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

介護老人保健施設

##### ●概要

入院による要介護者のADLの低下等を防ぐ観点から、特に急性期の医療機関から介護老人保健施設への受入れを促進するため、介護老人保健施設における初期加算について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報の定期的な情報共有を行うとともに、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について評価する区分を新たに設ける。【告示改正】

改定後	現行
初期加算(Ⅰ)：60単位/日【新設】 ※1	初期加算30単位/日
初期加算(Ⅱ)：30単位/日 ※2	

##### ●算定要件等

##### 【新設】初期加算(Ⅰ)

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。

※1 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、

#### ▼所定疾患施設療養費の見直し

介護老人保健施設

##### ●概要

介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。【告示改正】

改定後	現行
所定疾患施設療養費(Ⅰ)239単位/日	所定疾患施設療養費(Ⅰ)239単位/日
所定疾患施設療養費(Ⅱ)480単位/日	所定疾患施設療養費(Ⅱ)480単位/日
ともに変更なし	

##### ●算定要件等

肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に所定単位数を算定する。

##### 所定疾患施設療養費(Ⅰ)

●診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること。

●所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。  
●診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること。

●所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

●当該介護老人保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

### ▼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

介護老人保健施設

#### ●概要

●認知症を有する入所者の居室における生活環境に対応したサービス提供を推進する観点から、現行の認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、当該入所者の居室を訪問し生活環境を把握することを評価する新たな区分を設ける。

●その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。  
【告示改正】

#### ●単位数

改定後	現行
<b>認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)</b> ……240単位/日【新設】 <b>認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)</b> ……120単位/日【変更】	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ……240単位/日 ※1週に3日を限度として算定。算定期間は入所後3月以内。

●認知症短期集中リハビリテーションの対象  
 Ⅱ退院後3月以内

#### ●算定要件等

【新設】認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。  
 (一)リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。  
 (二)リハビリテーションを行うに当たり、入所者数、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して

適切なものであること。

(三)入所者が退所後生活する居室又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成していること。

【現行と同じ】認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の(一)及び(二)に該当するものであること。

### ▼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

介護老人保健施設

#### ●概要

●短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なりハビリテーションを推進する観点から、以下の取組を評価する新たな区分を設ける。

☑原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション実施計画を見直していること。

☑Aにおいて評価したADL等のデータについて、LIFEを用いて提出し、必要に応じて提出した情報を活用していること。

●また、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。【告示改正】

#### ●単位数

改定後	現行
<b>短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)</b> ……258単位/日【新設】 <b>短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)</b> ……200単位/日【変更】	短期集中リハビリテーション実施加算 ……240単位/日 ※算定期間は入所後3月以内

●短期集中リハビリテーションの対象  
 Ⅱ退院後3月以内

#### ●算定要件等

【新設】短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)

入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であつて、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直していること。

【現行と同じ】短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っていること。

2024年1月22日「介護給付費分科会資料より」

## 老健入所 認知症への対応強化

### ▼認知症チームケア加算

認知症の行動・心理症状(BPSD)の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取り組みを推進する観点から、新たな加算を新設

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

#### ●単位数

改定後	現行
<b>認知症チームケア加算(Ⅰ)</b> ……150単位/月【新設】 <b>認知症チームケア加算(Ⅱ)</b> ……120単位/月【新設】 ※認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定している場合は、算定不可	なし

●算定要件

**認知症チームケア推進加算(Ⅰ)【新設】**

※認知症介護指導者養成研修の終了+認知症チームケア推進研修を終了

①：利用者又は入所者の総数の内、認知症日常生活自立度判定Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はⅤの割合が50%以上。

②：認知症のBPPSDの予防及び出現の早期対応に資する認知症介護の指導にかかる専門的な研修及びBPPSDの予防等に資するケアプログラムを含んだ研修終了者を1名以上配置、かつ、複数人の介護職員からなるBPPSD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BPPSD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BPPSDの予防等に資するチームケアを実施していること。

④：対象者1人月1回以上の定期的なカンファレンスを開催し、BPPSDを含めて個々の入所者等の状態を評価し、ケア計画策定、ケアの振り返り、状態の再評価、計画の見直し等を行うこと。なお、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は別紙様式の「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。その他、日々のケアの場面で心身の状態や環境等の変化が生じたとき等は、その都度カンファレンスを開催し、再評価、ケア方針の見直し等を行うこと。

**認知症チームケア推進加算(Ⅱ)【新設】**

※認知症介護実践リーダー研修の終了+認知症チームケア推進研修を終了

●(Ⅰ)の①③④に掲げる基準に適合

●認知症のBPPSDの予防等に資する認知症介護にかかる専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、複数人の介護職員からなる認知症のBPPSDに対応するチームを組んでいること。

老健入所

**リハビリ・口腔・栄養への取組を強化**

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

▼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

―推進―

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人保健施設・介護医療院

●概要

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算、介護医療院における理学療法、作業療法及び言語聴覚療法並びに介護老人福祉施設における個別機能訓練加算(Ⅱ)について、以下の要件を満たす場合について評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

ア 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

イ リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。

ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画または個別機能訓練計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

●単位数

施設	現行	改定後
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 ：33単位/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単位/月【新設】
介護医療院	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) ：33単位/月	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) ：33単位/月

※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可。

施設	現行	改定後
介護医療院	理学療法注6、作業療法注6、言語聴覚療法注4 ：33単位/月	理学療法注6、作業療法注6、言語聴覚療法注4 ：33単位/月 理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5 ：20単位/月【新設】

※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定可。

施設	現行	改定後
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(Ⅰ)：12単位/日 個別機能訓練加算(Ⅱ)：20単位/月	個別機能訓練加算(Ⅰ)：12単位/日【変更なし】 個別機能訓練加算(Ⅱ)：20単位/月【変更なし】 個別機能訓練加算(Ⅲ)：20単位/月【新設】

※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定可。

2024年1月22日介護給付分科会資料より

―栄養―

退所者の栄養管理に関する情報連携の促進告示改正

介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する

情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。

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

●単位数

改定後	現行
なし	なし
<b>退所時栄養情報連携加算…70単位/回【新設】</b>	

●算定要件

対象者

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者。

主な算定要件

- 管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
- 1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、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(単なる流動食及び飲食を除く。)

介護保険施設 A

栄養管理に関する情報



2024年1月7日(令和6年度介護報酬改定の主な事項について)資料より



老健入所

生産性向上への取り組み(介護DX)

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

▼生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

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【省令改正】

【経過措置3年間】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。

- 短期入所系サービス★・居住系サービス★・多機能系サービス★・施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進【告示改正】

介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

- 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

●単位数

**生産性向上推進体制加算(Ⅰ)…100単位/月【新設】**  
**生産性向上推進体制加算(Ⅱ)…10単位/月【新設】**

●算定要件等

【新設】生産性向上推進体制加算(Ⅰ)

- (Ⅰ)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(1)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。

※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(WHOIS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
- ロ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
- ロ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はない。

**【新設】生産性向上推進体制加算(Ⅱ)**

●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一つ以上導入していること。

●一年以内ごとに一回、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。

2024年1月22日「介護給付費分科会資料より」

**▼生産性向上への取り組み  
— 生産性向上推進体制加算(以下加算)含む —**

**介護機器について**

加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定するに当たっては、以下の介護機器を使用する必要があること。なお、介護機器の選定に当たっては、事業所の現状の把握及び業務面において抱えている課題の洗い出しを行い、業務内容を整理し、職員それぞれの担うべき業務内容及び介護機器の活用方法を明確化した上で、洗い出した課題の解決のために必要な種類の介護機器を選定すること。

**①加算(Ⅰ)**

加算を算定するに当たっては、以下の表の①から③の介護機器を全て使用することとし、また、**①の機器は全**

ての居室に設置し(全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態をいう)、**②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。**

① 利用者の見守り	② 職員間の連絡	③ 介護記録
<p>●見守り機器 利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。</p>	<p>●インカム(マイクロホン)が取り付けられたイヤホンを用いる等 職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器。ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器も含む。</p>	<p>●介護記録ソフトウェアやスマートフォン等 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。)</p>

**②加算(Ⅱ)**

加算を算定するにあたっては、加算(Ⅰ)①から③に掲げる介護機器のうち、一つ以上を使用すること。なお**②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用する**こと。

**職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減について**

加算(Ⅰ)を算定するに当たっては、業務内容の明確化や見直しを行い、**職員間の適切な役割分担を実施**すること。例えば、以下のことが対応として想定されるものであるが、委員会において、現場の状況に応じた必要な

対応を検討すること。

●負荷が集中する時間帯の業務を細分化し個人に集中することがないよう平準化すること。

●特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けること。

●いわゆる介護助手の活用(食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、こみ捨て等、利用者の介助を伴わない業務を集中的に実施する者を設けるなどの取組)を行うこと。

●利用者の介助を伴わない業務の一部を外注すること。

**委員会における安全対策の検討及び取組状況の定期的な確認について**

委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画するものとする。

**委員会では、次のAからDまでの事項について必要な検討を行い、また、委員会は三月に一回以上開催し、当該事項の実施状況を確認し、ケアを行う職員等の意見を尊重しつつ、必要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を図る取組の改善を図ること。また、委員会における検討に基づき実施された取組により業務効率化が図られた場合、その効率化された時間は、介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する取組に優先して充てること。なお、委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイドライン」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。**

**A「利用者の安全及びケアの質の確保」について**

1：見守り機器等から得られる離床の状況、睡眠状態やバイタルサイン等の情報を基に、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種が連携して、見守り機器等の導入後の利用者等の状態が維持されている

か確認すること。

2…利用者の状態の変化等を踏まえた介護機器の活用方法の変更の必要性の有無等を確認し、必要な対応を検討すること。

3…見守り機器を活用する場合、安全面から特に留意すべき利用者については、定時巡回の実施についても検討すること。

4…介護機器の使用に起因する施設内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例（介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな事象をいう。）（以下「ヒヤリ・ハット事例等」という）の状況を把握しその原因を分析して再発の防止策を検討すること。

## B 「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」について

実際に勤務する職員に対して、アンケート調査やヒアリング等を行い、介護機器等の導入後における次の1から3までの内容をデータ等で確認し、適切な人員配置や処遇の改善の検討等が行われていること。

- 1…ストレスや体調不安等、職員の心身の負担の増加の有無
- 2…職員の負担が過度に増えている時間帯の有無
- 3…休憩時間及び時間外勤務等の状況

## C 「介護機器の定期的な点検」について

- 次の1及び2の事項を行うこと。
- 1…日々の業務の中であらかじめ時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認するなどの不具合の手チェックを行う仕組みを設けること。
  - 2…使用する介護機器の開発メーカー等と連携し、定期的に点検を行うこと。

## D 職員に対する研修について

介護機器の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。また、加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、先のA～Cに加え、職員間の適切な役割

割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的の実施すること。

## 生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について

事業年度毎に1回、生産性向上の取組に関する実績として、加算（Ⅰ）を算定する場合には、次の1から5の事項について、加算（Ⅱ）を算定する場合には、次の1から3の事項について、原則としてオンラインにより厚生労働省（提出されたデータについては、厚生労働省のほか指定権者においても確認ができるものとする）に当該事項の結果を提出すること。

### 【1】利用者のOOL等の変化（WHO-5等）については、

調査実施に係る現場の負担も考慮し、5名程度の利用者を調査の対象とすること。なお、5名程度の対象者の選定に当たっては、利用者及び介護職員の負担が軽減されるよう、利用者自身で調査に回答を行うことが可能な利用者を優先的に対象とすることも差し支えない。また、加算（Ⅱ）を算定する場合で、介護機器の導入を行ったフロアや居室の利用者の数が5名に満たない場合は、当該利用者全員を調査対象とすること。

### 【2】超過勤務の変化、

### 【3】有休取得状況、

【4】心理的負担等の変化については、  
 全ての介護職員（加算（Ⅱ）を算定する場合の2及び3については、介護機器の導入を行ったフロア等に勤務する介護職員を調査の対象とする。

### 【5】機器の導入による業務時間の変化・タイムスタディ調査については、

調査実施に係る現場の負担も考慮し、日中の時間帯、夜間の時間帯それぞれについて、複数人の介護職員を調査の対象とすることで足りるものとする。なお、1の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該利用者又は家族等の意向に応じ、調査の対象としな

いこととするなどの運用は認められるものであること。

また、4の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、介護職員に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該介護職員の意向に応じ、調査の対象としな

## 調査票

別添資料はこちらから▼

### 利用者の満足度等の評価【別添1調査票】

別添1の利用者向け調査票により、WHO-5調査（利用者における満足度の変化）の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。なお、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知する。

### 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査【別添2調査票】

別添2の施設向け調査票により、対象事業年度の10月（※1）における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査（※2）すること。また、労働時間の把握については、原則として、タイムカード、パーソナルコンピュータ等の電子計算機の使用時間（ログインからログアウトまでの時間）の記録等の客観的な記録（賃金台帳に記入した労働時間数も含む）により把握する必要があること。

※1 本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月とすること。

※2 総業務時間及び超過勤務時間は、調査対象者全体の平均値（少数点第1位まで）を報告すること。

### 年次有給休暇の取得状況の調査【別添2調査票】

別添2の施設向け調査票により、対象事業年度の10月を起点として直近1年間の年次有給休暇の取得日数を調査すること。

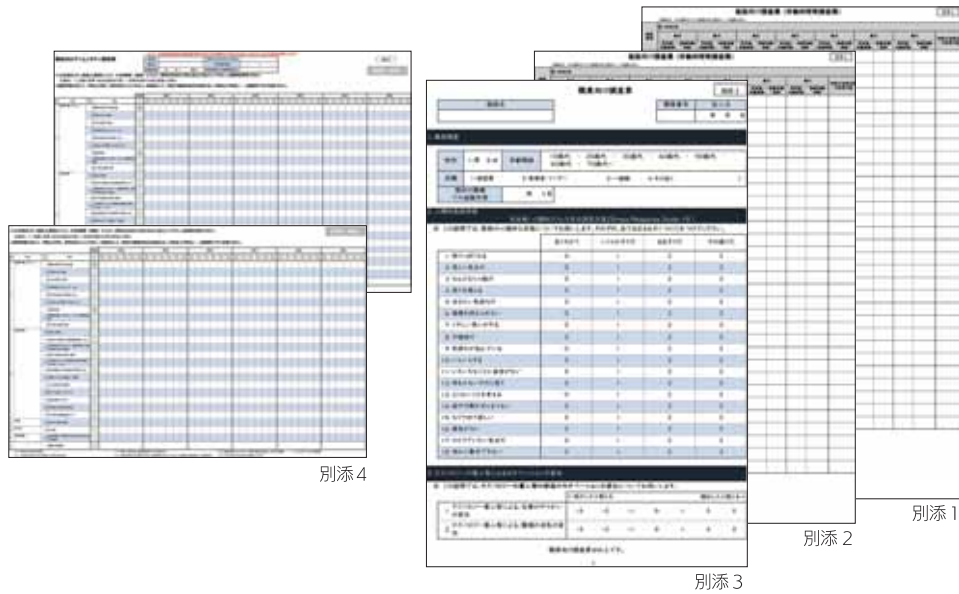
※年次有給休暇の取得日数は調査対象者全体の平均値（少数点第1位まで）を報告すること。

**介護職員の心理的負担等の評価【別添3調査票】**

別添3の介護職員向け調査票により、SRSS-18調査（介護職員の心理的負担の変化）及び職員のモチベーションの変化に係る調査を実施すること。

機器の導入等による業務時間（直接介護、間接業務、休憩等）の調査【別添4調査票】

別添4の介護職員向け調査票により、5日間の自記式又は他記式によるタイムスタディ調査を実施すること。



生産性向上の取組による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する成果があることの確認について

**A** 加算(Ⅱ)を算定する介護サービス事業所が加算の区分を変更し加算(Ⅰ)の算定を開始しようとする場合

加算(Ⅰ)の算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減が行われていることの確認が必要である。具体的には加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入後生産性向上の取組を3月以上継続した上で、6【1】から6【3】の項目について、当該介護機器の導入前後の状況を比較することにより、①から③のとおり成果が確認される必要がある。この場合、比較する対象者は、原則として6【1】から6【3】の項目の調査を当該介護機器の導入前後ともに受けている同一の利用者及び介護職員とすること。なお、介護職員が育児・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や「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等、比較対象の期間中に勤務形態に変更が生じる場合についても、比較の対象から除くこと。

また、本加算の新設以前から生産性向上の取組に着手しており、加算(Ⅰ)の要件となる介護機器の導入前の6【1】の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認することで足りるものとする。

**①…⑥【1】の項目について、本取組による悪化がみられないこと。**

（※「悪化がみられないこと」とは、比較により数値が下がっていないことをいうものであるが、数値の低下の要因が生産性向上の取組に伴うものではない事象によ

るものであることが明らかな場合については当該事象の発生した利用者について、調査の集計対象から除くことは差し支えない。

**②…⑥【2】の項目について、介護職員の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。**

本項目の調査対象期間は、6【2】に規定する調査対象期間（※）に関わらず、加算(Ⅰ)の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した以降の月における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査することとしても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同月又は当該介護機器を導入した月の前月の勤務状況と比較すること。  
※10月における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間

**③…⑥【3】の項目について、維持又は増加していること。**

本項目の調査対象期間は、6【3】に規定する調査対象期間（※1）に関わらず、加算(Ⅰ)の要件となる介護機器を導入した月又は加算(Ⅱ)の算定を開始した月から②の調査対象月までの期間を調査対象期間としても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同期間又は当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数（※2）における取得日数と比較すること。

※1 10月を起点として直近1年間の年次有給休暇の取得日数

※2 例えば、加算(Ⅰ)の要件となる介護機器を令和6年4月に導入し、②の調査対象期間を同年4月から同年7月の4か月間とした場合は、「直近の同期間」は令和5年4月から同年7月の4か月間であり、「当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数」は令和5年12月から令和6年3月の4か月間となる。

**B** 本加算の新設以前から加算(Ⅰ)の要件を満たすような生産性向上の取組を進めている介護サービス事業所が最初から加算(Ⅰ)を算定しようとする場合

生産性向上の取組を従来から進めている介護サービス事業所が最初から加算(Ⅰ)を算定する場合、加算(Ⅰ)の算定開始に当たっては、当該事業所における生産性向上の取組による成果としてA①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。この場合において、データとは、当該事業所において生産性向上の取組を開始した際のデータを有している場合については、当該データと現在の状況を比較することが考えられる。しかしながら、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入前の6(Ⅰ)の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認することでも足りるものとする。



**C** A及びBに該当しない介護サービス事業所が最初から加算(Ⅰ)を算定しようとする場合

A及びBに該当しない介護サービス事業所が最初から加算(Ⅰ)を算定しようとする場合、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した上で、当該介護機器の導入前後における6【1】から6【3】の項目について、A①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。

2024年3月15日(介護報酬改訂告示・通知等)99

**老健入所 稼働アップと在宅復帰**

▼施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援

●単位数

**新** 入所前後訪問指導加算…(Ⅰ)450単位/回【新設】  
入所前後訪問指導加算…(Ⅱ)480単位/回【新設】

●算定要件等

- 1…入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 現行と同様
- 2…入所前後訪問指導加算(Ⅱ) (Ⅰ)に加え、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が会議を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合

**イ 生活機能の具体的な改善目標**

当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。

**ロ 退所後の生活に係る支援計画**

入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つよう努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。

**通所リハビリ 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・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進【告示改正】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、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、新たな区分を設ける。**
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等

●単位数

通所リハビリテーションの場合	
<b>イ</b>	リハビリテーションマネジメント加算 同意日の属する月から 6月以内…560単位/月 6月超…240単位/月
<b>ロ</b>	リハビリテーションマネジメント加算 同意日の属する月から 6月以内…593単位/月 6月超…273単位/月
<b>ハ</b>	リハビリテーションマネジメント加算【新設】 同意日の属する月から 6月以内…793単位/月 6月超…473単位/月
<b>新</b>	事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合【新設・現行の要件の組み替え】 右記に270単位を加算

© PCKK

●ハの算定要件

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・栄養の情報に関係職種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。

改定後 (一体的に実施した場合の評価の新設)

アセスメント：リハ・口腔・栄養で一体的に実施

- リハビリテーションマネジメント加算(ハ)【新設】
- ①リハに併せて口腔・栄養のアセスメントも実施
- ②リハ・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有
- ③リハビリテーション計画書の見直し

共有された情報を活用



現行 (一体的に実施した場合の評価なし)

アセスメント：個別に実施

リハビリテーション	口腔	栄養
リハビリテーションマネジメント加算	口腔機能向上加算	栄養アセスメント加算
リハビリテーション (基本サービス)	口腔機能向上加算 (同上)	栄養改善加算

2024年1月22日「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」資料より

▼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

介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

●概要

介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、以下の見直しを行う。

① 利用開始から12月が経過した後の減算について、拡大を行う。ただし、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しを行い、LIFEへリハビリテーションのデータを提出し、フィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。

② 要介護認定制度の見直しに伴い、より適切なアウトカム評価に資するようLIFEへリハビリテーションのデータ提出を推進するとともに、事業所評価加算の廃止を行う。【告示改正】

●単位数

事業所評価加算		新変		利用開始日の属する月から12月超	
改定後	現行	改定後	現行	施設	改定後
介護予防訪問リハビリテーション ：120単位/月 介護予防通所リハビリテーション ：120単位/月 どちらも廃止	介護予防訪問リハビリテーション ：120単位/月 介護予防通所リハビリテーション ：120単位/月 どちらも廃止	要件を満たした場合は減算なし【新設】 要件を満たさない場合は減算なし【新設】 要支援1：120単位/月減算【変更】 要支援2：240単位/月減算【変更】	要件を満たした場合は減算なし【新設】 要件を満たさない場合は減算なし【新設】 要支援1：20単位/月減算 要支援2：40単位/月減算	介護予防通所リハビリテーション 5単位/回減算	介護予防訪問リハビリテーション 5単位/回減算

●算定要件

【新設】 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所(訪問)リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準

●3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を編成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

●利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

2024年1月22日「介護給付算料科会」資料より

通所リハビリ・訪問リハビリ 通院カンファレンスへの参加

▼医療と介護の連携の推進  
—在宅における医療・介護の連携強化—

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取り義務化【省令改正・告示改正】

●退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、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。

●リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★・通所リハビリテーション★

●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力し、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。

2024年1月22日（令和6年度介護報酬改定の主な事項について）資料より

●単位数

改定後	現行
なし	なし
<b>新</b> 退院時共同指導加算 <b>600単位/回【新設】</b>	

●算定要件等

【新設】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サービス提供を行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※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。

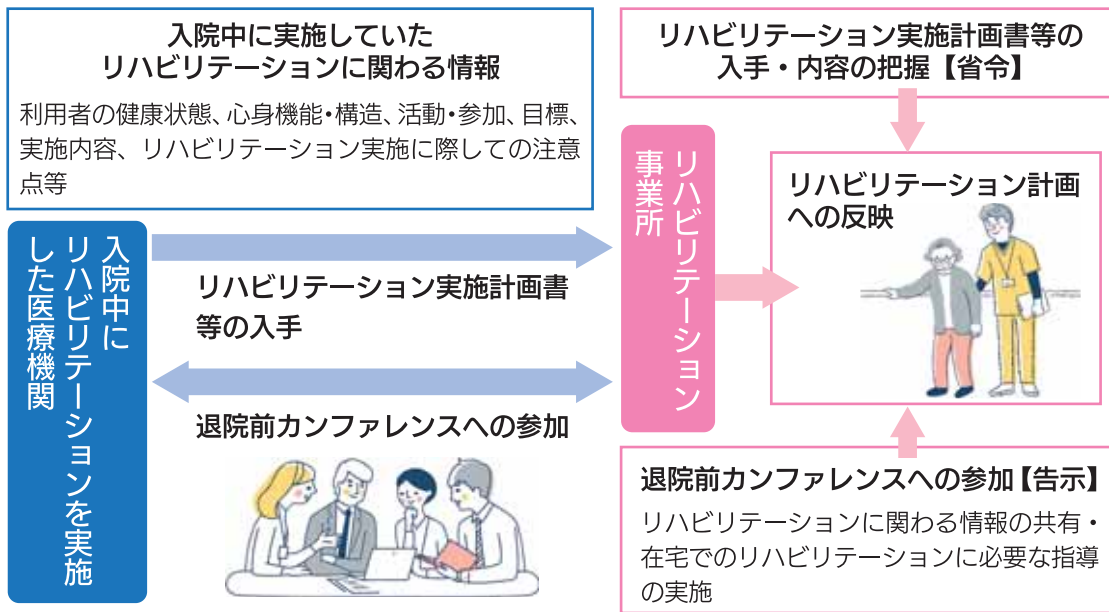
▼退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

訪問リハビリテーション★・通所リハビリテーション★

●概要

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機

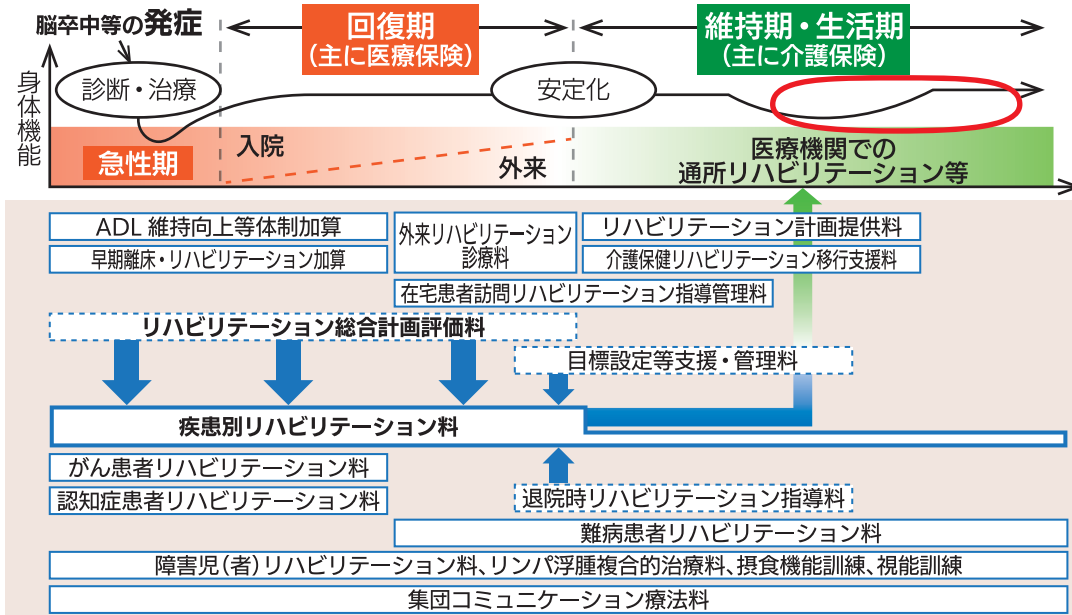
関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】



2024年1月22日「介護給付費分科会」等より

通所リハビリ 目的利用・リハビリテーション事業所としての取り組み

▼リハビリテーションに係る診療報酬の現状 整理（平成30年度診療報酬改定後）



個別事項（その1）リハビリテーション、医薬品の効果的かつ有効・安全な使用より

▼リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実(図1)

- 退院(所)後間もない者に対する短期集中リハビリテーションに個別リハビリテーションの機能を統合し、評価を平準化。
- 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を追加。
- ADLやADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの仕組みを導入。

- 1か月・3か月・6か月短期集中+生活行為向上リハ
- 排泄自立支援

ずっと利用することが目的の人がいてもいいけど、中には、1か月限定、3か月限定、6か月限定で目的を持って利用する人がいてもいいのではないかな？

- ・○○に自信がない
- ・しっかり体力付けたい
- ・○○が自分でできるようにになりたい
- ・○○を自分でしてほしい



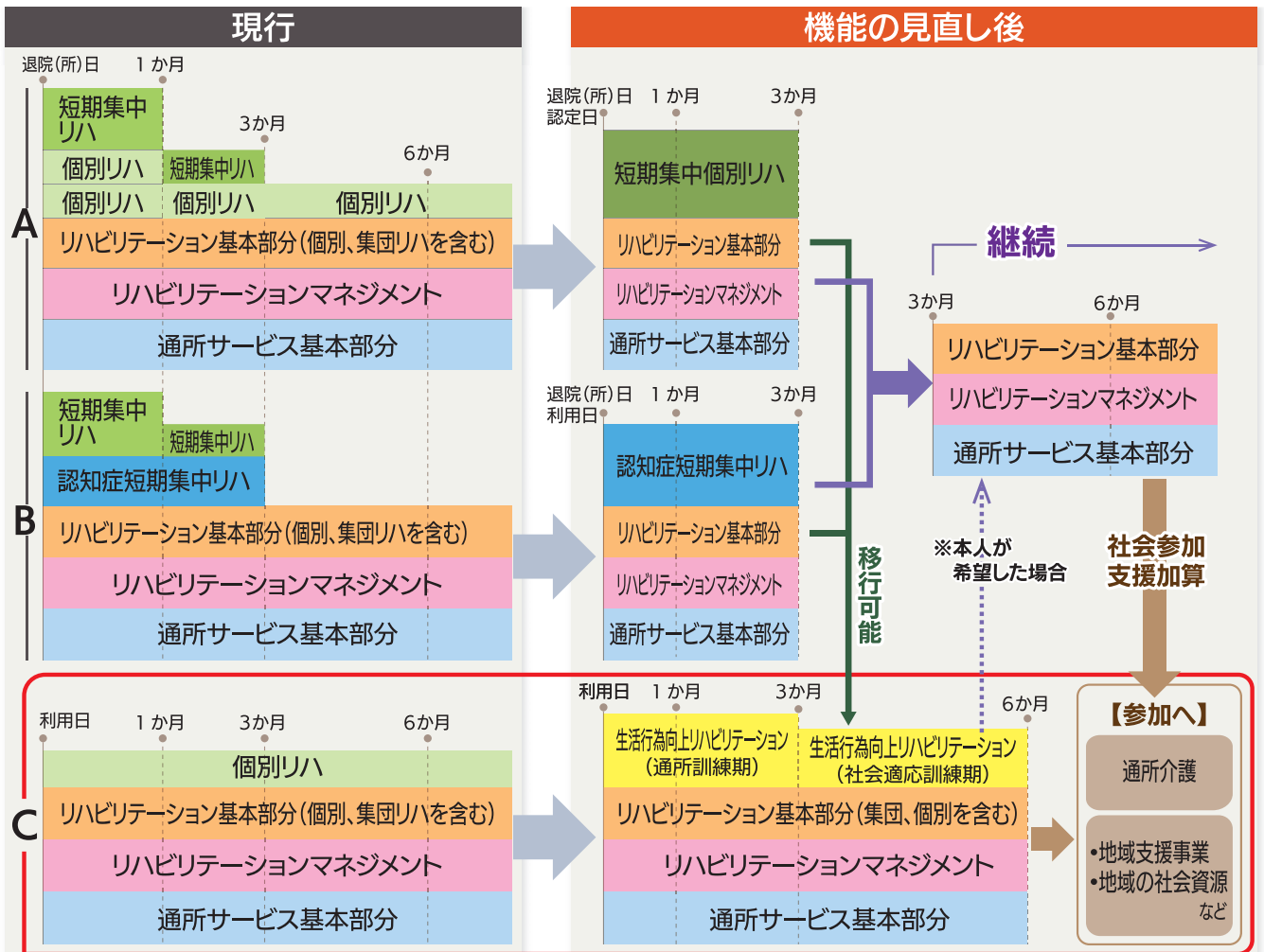
これからの通所リハの取り組み

- それぞれの運動機能プログラムがどういう効果があるのかを各職員が理解して提供しているか？
  - 利用者にそれが伝わっているか？
  - 効果あることを効果が出るように実施していくためには、指導側と実施側が理解しておくこと！
- ↓このパズルは記憶力を高める(もの忘れを防ぐ)訓練です
- ↓この運動は○○を鍛える運動です。○○を鍛えること、転倒しにくくなります

……など  
© JAZZCA

—— 対応の全体像案 ——

- A 身体機能を向上するための個別リハビリテーションは退院(所)後間もない者に対する短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合する
- B 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。
- C 歩行・排泄動作などのADLや調理などのADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリの創設を行う。



—— 図1 ——

# まとめ 2024年診療報酬改訂への対応 — 介護 —

## 1 今の利用者を大事にすることが増加につながる

### ① 今、「ご利用いただいている方々への対応の強化

● **利用者** 「自宅での生活を一日でも長くするため  
に何が必要か

● **家族** 不安や不満を少なくするために、どのよ  
うに寄り添うか

● **ケアマネ** 信頼いただくためには何が必要か、ケア  
マネが大事にしていることは何か

● **医師** 伝え確認すべきことは何か、誰にどんな  
方法で橋渡しをお願いするか

● **入院中の医療機関** どのような状態であれば、「自宅や施設で  
受けられるのか、伝える

### ② 信頼が人を呼ぶ

● 新規顧客も大事だが、既存顧客や関係者は満足  
納得していただいているのか

● こんなことができる、こんな方受け入れます  
↓こんなことを行い、こんな結果がでています

## 2 LIFEEへの関わりは必須

### ① 国の施策は重症化予防

● 重症化予防ができているかの評価は、LIFEEで  
確認可能。まずは、今の利用者の評価

### ② 利用者への対応で重要なことは重症化予防

● 悪化しないように努めることが、利用者へのサービ  
スの強化であり、利用者数の維持

## 3 稼働アップのために

### ① 月別連携先別紹介件数一覧の分析・対応策

● どこからの紹介が増減しているか、どのような目的・

理由の紹介が増加しているか

● 結果に対応策が含まれている

↓誰が分析・対応策を提案するのか

### ② 予測利用者数の把握、確認

● 少なくとも2か月先までの利用者数予定を作成し、  
目標数への空床・空白を埋める。大事なことは、予定  
管理

### ③ 増やすためには減らないようにすること (目的卒業、目的退所以外)

● 終了理由、入院理由を統計し、少なくする対策を部  
署内で協議

## 4 加算は重要

### ① 加算は国の思い(いつか基本要件になる)

● 質を上げるため、選ばれるために必要なことが盛り  
込まれている。

### ② 月別加算別算定件数の把握、分析、対応策

● 算定減Ⅱ取り組み減少Ⅱ結果(収益減)  
↓最大可能数に対する実施率で比較

## 5 今後の改訂は総力戦

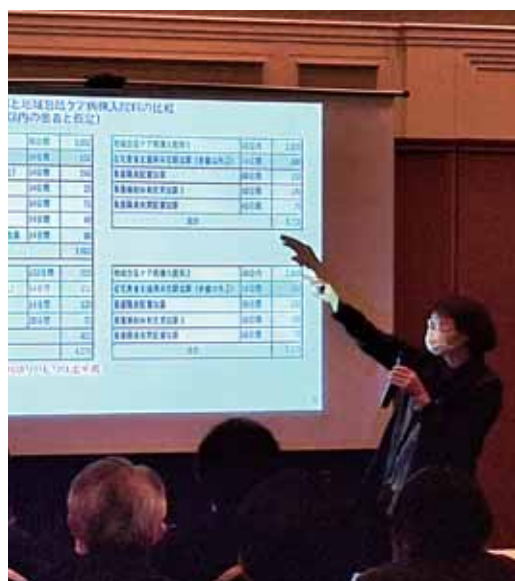
### ① 全職員、これからの改革の流れと改定内容を 知る↓知らなければ協力できない

### ② 部門別改定内容の勉強会

↓部門別に改定への対応内容を落とし込み

### ③ 医療の流れ、改定内容にも目を通し、対策を 検討↓とくに、「介護」連携と名前の付いて

いる診療報酬は大事。介護側は、どのよう  
な動きを求められているか考える。



— 講義の様子 —

# 防災部会

令和6年11月21日(木) 12時～16時

講師・アドバイザー

株式会社 CoAct 渡嘉敷 唯之 氏

介護福祉士・主任介護支援専門員

協力 あいおいニッセイ同和損保株式会社 様

会場 もくせい会館 富士ホール

主催 入野ケアセンター / こみに



アドバイザーの渡嘉敷唯之先生(右端)と

ブーム 4	ブーム 3	ブーム 2	ブーム 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>業務縮小</li> <li>受援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉避難所</li> <li>帰宅困難者対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救護所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害対策本部</li> </ul>
被害想定から自施設の業務縮小について検討し、外部から応援が来た時にどう整理するか検討。	ダンボールベッドやポータブルトイレを使用した避難所設置。	骨折の処置(その場にある物の使用した工夫)や、搬送方法。	指揮命令系統の決定、情報収集、関連機関への連絡、状況判断等、机上にて実施。
職員が何割出勤可能かで業務縮小を検討・他フロアとの連携を見直し・人的ボトルネックを考える(誰がいらないと何が出来ないか)・食事回数を減らす等も検討。	プライバシーが守られているか物品が足りているか確認・椅子を活用しベッドを作る時は8個必要で、段ボールを敷く・スペースが限られるため導線確保・ベッドと車椅子の距離や臭い対策・手指洗浄用の水準備も必要・停電時は心細く介助時は危険で作業効率も落ちる・暗い中で作業は本当に大変・必要物品が手の届く範囲にあるとは限らないので、どんな状況でも用意できる準備が必要。	骨折箇所の固定方法を確認(今回はユーチューブで確認・負傷者への配慮や声かけが大事・搬送に使う道具や救急セット等何処にあるか把握しておく・搬送経路を確認すること・1人の搬送でも2人必要・リーダーを決めておく)とスムーズ・機転を利かせるグループもあつたがリーダーにかかっている・実際は足元が悪く危険。	指揮命令系統は必ず決める・ハザードマップと施設の図面は必須・安否確認の優先順位や連絡方法の確認・不測の事態が起きた時を想像し、話し合っておくことが大事。

## ▼訓練(体験型)研修

講師 株式会社 CoAct 渡嘉敷唯之氏

令和6年11月21日に、防災部会を開催しました。当日は、会場内の事前アンケート結果に基づき、6つのブースを設置し、各ブースには渡嘉敷先生の指示を受けた入野ケアセンター、こみにの職員が講師として待機し進行役を務め、参加者は5〜6人一組で他施設の方々と一緒にブースを回る体験型の訓練を実施しました。



渡嘉敷先生(アドバイザー)より研修・講師の流れを説明。その後、研修のシミュレーションを行いました。



参加者が来場し、研修開始。各ブースにて訓練を行いました。

## ブース6

### 災害時の補償

（社）あいわいニッセイ  
同和損保株式会社様

## ブース5

### 避難準備

事業中止の判断のタイミング、避難準備について学ぶ。

リスクにあった補償となっているか確認。

近隣の道や訪問先のリスクも把握する必要がある・ハザードマップや雨雲レーダー通行可能な道の認知共有・リスクによるが無理に避難しない・デイ利用中止の連絡方法はどうする？ 役割分担が大事・予測を超える天候の変化が多く困難。

リスクにあった補償となっているか？  
 どれだけ金額が下りるかも大事だが何に対して（条件含め）補償が出るのか確認・BCPが職員に周知出来ているかも重要。

### まとめ

実際の災害時はボランティアや他施設からの応援もあり、様々な人材が共に動くことが想定されるため、今回、研修参加者の皆様には5〜6人一組で他施設の方々と一緒にブースを回るようにしていただき、普段関わらない方同士、チームになって動いたり、時々会場の照明を落とすことで、停電想定の中動くという事も研修の一環として行いました。

入野ケアセンターと、こみにの職員も順番に、各ブースを体験し、他施設の皆様と関わる事で、非常に良い刺激を受けました。終了後、参加者アンケート結果を取りました。以下はその結果です。

### ▼研修についての評価

内容………良かった92%

理解度………良くできた73%

研修時間……適切92%

▼満足度  
10点満点中最高10点・平均8.6点

### ▼感想

- 夜間のような停電体験は良かった。
- 自施設での今後の取り組み課題の参考となった。



防災部会としては初めての体験型研修となりましたが、参加者アンケートも概ね高評価で、楽しく学べる良い機会になったのではないかと思います。

次年度以降も可能であればこのような形の研修を企画し、各施設の防災意識の向上、BCPの見直しに繋がっていただきたいと思います。

- 大変参考となる研修会でした。ありがとうございました。
  - このような形の研修は初めてだったので良かった。体験し、事例をグループワークしての研修、楽しかったです。参加型研修でした。
  - 今までの知識ではなく、体験する事により、身につく時間になりました。
  - とても勉強になりました。自分達に足りない物が多くあるなと思いました。
  - 災害時に必要な物や知識、優先すべきことが分かり、今回参加して良かったと思いました。
- ……など

# 通所 リハビリ部会

第1回

令和6年5月17日(金) 13時半～15時

講師 静岡県福祉指導課 市川 恵氏

オンライン開催

主催 ケアセンターゆうゆう

介護老人保健施設 ひろみ

令和6年5月17日に、第一回通所リハビリ部会を開催しました。市川先生の講演後に、参加した職員から多くの質問事項をいただいたので、それへの回答をご報告いたします。

## 運営指導と介護報酬改訂について

### Q&A特集

講師 静岡県福祉指導課 市川 恵氏

**Q1** 医療機関のリハビリテーション実施計画書(以下、リハ計画書)の受け取りについて、「計画書」でないといけないか? または「計画書等」となっており、リハビリテーション報告書など、リハ計画書を作成するにあたり必要な情報を満たしていれば差し支えないでしょうか?

解釈通知において、詳細はQRコードへアクセスして30ページ③をご参照ください。

「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準(ごっこ)」



**A1**

**Q2** 医療機関からの情報提供、及び計画書の提供は直前の入院の方の情報提供でよいのか? また、元々在宅生活をされている方で新規利用となった場合、計画書の入手の義務はどの程度の期間、範囲での適応になりますか?

直近の退院時のリハビリテーション計画書の受け取りで差し支えありません。義務化の意図が、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施することであるためです。なお、入退院を繰り返すなどの理由でこれより以前のリハビリテーション計画の把握も必要と判断した場合は、それらの提供も含めて病院と調整をお願いします。

**A2**

**Q3** 退院時共同指導加算について、退院前の家庭訪問への同行や入院中のリハビリの見学は無効で、やはり退院前のカンファレンスに参加のみが対象になりますでしょうか?

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第2-8(29)「退院時共同指導加算についてを」を参照ください。

**A3**

**Q4** リハビリ会議開催時に医師が欠席の場合、別の日にリハビリ計画書について説明すれば、270単位は加算されると考えます。④リハビリテーションマネジメント加算についてをご参照ください。

リハビリ会議開催時に医師が欠席の場合、別の日にリハビリ計画書について説明すれば、270単位は加算されると考えます。④リハビリテーションマネジメント加算についてをご参照ください。

**A4**

**Q5** 今回新しくなった一体型計画書(介護保険最新情報第1217掲載)と今まで使用していた様式2-1-1とは別に作成しなければならぬのでしょうか? また、介護予防の運動器向上計画書についても一体型計画書へ統合されたことになるのでしょうか?

老高発0315第2号、老認発0315第2号、老老発0315第2号令和6年3月15日付けリハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組についてⅡリハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施に関する様式例をご参照ください。別紙様式1-1を用いて計画書を作成した場合、「別紙様式2-1-1」の作成に代えることができます。ただし、1-1の一部のみを記入した場合は、代えることはできません。運動器機能向上計画については、相当内容をリハビリテーション計画書に記載することで作成に代えることができます。

**A5**

**Q6** リハビリ会議の日程を構成員にしっかりと伝えたくてもケアマネや家族の欠席は利用者によっては多いことが予測されますが、伝えた上での欠席であることを証明するために、証拠となるような物は残しておいた方がよいでしょうか?

リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図り、共有したことが分かるよう記録に残してください。

**A6**

**Q7** 退院時共同加算に関して算定のタイミングは初回利用月です。介護保険料上限を超えた場合は自費負担となりますか?

退院時共同加算に関して算定のタイミングは初回利用月です。介護保険料上限を超えた場合は自費負担となります。

**A7**

## Q8

運動器機能向上加算の計画書や月一回のモニタリング、握力等の評価は今後も継続したほうがよろしいでしょうか？ 加算自体が基本報酬に包括化されるので実施しなくてもよいですか？

令和6年度報酬改定により、運動器機能向上加算は廃止となりましたが、解釈通知において以下のとおりとされているため、実施をお願いします。詳細はQRコードへアクセスして28ページ⑨を参照ください。



### A8

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」の制定に伴う実施上の留意事項について」

## Q9

先日県に問い合わせたところ、テレビ電話等での会議の開催の緩和はコロナの終息にて5月7日に終了したとの回答でしたが、「ご家族の了承があれば可能なのでしょうか？ またご家族が遠方等で直接来ることが難しいなどの理由でのテレビ電話の活用は可能でしょうか？」



### A9

リハビリテーション会議の開催に関するご質問としてお答えします。リハ会議については、利用者又はそのご家族の同意があればテレビ電話等での開催も可能です。この形態の会議とする理由は問いません。ただし、いくつかの要件がありますので詳細は解釈通知をご確認ください。詳細はQRコードへアクセスして28ページ⑨を参照ください。

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

## Q10

入浴加算Ⅱにおける算定要件として大浴場型でも段差や手すりの設定などで算定可能とのことですが、環境設定の段階からドクターの介入が必要と考えよろしいでしょうか？

事業所の大浴槽等で利用者の居宅の浴室環境を再現する際については、医師の介入は必須ではありません。

### A10

## Q11

入院を経て利用されるご利用者様の入院中のリハビリ実施計画書は何年前まで遡る必要がありますでしょうか？

まずは直近の退院時のリハビリテーション計画書の受け取りで差し支えありません。義務化の意図が、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施することであるためです。

### A11

なお、入退院を繰り返すなどの理由でこれより以前のリハビリテーション計画の把握も必要と判断した場合は、それらの提供も含めて病院と調整をお願いします。

## Q12

入院中のリハビリ計画書の入手について、新規利用または入院し退院後の利用再開時のみ該当するということでしょうか？

まずは質問にあげていただいたタイミングでの受け取りで差し支えありません。義務化の意図が、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施することであるためです。

### A12

なお、入退院を繰り返すなどの理由でこれより以前のリハビリテーション計画の把握も必要と判断した場合は、これらの提供も含めて病院と調整をお願いします。

## Q13

リハ計画書について、リハマネ加算は算定しない、または算定しても(口)までの場合は、今までの2-2-1、2-2-2の様式を使用するということでしょうか？

そのように取り扱っていただいで差し支えありません。

加算に関係なく適切なリハビリテーションマネジメントが求められることから、事業所として必要なリハビリテーションマネジメントに沿った様式を使用してください。

### A13

## Q14

リハビリ会議について、構成員へのFAX等での日程調整、会議の実施、欠席の場合は事前に照会票を頂く、終了後議事録を配布という形でよいのでしょうか？  
※同じ職種が続けての欠席は不適切ということでしたが、他に今まであった不適切な事例はどのようなものがあったのでしょうか？

リハ会議にかかるフローは概ねご質問に記載のとおりで差し支えありません。特に定めはありませんので、サービス担当者会議等を参考に進行をお願いします。また、サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えありません。なお、リハビリテーション会議にかかる指導は近年行った実績はありません。「同じ職種のもの」というのは、不適切と想定されるケースをあげたものになります。

### A14

## Q15

予防通所の長期利用減算について、要件を満たすために、リハビリ会議を実施していくが、Q&Aで4〜6月中旬に1回開催することで可となりましたが、6月の改定開始で減算対象となる方の場合、6月中に会議を行えば、減算を回避することができるといふ解釈でよいでしょうか？

そのような解釈で差し支えありません。

### A15

## Q16

運動器機能向上加算について、基本報酬に包括化されるが、今までの1ヶ月に1度のモニタリング、評価、目標の設定は継続が必要ということでしょうか？

解釈通知において以下のとおりとされているため、継続をお願いします。詳細はQRコードへアクセスして28ページ⑨を参照ください。



### A16

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」の制定に伴う実施上の留意事項について」

# 栄養部会

令和7年2月6日(木) 14時～16時

講師 合田 敏尚 氏

静岡県立大学名誉教授・前「ふじのくに」みらい共有センター長・食品栄養科学部客員教授

会場 静岡県総合社会福祉会館シズウエル

令和7年2月6日に、栄養部会を開催しました。講師に静岡県立大学名誉教授・食品栄養科学部客員教授の合田敏尚先生をお招きし、管理栄養士の栄養ケア業務に果たす重要な役割についてお話ししていただきました。

当日は22施設から25名が参加し、講演後のグループワークのフリーディスカッションではテーマを設け、各グループで活発なディスカッションとなった様子が伺えました。その模様をお伝えいたします。

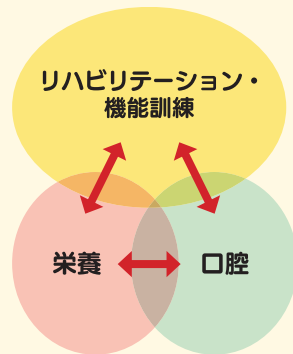


合田敏尚先生の講演



## 医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- 筋力・持久力の向上
- 活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- 低栄養の予防・改善
- 食欲の増進



- 口腔・嚥下機能の維持・改善
- 口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

- 適切な食事形態・摂取方法の提供
- 食事摂取量の維持・改善
- 経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

「リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組（厚生労働省）より抜粋」

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

講演

テーマ

## 「高齢者の口から食べる楽しみを支える 『一体的取組』の背景と展望」について

講師 合田 敏尚氏

管理栄養士の業務は献立・調理を主体とした給食業務から、個人個人の栄養状態の評価・判定栄養ケアプランの実施・評価といった利用者主体の栄養ケア業務へとシフトしています。また、リハビリ、栄養、口腔の取組が一体となって運用されることで、低栄養の改善、誤嚥性肺炎等による入院リスクの低下、在宅復帰率の増大など有意な効果があるという研究結果が報告されています。そのような背景から医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練・栄養管理及び口腔管理を実施する「一体的取組」が非常に重要であり、今後も介護報酬で評価されていくと思います。

管理栄養士は高齢者の口から食べる楽しみを支える重要な役割を果たしているため、自信をもって業務に臨んでほしいという、合田先生から管理栄養士へ強いエールをいただきました。

お忙しい中、ご参加いただいた、講師の合田先生、参加者の皆さまありがとうございました。



グループワークで話し合ったテーマ

- 嚥下ピラミッドの活用状況
- 嚥下調整食の栄養量維持についての対策や工夫
- 一体的取組に関するカンファレンスの内容や頻度  
……など

参加者から出た質問事項

- 嚥下ピラミッド、施設共有について。
- フロアから栄養補助食品の依頼(利用者介護目線)があるのですが、栄養士と言語聴覚士(SLT)が協議した時の栄養補助食品が依頼したものが異なる場合、どちらを選択すれば良いか迷う時があります。
- ミキサー食などの嚥下調整食の栄養量維持について、費用面との兼ね合いが難しく、みなさまどのようにされているか教えていただきたいです。
- 一体的取組に関わるカンファレンスの頻度、一回当たりの時間、記録方法の例を教えてください。

参加者からの感想

- 管理栄養士はひとり職場が多いため、実際に集まって話し合い、課題や疑問、悩みを共有、情報交換できる機会は貴重であり、今後も交流を継続していきたい。
- 参加者に理学療法士や歯科衛生士もいて、有意義なグループワークができた。



グループワークの様子



# 看護・介護 部会研修会

令和7年2月19日(水)

講師 高木 剛 氏

静岡県立大学短期大学部 社会福祉学科 教授

オンライン開催

## ① リスクマネジメントとは

- リスク (Risk) は、「危機」、「危険」、「不確実性」などの意味である。
- リスクマネジメント (Riskmanagement) は一般的に「危機管理」と訳され、「**リスクを組織的に管理 (マネジメント) し、被害等の回避又は低減を図るプロセス**」を指す。

## ② リスクマネジメントのプロセス

- ① **Plan** (状況把握、要因分析、目標設定、計画立案)
- ② **Do** (計画に基づく実施)
- ③ **Check** (実施内容の評価)
- ④ **Action** (改善策の検討)

※ 特に **Plan** が重要！ 中でも「要因分析」は計画立案の方向性に大きく影響を及ぼす。

## ③ 不適切なケアとは

- 不適切なケアの明確な定義はないが、一般的に「**明らかな虐待とは言えないが、適切とも言い難いグレーゾーンに位置するケア**」、或いは「**倫理的に問題があるケア**」とみなされる。
- 不適切なケアは、ご利用者の**人権擁護の観点から問題となり得る**ばかりでなく、明らかな身体拘束や虐待へと発展して**生活の質 (QOL) を根本から失う**危険性を有している。

## ④ 不適切なケアの具体例

- ご利用者に対して、あだ名や〇〇ちゃん呼び、呼び捨てにする
- ご利用者への声掛けなしに介助したり、居室に入ったり、勝手に私物に触る
- ご利用者に対して、「ちょっと待って」を乱用し、長時間待たせる
- 食事や入浴介助の無理強いなど、ご利用者に嫌悪感を抱かせるような介護を強要する
- 説明と同意なしに、異性の入浴介助や排泄介助を行う
- おかずや薬をご飯に混ぜる
- トイレで対応できると思われるご利用者にオムツ対応する
- 「認知症だから分からない」と認識し、ご利用者の意思を確認しない

令和7年2月19日に、令和6年度第1回看護・介護部会研修会をオンライン形式で開催しました。「介護施設におけるリスクマネジメント」不適切なケアを無くすための工夫」と題しまして、静岡県立大学短期大学部の高木剛先生にご講演いただきました。当日は県内28施設から多くの方が参加されました。

講師 高木 剛 氏

静岡県立大学短期大学部 社会福祉学科 教授

近年、介護老人施設、障害者支援施設、保育園などでの不適切なケアが問題化していることを踏まえ、①リスクマネジメントを展開して利用者のQOLを高めること、②不適切なケアを無くすための基盤として、「業務負担・ストレス・組織風土」、「チームアプローチ」などの観点から対策を講じること、③施設内研修を計画する際には、研修の形態や手法、社会資源の活用等を考慮することについて、丁寧に説明していただきました。

不適切なケアはご利用者の人権擁護の観点から問題になり得るだけでなく、QOLを根本から失う危険性があり、日ごろの自身のケアについて見つめ直す機会となりました。

## ⑤ 不適切なケアが生じる主な要因

- **負担・ストレス・組織風土** 業務負担の偏り、職員間の不和、心身のストレス、見て見ぬふり、安易なケアなど
- **チームアプローチ** チームリーダーの役割が不明瞭、職員間の連携が不十分など
- **ケアの質** 認知症の理解が不十分、介護技術が未熟など



## ⑥ 不適切なケアを無くすための基盤づくり

### 負担・ストレス・組織風土

項目	対応（内容）
業務負担の調整	・リーダーは特定の職員に過度な負担がかかっていないか常に気に掛ける
職員間の良好な関係構築	・リーダーは風通しのよい雰囲気づくりを心掛ける（意見交換の場を設ける、交流会等を企画する等）
心身のストレス軽減・解消	・リーダーは積極的に部下に声を掛けて悩みを聞く

### チームアプローチ

項目	対応（内容）
チームリーダーの役割の明確化	・チーム力を発揮するために、リーダーがもつべき、必要な役割（権限）とそれが及ぶ範囲を明確にする
職員間の連携強化	・情報を共有するための仕組みや手順を明確に定める ・チームでの意思決定の仕組みや手順を明確に定める

### ケアの質

項目	対応（内容）
認知症に対する理解促進	・認知症の理解を深める研修を企画する ・どのような配慮や工夫が求められるか意見交換する
アセスメント力と介護計画の立案力の向上	・ご利用者の生活ニーズを把握する ・介護計画の立案に携わる
介護技術の習得	・介護技術の向上に向けた研修を企画する ・研修での学びを実践に活かす

## ⑦ まとめ "日頃のケアを見つめ直す"

ご利用者への何気ない言動が、実は不適切なケアであることが多く、「先輩や同僚も同じようにしているから」や「その方が効果的だから」といった考えは、不適切なケアを助長し、身体拘束や高齢者虐待に発展する危険性があります。不適切なケアを見かけた時は見て見ぬふりをするのではなく、ご利用者のQOLを高めるチャンスだと捉えて職場内で改善に向けてリスクマネジメントを展開することが求められます。

状況把握の方法として、例えば、「虐待の芽チェックリスト」（東京都福祉保健財団作成）が挙げられます。また、施設内研修を企画するのであれば、書籍、DVD、Youtubeなどを活用することもできます。それぞれの職場内でアイデアを出し合いながら不適切なケアを無くしていくことが大切です。

今回の研修が、皆さまの職場において活かされることを期待しています。

## ケアマネ部会

令和7年3月18日(火) 13時半～15時半

会場 ZOOMにて

主催 みゆきの苑 安寧の郷

### 施設相談員部会における相談員等(施設ケアマネ等)連絡会

令和7年3月18日に、「支援相談員及び施設ケアマネ等の交流、意見交換会」を実施しました。

今回の主目的として、支援相談員や施設ケアマネが日々の業務における悩みや課題を、なかなか相談や意思疎通出来る場が少ない事から基本的にフリーテーマで出し合い話し合う場としました。

ZOOMを活用し、参加36施設、6ヶ所施設でアカウントグループに分け、前半と後半の2部構成で一つでも多くの施設とディスカッション出来るよう行いました。

### 主なテーマ・内容として

#### 1 受け入れ基準・回転率・ベッドコントロールについて

- 在宅酸素必要者の受け入れも可能な施設も多くあり。
- 癌末期の方の受け入れや協力病院のもと麻薬管理を実施されている施設もあり。
- 回転率維持のため3か月を目途に居宅や回復期病棟や協力病院を利用しローテーションを図る。また長期化が予測される特養待機目的の方はお断りする。

#### 2 多職種連携について

- 看護部との意見相違に困る事あり。新規入所者検討時意見が分かれた時には看護部の意見が通り易くパワーバランスを痛感する。
- 入所者の身体状況も重要だが入所者数を安定的にキープするという経営的目線の共有化も必要であるため各部署間でコミュニケーションを取るよう努力している。

#### 3 感染症対策について

- 外出、外泊について、外出は冠婚葬祭時のみ可能や外泊は不可のところが多く共通して感染予防の概念が強い。

#### 4 支援相談員と施設ケアマネの業務(役割分担等)について

- 支援相談員と施設ケアマネを兼務している方あり。
- 介護士と施設ケアマネを兼務している方あり。
- 基本的には住み分けされて行っており相談員が入退所関連、ケアマネがケアプラン関連で実施している。
- 相談員が緊急時に夜間出勤ある施設あり。

#### 5 在宅復帰について

- 在宅復帰は最初から計画的に人選(認知症もほぼなくリハビリ目的の方等)を実施。
- 外部の介護付き有料老人ホームや介護医療院を利用。
- 同法人内のグループホームを利用し3か月程度で再入所。グループホームを短期間利用繰り返す事は望ましくないと指摘される事あり。
- インテークの段階から家族説明し了承を得ている。
- 他施設をすすめる事もあるが費用が掛かる場所へは難色を示す傾向あり。

#### 6 利用者の持ち込み内容について

- 携帯電話は同意書や条件付きをもって可能にしている。
- 持ち込み不可の施設も多い。
- 携帯電話やタブレットは写真を撮り拡散、流出の恐れあるため契約書を交わしている。
- 在宅復帰のため在宅生活を考慮して持ち込みを可能にしている。

### まとめ

上記以外でも、利用者獲得に向けての方法、利用料金について、協力医療機関との定期的な会議の実施方法や入院時等の医療機関への情報提供、介護老人保健施設における医療機関からの患者受け入れの促進について…等、多くの意見交換がされました。

参加者からは「どの施設も同じ悩みを持っており参考になった。」「同業種だからこそ具体的な深い話や普段言にくい話が出来て良かった。」等の感想が聴け、今後の業務に繋げる事の出来たグループワークとなりました。

今後も有意義な情報・意見交換の場としての部会となり、また施設運営の礎となるよう実施していきます。お忙しい中、ご参加頂きました皆様、有難う御座いました。

# 令和6年度 事業報告

静岡県老人保健施設協会 《各職域部会・研修会開催状況》

月日	研修名	内容	備考
5月17日	通所リハビリ部会	運営指導と介護報酬改訂について	オンライン 申込数：96名
7月2日	2024年度定期総会	2023年度事業報告、歳入歳出報告、決算報告 2024年度事業計画案、歳入、歳出予算案	参加人数：32名
11月21日	防災部会	訓練（体験型）研修	参加人数：80名
11月14日・15日	第35回 全国老人保健施設大会 岐阜		参加人数：130名 演題数：33
11月30日	研修会	地域包括ケアにおける多職種連携とACPの取組 (沖縄県立中部病院 高山義浩先生講演)	静岡県老人福祉施設協議会、静岡県慢性期医療協会との共同開催 会場参加：29名 オンライン申込
12月5日	研修会・臨時総会	介護老人保健施設における介護報酬改定 (中林 梓先生)	参加人数：50名
2月6日	栄養部会	高齢者の口から食べる楽しみを支える (一体的取組)の背景と展望	参加人数：25名
2月19日	看護・介護部会	介護施設におけるリスクマネジメント ～不適切なケアを無くすための工夫～	オンライン申込：27施設
3月18日	相談員・ケアマネ部会	支援相談員及び施設ケアマネ等の交流、意見交換会、 老人保健施設同士の輪を広げてみませんか？	オンライン申込：64名

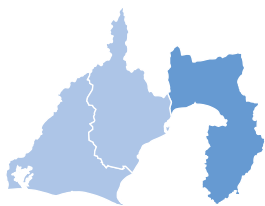
※オンラインでの会議および研修は Cisco Webex を使用

# 令和7年度 年間計画

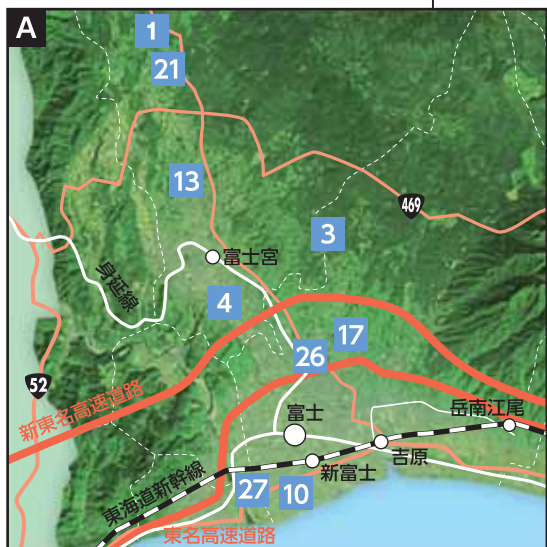
静岡県老人保健施設協会

開催予定日	研修名	内容	備考
5月22日・23日	東海・北陸ブロック老健大会 富山		
6月12日	2025年度定期総会 研修会①	2024年度報告（事業、歳入歳出、決算） 2025年度計画（事業、歳入歳出、予算） 生産性向上・ICTの活用セミナー	
7月	リハビリ部会	主催：梅名の里、平安の森	
8月	防災部会	主催：こみに、入野ケアセンター	
9月	通所リハビリ部会	主催：ゆうゆう、ひろみ	
10月	相談員・ケアマネ部会	主催：みゆきの苑、安寧の郷	
11月27日・28日	第36回全国老人保健施設大会 山口		
12月	臨時総会+研修会②	研修会内容未定	
1月	栄養部会研修会	主催：おおひら、ケアセンター池田の街	
2月	看護・介護部会	主催：三方原ベテルホーム、萩の里	
3月	研修会③	研修会内容未定	
3月	機関誌部会	担当：ヒューマンライフ富士、ユニケア岡部	

※オンラインでの会議および研修は Cisco Webex を使用する予定



静岡県東部



<b>4</b>	<p>一般財団法人富士心身リハビリテーション研究所 <b>富士ケアセンター</b></p> <p>☎ 0544-22-3111    ☎ 0544-22-3907</p> <p>[所在地] 〒418-0035 富士宮市星山1129</p> <p>●開設/平成6年4月    ●入所定員/100名    ●通所定員/60名</p>	
<b>5</b>	<p>医療法人社団 敬寿会 <b>安寧の郷</b></p> <p>☎ 0558-76-8100    ☎ 0558-76-8101</p> <p>[所在地] 〒410-2315 伊豆の国市田京1258-44</p> <p>●開設/平成6年5月    ●入所定員/150名</p>	

<b>1</b>	<p>医療法人社団 鵬友会 <b>リバブルケア</b></p> <p>☎ 0544-54-1800    ☎ 0544-54-0522</p> <p>[所在地] 〒418-0105 富士宮市原682</p> <p>●開設/平成2年4月    ●入所定員/72名    ●通所定員/34名</p>	
<b>2</b>	<p>医療法人社団 康生会 <b>Kanon</b></p> <p>☎ 0550-83-3567    ☎ 0550-82-3887</p> <p>[所在地] 〒412-0043 御殿場市新橋1175-1</p> <p>●開設/平成4年5月    ●入所定員/100名    ●通所定員/20名</p>	
<b>3</b>	<p>医療法人社団 喜生会 <b>ヒューマンライフ 富士</b></p> <p>☎ 0545-36-0511    ☎ 0545-36-2677</p> <p>[所在地] 〒417-0801 富士市大淵3901-1</p> <p>●開設/平成5年7月    ●入所定員/195名    ●通所定員/75名</p>	

**18** 医療法人社団 勝友会  
**サン静浦**  
☎ 055-934-6000 ☎ 055-934-8288  
[所在地] 〒410-0106 沼津市志下344-1  
●開設/平成14年2月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名



**19** 医療法人社団 敬寿会  
**夢の樹の郷**  
☎ 055-971-1000 ☎ 055-971-1003  
[所在地] 〒411-0902 駿東郡清水町玉川1183-1  
●開設/平成15年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名



**20** 医療法人社団 榮記会  
**みしゆくケアセンターわか葉**  
☎ 055-997-8181 ☎ 055-997-8302  
[所在地] 〒410-1107 裾野市御倉1475  
●開設/平成15年11月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**21** 医療法人社団 勝友会  
**いかる野**  
☎ 0544-54-3200 ☎ 0544-54-3201  
[所在地] 〒418-0105 富士宮市原709  
●開設/平成18年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/34名



**22** 公益社団法人 地域医療振興協会  
**伊東市介護老人保健施設みはらし**  
☎ 0557-37-3804 ☎ 0557-37-6678  
[所在地] 〒414-0055 伊東市岡187  
●開設/平成18年4月 ●入所定員/125名 ●通所定員/30名



**23** 医療法人社団 辰五会  
**ふれあいの下田**  
☎ 0558-27-0700 ☎ 0558-27-1117  
[所在地] 〒415-0013 下田市柿崎32-10  
●開設/平成18年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名



**24** 医療法人 啓仁会  
**いとうの杜**  
☎ 0557-35-4165 ☎ 0557-35-4101  
[所在地] 〒414-0002 伊東市湯川288-9  
●開設/平成18年11月 ●入所定員/137名 ●通所定員/60名



**25** 独立行政法人 地域医療機能推進機構  
**三島総合病院附属介護老人保健施設**  
☎ 055-983-6050 ☎ 055-983-6070  
[所在地] 〒411-0801 三島市谷田字藤久保2276  
●開設/平成13年5月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**26** 社会福祉法人 秀生会  
**富士中央ケアセンター**  
☎ 0545-72-3800 ☎ 0545-72-3803  
[所在地] 〒419-0201 富士市厚原372-1  
●開設/平成25年3月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名



**27** 共立蒲原総合病院組合  
**芙蓉の丘**  
☎ 0545-56-2311 ☎ 0545-56-2711  
[所在地] 〒421-3306 富士市中之郷2500-1  
●開設/平成13年6月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名



**28** 社会医療法人 青虎会  
**介護老人保健施設 菜の花の丘**  
☎ 0550-76-5800 ☎ 0550-76-5804  
[所在地] 〒410-1313 駿東郡小山町竹之下321  
●開設/平成27年9月 ●入所定員/100名 ●通所定員/20名



**29** 医療法人社団 真仁会  
**あいの郷**  
☎ 055-965-4123 ☎ 055-965-4133  
[所在地] 〒410-1102 静岡県裾野市深良 2929  
●開設/平成13年12月 ●入所定員/100名 ●通所定員/90名



**6** 社会福祉法人 静和会  
**梅名の里**  
☎ 055-977-8686 ☎ 055-977-8090  
[所在地] 〒411-0816 三島市梅名578  
●開設/平成6年8月 ●入所定員/100名 ●通所定員/70名



**7** 医療法人社団 聡誠会  
**長泉ケアセンター博寿園**  
☎ 055-989-1121 ☎ 055-988-6565  
[所在地] 〒411-0945 駿東郡長泉町本宿418-1  
●開設/平成7年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**8** 医療法人社団 真養会  
**おおひら**  
☎ 055-934-1165 ☎ 055-932-7934  
[所在地] 〒410-0821 沼津市大平1117-1  
●開設/平成7年5月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**9** 社会医療法人 青虎会  
**あすなろ**  
☎ 0550-88-0007 ☎ 0550-88-1101  
[所在地] 〒412-0045 御殿場市川島田1076-2  
●開設/平成7年5月 ●入所定員/199名 ●通所定員/120名



**10** 医療法人財団 百葉の会  
**ききょうの郷**  
☎ 0545-65-2000 ☎ 0545-65-2001  
[所在地] 〒416-0946 富士市五真島175  
●開設/平成9年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/70名



**11** 社会医療法人 志仁会  
**ラ・サンテふよう**  
☎ 055-989-7000 ☎ 055-989-7005  
[所在地] 〒411-0047 三島市佐野1205-3  
●開設/平成9年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/80名



**12** 医療法人 川口会  
**のぞみ**  
☎ 0557-48-0658 ☎ 0557-48-0655  
[所在地] 〒414-0001 伊東市宇佐美中里2405-2  
●開設/平成11年2月 ●入所定員/100名 ●通所定員/20名



**13** 医療法人社団 仁信会  
**みゆきの苑**  
☎ 0544-28-3900 ☎ 0544-25-3939  
[所在地] 〒418-0005 富士宮市宮原337-4  
●開設/平成11年4月 ●入所定員/109名 ●通所定員/70名



**14** 医療法人 それいゆ会  
**河津おもと苑**  
☎ 0558-35-7770 ☎ 0558-35-7771  
[所在地] 〒413-0502 賀茂郡河津町川津筏場1512-18  
●開設/平成11年9月 ●入所定員/50名 ●通所定員/10名



**15** 医療法人社団 健育会  
**しおさい**  
☎ 0558-52-3000 ☎ 0558-52-5577  
[所在地] 〒410-3514 賀茂郡西伊豆町仁科243-1  
●開設/平成12年3月 ●入所定員/50名 ●通所定員/38名



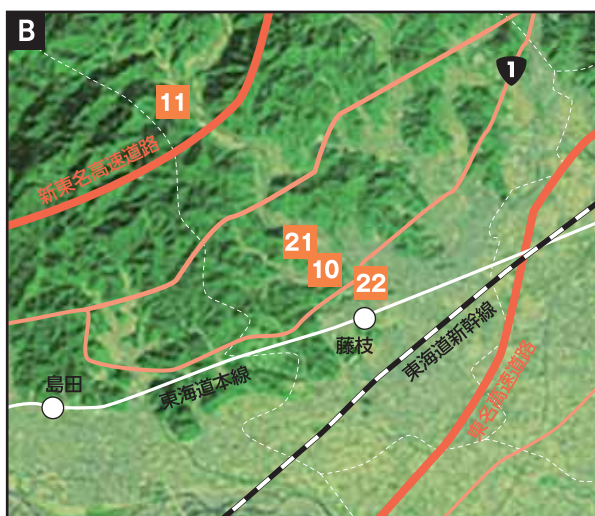
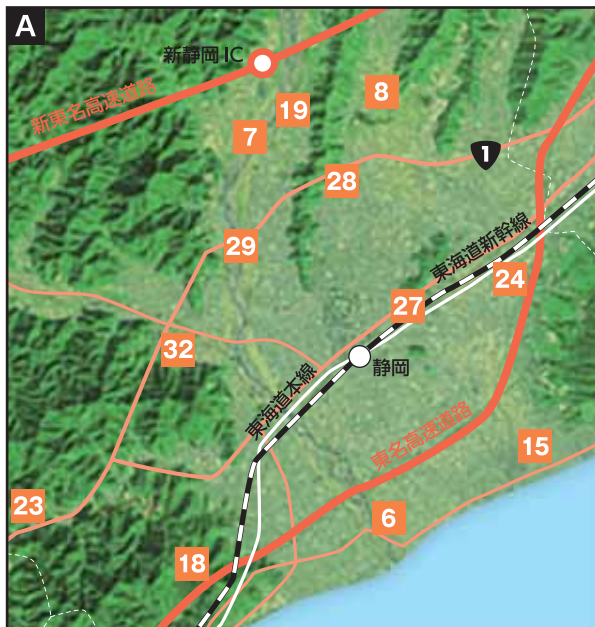
**16** 医療法人社団 静岡メディカルアライアンス  
**なぎさ園**  
☎ 0558-62-6800 ☎ 0558-62-7255  
[所在地] 〒415-0152 賀茂郡南伊豆町湊674  
●開設/平成13年4月 ●入所定員/80名 ●通所定員/20名



**17** 医療法人社団 広見会  
**ひろみ**  
☎ 0545-21-6600 ☎ 0545-21-1003  
[所在地] 〒417-0801 富士市大淵39-1  
●開設/平成14年4月 ●入所定員/90名 ●通所定員/40名



# 会員施設一覧 中部地区



静岡県中部

<b>6</b>	<p>医療法人社団 宏整会 <b>サンライズ大浜</b></p> <p>☎ 054-282-2839 ☎ 054-281-8245</p> <p>[所在地] 〒422-8045 静岡市駿河区西島528</p> <p>●開設/平成8年5月 ●入所定員/121名 ●通所定員/20名</p>	
<b>7</b>	<p>社会福祉法人 楽寿会 <b>楽寿</b></p> <p>☎ 054-296-1112 ☎ 054-296-1313</p> <p>[所在地] 〒421-2115 静岡市葵区与左衛門新田98-11</p> <p>●開設/平成8年10月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<b>8</b>	<p>医療法人社団 博慈会 <b>こみに</b></p> <p>☎ 054-209-7000 ☎ 054-209-7007</p> <p>[所在地] 〒420-0963 静岡市葵区赤松8-16</p> <p>●開設/平成9年4月 ●入所定員/186名 ●通所定員/75名</p>	
<b>9</b>	<p>医療法人社団 正心会 <b>ケアセンターゆうゆう</b></p> <p>☎ 054-625-0321 ☎ 054-625-0322</p> <p>[所在地] 〒425-0052 焼津市田尻4</p> <p>●開設/平成9年4月 ●入所定員/97名 ●通所定員/100名</p>	
<b>10</b>	<p>医療法人社団 平成会 <b>カリタス・メンテ</b></p> <p>☎ 054-643-1266 ☎ 054-643-1289</p> <p>[所在地] 〒426-8662 藤枝市水上123-1</p> <p>●開設/平成9年5月 ●入所定員/50名 ●通所定員/20名</p>	

<b>1</b>	<p>医療法人社団 恒仁会 <b>ケアセンター瀬名</b></p> <p>☎ 054-264-2221 ☎ 054-264-8100</p> <p>[所在地] 〒420-0903 静岡市葵区長尾39-5</p> <p>●開設/平成元年6月 ●入所定員/200名 ●通所定員/60名</p>	
<b>2</b>	<p>医療法人社団 清仁会 <b>あかつきの園</b></p> <p>☎ 054-334-5533 ☎ 054-334-1121</p> <p>[所在地] 〒424-0917 静岡市清水区駒越2883-1</p> <p>●開設/平成3年9月 ●入所定員/100名 ●通所定員/10名</p>	
<b>3</b>	<p>医療法人社団 清秀会 <b>ケア・センター ひまわり</b></p> <p>☎ 054-336-3033 ☎ 054-336-3035</p> <p>[所在地] 〒424-0934 静岡市清水区村松原1-2-34</p> <p>●開設/平成5年9月 ●入所定員/100名 ●通所定員/20名</p>	
<b>4</b>	<p>医療法人社団 続和会 <b>焼津ケアセンター</b></p> <p>☎ 054-623-8111 ☎ 054-623-8116</p> <p>[所在地] 〒425-0062 焼津市中根新田1315</p> <p>●開設/平成7年3月 ●入所定員/150名 ●通所定員/63名</p>	
<b>5</b>	<p>社会医療法人 駿甲会 <b>コミュニティーケア高草</b></p> <p>☎ 054-627-5588 ☎ 054-627-9988</p> <p>[所在地] 〒425-0005 焼津市方ノ上358-1</p> <p>●開設/平成8年4月 ●入所定員/84名 ●通所定員/115名</p>	

**23** 医療法人社団 聖雄会  
**かりん**  
☎ 054-268-6666 ☎ 054-268-6660  
[所在地] 〒421-0105 静岡市駿河区宇津/谷1-1  
●開設/平成17年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**24** 医療法人社団 宝徳会  
**ケアセンター池田の街**  
☎ 054-267-2211 ☎ 054-267-2700  
[所在地] 〒422-8005 静岡市駿河区池田185-1  
●開設/平成17年4月 ●入所定員/110名 ●通所定員/60名



**25** 医療法人財団 百葉の会  
**鶴舞乃城**  
☎ 054-361-1234 ☎ 054-361-0800  
[所在地] 〒424-0114 静岡市清水区庵原町3158  
●開設/平成19年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/70名



**26** 医療法人 志太会  
**ユニケア岡部**  
☎ 054-667-5555 ☎ 054-667-3623  
[所在地] 〒421-1131 藤枝市岡部町内谷1473-3  
●開設/平成15年9月 ●入所定員/100名 ●通所定員/50名



**27** 医療法人社団 アル・アンド・オー  
**エスコートタウン静清**  
☎ 054-267-1010 ☎ 054-267-1060  
[所在地] 〒420-0821 静岡市葵区柚木90-1  
●開設/平成19年9月 ●入所定員/120名 ●通所定員/70名



**28** 医療法人財団 百葉の会  
**星のしずく**  
☎ 054-200-5555 ☎ 054-200-5558  
[所在地] 〒420-0805 静岡市葵区城北87  
●開設/平成24年5月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**29** 医療法人 杏林会  
**リハビリパーク駿府**  
☎ 054-266-3611 ☎ 054-266-3613  
[所在地] 〒420-0873 静岡市葵区藤上8-6  
●開設/平成24年11月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名



**30** 医療法人社団 健寿会  
**もくれん**  
☎ 054-366-5101 ☎ 054-366-5102  
[所在地] 〒424-0104 静岡市清水区草ヶ谷ヶ谷クツソウヶ谷624-22  
●開設/平成22年4月 ●入所定員/158名 ●通所定員/0名



**31** 医療法人 徳洲会  
**あじさい**  
☎ 0548-23-0231 ☎ 0548-23-0235  
[所在地] 〒421-0421 牧之原市細江3208-1  
●開設/平成26年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/25名



**32** 医療法人 徳洲会  
**静岡徳洲苑**  
☎ 054-277-3300 ☎ 054-277-3305  
[所在地] 〒421-1221 静岡市葵区牧ヶ谷811-15  
●開設/平成24年6月 ●入所定員/100名 ●通所定員/18名



**33** 医療法人 杏林会  
**リハビリパーク清水**  
☎ 054-367-0101 ☎ 054-367-0115  
[所在地] 〒424-0005 静岡市清水区石川1135  
●開設/平成28年10月 ●入所定員/108名 ●通所定員/30名



**34** 社会医療法人 駿甲会  
**コミュニティーケア大井川**  
☎ 054-625-8560 ☎ 054-625-8561  
[所在地] 〒421-0216 静岡県焼津市相川1577-1  
●開設/平成30年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/50名



**11** 医療法人社団 聖稜会  
**グリーンヒルズ藤枝**  
☎ 054-639-1234 ☎ 054-639-1255  
[所在地] 〒426-0133 藤枝市宮原420-1  
●開設/平成10年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/50名



**12** 医療法人社団 共生会  
**エコトープ**  
☎ 0547-45-0111 ☎ 0547-45-0112  
[所在地] 〒428-0007 島田市島534-1  
●開設/平成10年10月 ●入所定員/150名 ●通所定員/40名



**13** 医療法人社団 健社会  
**アポロン**  
☎ 0547-34-2000 ☎ 0547-34-2358  
[所在地] 〒427-0047 島田市中溝町1714-1  
●開設/平成11年4月 ●入所定員/120名 ●通所定員/45名



**14** 医療法人社団 博恵会  
**アリス草薙**  
☎ 054-347-6511 ☎ 054-347-6565  
[所在地] 〒424-0886 静岡市清水区草薙424-7  
●開設/平成11年11月 ●入所定員/100名 ●通所定員/90名



**15** 医療法人社団 秀慈会  
**萩の里**  
☎ 054-236-1155 ☎ 054-236-1177  
[所在地] 〒422-8018 静岡市駿河区西大谷12-5  
●開設/平成12年3月 ●入所定員/100名 ●通所定員/85名



**16** 医療法人社団 あけぼの  
**はるかぜ**  
☎ 0548-52-7771 ☎ 0548-52-7781  
[所在地] 〒421-0514 牧之原市菅ヶ谷1240-1  
●開設/平成12年3月 ●入所定員/80名 ●通所定員/40名



**17** 静岡県厚生農業協同組合連合会  
**きよみの里**  
☎ 054-369-7700 ☎ 054-360-4100  
[所在地] 〒424-0203 静岡市清水区興津東町1829  
●開設/平成12年6月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名



**18** 医療法人社団 静寿会  
**葵の里**  
☎ 054-257-2281 ☎ 054-268-5221  
[所在地] 〒421-0135 静岡市駿河区小坂376-1  
●開設/平成12年9月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**19** 医療法人社団 松英会  
**あみ**  
☎ 054-206-1777 ☎ 054-206-1717  
[所在地] 〒421-2109 静岡市葵区福田ヶ谷73-2  
●開設/平成14年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名



**20** 社会医療法人 駿甲会  
**コミュニティーケア吉田**  
☎ 0548-34-5577 ☎ 0548-34-5578  
[所在地] 〒421-0302 榛原郡吉田町川尻1700-1  
●開設/平成15年3月 ●入所定員/100名 ●通所定員/50名



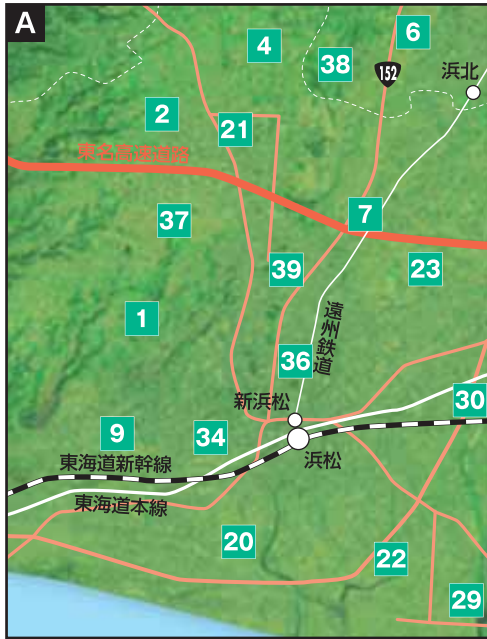
**21** 医療法人社団 平成会  
**マインド**  
☎ 054-643-3601 ☎ 054-643-3602  
[所在地] 〒426-0075 藤枝市瀬戸新屋487-2  
●開設/平成15年11月 ●入所定員/150名 ●通所定員/40名



**22** 医療法人社団 凜和会  
**フォレストアスタ藤枝**  
☎ 054-647-3833 ☎ 054-647-3831  
[所在地] 〒426-0033 藤枝市小石川町2-8-13  
●開設/平成15年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/53名



# 会員施設一覧 西部地区



<b>9</b>	医療法人社団 和恵会 <b>入野ケアセンター</b>	
☎ 053-440-1200 ㊚ 053-440-1201 [所在地] 〒432-8061 浜松市中央区入野町 6417 ●開設/平成7年10月 ●入所定員/150名 ●通所定員/80名		
<b>10</b>	医療法人社団 木野記念会 <b>於保老健センター</b>	
☎ 0538-58-2550 ㊚ 0538-58-2552 [所在地] 〒437-1216 磐田市一色26 ●開設/平成8年4月 ●入所定員/80名 ●通所定員/20名		
<b>11</b>	医療法人社団 川口会 <b>エバーグリーン掛川</b>	
☎ 0537-21-0550 ㊚ 0537-21-0551 [所在地] 〒436-0043 掛川市大池680 ●開設/平成8年5月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名		
<b>12</b>	社会福祉法人 天電厚生会 <b>さいわい</b>	
☎ 053-583-1156 ㊚ 053-583-1258 [所在地] 〒431-3492 浜松市天竜区渡ヶ島221 ●開設/平成9年6月 ●入所定員/127名 ●通所定員/55名		
<b>13</b>	医療法人社団 藤友五幸会 <b>おおふじ五幸ホーム</b>	
☎ 0538-38-5511 ㊚ 0538-38-5656 [所在地] 〒438-0002 磐田市大久保508-3 ●開設/平成10年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/35名		
<b>14</b>	医療法人社団 愛慈会 <b>さくらの苑</b>	
☎ 0538-33-3800 ㊚ 0538-33-3802 [所在地] 〒438-0074 磐田市二之宮字仙水1162 ●開設/平成10年5月 ●入所定員/100名 ●通所定員/39名		
<b>15</b>	医療法人社団 学修会 <b>神子の園</b>	
☎ 0537-20-0080 ㊚ 0537-20-0081 [所在地] 〒436-0084 掛川市逆川100 ●開設/平成11年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名		
<b>16</b>	医療法人社団 清怜会 <b>袋井ケアセンター</b>	
☎ 0538-49-4911 ㊚ 0538-49-4912 [所在地] 〒437-0003 袋井市萱間933-1 ●開設/平成11年7月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名		

<b>1</b>	医療法人社団 一穂会 <b>西山ウエルケア</b>	
☎ 053-485-5500 ㊚ 053-485-6130 [所在地] 〒432-8001 浜松市中央区西山町 411-2 ●開設/平成元年3月 ●入所定員/148名 ●通所定員/32名		
<b>2</b>	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 <b>三方原ベテルホーム</b>	
☎ 053-436-6600 ㊚ 053-439-0055 [所在地] 〒431-1304 浜松市浜名区細江町中川 7421-1 ●開設/平成3年4月 ●入所定員/150名 ●通所定員/50名		
<b>3</b>	医療法人社団 早友会 <b>みっかび東介護老人保健施設</b>	
☎ 053-524-2000 ㊚ 053-524-1152 [所在地] 〒431-1404 浜松市浜名区三ヶ日町宇志 34-1 ●開設/平成4年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名		
<b>4</b>	医療法人社団 長啓会 <b>都ケアセンター</b>	
☎ 053-428-3331 ㊚ 053-428-3332 [所在地] 〒431-2102 浜松市浜名区都田町 7555-47 ●開設/平成5年3月 ●入所定員/405名 ●通所定員/20名		
<b>5</b>	医療法人社団 恵成会 <b>なかよし</b>	
☎ 0538-34-6543 ㊚ 0538-37-7498 [所在地] 〒438-0838 磐田市小立野132 ●開設/平成6年3月 ●入所定員/100名 ●通所定員/100名		
<b>6</b>	医療法人社団 明徳会 <b>エーデルワイス</b>	
☎ 053-585-1500 ㊚ 053-585-1501 [所在地] 〒434-0041 浜松市浜名区平口 2405 ●開設/平成6年9月 ●入所定員/150名 ●通所定員/60名		
<b>7</b>	医療法人社団 岡崎会 <b>ハイマート有玉</b>	
☎ 053-434-7877 ㊚ 053-435-4987 [所在地] 〒431-3122 浜松市中央区有玉町 1436 ●開設/平成7年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名		
<b>8</b>	医療法人社団 白梅会 <b>白梅ケアホーム</b>	
☎ 053-485-7711 ㊚ 053-485-7712 [所在地] 〒431-1112 浜松市中央区大人見町 3011-1 ●開設/平成7年4月 ●入所定員/150名 ●通所定員/40名		

<p><b>29</b> 医療法人社団 藤友五幸会 <b>五洋の里</b> ☎ 0538-67-1755 ☎ 0538-67-1756 [所在地] 〒438-0234 磐田市掛塚3190-1 ●開設/平成18年7月 ●入所定員/110名 ●通所定員/45名</p>	
<p><b>30</b> 医療法人社団 拓己会 <b>長鶴の郷</b> ☎ 053-423-2700 ☎ 053-423-2711 [所在地] 〒435-0031 浜松市中央区長鶴町 290 ●開設/平成19年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/45名</p>	
<p><b>31</b> 社会福祉法人 大善福祉会 <b>あらたま</b> ☎ 053-582-3211 ☎ 053-582-3333 [所在地] 〒434-0004 浜松市浜北区宮口 3152 ●開設/平成18年9月 ●入所定員/80名 ●通所定員/20名</p>	
<p><b>32</b> 医療法人社団 恵成会 <b>えいせい掛川介護老人保健施設</b> ☎ 0537-20-1611 ☎ 0537-29-1116 [所在地] 〒436-0342 掛川市上西郷8021 ●開設/平成19年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>33</b> 医療法人社団 早友会 <b>クロヤナギ介護老人保健施設</b> ☎ 053-524-1000 ☎ 053-524-1152 [所在地] 〒431-1404 浜松市浜南区三ヶ日町志 34-1 ●開設/平成21年8月 ●入所定員/19名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>34</b> 医療法人社団 白梅会 <b>白梅県居ケアホーム</b> ☎ 053-458-2100 ☎ 053-458-2101 [所在地] 〒432-8036 浜松市中央区東伊場 2-14-35 ●開設/平成24年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>35</b> 医療法人社団 光久会 <b>はるのケアセンター</b> ☎ 053-989-1500 ☎ 053-989-1502 [所在地] 〒437-0605 浜松市天竜区春野町気田776-5 ●開設/平成24年4月 ●入所定員/60名 ●通所定員/30名</p>	
<p><b>36</b> 医療法人社団 あずま会 <b>平安の森</b> ☎ 053-476-1156 ☎ 053-401-0011 [所在地] 〒430-0918 浜松市中央区八幡町 181 ●開設/平成24年11月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名</p>	
<p><b>37</b> 医療法人社団 和恵会 <b>みずほケアセンター</b> ☎ 053-414-2220 ☎ 053-414-2225 [所在地] 〒433-8118 浜松市中央区高丘西 2-32-36 ●開設/平成25年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>38</b> 医療法人社団 友成医院 <b>介護老人保健施設 きらりの森</b> ☎ 053-589-3331 ☎ 053-589-3332 [所在地] 〒434-0046 浜松市浜南区染地台 3-29-20 ●開設/平成26年4月 ●入所定員/100名</p>	
<p><b>39</b> 医療法人社団 心 <b>介護老人保健施設 坂の上ろうけん曳馬野</b> ☎ 053-416-2015 ☎ 053-416-2025 [所在地] 〒433-8123 浜松市中央区幸 4-36-3 ●開設/平成27年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/30名</p>	
<p><b>40</b> 医療法人社団 綾和会 <b>介護老人保健施設 桔梗の丘</b> ☎ 0537-23-7110 ☎ 0537-23-7116 [所在地] 〒436-0030 掛川市杉谷南1丁目1-1 ●開設/平成27年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名</p>	

<p><b>17</b> 医療法人 宝美会 <b>まんさくの里</b> ☎ 053-572-3911 ☎ 053-572-3939 [所在地] 〒431-0422 湖西市岡崎1353-1 ●開設/平成13年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名</p>	
<p><b>18</b> 御前崎市 <b>はまおか</b> ☎ 0537-86-8822 ☎ 0537-85-7436 [所在地] 〒437-1688 御前崎市池新田2070 ●開設/平成13年5月 ●入所定員/50名 ●通所定員/55名</p>	
<p><b>19</b> 医療法人社団 藤花会 <b>花平ケアセンター</b> ☎ 053-542-4187 ☎ 053-542-4087 [所在地] 〒431-2211 浜松市浜南区引佐町花平 708 ●開設/平成14年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>20</b> 医療法人社団 和恵会 <b>白脇ケアセンター</b> ☎ 053-444-3131 ☎ 053-444-3132 [所在地] 〒430-0846 浜松市中央区白羽町 1424 ●開設/平成14年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/70名</p>	
<p><b>21</b> 医療法人社団 東医会 <b>みかたはら介護老人保健施設</b> ☎ 053-438-5886 ☎ 053-438-5887 [所在地] 〒433-8105 浜松市中央区三方原町 675-6 ●開設/平成19年2月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>22</b> 医療法人社団 山川会 <b>ケアセンター芳川</b> ☎ 053-426-0003 ☎ 053-426-0004 [所在地] 〒430-0838 浜松市中央区嵐野町 24 ●開設/平成15年10月 ●入所定員/100名 ●通所定員/60名</p>	
<p><b>23</b> 医療法人社団 緑生会 <b>天王介護老人保健施設</b> ☎ 053-423-1070 ☎ 053-423-1072 [所在地] 〒435-0051 浜松市中央区市野町 2495 ●開設/平成15年8月 ●入所定員/100名 ●通所定員/40名</p>	
<p><b>24</b> 医療法人社団 あおば会 <b>あおばケアガーデン</b> ☎ 0537-48-0002 ☎ 0537-48-0024 [所在地] 〒437-1302 掛川市大淵4345 ●開設/平成16年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/80名</p>	
<p><b>25</b> 社会福祉法人 茗翠会 <b>風の杜</b> ☎ 0538-85-1121 ☎ 0538-85-1171 [所在地] 〒437-0214 周智郡森町草ヶ谷104-1 ●開設/平成17年4月 ●入所定員/80名 ●通所定員/30名</p>	
<p><b>26</b> 医療法人社団 晴和会 <b>さわだの庄</b> ☎ 0537-35-8889 ☎ 0537-35-8880 [所在地] 〒439-0037 菊川市西方5511 ●開設/平成17年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/70名</p>	
<p><b>27</b> 医療法人社団 白梅会 <b>白梅豊岡ケアホーム</b> ☎ 0539-62-1601 ☎ 0539-62-1606 [所在地] 〒438-0126 磐田市下神増183-1 ●開設/平成18年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/20名</p>	
<p><b>28</b> 医療法人社団 紅紫会 <b>ナーシングホームオンフルール</b> ☎ 0538-45-0080 ☎ 0538-45-0081 [所在地] 〒437-0023 袋井市高尾1439-3 ●開設/平成18年4月 ●入所定員/100名 ●通所定員/20名</p>	

〈テーマ〉 医療と介護の連携における老健の役割



第19回 東海・北陸ブロック

# 老健大会 富山

会期 2025年5月22日(木)・23日(金)

会場 富山国際会議場 富山県富山市大手町1-2



## 老健 しずおか

静岡県老人保健施設協会機関誌  
第29号

表紙写真 掛川城・天守閣



### INDEX

ご挨拶 静岡県老人保健施設協会 会長 小出 幸夫	1
ご挨拶 静岡県健康福祉部福祉長寿局 (福祉指導課長) 鈴木 立子	2

令和6年度 介護報酬改訂 算定状況についてアンケート調査結果を報告	3
--------------------------------------	---

<b>TOPIC</b> 第35回 老健大会 岐阜	5
------------------------------	---

<b>特集</b> 地域包括ケアにおける 多職種連携とACPの取り組み ～コロナ禍の夜明け～	9
--	---

介護老人保健施設における 介護報酬改訂	13
------------------------	----

<b>部会報告</b> 防災部会	29
通所リハビリ部会	31
栄養部会	33
看護・介護部会	35
ケアマネ部会	37

事業報告 令和6年度	38
年間報告 令和7年度	38

<b>会員施設紹介</b> ● 東部地区	39
● 中部地区	41
● 西部地区	43



第36回

# 全国介護 老人保健 施設大会 山口

昭和百年、老健 続く。  
想いを継ぎ 技を磨き 人を繋ぐ

会期

二〇二五年  
十一月二十七日(木)・二十八日(金)

会場

下関市民会館 他

会長  
大会

顥原 健 公益社団法人全国老人保健施設協会 山口県支部長



長府功山寺(下関市)

# 介護老人保健施設の 理念と役割

## 「理念」

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。  
また、家族や地域の人びと・期間と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

## 「5つの役割と機能」

### I 包括的ケアサービス施設

利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援します。  
そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

### II リハビリテーション施設

体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行います。

### III 在宅復帰施設

脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、他職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めます。

### IV 在宅生活支援施設

自立した在宅生活が続けられるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めます。

### V 地域に根差した施設

家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応します。  
市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担います。  
また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めます。

## 静岡県老人保健施設協会

### 西山ウエルケア 内

〒432-8001 静岡県浜松市西区西山町411-2  
TEL.053-485-5500 FAX.053-485-6130  
[www.rouken-shizuoka.jp](http://www.rouken-shizuoka.jp)

