

令和3年度介護報酬改定について



2021年3月10日
日本医師会常任理事
江澤 和彦



令和2年度介護事業経営実態調査結果（各介護サービスにおける収支差率）

- 令和元年度決算の介護サービスの収支差率は、平成30年度（3.1%）と比較し0.7%低下し、2.4%。
- 各サービスの収支差率を見ると、例えば、特養は0.2%低下し1.6%に、老健は1.2%低下し2.4%、居宅介護支援は1.5%低下し△1.6%となる一方で、訪問看護は、0.2%改善し4.4%、福祉用具は0.5%改善し4.7%となっているなど、サービスによって収支状況は異なる。

サービスの種類	令和元年度 概況調査	令和2年度 実態調査		サービスの種類	令和元年度 概況調査	令和2年度 実態調査	
	平成30年度 決算	令和元年度 決算	対30年度 増減		平成30年度 決算	令和元年度 決算	対30年度 増減
施設サービス（ ）内は税引後収支差率				福祉用具貸与	4.2% (3.4%)	4.7% (3.5%)	+0.5% (+0.1%)
介護老人福祉施設	1.8% (1.8%)	1.6% (1.6%)	△0.2% (△0.2%)	居宅介護支援	△0.1% (△0.4%)	△1.6% (△1.9%)	△1.5% (△1.5%)
介護老人保健施設	3.6% (3.4%)	2.4% (2.2%)	△1.2% (△1.2%)	地域密着型サービス（ ）内は税引後収支差率			
介護療養型医療施設	4.0% (3.2%)	2.8% (2.3%)	△1.2% (△0.9%)	定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	8.7% (8.5%)	6.6% (6.0%)	△2.1% (△2.5%)
介護医療院	-	※5.2% (※4.7%)	-	夜間対応型訪問介護	※5.4% (※5.3%)	※2.5% (※2.0%)	△2.9% (△3.3%)
居宅サービス（ ）内は税引後収支差率				地域密着型通所介護	2.6% (2.3%)	1.8% (1.5%)	△0.8% (△0.8%)
訪問介護	4.5% (4.1%)	2.6% (2.3%)	△1.9% (△1.8%)	認知症対応型通所介護	7.4% (7.2%)	5.6% (5.4%)	△1.8% (△1.8%)
訪問入浴介護	2.6% (1.2%)	3.6% (2.7%)	+1.0% (+1.5%)	小規模多機能型居宅介護	2.8% (2.5%)	3.1% (2.9%)	+0.3% (+0.4%)
訪問看護	4.2% (4.0%)	4.4% (4.2%)	+0.2% (+0.2%)	認知症対応型共同生活介護	4.7% (4.4%)	3.1% (2.7%)	△1.6% (△1.7%)
訪問リハビリテーション	3.2% (2.6%)	2.4% (1.9%)	△0.8% (△0.7%)	地域密着型特定施設入居者 生活介護	1.5% (1.2%)	1.0% (0.6%)	△0.5% (△0.6%)
通所介護	3.3% (2.8%)	3.2% (2.9%)	△0.1% (+0.1%)	地域密着型介護老人福祉施設	2.0% (2.0%)	1.3% (1.3%)	△0.7% (△0.7%)
通所リハビリテーション	3.1% (2.6%)	1.8% (1.4%)	△1.3% (△1.2%)	看護小規模多機能型居宅介護	5.9% (5.6%)	3.3% (3.1%)	△2.6% (△2.5%)
短期入所生活介護	3.4% (3.3%)	2.5% (2.3%)	△0.9% (△1.0%)	全サービス平均 ()内は税引後収支差率			
特定施設入居者生活介護	2.6% (1.3%)	3.0% (1.9%)	+0.4% (+0.6%)		3.1% (2.8%)	2.4% (2.1%)	△0.7% (△0.7%)

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

注1：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

令和2年度介護事業経営実態調査結果（各介護サービスの給与費の割合）

○ 収支差の悪化していることについては、介護人材の確保が課題となる中、人件費が増加（給与費割合の上昇：平成30年度から+0.4%）していることが一因として考えられる。

	収入に対する給与費割合		
	令和元年度概況	令和2年度実態調査	
	平成30年度決算	令和元年度決算	対30年度増減
施設サービス			
介護老人福祉施設	63.6%	63.6%	0.0%
介護老人保健施設	60.5%	61.7%	+1.2%
介護療養型医療施設	59.8%	60.9%	+1.1%
介護医療院	-	59.4%	-
居宅サービス			
訪問介護	77.2%	77.6%	+0.4%
訪問入浴介護 （介護予防を含む）	65.7%	66.0%	+0.3%
訪問看護 （介護予防を含む）	76.5%	78.0%	+1.5%
訪問リハビリテーション （介護予防を含む）	71.1%	72.3%	+1.2%
通所介護	63.3%	63.8%	+0.5%
通所リハビリテーション （介護予防を含む）	66.2%	66.7%	+0.5%
短期入所生活介護 （介護予防を含む）	64.1%	63.7%	△0.4%
特定施設入居者生活介護 （介護予防を含む）	44.6%	44.9%	+0.3%

	収入に対する給与費割合		
	令和元年度概況	令和2年度実態調査	
	平成30年度決算	令和元年度決算	対30年度増減
福祉用具貸与 （介護予防を含む）	36.5%	33.9%	△2.6%
居宅介護支援	83.4%	83.6%	+0.2%
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	79.1%	78.8%	△0.3%
夜間対応型訪問介護	76.7%	82.8%	+6.1%
地域密着型通所介護	64.5%	64.2%	△0.3%
認知症対応型通所介護 （介護予防を含む）	65.5%	66.9%	+1.4%
小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）	68.5%	67.9%	△0.6%
認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）	61.8%	64.2%	+2.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護	58.4%	59.3%	+0.9%
地域密着型介護老人福祉施設	63.6%	64.7%	+1.1%
看護小規模多機能型居宅介護	67.7%	68.9%	+1.2%
全サービス平均	64.1%	64.5%	+0.4%

介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額の引上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2.13% 〔 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06% 〕
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮し、つつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)

新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所の経営への影響に関する調査研究事業(速報) ①

(実施主体:株式会社三菱総合研究所 (令和2年度老人保健健康増進等事業))

調査概要

目的: 新型コロナウイルス感染症による、介護サービス事業所等の費用面への影響、今後の経営への影響等を把握するもの。

内容: (1) 費用面への影響や今後の経営への影響等を把握するためのアンケート調査の実施

(39,199事業所/令和2年10月14日~21日)

(2) 決算関連情報をもとにした、新型コロナウイルス感染症への対応に伴う費用面への影響の把握

(22法人・229事業所/令和2年7~10月)

(1) 経営への影響に関するアンケート結果

○ 全国の介護サービス事業所等を対象に、アンケート調査を実施

実施時期: 令和2年10月14~21日

調査内容: 収支の状況、支出(費用)全体の変化、個別の経費の状況 等 ※新型コロナウイルス感染症の流行前との比較

回答数: 26,070件(複数事業所分をまとめて回答することも可能であり、事業所数では39,199事業所)

サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有	サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有	サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有
介護老人福祉施設	2,236	5,716	87	通所介護	3,269	5,566	98	地域密着型通所介護	2,478	3,144	49
介護老人保健施設	1,020	1,665	37	通所リハビリテーション	497	649	17	認知症対応型通所介護	257	360	3
介護療養型医療施設	102	164	3	短期入所生活介護	456	576	9	小規模多機能型居宅介護	594	780	7
介護医療院	36	62	2	特定施設入居者生活介護	781	1,319	27	認知症対応型共同生活介護	1,645	2,455	23
訪問介護	6,103	8,298	105	福祉用具貸与	606	859	8	地域密着型特定施設入居者生活介護	102	153	1
訪問入浴介護	101	422	8	居宅介護支援	3,789	4,507	59	地域密着型介護老人福祉施設	375	587	7
訪問看護	1,283	1,497	33	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	87	108	3	看護小規模多機能型居宅介護	72	112	1
訪問リハビリテーション	127	138	5	夜間対応型訪問介護	8	8	0	療養通所介護	46	54	1
								全体	26,070	39,199	593

○ 収支の状況について、新型コロナウイルス感染症の流行前と比較して「悪くなった」と回答した事業所の割合は、5月で47.5%、10月で32.7%であった。

○ サービス別にみると、5月に「悪くなった」と答えた事業所は、通所系サービスで高い傾向にある。

	全体(N)	令和2年5月					令和2年10月				
		良くなった	悪くなった	変わらない	分からない	無回答	良くなった	悪くなった	変わらない	分からない	無回答
訪問介護	6,103	3.3%	36.5%	38.2%	2.3%	19.7%	9.3%	26.8%	41.9%	2.4%	19.5%
通所介護	3,269	2.9%	72.6%	21.1%	1.9%	1.5%	19.3%	42.2%	34.8%	2.4%	1.3%
通所リハビリテーション	497	1.4%	80.9%	14.1%	2.0%	1.6%	20.5%	44.9%	30.6%	2.4%	1.6%
短期入所生活介護	456	5.5%	62.5%	28.1%	2.0%	2.0%	14.0%	45.2%	36.6%	2.2%	2.0%
介護老人福祉施設	2,236	6.2%	48.7%	41.9%	1.4%	1.8%	10.6%	39.7%	46.2%	1.7%	1.7%
介護老人保健施設	1,020	5.3%	60.6%	31.4%	1.4%	1.4%	10.6%	50.2%	35.6%	2.1%	1.6%
全体	26,070	3.7%	47.5%	40.4%	2.5%	5.9%	12.6%	32.7%	46.4%	2.7%	5.6%

※施設系サービスについては、短期入所生活介護や短期入所療養介護を含めて回答している可能性があることに留意が必要

【参考】新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所等の収入への影響について①

- サービス種類別の保険給付額について、対前年同月比では、本年5月は+0.5%であったが、8月は+3.4%となっている。
- サービス種類別の1事業所あたり利用者数について、対前年同月比では、本年5月は▲1.7%であったが、8月は+0.6%となっている。

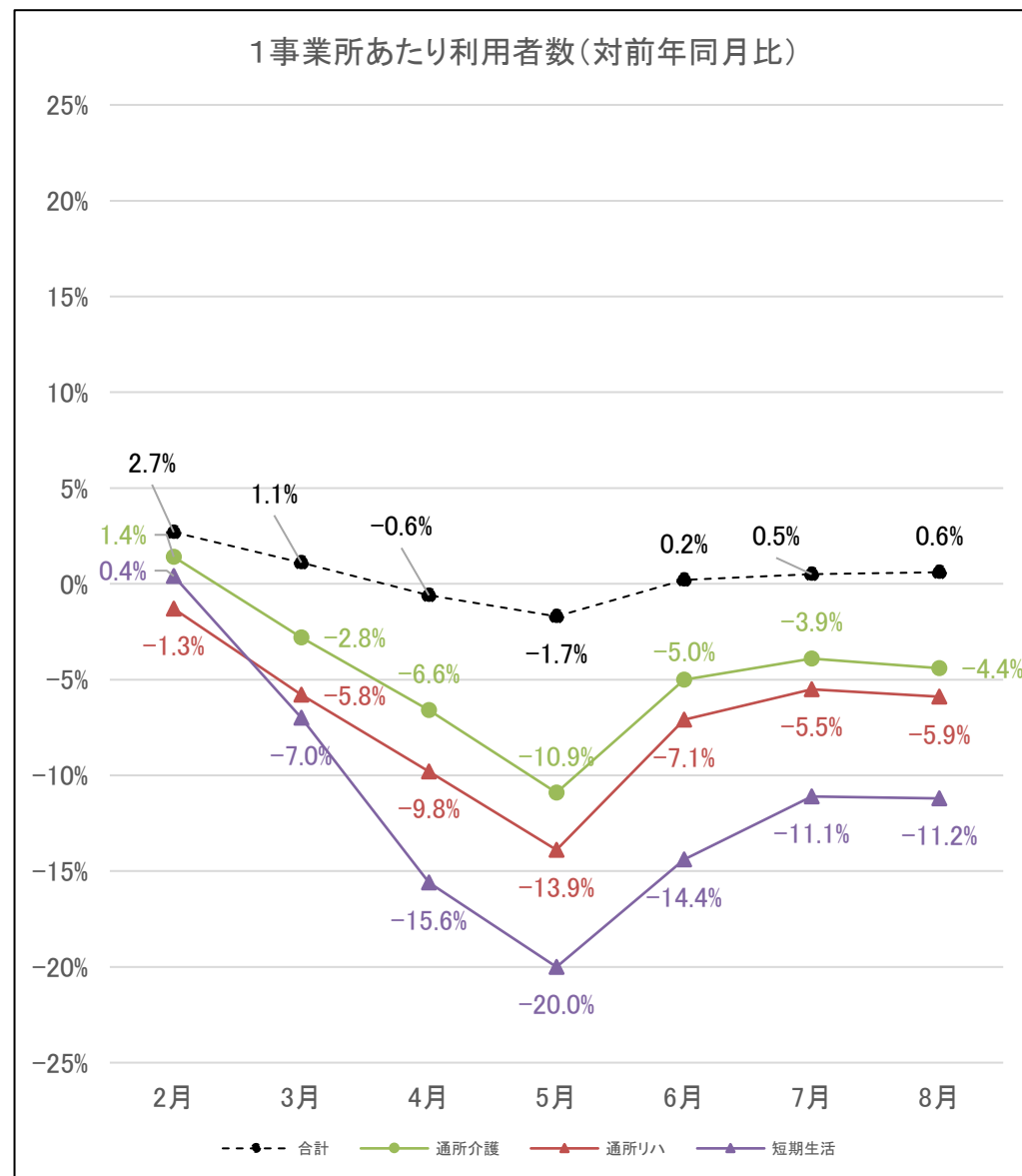
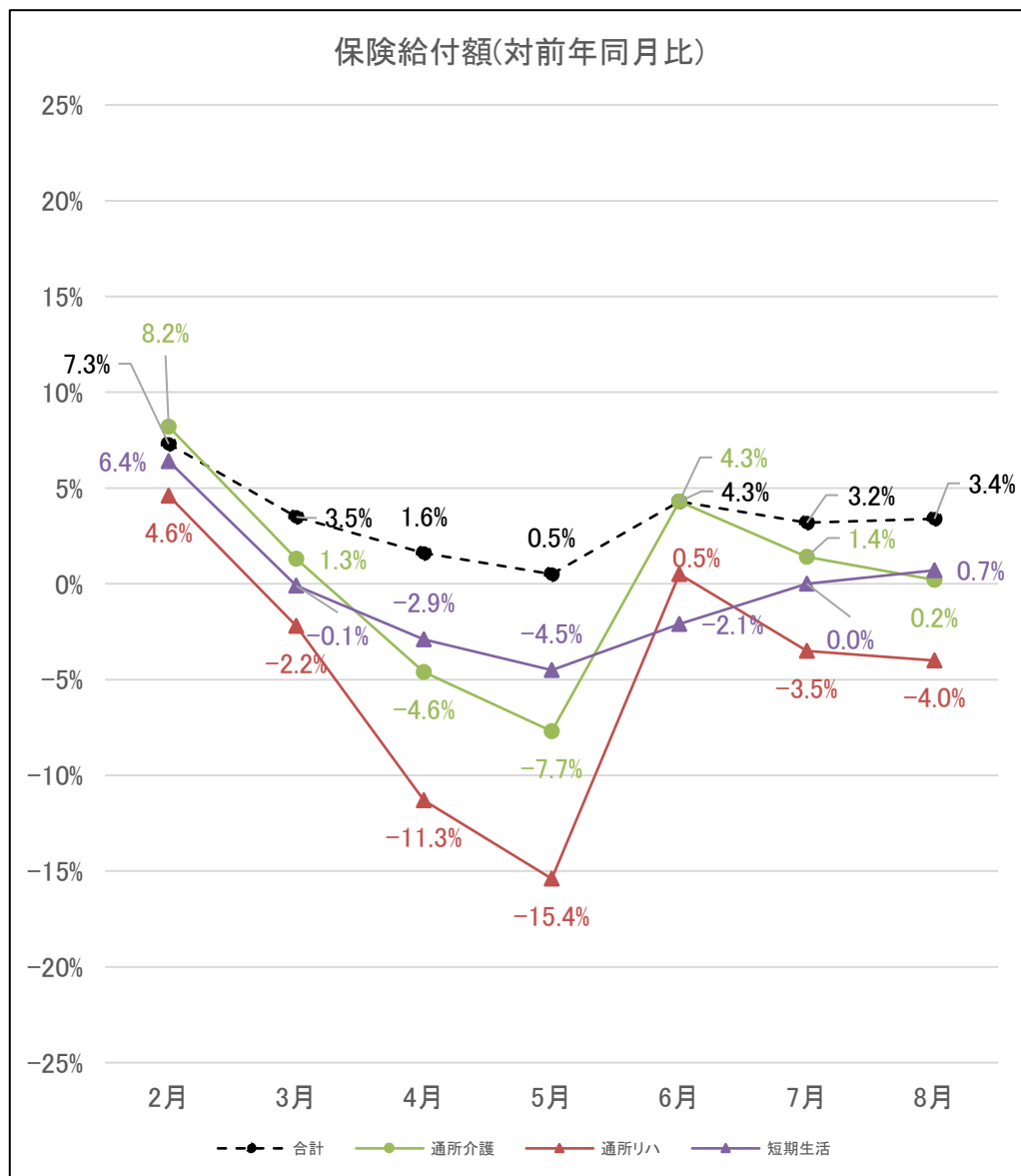
(対前年同月比)

種別	保険給付額								1事業所あたり利用者数							
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月		
合計	7.3%	3.5%	1.6%	0.5%	4.3%	3.2%	3.4%	2.7%	1.1%	-0.6%	-1.7%	0.2%	0.5%	0.6%		
居宅サービス	7.8%	3.7%	0.0%	-2.1%	5.1%	3.3%	3.3%	1.8%	0.6%	-0.7%	-2.2%	-0.5%	-0.1%	0.2%		
訪問通所																
訪問介護	8.3%	6.9%	6.7%	6.2%	9.4%	7.5%	8.5%	-0.1%	-0.6%	-1.8%	-3.2%	-1.3%	-1.0%	-0.6%		
訪問入浴介護	3.1%	0.7%	0.6%	0.6%	10.5%	5.7%	4.2%	3.5%	2.8%	5.5%	5.8%	8.7%	8.9%	9.8%		
訪問看護	7.9%	10.7%	6.7%	1.7%	16.3%	8.6%	7.9%	3.1%	2.5%	1.4%	-1.0%	1.7%	2.8%	2.8%		
訪問リハビリテーション	5.1%	5.9%	-2.2%	-8.6%	11.6%	3.1%	3.0%	-0.1%	-1.7%	-3.0%	-6.8%	-1.2%	0.2%	0.3%		
通所介護	8.2%	1.3%	-4.6%	-7.7%	4.3%	1.4%	0.2%	1.4%	-2.8%	-6.6%	-10.9%	-5.0%	-3.9%	-4.4%		
通所リハビリテーション	4.6%	-2.2%	-11.3%	-15.4%	0.5%	-3.5%	-4.0%	-1.3%	-5.8%	-9.8%	-13.9%	-7.1%	-5.5%	-5.9%		
福祉用具貸与	5.6%	5.7%	5.3%	6.2%	5.3%	5.3%	6.9%	4.7%	4.7%	4.2%	4.4%	3.9%	4.1%	5.2%		
短期入所																
短期入所生活介護	6.4%	-0.1%	-2.9%	-4.5%	-2.1%	0.0%	0.7%	0.4%	-7.0%	-15.6%	-20.0%	-14.4%	-11.1%	-11.2%		
短期入所療養介護(老健)	3.4%	-8.7%	-22.9%	-34.6%	-25.9%	-16.3%	-15.3%	0.2%	-10.1%	-24.0%	-31.3%	-23.2%	-17.2%	-16.3%		
居宅療養管理指導	9.7%	8.2%	3.3%	1.1%	8.1%	7.6%	8.7%	4.1%	3.9%	3.5%	2.2%	3.0%	3.4%	3.2%		
特定施設入居者生活介護	10.8%	6.6%	6.6%	6.5%	5.6%	5.5%	5.9%	2.3%	1.8%	1.0%	0.8%	0.2%	0.5%	0.8%		
居宅介護支援	3.0%	2.3%	1.3%	1.0%	2.4%	2.2%	2.6%	4.2%	3.5%	2.8%	2.3%	3.4%	3.1%	3.4%		
地域密着型サービス	7.3%	3.5%	2.1%	1.3%	4.8%	4.0%	4.1%	2.5%	-0.2%	-2.6%	-4.7%	-1.5%	0.2%	-0.5%		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22.6%	22.1%	21.4%	21.7%	21.3%	21.4%	23.2%	8.4%	8.2%	5.4%	5.9%	6.3%	7.2%	8.6%		
地域密着型通所介護	5.6%	-0.3%	-6.8%	-9.5%	3.9%	0.5%	-0.5%	3.6%	-1.7%	-6.6%	-10.7%	-4.1%	-2.7%	-3.3%		
認知症対応型通所介護	4.1%	-1.8%	-7.3%	-9.2%	0.3%	-2.0%	-2.0%	1.5%	-1.1%	-4.0%	-5.8%	-3.0%	-1.5%	-0.4%		
小規模多機能型居宅介護	4.7%	3.0%	4.6%	3.2%	3.4%	3.5%	3.3%	2.2%	0.6%	2.2%	0.6%	0.8%	0.7%	0.5%		
認知症対応型共同生活介護	7.3%	3.7%	4.0%	4.2%	4.3%	4.2%	4.7%	1.0%	0.8%	0.2%	0.1%	0.4%	0.3%	0.9%		
地域密着型特定施設入居者生活介護	9.0%	5.4%	4.7%	6.9%	6.4%	5.2%	5.8%	0.4%	-0.2%	0.2%	2.1%	1.0%	0.4%	0.3%		
地域密着型介護老人福祉施設	9.0%	5.2%	5.4%	5.3%	4.8%	5.1%	5.7%	0.9%	0.9%	0.4%	0.2%	0.1%	0.6%	0.7%		
看護小規模多機能型居宅介護	20.7%	21.2%	22.0%	23.4%	22.8%	22.6%	24.0%	2.1%	1.7%	-0.5%	0.3%	-0.3%	-0.2%	0.8%		
施設サービス	7.8%	3.9%	4.5%	4.6%	4.1%	3.6%	4.0%	0.5%	0.1%	0.0%	-0.1%	0.2%	-0.0%	0.4%		
介護老人福祉施設	8.6%	4.4%	4.9%	4.7%	4.5%	4.3%	4.8%	0.4%	0.1%	0.3%	-0.1%	0.2%	0.0%	0.7%		
介護保健施設サービス	6.6%	3.2%	3.5%	4.1%	3.0%	1.8%	2.0%	0.5%	0.1%	-0.1%	0.2%	0.2%	-0.5%	-0.2%		

出典：中央会統計表(確定給付全国統計)

【参考】新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所等の収入への影響について②

- 特に影響の大きかったサービス種類別の保険給付の状況を見ると、本年3月以降、通所サービスや短期入所サービスにおいて保険給付額や利用者数の減少が見られ、6月以降はやや持ち直している。



新型コロナウイルス感染症に係る 介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて

1. (1)①

- 災害時の対応を基本としつつ、今般の新型コロナウイルス感染症の患者等への対応等にあたって、介護報酬、人員、施設・設備及び運営基準などについては、状況に鑑みてさらに柔軟な取扱いを可能としており、主な取扱いは以下のとおり。

1. 基本的な事項

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、介護報酬の減額を行わない等の柔軟な取扱いが可能
- 訪問介護の特定事業所加算等の算定要件等である定期的な会議の開催等について、電話、文書、メール、テレビ会議等を活用するなどにより、柔軟に対応可

2. 訪問サービスに関する事項

- 新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に訪問介護員の資格を有する者を確保できないと判断できる場合、訪問介護員の資格のない者であっても、高齢者へのサービス提供に従事した事がある者であり、サービス提供に支障がないと認められる者であれば、訪問介護員として従事可
- 訪問介護事業所が保健師、看護師、准看護師の専門職の協力の下、同行訪問による支援を受ける場合、利用者又はその家族等からの事前の同意を得たときには、2人の訪問介護員等による訪問を行った場合と同様に、100分の200に相当する単位数を算定することが可

3. 通所サービスに関する事項

- 事業所が休業している場合に、居宅を訪問し、できる限りのサービスを提供した場合、提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分（通所系サービスの報酬区分）を算定可
- 介護支援専門員と連携の上、利用者からの事前の同意が得られた場合には新型コロナウイルス感染症拡大防止への対応を適切に評価する観点から、令和2年6月1日付け事務連絡「介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」に記載のある算定方法により算定される回数について、提供したサービス提供時間の区分に対応した報酬区分の2区分上位の基本報酬を算定可（短期入所系は、3日に1回、緊急短期受入加算を算定可）

4. 居宅介護支援等に関する事項

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、ケアプランで予定されていたサービス利用等がなくなった場合でも、必要なケアマネジメント業務を行い、請求にあたって必要な書類の整備を行っていれば、居宅介護支援費の請求可
- 居宅介護支援のモニタリングについて、感染拡大防止の観点からやむを得ない理由があり、月1回以上の実施ができない場合についても、柔軟な取扱い可

退院基準・解除基準の改定

- ・有症状者に関する退院基準について、WHO（世界保健機関）の基準が短縮（14日→10日）されたことを踏まえ、有症状者の退院基準について期間の短縮（14日→10日）を行う。
- ・また、無症状病原体保有者の退院基準についても、無症状病原体保有者に関する新たな知見が明らかになったことを踏まえ、CDC（米国疾病予防管理センター）の基準も参考にし、時間の経過に基づく基準に加え、新たに、PCR検査による退院基準を設定することとする。

退院基準の改定

1. 有症状者（注1）の場合

- ① 発症日（注2）から10日間経過し、かつ、症状軽快（注3）後72時間経過した場合、退院可能とする。
- ② 症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあげ、2回のPCR検査（注4）で陰性を確認できれば、退院可能とする。

2. 無症状病原体保有者の場合

- ① 検体採取日（注5）から10日間経過した場合、退院可能とする。
- ② 検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認できれば、退院可能とする。

※ 10日以上感染性を維持している可能性がある患者（例：重度免疫不全患者）では、地域の感染症科医との相談も考慮する。

※ 退院基準・解除基準の改定時にすでに有症状者・無症状病原体保有者に該当している場合には、発症日等にさかのぼって新たな退院基準・解除基準を適用する。

【改定前の退院基準】

1. 有症状者の場合：①発症日から14日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、退院可能とする。
②発症日から10日間経過する前に症状軽快した場合、症状軽快後24時間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認できれば退院可能とする。
2. 無症状者の場合：発症日から14日間経過した場合に、退院可能とする。

宿泊療養等の解除基準の改定

退院基準の改定案と同様とする。

【改定前の宿泊療養等の解除基準】

発症日から14日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、解除可能とする。

注1 重症化リスクがない者等で、医師が必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した場合には、宿泊療養等で療養する。

注2 症状が出始めた日とし、発症日が明らかではない場合には、陽性確定に係る検体採取日とする。

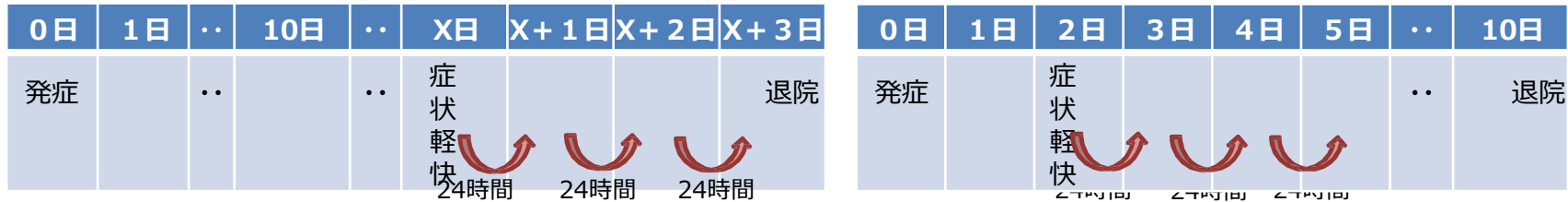
注3 解熱剤を使用せずに解熱しており、呼吸器症状が改善傾向である場合をいう。注4 その他の核酸増幅法を含む。注5 陽性確定に係る検体採取日とする。

注6 退院後に再度陽性となった事例もあることから、退院・解除後4週間は自ら健康観察を行い、症状が出た場合には、速やかに帰国者・接触者相談センターへ連絡しその指示に従い、医療機関を受診する。

(参考) 期間計算のイメージ図

【有症状者の場合】

① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、退院可能

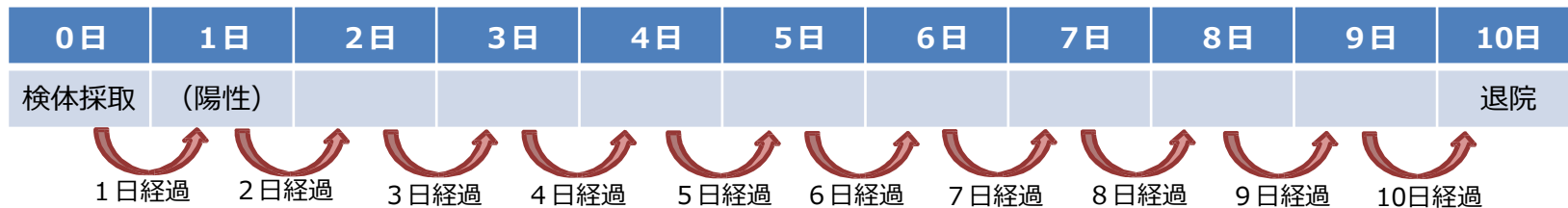


② 症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあけ、2回のPCR等検査で陰性を確認できれば、退院可能

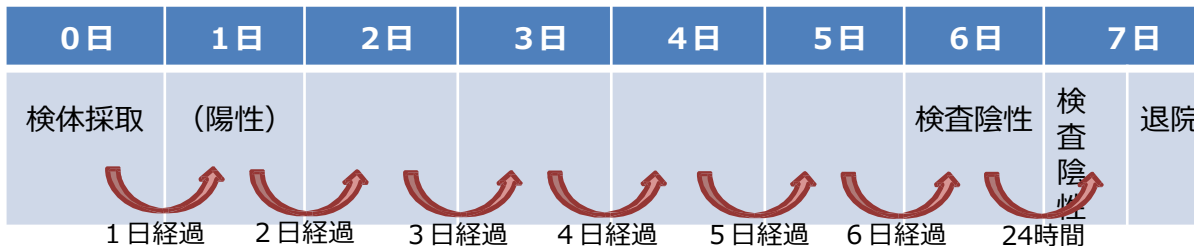


【無症状病原体保有者の場合】

① 検体採取日（陽性確定に係る検体採取日）から10日間経過した場合、退院可能



② 検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあけ2回のPCR等検査で陰性を確認できれば、退院可能



「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における
新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」

【退院に関する基準】

(1) 人工呼吸器等による治療を行わなかった場合

- ① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合
- ② 発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法又は抗原定量検査（以下「核酸増幅法等」という。）の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

(2) 人工呼吸器等による治療を行った場合

- ③ 発症日から15日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合
 - ④ 発症日から20日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合
- ※ ただし、③の場合は、発症日から20日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じるものとする。

また、新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者については、原則として次の⑤に該当する場合に、退院の基準を満たすものとする。ただし、次の⑥に該当する場合も退院の基準を満たすものとして差し支えないこととする。

- ⑤ 発症日から10日間経過した場合
- ⑥ 発症日から6日間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の 人員基準等の臨時的な取扱いについて（第18報）①

厚生労働省老健局高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課事務連絡（令和3年2月16日）

【問】

介護保険施設（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を含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）において、医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者（当該介護保険施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合に

- ・ 当面の間のコロナ陽性時に治療に当たっていた入院医療機関や行政との連携
- ・ 退所時も念頭に、入院以前に利用していたケアマネ等とのサービスの調整のために行う、利用していたサービスの確認とそれを踏まえたサービス提供
- ・ 健康観察・健康管理など看護師等の専門職によるケアも含めた体制整備が必要になること等を適切に評価する観点から、どのような介護報酬の算定が可能か。

【答】

介護保険施設において、医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者（当該介護保険施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合には、当該者について、退所前連携加算を入所した日から起算して30日を限度として算定することが可能である。

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の 人員基準等の臨時的な取扱いについて（第18報）②

厚生労働省老健局高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課事務連絡（令和3年2月16日）

【答】(続き)

なお、本取扱いによる加算を令和3年2月サービス提供分及び令和3年3月サービス提供分に算定する者については、

・令和3年2月サービス提供分及び令和3年3月サービス提供分については月遅れ請求とし、令和3年5月審査以降に、請求明細書を提出する。

又は

・令和3年2月サービス提供分(令和3年3月サービス提供分)を3月(4月)に請求するに当たり、本取扱いによる加算の請求は行わず、他の加算や基本報酬に係る請求のみを行い、5月審査以降に、保険者に対して過誤調整の申し立てを行い、本取扱いによる加算分を含めて請求明細書を提出する。

等の取扱いを行うこと。このような請求の取扱いを含め、**本加算の算定について、利用者から事前の同意を得る必要があること。**

なお、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第17報)」(令和2年12月25日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか事務連絡)でお示したとおり、**自治体の要請等に基づき退院患者を受け入れた場合は、例えば、定員超過減算を適用しない、また指定等基準、基本サービス費及び加算に係る施設基準について、当面の間、受け入れた入所(居)者を除いて算出することができる等の柔軟な取扱いが可能**であるが、**本加算の算定対象となる者についても同様の取扱いが可能**であること。

退所前連携加算の特例について

日本医師会作成資料

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第18報)
(令和3年2月16日 厚生労働省老健局高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課 事務連絡)

【対象施設】

介護保険施設（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を含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）

退所前連携加算

500単位/日（30日限度）

○介護保険施設において、医療機関から、**新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者**（当該介護保険施設から入院した者を除く。）を受け入れた場合には、**当該者について、退所前連携加算を入所した日から起算して30日を限度として算定することが可能である。**

○本加算の算定について、利用者から事前の同意を得る必要があること。（利用者自己負担有り）

○なお、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第17報)」(令和2年12月25日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか事務連絡)で示したとおり、**自治体の要請等に基づき退院患者を受け入れた場合は、例えば、定員超過減算を適用しない、また指定等基準、基本サービス費及び加算に係る施設基準について、当面の間、受け入れた入所(居)者を除いて算出することができる等の柔軟な取扱いが可能であるが、本加算の算定対象となる者も同様の取扱いが可能であること。**

○本事務連絡発出後（令和3年2月16日）より、算定可能。

令和3年度介護報酬改定の主な事項について

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：**+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■ 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○ 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・ 感染症対策の強化 ・ 業務継続に向けた取組の強化 ・ 災害への地域と連携した対応の強化 ・ 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■ 住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○ 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・ 認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・ 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○ 看取りへの対応の充実

・ ガイドラインの取組推進 ・ 施設等における評価の充実

○ 医療と介護の連携の推進

・ 老健施設の医療ニーズへの対応強化
・ 長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○ 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・ 訪問看護や訪問入浴の充実 ・ 緊急時の宿泊対応の充実 ・ 個室ユニットの定員上限の明確化

○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・ 事務の効率化による通減制の緩和 ・ 医療機関との情報連携強化 ・ 介護予防支援の充実

○ 地域の特性に応じたサービスの確保

・ 過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■ 喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○ 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・ 特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・ 職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・ サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・ 人員配置基準における両立支援への配慮 ・ ハラスメント対策の強化

○ テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・ 見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・ 会議や多職種連携におけるICTの活用
・ 特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・ 3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○ 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・ 署名・押印の見直し ・ 電磁的記録による保存等 ・ 運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■ 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・ 計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・ リハビリテーションマネジメントの強化 ・ 退院退所直後のリハの充実
・ 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・ 通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・ 介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○ 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・ CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ ADL維持等加算の拡充

○ 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・ 施設での日中生活支援の評価 ・ 褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○ 評価の適正化・重点化

・ 区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・ 訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・ 長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・ 居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・ 介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・ 生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○ 報酬体系の簡素化

・ 月額報酬化（療養通所介護） ・ 加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・ 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・ 高齢者虐待防止の推進 ・ 基準費用額（食費）の見直し

基本報酬の見直し

■改定率については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、全体で+0.70%（うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、0.05%（令和3年9月末まで））。これを踏まえて、

- ・ 全てのサービスの基本報酬を引き上げる
 - ※ 別途の観点から適正化を行った結果、引き下げとなっているものもある
- ・ 全てのサービスについて、令和3年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする【告示改正】

令和3年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和2年12月17日）（抄）

令和3年度介護報酬改定については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、改定率は全体で+0.70%とする。給付の適正化を行う一方で、感染症等への対応力強化やICT化の促進を行うなどメリハリのある対応を行うとともに、次のとおり対応する。

- ・ 新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、令和3年9月末までの間、報酬に対する特例的な評価を行うこととし、上記+0.70%のうち+0.05%相当分を確保する。同年10月以降については、この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要に応じ柔軟に対応する。
- ・ 介護職員の処遇改善に向け、令和元年10月に導入した特定処遇改善加算の取得率が6割に留まっていることを踏まえ、取得拡大の方策を推進するとともに、今回の改定による効果を活用する。特定処遇改善加算や今回の改定の効果が、介護職員の処遇改善に与える影響について実態を把握し、それを踏まえ、処遇改善の在り方について検討する。

訪問看護 基本報酬

単位数

○指定訪問看護ステーションの場合

- ・ 20分未満
- ・ 30分未満
- ・ 30分以上 1 時間未満
- ・ 1 時間以上 1 時間30分未満
- ・ 理学療法士、作業療法士
又は言語聴覚士の場合

訪問看護

< 現行 >	< 改定後 >
312単位	313単位
469単位	470単位
819単位	821単位
1,122単位	1,125単位
297単位	293単位
※ 1 日 3 回以上の場合は90/100	

介護予防訪問看護

< 現行 >	< 改定後 >
301単位	302単位
449単位	450単位
790単位	792単位
1,084単位	1,087単位
287単位	283単位
※ 1 日 3 回以上の場合は50/100	

○病院又は診療所の場合

- ・ 20分未満
- ・ 30分未満
- ・ 30分以上 1 時間未満
- ・ 1 時間以上 1 時間30分未満

< 現行 >	< 改定後 >
264単位	265単位
397単位	398単位
571単位	573単位
839単位	842単位

< 現行 >	< 改定後 >
254単位	255単位
380単位	381単位
550単位	552単位
810単位	812単位

○定期巡回・随時対応訪問 介護看護事業所と連携する場合 (1月につき)

< 現行 >	< 改定後 >
2,945単位	2,954単位

訪問リハビリテーション 基本報酬

単位数

○訪問リハビリテーション

<現行>

基本報酬 292単位/回



<改定後>

基本報酬 307単位/回

○介護予防訪問リハビリテーション

<現行>

基本報酬 292単位/回



<改定後>

基本報酬 307単位/回

居宅療養管理指導 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1回あたり

※介護予防も同じ

○医師が行う場合

<現行>

<改定後>

(1)居宅療養管理指導(Ⅰ) (Ⅱ以外の場合に算定)

単一建物居住者が1人 509単位
単一建物居住者が2～9人 485単位
単一建物居住者が10人以上 444単位



単一建物居住者が1人 514単位
単一建物居住者が2～9人 486単位
単一建物居住者が10人以上 445単位

(2)居宅療養管理指導(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する 利用者を対象とする場合に算定)

単一建物居住者が1人 295単位
単一建物居住者が2～9人 285単位
単一建物居住者が10人以上 261単位



単一建物居住者が1人 298単位
単一建物居住者が2～9人 286単位
単一建物居住者が10人以上 259単位

○歯科医師が行う場合

<現行>

<改定後>

単一建物居住者が1人 509単位
単一建物居住者が2～9人 485単位
単一建物居住者が10人以上 444単位



単一建物居住者が1人 516単位
単一建物居住者が2～9人 486単位
単一建物居住者が10人以上 440単位

○薬剤師が行う場合

<現行>

<改定後>

(1)病院又は診療所の薬剤師

単一建物居住者が1人 560単位
単一建物居住者が2～9人 415単位
単一建物居住者が10人以上 379単位



単一建物居住者が1人 565単位
単一建物居住者が2～9人 416単位
単一建物居住者が10人以上 379単位

(2)薬局の薬剤師

単一建物居住者が1人 509単位
単一建物居住者が2～9人 377単位
単一建物居住者が10人以上 345単位



単一建物居住者が1人 517単位
単一建物居住者が2～9人 378単位
単一建物居住者が10人以上 341単位

○管理栄養士が行う場合

<現行>

<改定後>

(1)当該事業所の管理栄養士

単一建物居住者が1人 539単位
単一建物居住者が2～9人 485単位
単一建物居住者が10人以上 444単位



単一建物居住者が1人 544単位
単一建物居住者が2～9人 486単位
単一建物居住者が10人以上 443単位

(2)当該事業所以外の管理栄養士

(新設)

単一建物居住者が1人 524単位
単一建物居住者が2～9人 466単位
単一建物居住者が10人以上 423単位

○歯科衛生士が行う場合

<現行>

<改定後>

単一建物居住者が1人 356単位
単一建物居住者が2～9人 324単位
単一建物居住者が10人以上 296単位



単一建物居住者が1人
単一建物居住者が2～9人
単一建物居住者が10人以上

通所リハビリテーション 基本報酬

単位数

○通所リハビリテーション

【例】要介護3、通常規模型の場合

<現行>

1時間以上2時間未満	390単位/回
2時間以上3時間未満	457単位/回
3時間以上4時間未満	599単位/回
4時間以上5時間未満	684単位/回
5時間以上6時間未満	803単位/回
6時間以上7時間未満	929単位/回
7時間以上8時間未満	993単位/回

<改定後>

1時間以上2時間未満	426単位/回
2時間以上3時間未満	494単位/回
3時間以上4時間未満	638単位/回
4時間以上5時間未満	725単位/回
5時間以上6時間未満	846単位/回
6時間以上7時間未満	974単位/回
7時間以上8時間未満	1,039単位/回



【例】要介護3、大規模の事業所（Ⅱ）の場合

<現行>

1時間以上2時間未満	375単位/回
2時間以上3時間未満	439単位/回
3時間以上4時間未満	576単位/回
4時間以上5時間未満	648単位/回
5時間以上6時間未満	750単位/回
6時間以上7時間未満	874単位/回
7時間以上8時間未満	927単位/回

<改定後>

1時間以上2時間未満	411単位/回
2時間以上3時間未満	477単位/回
3時間以上4時間未満	616単位/回
4時間以上5時間未満	689単位/回
5時間以上6時間未満	793単位/回
6時間以上7時間未満	919単位/回
7時間以上8時間未満	973単位/回



○介護予防通所リハビリテーション

<現行>

要支援1	1,721単位/月
要支援2	3,634単位/月

<改定後>

要支援1	2,053単位/月
要支援2	3,999単位/月



短期入所療養介護(老健) 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

○介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護(Ⅰ)(iii)(多床室)(基本型)

	< 現行 >		< 改定後 >
要支援 1	613単位		610単位
要支援 2	768単位		768単位
要介護 1	829単位		827単位
要介護 2	877単位		876単位
要介護 3	938単位		939単位
要介護 4	989単位		991単位
要介護 5	1,042単位		1,045単位

○介護老人保健施設（介護予防）短期入所療養介護(Ⅰ)(iv)(多床室)(在宅強化型)

	< 現行 >		< 改定後 >
要支援 1	660単位		658単位
要支援 2	816単位		817単位
要介護 1	876単位		875単位
要介護 2	950単位		951単位
要介護 3	1,012単位		1,014単位
要介護 4	1,068単位		1,071単位
要介護 5	1,124単位		1,129単位

短期入所療養介護(病院) 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

○病院療養病床（介護予防）短期入所療養介護（Ⅰ）(v)(多床室)(療養機能強化型A)(看護6：1、介護4：1)

	< 現行 >		< 改定後 >
要支援 1	614単位		626単位
要支援 2	769単位		784単位
要介護 1	831単位		849単位
要介護 2	939単位		960単位
要介護 3	1,173単位		1,199単位
要介護 4	1,272単位		1,300単位
要介護 5	1,361単位		1,391単位

○病院療養病床（介護予防）短期入所療養介護（Ⅰ）(vi)(多床室)(療養機能強化型B)(看護6：1、介護4：1)

	< 現行 >		< 改定後 >
要支援 1	602単位		614単位
要支援 2	757単位		772単位
要介護 1	819単位		837単位
要介護 2	926単位		946単位
要介護 3	1,156単位		1,181単位
要介護 4	1,253単位		1,280単位
要介護 5	1,341単位		1,370単位

居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬

単位数

居宅介護支援費（Ⅰ）

・居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所

○居宅介護支援（ⅰ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	< 現行 >	➡	< 改定後 >
(一)要介護1又2	1,057単位/月		1,076単位/月
(二)要介護3、4又は5	1,373単位/月		1,398単位/月

○居宅介護支援（ⅱ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

(一)要介護1又は2	529単位/月	➡	539単位/月
(二)要介護3、4又は5	686単位/月		698単位/月

○居宅介護支援（ⅲ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

(一)要介護1又は2	317単位/月	➡	323単位/月
(二)要介護3、4又は5	411単位/月		418単位/月

居宅介護支援費（Ⅱ）【新区分】

・一定の情報通信機器（人工知能関連技術を活用したものを含む。）の活用又は事務職員の配置を行っている事業所

○居宅介護支援（ⅰ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45未満である場合又は45以上である場合において、45未満の部分

	< 現行 >	➡	< 改定後 >
(一)要介護1又2	新規		1,076単位/月
(二)要介護3、4又は5	新規		1,398単位/月

○居宅介護支援（ⅱ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分

(一)要介護1又2	新規	➡	522単位/月
(二)要介護3、4又は5	新規		677単位/月

○居宅介護支援（ⅲ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分

(一)要介護1又は2	新規	➡	313単位/月
(二)要介護3、4又は5	新規		406単位/月

介護予防支援費

< 現行 >
431単位/月



< 改定後 >
438単位/月

介護老人保健施設 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	< 現行 >		< 改定後 >
○介護保健施設サービス費(Ⅰ)(iii)(多床室)(基本型)			
要介護1	775単位		788単位
要介護2	823単位		836単位
要介護3	884単位	→	898単位
要介護4	935単位		949単位
要介護5	989単位		1,003単位
○介護保健施設サービス費(Ⅰ)(iv)(多床室)(在宅強化型)			
要介護1	822単位		836単位
要介護2	896単位		910単位
要介護3	959単位	→	974単位
要介護4	1,015単位		1,030単位
要介護5	1,070単位		1,085単位
○ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)(i)(ユニット型個室)(基本型)			
要介護1	781単位		796単位
要介護2	826単位		841単位
要介護3	888単位	→	903単位
要介護4	941単位		956単位
要介護5	993単位		1,009単位
○ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)(ii)(ユニット型個室)(在宅強化型)			
要介護1	826単位		841単位
要介護2	900単位		915単位
要介護3	962単位	→	978単位
要介護4	1,019単位		1,035単位
要介護5	1,074単位		1,090単位

介護療養型医療施設 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	< 現行 >		< 改定後 >
○療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(iv)(多床室)(療養機能強化型A)(看護6：1、介護4：1)			
要介護1	783単位		717単位
要介護2	891単位	➡	815単位
要介護3	1,126単位		1,026単位
要介護4	1,225単位		1,117単位
要介護5	1,315単位		1,198単位
○療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)(iv)(多床室)(療養機能強化型B)(看護6：1、介護4：1)			
要介護1	770単位		705単位
要介護2	878単位	➡	803単位
要介護3	1,108単位		1,010単位
要介護4	1,206単位		1,099単位
要介護5	1,295単位		1,180単位
○ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(ユニット型個室)(療養機能強化型A)			
要介護1	800単位		732単位
要介護2	908単位	➡	830単位
要介護3	1,143単位		1,042単位
要介護4	1,242単位		1,132単位
要介護5	1,332単位		1,213単位
○ユニット型療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(ユニット型個室)(療養機能強化型B)			
要介護1	790単位		723単位
要介護2	896単位	➡	819単位
要介護3	1,128単位		1,028単位
要介護4	1,225単位		1,117単位
要介護5	1,314単位		1,197単位

介護医療院 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	< 現行 >		< 改定後 >
○ I 型介護医療院サービス費(I)(ii)(多床室)			
要介護 1	808単位		825単位
要介護 2	916単位		934単位
要介護 3	1,151単位	→	1,171単位
要介護 4	1,250単位		1,271単位
要介護 5	1,340単位		1,362単位
○ II 型介護医療院サービス費(I)(ii)(多床室)			
要介護 1	762単位		779単位
要介護 2	857単位		875単位
要介護 3	1,062単位	→	1,082単位
要介護 4	1,150単位		1,170単位
要介護 5	1,228単位		1,249単位
○ ユニット型 I 型介護医療院サービス費(I)(i)(ユニット型個室)			
要介護 1	825単位		842単位
要介護 2	933単位		951単位
要介護 3	1,168単位	→	1,188単位
要介護 4	1,267単位		1,288単位
要介護 5	1,357単位		1,379単位
○ ユニット型 II 型介護医療院サービス費(I)(i)(ユニット型個室)			
要介護 1	824単位		841単位
要介護 2	924単位		942単位
要介護 3	1,142単位	→	1,162単位
要介護 4	1,234単位		1,255単位
要介護 5	1,318単位		1,340単位

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価

概要

- 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。

■ 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

(1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

○ 感染症対策の強化

介護サービス事業者に、**感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める**観点から、以下の取組を義務づける。

- ・ **施設系サービス**について、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・ **その他のサービス**について、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

（※3年の経過措置期間を設ける）

○ 業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、**業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等**を義務づける。

（※3年の経過措置期間を設ける）

○ 災害への地域と連携した対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、**訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携**に努めなければならないこととする。

○ 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、**状況に即した安定的なサービス提供を可能とする**観点から、**足下の利用者数に応じて柔軟に事業所規模別の各区分の報酬単価による算定を可能**とするとともに、**臨時的な利用者数の減少に対応するための評価を設定**する。

1. (1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進 (その1)

感染症対策の強化【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

■介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。【省令改正】

- ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
 - ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等
- (※3年の経過措置期間を設ける)

業務継続に向けた取組の強化【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

■感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。【省令改正】

(※3年の経過措置期間を設ける)

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・BCPとは
- ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者に求められる役割
- ・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等



掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

災害への地域と連携した対応の強化【通所系サービス、短期入所系サービス、特定、施設系サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

■災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】

介護現場における感染対策の手引き等について

- 社会福祉施設等が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要。
- 今般、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場に必要な感染症の知識や対応方法など、介護現場における感染対策力の向上を目的に、「介護現場における感染対策の手引き（第1版）」等を作成。
- 介護職員の方においては、日常のケアを行う上での必要な感染対策の知識や手技の習得のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用が可能。

こちらのリンクから
閲覧できます！

介護現場における感染対策の手引き【第1版】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

(第1版として令和2年10月1日時点の取りまとめ。感染症の流行や検査・治療等の変化に応じて見直し予定)

❖ ポイント

- 介護職員等が、感染症の重症化リスクが高い高齢者等に対して介護保険サービスを安全かつ継続的に提供するため、さらには職員自身の健康を守るため、感染対策の知識を習得して実践できるように、
- ✓ 着実な感染対策を実践できるよう基礎的な情報から、
感染症発生時におけるサービス提供時の注意点等を掲載
 - ✓ 感染管理体制を整備するために必要な基礎的な情報から
感染管理体制の在り方および感染症発生時の対応等について掲載

❖ 主な内容

「第I章総論」「第II章新型コロナウイルス感染症」「第III章感染症各論」「第IV章参考」の4部構成

- ・ 感染症の基礎知識
- ・ 日頃からの感染対策と感染症発生時の対応
- ・ 新型コロナウイルス感染症への対応
- ・ 各種感染症における対応 等



介護職員のための感染対策マニュアル 感染対策普及リーフレット

マニュアル

手引きの概要版として、介護職員向けにポイントを掲載
(施設系・通所系・訪問系ごとに作成)

リーフレット

手洗いや排泄物・嘔吐物処理の手順等をわかりやすく掲載
「見てすぐ実践！」ができるように、ポスターとしても利用可能



介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BCP）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。（令和2年12月11日作成。必要に応じて更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・ BCPとは ・ 新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント
- ・ 新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系） 等



介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・ BCPとは ・ 防災計画と自然災害BCPの違い
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント
- ・ 自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項） 等



通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

■通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、特例措置を設ける。

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

○通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の見直しを行う。

ア より小さい規模区分がある大規模型について、**事業所規模別の報酬区分の決定**にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、**延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができる**こととする。【通知改正】

イ 延べ利用者数の減が生じた月の実績が**前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合**、3か月間(※2)、基本報酬の**3%の加算**を行う(※3)。【告示改正】

現下の新型コロナウイルス感染症の影響による前年度の平均延べ利用者数等から5%以上の利用者減に対する適用にあたっては、**年度当初から即時的に対応**を行う。

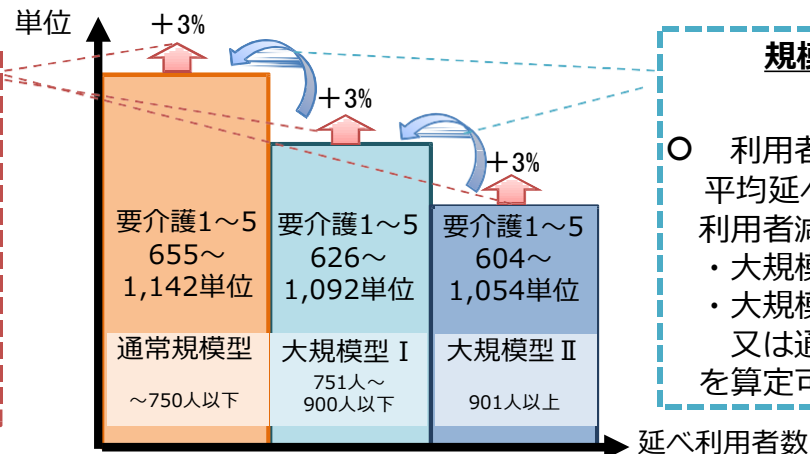
- ※1 ア・イともに、利用者減の翌月に届出、翌々月から適用。利用者数の実績が前年度平均等に戻った場合はその翌月に届出、翌々月まで。
- ※2 利用者減に対応するための経営改善に時間を要するその他の特別の事情があると認められる場合は一回の延長を認める。
- ※3 加算分は区分支給限度基準額の算定に含めない。

【通所介護の場合】

(7時間以上8時間未満の場合)

同一規模区分内で減少した場合の加算

○ 利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から5%以上減少している場合に、基本報酬の3%の加算を算定可能。



(※) 「同一規模区分内で減少した場合の加算」「規模区分の変更の特例」の両方に該当する場合は、後者を適用。

規模区分の変更の特例

- 利用者減がある場合、前年度の平均延べ利用者数ではなく、利用者減の月の実績を基礎とし、
- ・大規模型 I は通常規模型
 - ・大規模型 II は大規模型 I 又は通常規模型
- を算定可能。

2. 地域包括ケアシステムの推進

■ 住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

- 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を新たに創設する。
- 緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、多機能系サービスについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設する。
- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。
(※3年の経過措置期間を設ける)

(2) 看取りへの対応の充実

- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症GHの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。
- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、訪問介護に係る2時間ルール（2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること）を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

(3) 医療と介護の連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するように努めることとする。
- 短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。
- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。
- 介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までの円滑な移行に向けて、一定期間ごとに移行の検討状況の報告を求める。

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化

(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

※(1)(2)(3)も参照

- 訪問介護の通院等乗降介助について、利用者の負担軽減の観点から、居宅が始点又は終点となる場合の目的地間の移送についても算定可能とする。
- 訪問入浴介護について、新規利用者への初回サービス提供前の利用の調整を新たに評価する。清拭・部分浴を実施した場合の減算幅を見直す。
- 訪問看護について、主治の医師が必要と認める場合に退院・退所当日の算定を可能とする。看護体制強化加算の要件や評価を見直す。
- 認知症GH、短期療養、多機能系サービスにおいて、緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、緊急時短期利用の受入日数や人数の要件等を見直す。
- 個室ユニット型施設の1ユニットの定員を、実態を勘案した職員配置に努めることを求めつつ、「原則として概ね10人以下とし15人を超えないもの」とする。

(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、逓減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（逓減制の適用を40件以上から45件以上とする）。
- 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する。
- 介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価する。

(7) 地域の特性に応じたサービスの確保

- 夜間、認デイ、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。認知症GHについて、ユニット数を弾力化、サライト型事業所を創設する。
- 令和元年地方分権提案を踏まえ、多機能系サービスについて、市町村が認めた場合に過疎地域等において登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間行わないことを可能とする。令和2年提案を踏まえ、小多機の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「標準基準」に見直す。

2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (その1)

認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充

- 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を新たに創設する。【告示改正】

訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 (新設) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 (新設)

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護(Ⅱ)については、認知症専門ケア加算(Ⅰ)90単位/月、認知症専門ケア加算(Ⅱ)120単位/月

〔算定要件〕 ※既存の他サービスの認知症専門ケア加算と同様の要件

<認知症専門ケア加算(Ⅰ)>

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修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名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は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し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該事業所の従業員に対して、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に行う

<認知症専門ケア加算(Ⅱ)>

- ・ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を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
- ・ 介護、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

多機能系サービスにおける認知症行動・心理症状緊急対応加算の創設

- 緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、多機能系サービスについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設する。【告示改正】

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日 (新設)

〔算定要件〕 ※既存の短期入所系・施設系サービスの認知症行動・心理症状緊急対応加算と同様の要件

- ・ 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合は、利用を開始した日から起算して7日間を限度として、1日につき200単位を所定単位数に加算

主な認知症関連加算の算定状況

- 各種サービスには、認知症に関連する加算が設けられており、平成30年度介護報酬改定においても、それまで加算が設けられていなかったサービスにも加算が設けられたところ。
- 平成30年度中の加算取得率の平均は以下のとおり。

認知症専門ケア加算		若年性認知症利用者・入所者・入居者・患者受入加算		認知症行動・心理症状緊急対応加算	
介護医療院（Ⅰ）	1.99%	介護医療院	2.07%	介護医療院	0.00%
介護医療院（Ⅱ）	0.12%	介護療養型医療施設（診療所型）	0.00%	介護療養型医療施設（診療所）	0.00%
介護療養型医療施設（診療所）（Ⅰ）	0.52%	介護療養型医療施設（療養型）	0.75%	介護療養型医療施設（療養型）	0.18%
介護療養型医療施設（診療所）（Ⅱ）	0.00%	介護老人保健施設（老健）	2.85%	介護老人保健施設（老健）（Ⅰ）	0.00%
介護療養型医療施設（療養型）（Ⅰ）	1.91%	介護老人福祉施設（特養）	3.38%	介護老人保健施設（老健）（Ⅱ）	0.04%
介護療養型医療施設（療養型）（Ⅱ）	0.00%	看護小規模多機能型居宅介護	1.57%	介護老人福祉施設（特養）	0.00%
介護老人保健施設（老健）（Ⅰ）	3.05%	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）	0.00%	地域密着型介護老人福祉施設	0.00%
介護老人保健施設（老健）（Ⅱ）	0.91%	地域密着型特定施設入居者生活介護	1.33%	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	2.69%
介護老人福祉施設（特養）（Ⅰ）	3.91%	地域密着型介護老人福祉施設	1.97%	短期入所療養介護（医療院）	0.00%
介護老人福祉施設（特養）（Ⅱ）	1.05%	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	1.05%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））	0.20%
地域密着型介護老人福祉施設（Ⅰ）	7.66%	認知症対応型共同生活介護	4.83%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））	0.00%
地域密着型介護老人福祉施設（Ⅱ）	1.17%	小規模多機能型居宅介護	1.64%	短期入所療養介護（老健施設）	0.11%
地域密着型特定施設入居者生活介護（Ⅰ）	3.91%	認知症対応型通所介護	8.63%	短期入所生活介護	0.02%
地域密着型特定施設入居者生活介護（Ⅱ）	0.00%	地域密着型通所介護	0.83%	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	
認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	20.80%	短期入所療養介護（医療院）（Ⅰ）（Ⅱ）	0.00%	介護老人保健施設（老健）	41.11%
認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	1.31%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅰ）（Ⅱ）	0.00%	通所リハビリテーション（Ⅰ）	3.35%
特定施設入居者生活介護（Ⅰ）	0.92%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））（Ⅰ）	0.19%	通所リハビリテーション（Ⅱ）	0.59%
特定施設入居者生活介護（Ⅱ）	0.04%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））（Ⅱ）	0.00%	認知症ケア加算	
短期入所療養介護（医療院）（Ⅰ）	2.34%	短期入所療養介護（老健施設）（Ⅰ）	0.43%	介護老人保健施設（老健）	27.25%
短期入所療養介護（医療院）（Ⅱ）	0.00%	短期入所療養介護（老健施設）（Ⅱ）	0.00%	短期入所療養介護（老健施設）	18.24%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅰ）	0.36%	短期入所生活介護	0.93%	認知症加算	
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅱ）	0.00%	特定入居者生活介護（短期利用型）	0.00%	看護小規模多機能型居宅介護（Ⅰ）	89.08%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院療養））（Ⅰ）	0.45%	特定施設入居者生活介護	1.44%	看護小規模多機能型居宅介護（Ⅱ）	59.01%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院療養））（Ⅱ）	0.00%	通所リハビリテーション	0.76%	小規模多機能型居宅介護（Ⅰ）	90.87%
短期入所療養介護（老健施設）（Ⅰ）	1.80%	通所介護	0.82%	小規模多機能型居宅介護（Ⅱ）	69.31%
短期入所療養介護（老健施設）（Ⅱ）	0.63%	認知症情報提供加算		地域通所介護認知症加算	3.07%
短期入所生活介護（Ⅰ）	0.74%	介護老人保健施設（老健）	0.08%	通所介護	8.11%
短期入所生活介護（Ⅱ）	0.19%	(注) 「加算取得率（事業所ベース）」は各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。			

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成30年5月から平成31年4月審査分（平成30年4月から平成31年3月サービス提供分）及び介護保険総合データベースの任意集計（平成30年4月から平成31年3月サービス提供分）

2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (その2)

無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

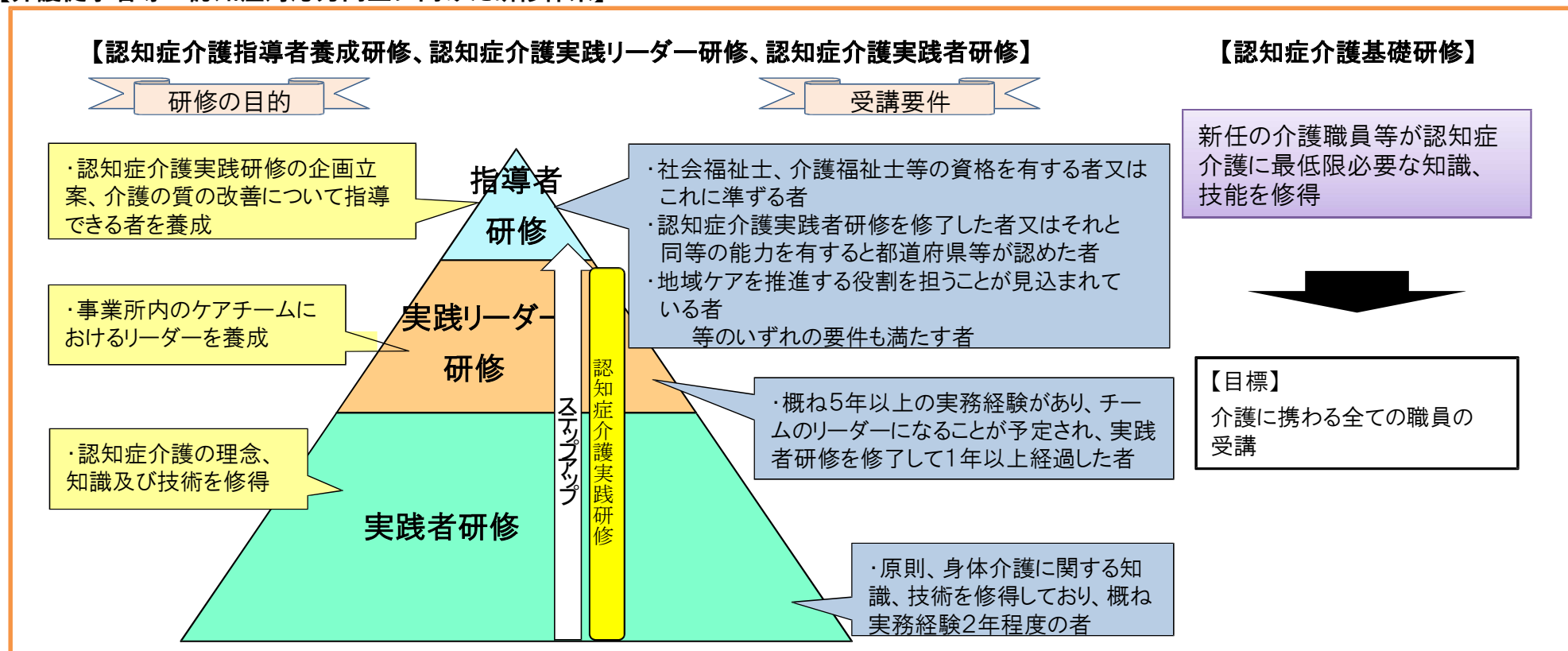
R3.1.13 諮問・答申済

- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。【省令改正】
(※3年の経過措置期間を設ける)

全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）

- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。
(※3年の経過措置期間を設ける。新入職員の受講について1年の猶予期間を設ける)

【介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系】



※各種研修について、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

2.(1)② 認知症に係る取組の情報公表の推進

概要

【全サービス（介護サービス情報公表制度の対象とならない居宅療養管理指導を除く）★】

- 介護サービス事業者の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、全ての介護サービス事業者(居宅療養管理指導を除く)を対象に、研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表することを求めることとする。【通知改正】
 具体的には、通知「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」（平18老振発0331007）別添1について以下の改正を行う。

【現行】

別添1：基本情報調査票（下の表は、夜間対応型訪問介護の例）

事業所名： _____ 事業所番号： _____ (枝番)

基本情報調査票：夜間対応型訪問介護

(20XX年XX月XX日現在)

計画年度	年度	記入年月日	
記入者名		所属・職名	

【見直し】

認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、その他の研修の欄を設け、受講人数を入力させる

3. 事業所において介護サービスに従事する従業員に関する事項

従業員教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況				
事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況				
(その内容)				
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組				
アセッサー(評価者)の人数		人		
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
	人	人	人	人
外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況				[] 0. なし・1. あり

介護分野の資格における認知症に係るカリキュラム

2. (1)④

資格	研修科目・教育内容 ※学習内容に認知症を含むもの	時間数	研修の総時間数
認知症介護基礎研修	(1)認知症の人の理解と対応の基本 (2)認知症ケアの実践と留意点	6時間	-
介護福祉士	i 実務経験ルート:認知症の理解 I・II ii 養成施設ルート:認知症の理解 iii 福祉系高校ルート:こころとからだの理解	30時間 60時間 280時間の内数	450時間 1,850時間 1,855時間
実務者研修	認知症の理解 I・II	30時間	450時間
介護職員初任者研修	認知症の理解	6時間	130時間
生活援助従事者研修	老化と認知症の理解	6時間	59時間
介護職員基礎研修(※1)	認知症の理解	30時間	360時間
ホームヘルパー1級(※1)	ヘルパー2級の取得が要件	-	-
ホームヘルパー2級(※1)	老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義	14時間の内数	130時間
主任介護支援専門員	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践(認知症に関する事例)	6時間	70時間
介護支援専門員	ケアマネジメントの展開(認知症に関する事例)	5時間(※2)	87時間
社会福祉士	医学概論・高齢者福祉・保健医療と福祉・権利擁護を支える法制度	各30時間の内数	1,200時間

(※1) 平成25年4月1日より廃止。

(※2) 保険・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務等に従事した期間が通算して5年以上であることが要件。

ガイドラインの取組推進

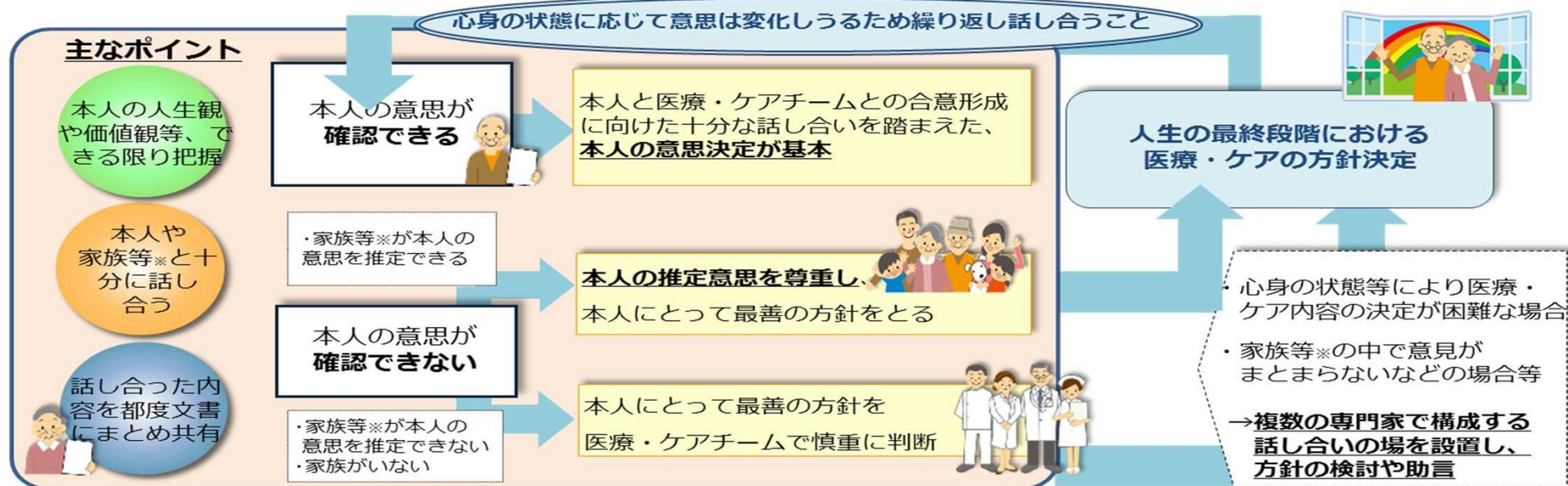
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、居住系サービス、施設系サービス

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、**基本報酬**（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める【告示改正、通知改正】。施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

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

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



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

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その2)

施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

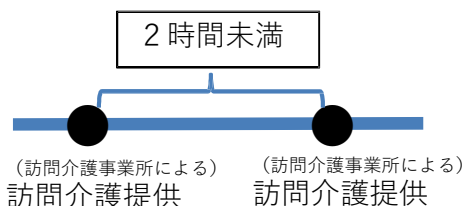
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
 - ・要件において、「**人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン**」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
 - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、**死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分**を設ける。
- 1,280単位/日
- 【特養・看取り介護加算(Ⅰ)の場合】680単位/日
- | | | | |
|----------------------------|------------------------|------------------------|----------------|
| 死亡日以前31日～45日以下 (新設) | 特養：72単位/日
特定：72単位/日 | 老健：80単位/日
GH：72単位/日 | 72単位/日 |
| | | | 144単位/日 |
| | | | 死亡日 (新設) 以前45日 |
| | | | 死亡日 以前30日 |
| | | | 死亡日 以前4日 |
| | | | 死亡日 |
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。
- 【特定】 **看取り介護加算(Ⅱ) (新設)**
- | | |
|------------------------|------------------|
| 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 | 同4～30日以下：644単位/日 |
| 同2日又は3日：1,180単位/日 | 死亡日：1,780単位/日 |

訪問介護における看取りへの対応の充実

- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、2時間ルール(2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること)を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

訪問介護



< 現行の取扱い >

それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
 例：それぞれ身体介護を25分提供
 →合算して50分提供したものとして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定



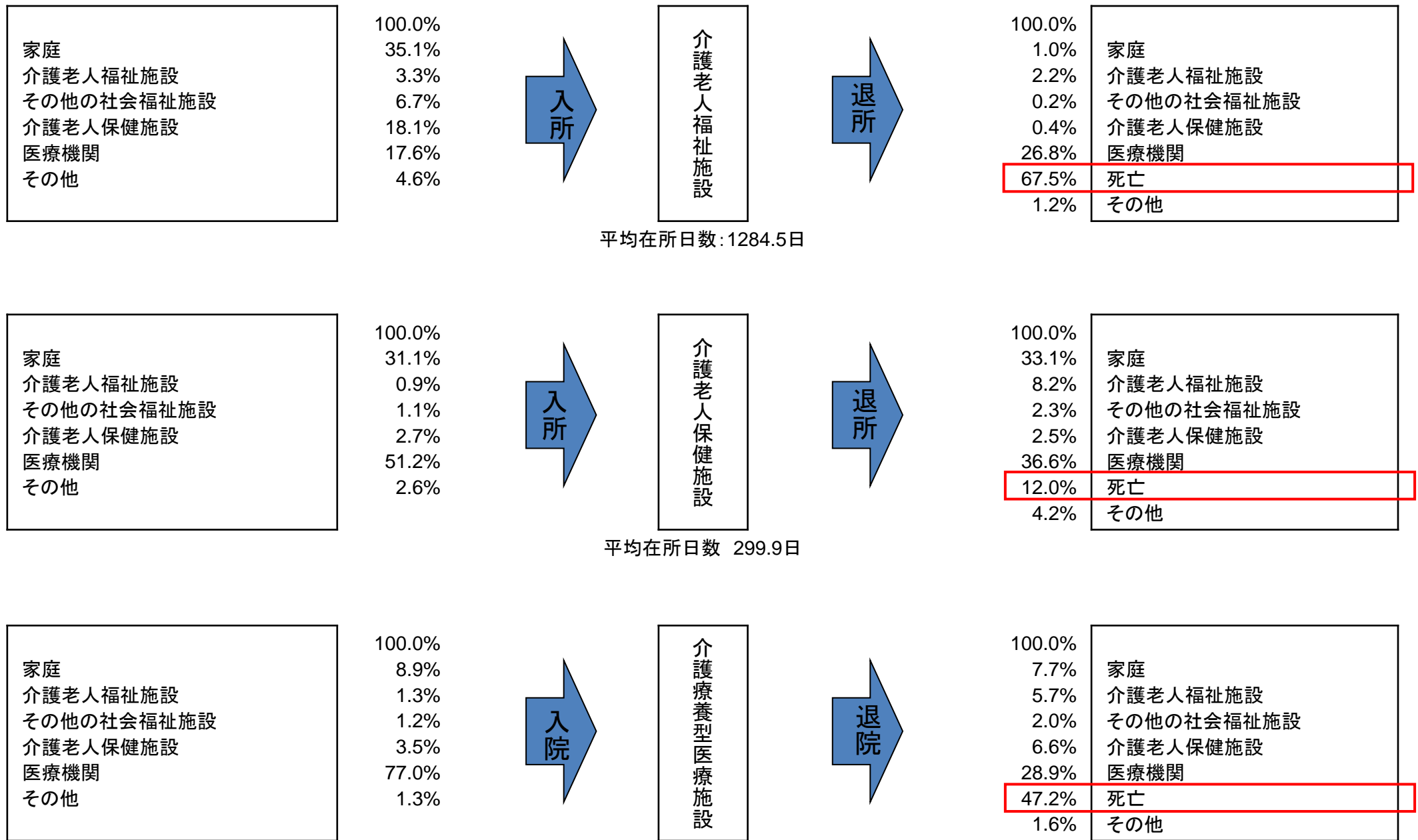
< 改定後 > 【通知改正】

所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定
 例：それぞれ身体介護を25分提供
 →合算せずにそれぞれ25分提供したものとして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
 ※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

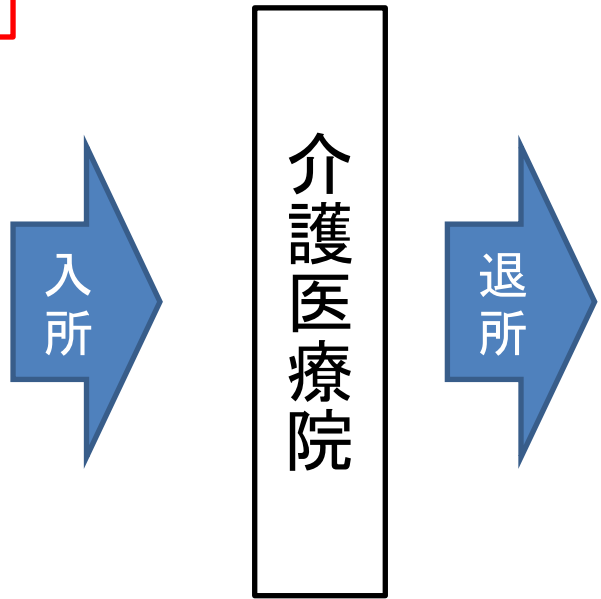
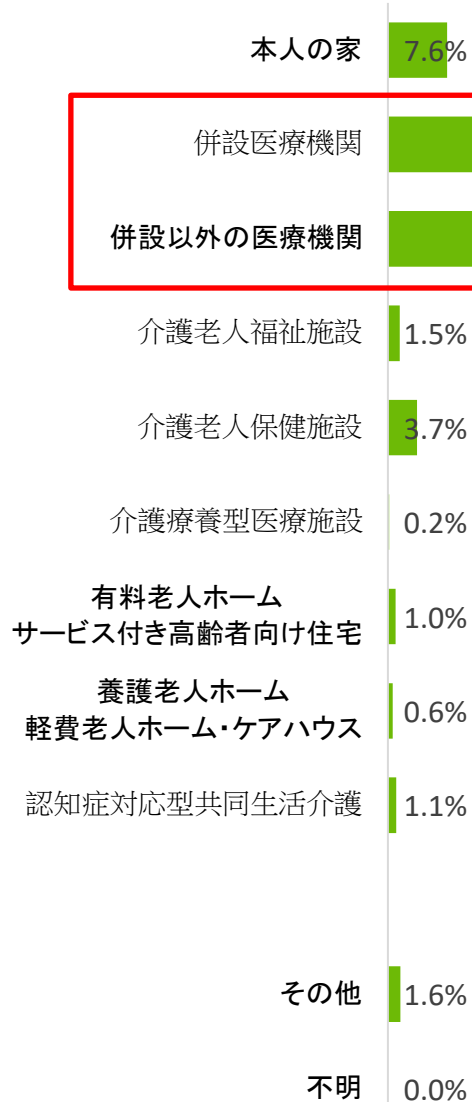
○ 介護老人保健施設の退所者の12.0%が死亡を理由として退所している。



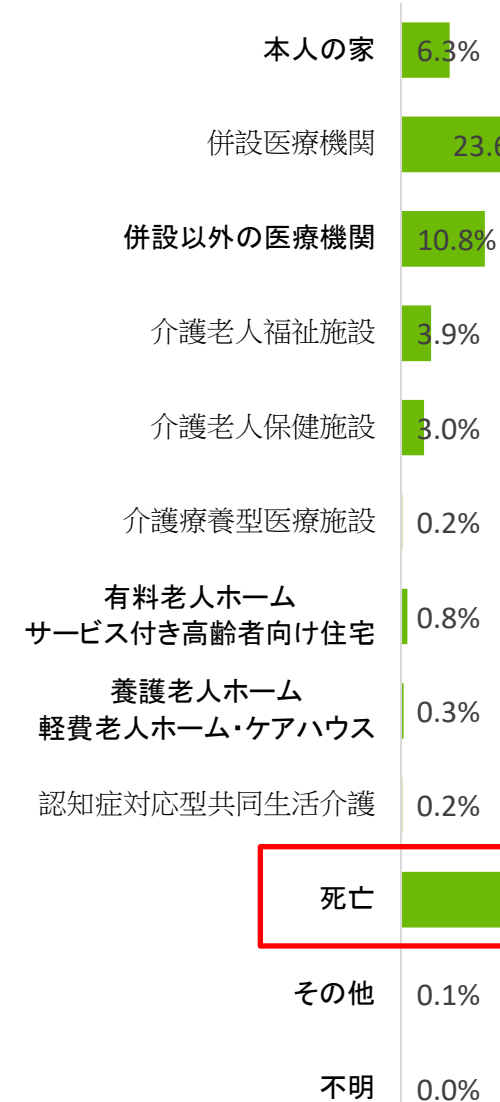
介護医療院における入所者・退所者の状況

- 入所者は、医療機関からの入所が最も多く82.7%であった。
- 退所者は、死亡による退所が最も多く50.8%であった。

2019年4月～9月における
新規入所者の入所元の内訳 (n=1,315)



2019年4月～9月における
退所者の退所先の内訳 (n=1,182)



2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その3)

長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

- 介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。【告示改正】

介護医療院

長期療養生活移行加算 60単位/日 (新設) ※入所した日から90日間に限り算定可能

〔算定要件〕

- ・ 入所者が療養病床に1年間以上入院していた患者であること。
- ・ 入所にあたり、入所者及び家族等に生活施設としての取組について説明を行うこと。
- ・ 入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

介護療養型医療施設の円滑な移行

- 介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までの円滑な移行等に向けて、より早期の意思決定を促す観点から、事業者には、一定期間ごとに移行等に係る検討の状況について指定権者に報告を求め、期限までに報告されない場合には、次の期限までの間、基本報酬を減算する。【告示改正】

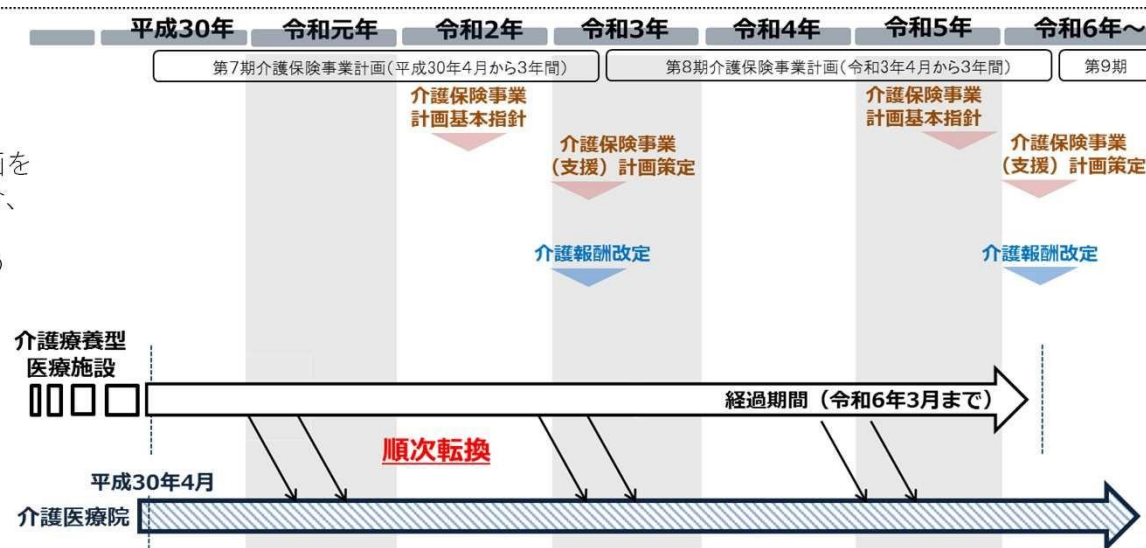
介護療養型医療施設

移行計画未提出減算 10%/日減算 (新設)

〔算定要件〕

- ・ 厚生労働省が示す様式を用いて、令和6年4月1日までの移行計画を半年ごとに許可権者に提出することを求める。これを満たさない場合、基本報酬から所定単位数を減算。
- (※) 最初の提出期限は令和3年9月30日とし、以後、半年後を次の提出期限とする。
- (※) 減算期間は、次の提出期限までとする。

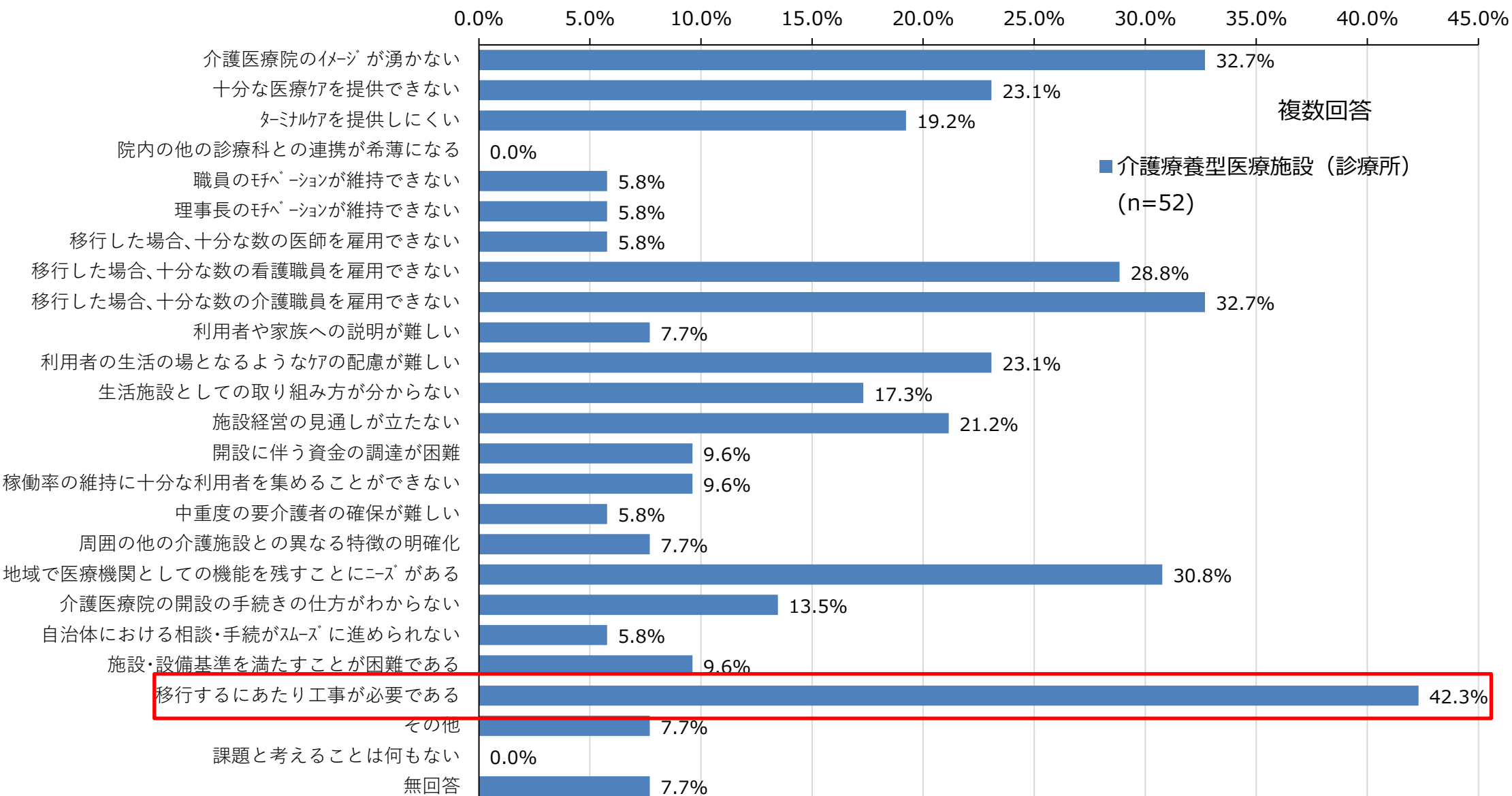
<介護療養型医療施設等に関するスケジュール>



介護医療院に移行すると仮定した場合の課題

○ 介護療養型医療施設（診療所）では、「介護医療院に移行するにあたり工事が必要である」が最も高く42.3%であった。

介護療養型医療施設（診療所）を介護医療院に移行する場合の課題



出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和2年度調査）

「(4)医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス実態及び介護医療院等への移行に関する調査研究事業」（速報値）

有床診療所から介護医療院への移行促進

概要

【介護医療院】

- 介護医療院の浴室の施設基準（一般浴槽、特別浴槽の設置）について、
 - ・ 入所者への適切なサービス提供の確保に留意しつつ、介護療養病床を有する診療所から介護医療院への移行を一層促進する観点から、
 - ・ 有床診療所から移行して介護医療院を開設する場合であって、入浴用リフトやリクライニングシャワーチェア等により、身体の不自由な者が適切に入浴できる場合は、一般浴槽以外の浴槽の設置は求めないこととする。【省令改正】 **R3.1.13 諮問・答申済**
- ※ 施設の新築、増築又は全面的な改築の工事を行うまでの間の経過措置

基準

< 現行 >

七 浴室

イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること

⇒

< 改定後 >

七 浴室

イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること

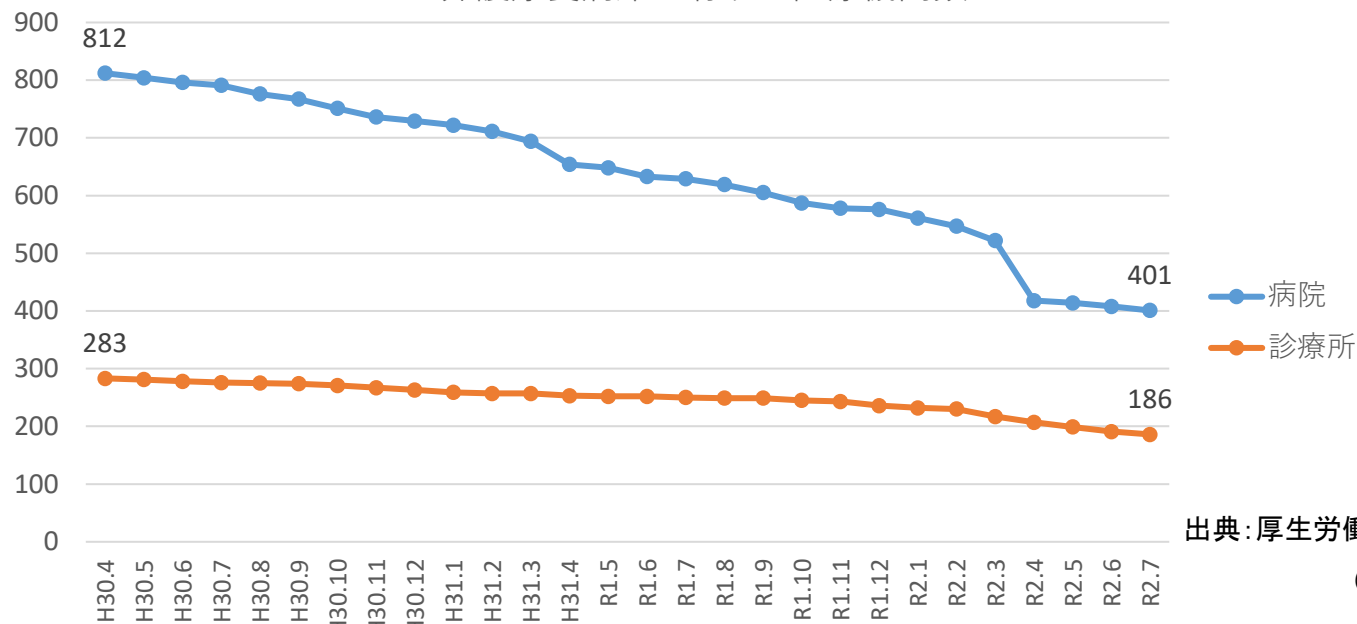
→ 有床診療所から移行し介護医療院を開設する場合、一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した設備を設けること。

※ 新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間の取扱いとする。

介護療養病床を有する医療機関数・病床数

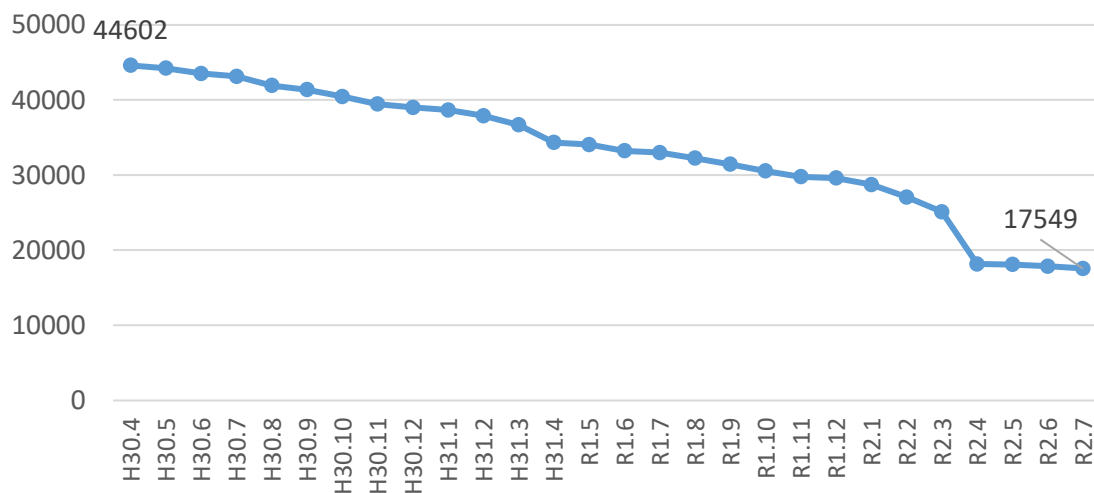
○ 介護療養病床を有する医療機関数・病床数ともに、病院と比較し診療所の移行が進んでいない。

介護療養病床を有する医療機関数

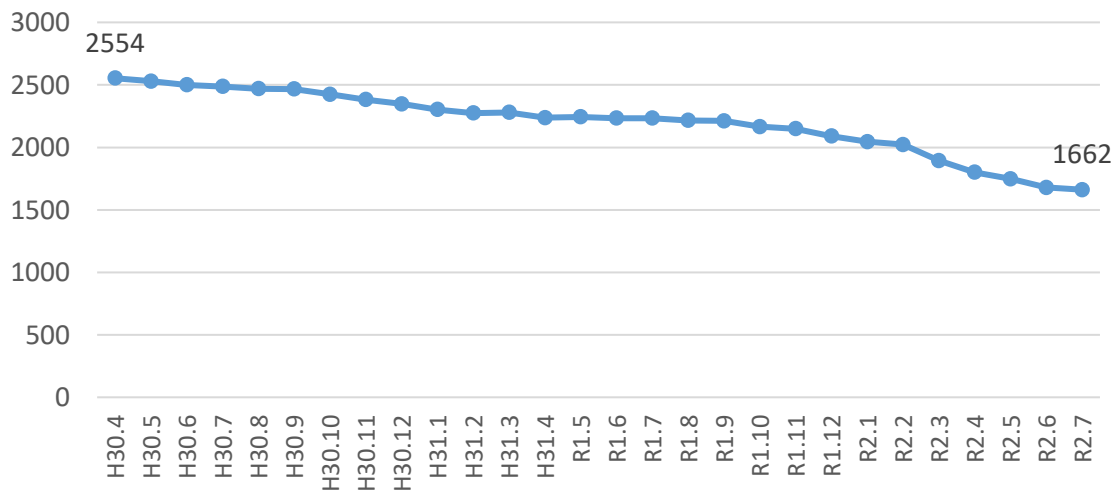


出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」
(老健局老人保健課による特別集計)

介護療養病床数 (病院)



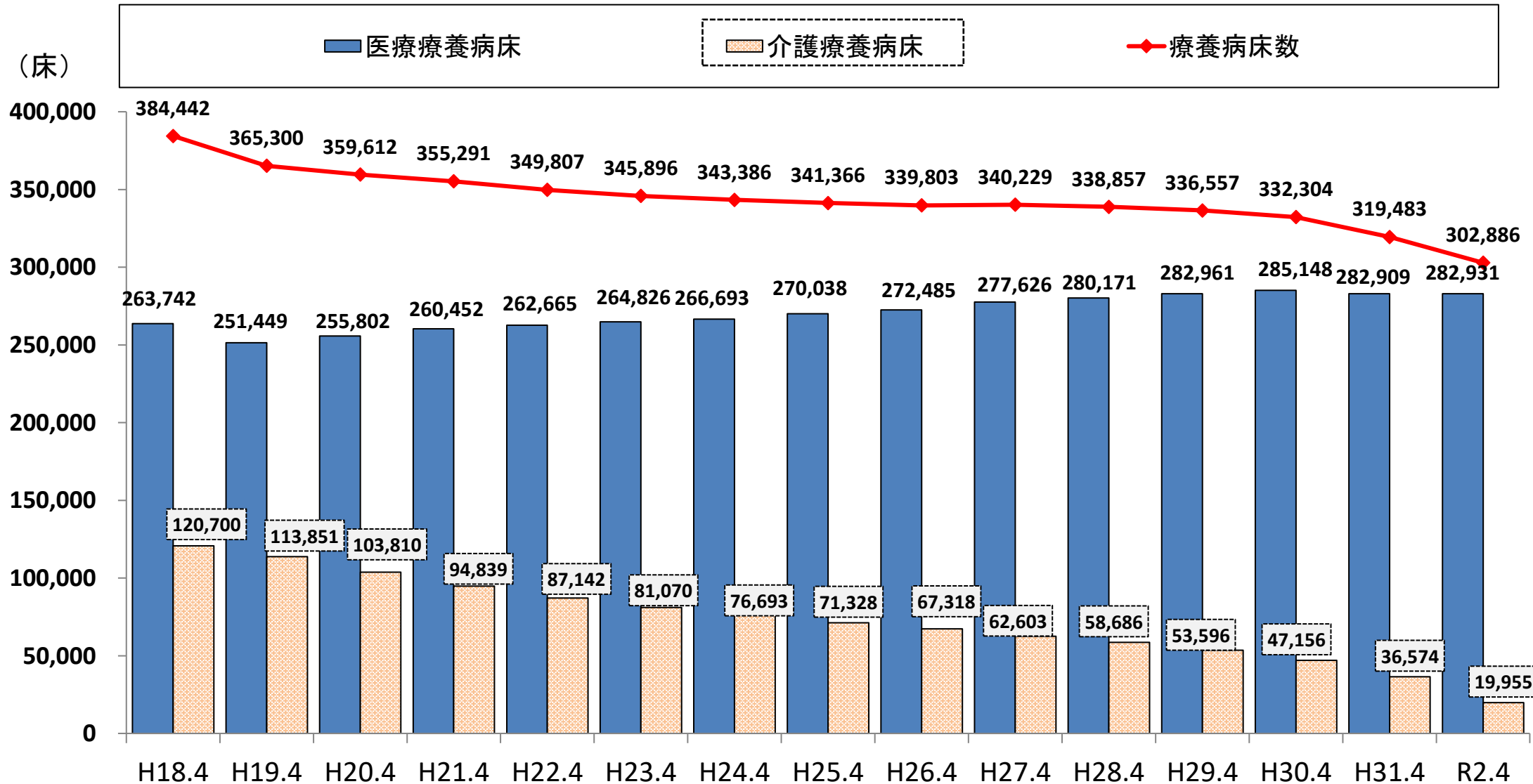
介護療養病床数 (診療所)



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報)

療養病床の推移

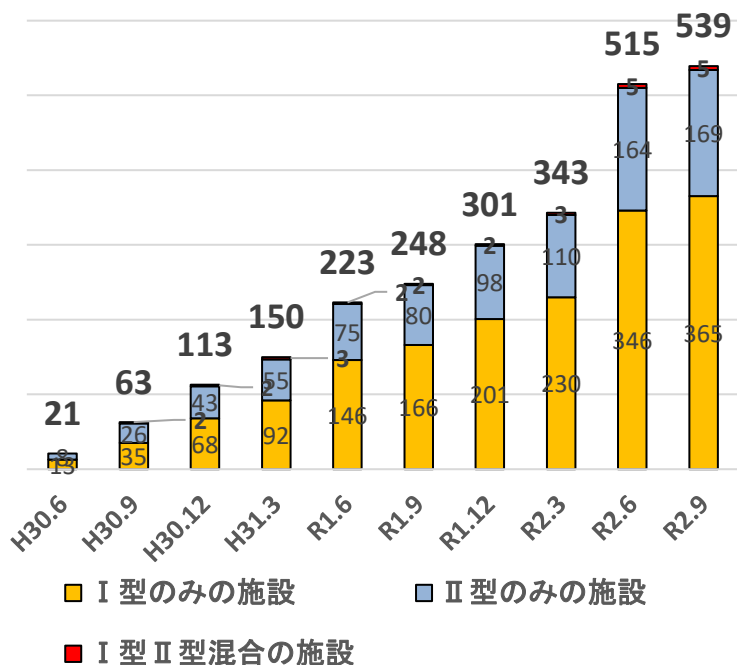
○ 療養病床の再編成において、当初からの14年間で介護療養病床は約10万床減少した。



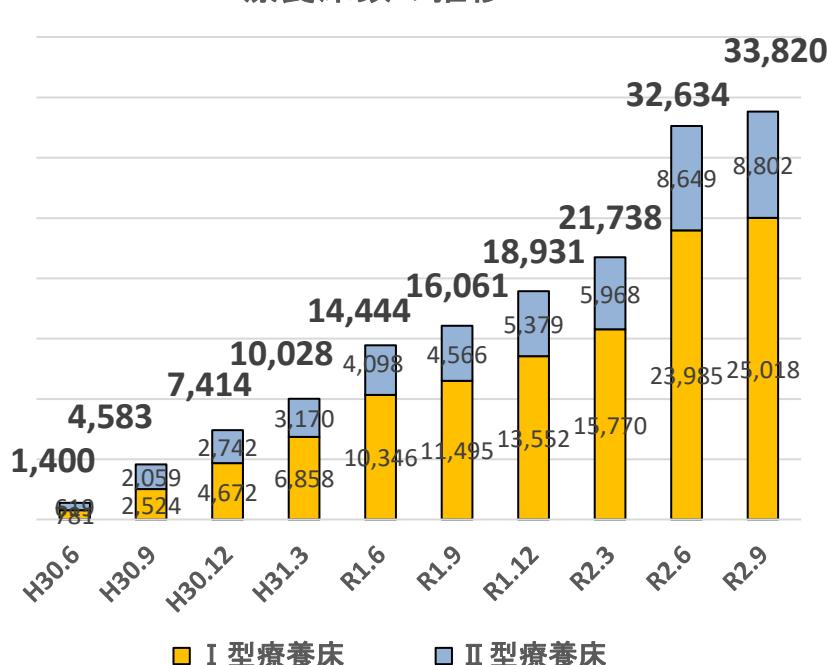
介護医療院等(開設状況)について

○ 令和2年9月末時点での介護医療院開設数は、539施設、33,820療養床であった。

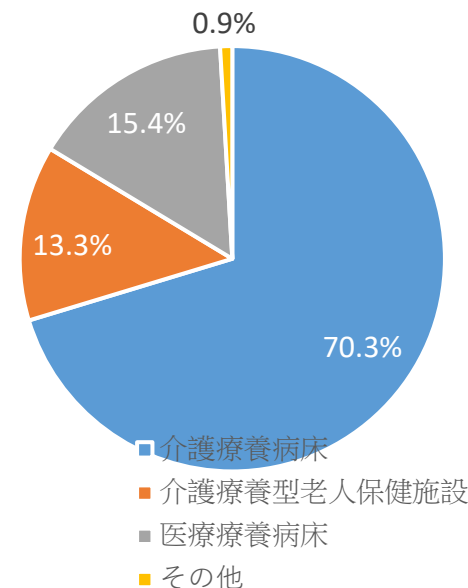
施設数の推移



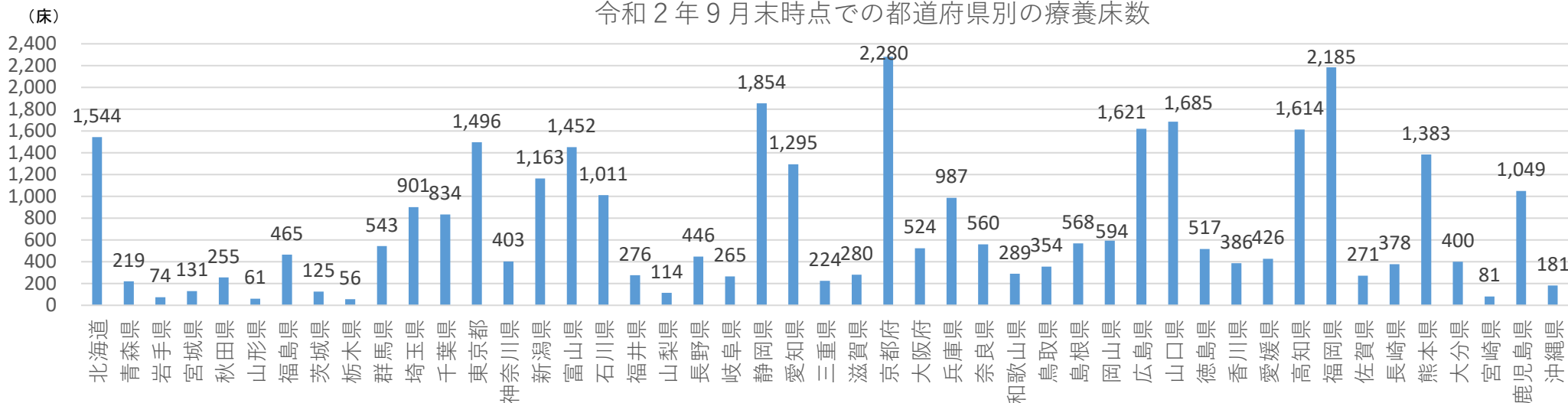
療養床数の推移



転換元の病床割合 (令和2年9月末時点)



令和2年9月末時点での都道府県別の療養床数



出典:介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業(令和2年9月30日時点)

介護医療院の施設数

	令和2年 3/31時点	令和2年 6/30時点	令和2年 9/30時点	令和2年 12/31時点
I型介護医療院の施設数	230	346	365	379
II型介護医療院の施設数	110	164	169	178
I型及びII型混合の施設数	3	5	5	5
介護医療院の合計施設数	343	515	539	562
転換元の施設数（複数施設が統合し転換する場合があります、上記施設数とは必ずしも合計数が一致しません）				
介護療養病床（病院）	220	336	351	362
介護療養病床（診療所）	20	36	37	40
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	2	2	2	2
介護療養型老人保健施設	68	86	89	90
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	75	97	101	107
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	25	33	33	35
医療療養病床（診療所）	9	17	19	22
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	1	3	3	5
その他のベッド	0	0	0	0
新設	4	4	6	8

介護医療院の療養床数

	令和2年 3/31時点	令和2年 6/30時点	令和2年 9/30時点	令和2年 12/31時点
I型の療養床数	15,770	23,985	25,018	25,740
II型の療養床数	5,968	8,649	8,802	9,265
療養床数（合計）	21,738	32,634	33,820	35,005
転換元の病床数等				
介護療養病床（病院）	14,638	22,748	23,386	23,964
介護療養病床（診療所）	241	378	394	422
老人性認知症疾患療養病棟（精神病床）	112	112	112	112
介護療養型老人保健施設	3,016	4,256	4,508	4,608
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	2,548	3,483	3,622	3,856
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の経過措置が適応されている病床）	1,074	1,399	1,399	1,460
医療療養病床（診療所）	78	181	200	238
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	3	49	49	93
その他のベッド	0	0	0	0
新設	28	28	150	252

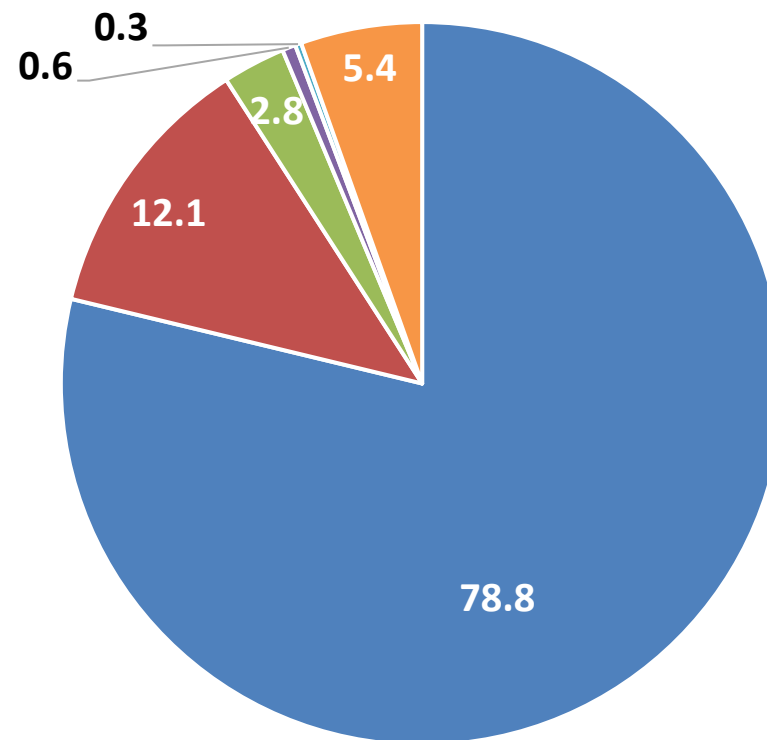
介護療養病床の移行先等

2. (3)⑫

○ 平成30年4月～令和2年9月の介護療養病床の移行先は、介護医療院が78.8%（23,780床）、医療療養病床が12.1%（3,657床）であった。

介護療養病床の移行先等（平成30年4月～令和2年9月）

転換先等	病床数
介護医療院	23,780 (78.8%)
医療療養病床	3,657 (12.1%)
医療療養病床以外の病床	848 (2.8%)
介護老人保健施設	181 (0.6%)
その他	83 (0.3%)
廃止	1,642 (5.4%)
合計	30,191 (100%)



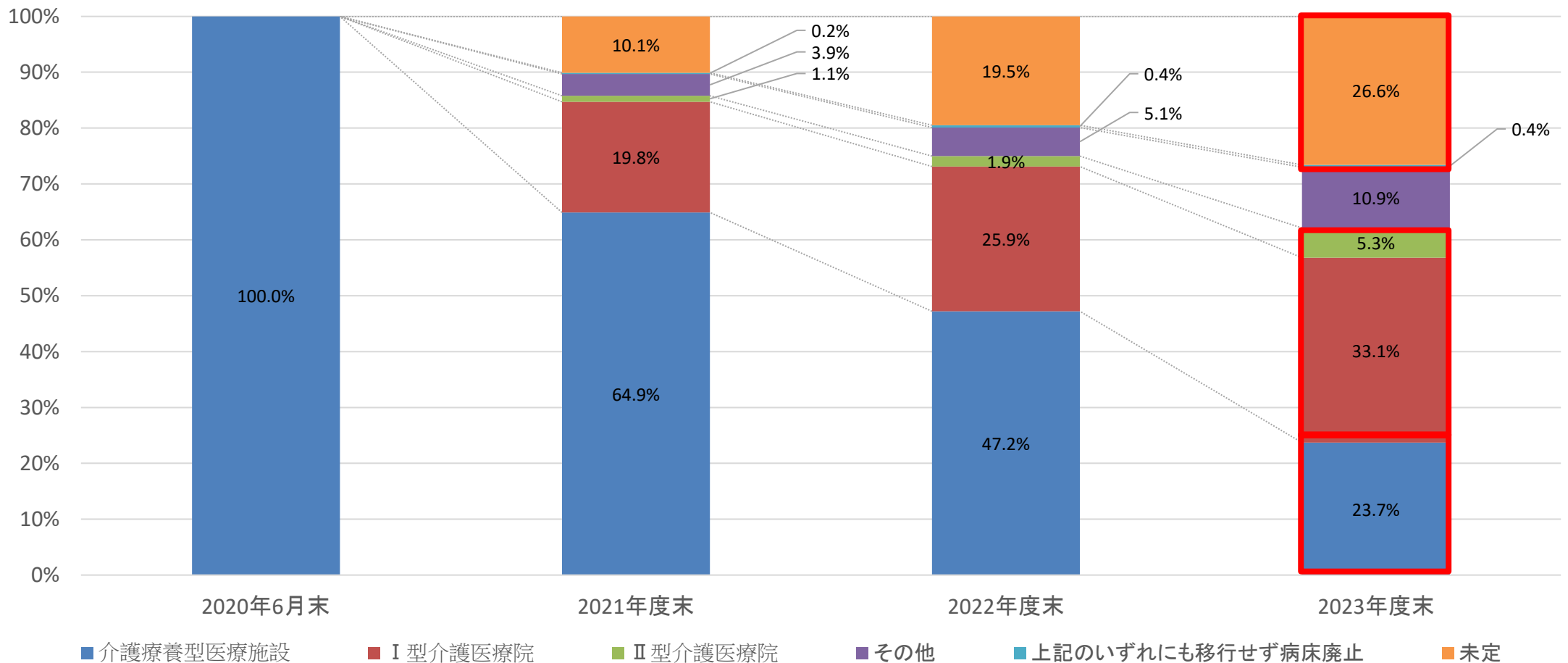
- 介護医療院
- 医療療養病床
- 医療療養病床以外の病床
- 介護老人保健施設
- その他(サ高住、有料老人ホーム、認知症GH等)
- 廃止

介護療養型医療施設の移行予定

- 2023年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床数構成比は、Ⅰ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院の合計で38.4%であった。
 - 2023年度末時点でも介護療養型医療施設に留まる病床は、23.7%であった。
 - 2023年度末時点の移行先が未定の病床は、26.6%であった。
- ※本調査における回収率は27.1%。

2. (3)⑫

介護療養型医療施設（病院・診療所合計）の移行予定（回答数* = 6263）*施設票における病床数

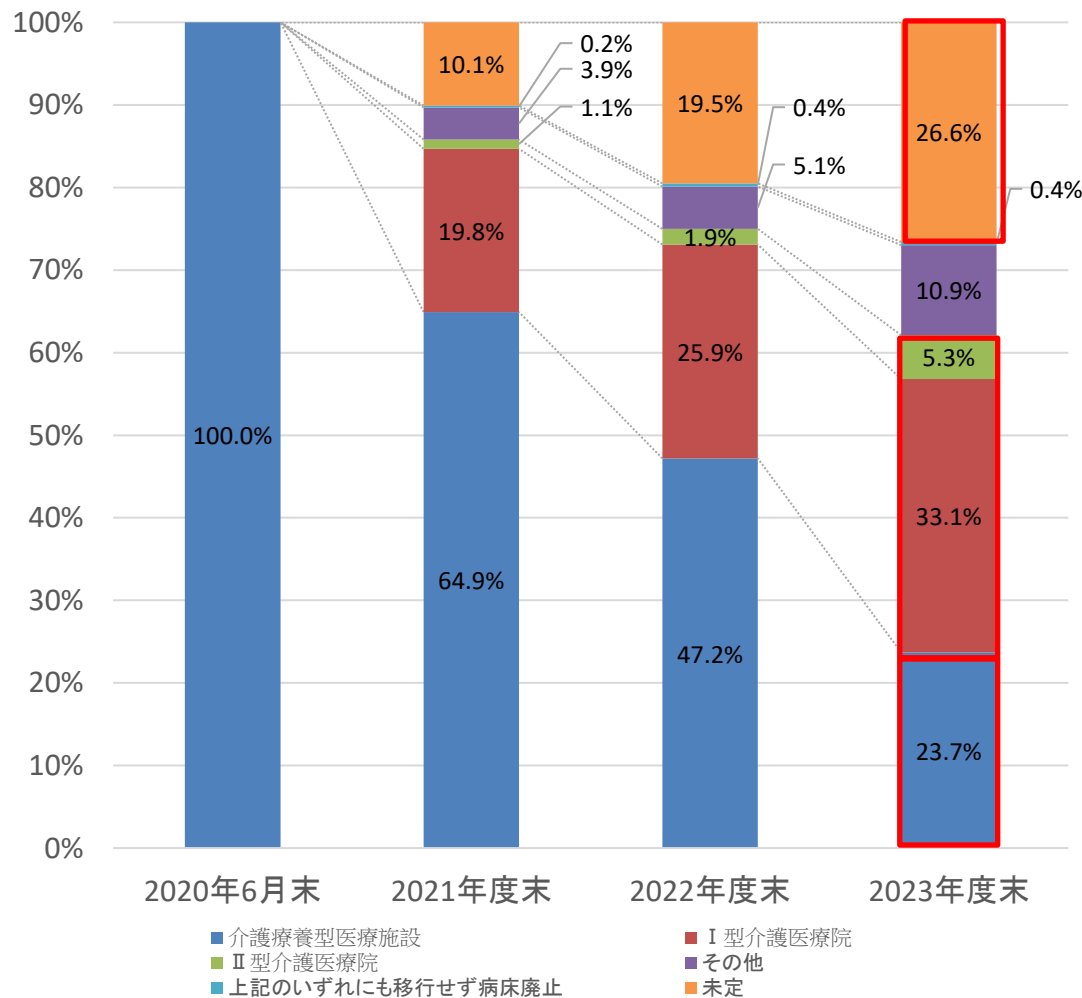


出典:平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和2年度調査)
「(4)医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス実態及び介護医療院等への移行に関する調査研究事業」(速報値)

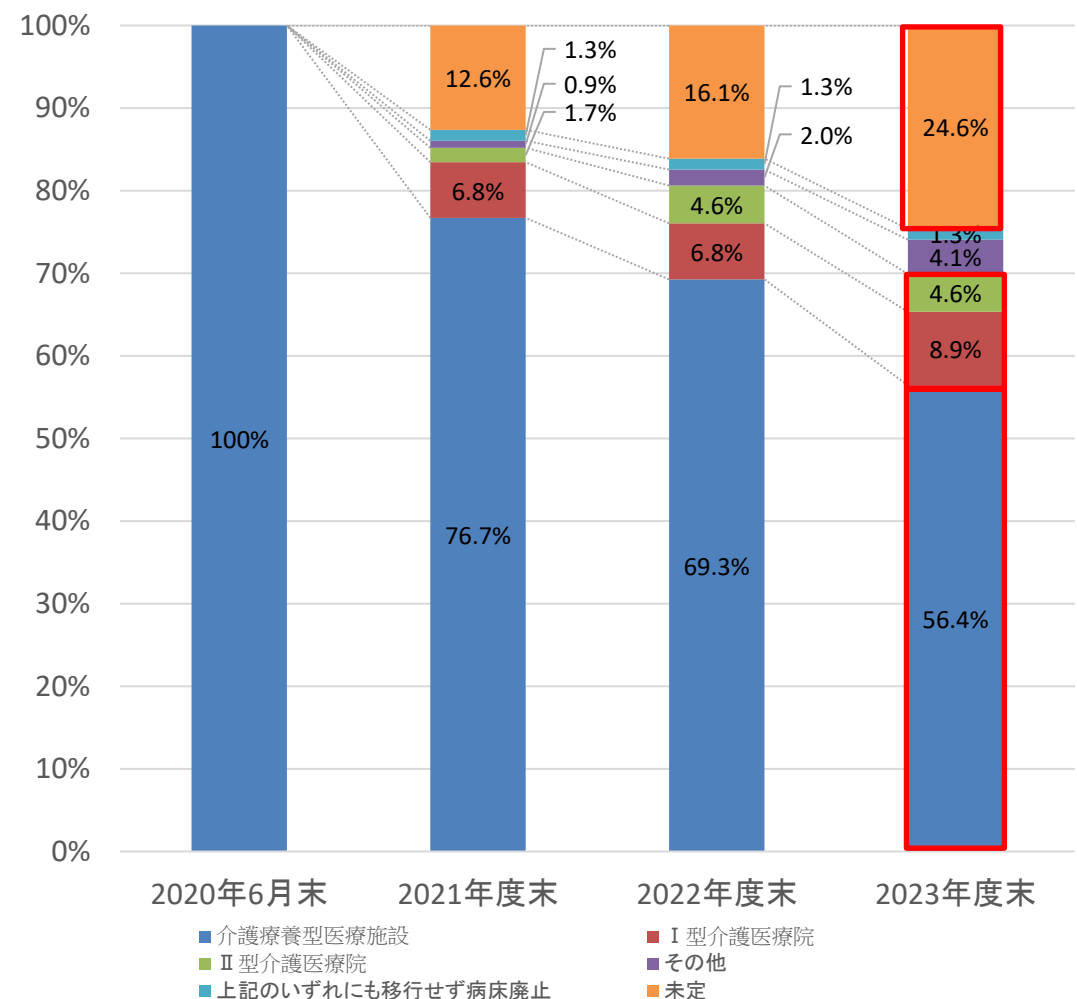
病院・診療所別の介護療養型医療施設の移行予定

- 2023年度末までに介護医療院（Ⅰ型又はⅡ型）へ移行を予定している病床数構成比は、病院・診療所で38.4%、診療所のみで13.5%であった。
- 2023年度末時点でも介護療養型医療施設に留まる病床は、病院・診療所で23.7%、診療所のみで56.4%であった。
- 2023年度末時点の移行先が未定の病床は、病院・診療所で26.6%、診療所のみで24.6%であった。
- ※ 本調査における回収率は27.1%

介護療養型医療施設（病院・診療所）の移行予定（病床数=6263）



介護療養型医療施設（診療所のみ）の移行予定（病床数=453）

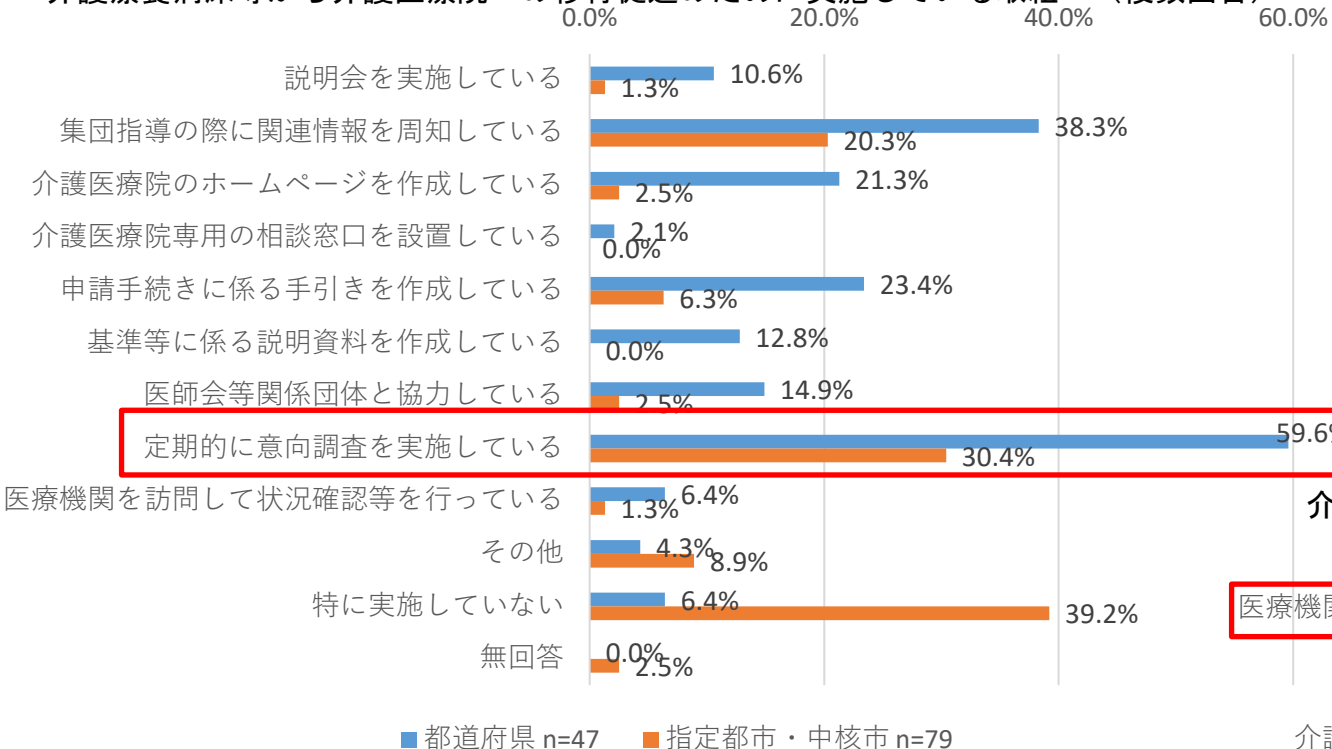


介護医療院への移行に関する自治体の取組等

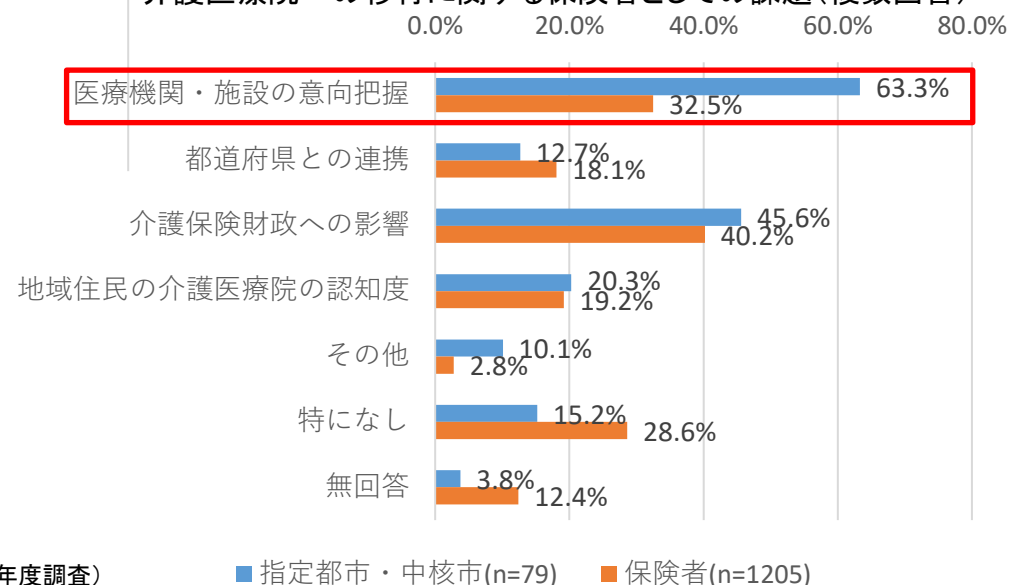
2. (3)⑫

- 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組について、「定期的に意向調査を実施している」が都道府県で59.6%、指定都市・中核市で30.4%であった。
- 助成金・補助金の活用状況について、「活用事例がある」都道府県が85.1%であった。
- 介護医療院への移行に関する保険者としての課題は、指定都市・中核市では「医療機関・施設の意向把握」が63.3%、その他の保険者では「介護保険財政への影響」が45.6%であった。

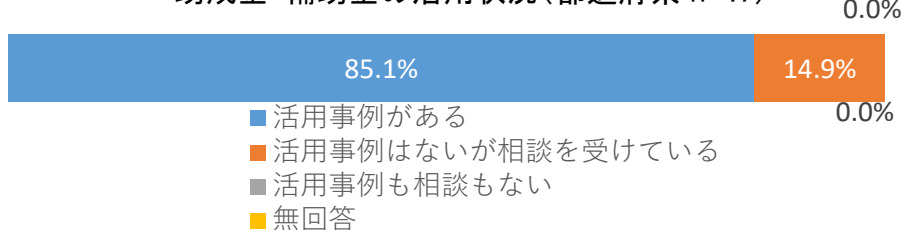
介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組 (複数回答)



介護医療院への移行に関する保険者としての課題 (複数回答)



助成金・補助金の活用状況 (都道府県 n=47)



出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)
「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その1)

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

居宅療養管理指導

- 医師・歯科医師が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、また、関連する情報については、介護支援専門員等に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】
- 薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、これらの支援につながる情報を把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】
- 多職種間での情報共有促進の観点から、薬剤師の居宅療養管理指導の算定要件とされている介護支援専門員等への情報提供について、明確化する。【省令改正】

R3.1.13 諮問・答申済

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号) (抄)
(基本方針)

第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

- 短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。【告示改正】

短期入所療養介護 (介護老人保健施設が提供する場合に限る)

総合医学管理加算 275単位/日 (新設) ※1回の短期入所につき7日に限る

〔算定要件〕

- ・ 治療管理を目的とした利用者に対して、診療方針を定め、投薬、検査、注射、処置等を行い、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

(※) 基本報酬の評価を併せて見直し

2.(3)⑥ 認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化

概要

【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

※追加する医療的ケアは下線部

		医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)
単位数		39単位/日	49単位/日	59単位/日
算定要件	看護体制要件	<ul style="list-style-type: none"> 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名以上確保していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
	医療的ケアが必要な者受入要件	—	<ul style="list-style-type: none"> 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 <u>(3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</u> <u>(4) 中心静脈注射を実施している状態</u> <u>(5) 人工腎臓を実施している状態</u> <u>(6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</u> <u>(7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態</u> <u>(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態</u> <u>(9) 気管切開が行われている状態</u> 	
	指針の整備要件	<ul style="list-style-type: none"> 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 		

※1 別区分同士の併算定は不可。

※2 介護予防は含まない。

2.(3)⑦ 退所前連携加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設の入所者の早期の在宅復帰を促進する観点から、退所前連携加算について、現行の取組に加え、入所前後から入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合の区分を設定する。【告示改正】
- 現行相当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

<現行>		<改定後>
退所前連携加算	500単位	⇒ 入退所前連携加算（Ⅰ） 600単位（新設） 入退所前連携加算（Ⅱ） 400単位（新設）

算定要件等

<入退所前連携加算（Ⅰ）>

※入所者1人につき1回を限度

- イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。
- ロ 入所者の入所期間が1月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行うこと。（※現行の退所前連携加算の要件）

<入退所前連携加算（Ⅱ）>

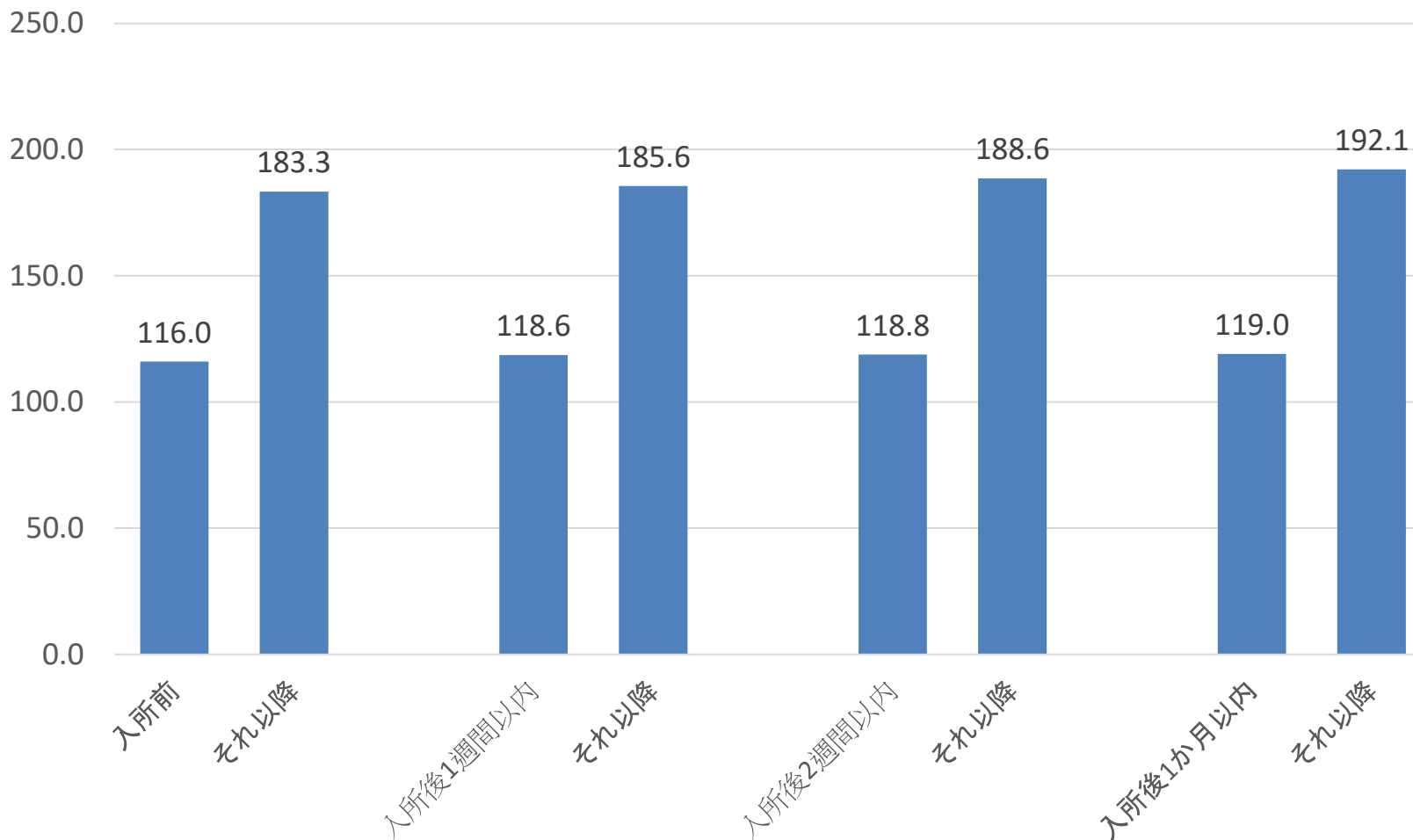
- ・ 入退所前連携加算（Ⅰ）のロの要件を満たすこと。

居宅介護支援事業所との連携

○ 居宅介護支援事業所と入所前後に連携した場合、それ以降に連携した場合と比較して入所期間が短い。

(日)

居宅ケアマネと初めて連携した時期別の入所期間



初めて連携した時期	n数
入所前	1669
それ以降	2443

入所後1週間以内	1817
それ以降	2295

入所後2週間以内	1921
それ以降	2191

入所後1か月以内	2033
それ以降	2079

2.(3)⑧ 所定疾患施設療養費の見直し

概要

【介護老人保健施設】

○所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者により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、算定要件や算定日数、対象疾患等の見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

< 現行 >

入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。

< 改定後 >

⇒ 入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。）に算定。

○入所者の要件

< 現行 >

イ 肺炎の者
ロ 尿路感染症の者
ハ 帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）

< 改定後 >

⇒ イ 肺炎の者
ロ 尿路感染症の者
ハ 帯状疱疹の者
ニ 蜂窩織炎の者

○算定日数（所定疾患施設療養費（Ⅱ））

< 現行 >

・1月に1回、連続する
7日を限度

< 改定後 >

⇒ ・1月に1回、連続する
10日を限度

※所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。
【通知改正】

2.(3)⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

○かかりつけ医連携薬剤調整加算について、介護老人保健施設において、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ⇒

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅰ) 100単位 (新設)

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅱ) 240単位 (新設)

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) 100単位 (新設)

算定要件等

※それぞれ全ての要件を満たす必要。入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

<かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅰ) >

- ・介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ・入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- ・入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅱ) >

- ・(Ⅰ)を算定していること。
- ・入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) >

- ・(Ⅰ)と(Ⅱ)を算定していること。
- ・6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- ・退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その1)

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
 - 既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
 - 全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】

R3.1.13 諮問・答申済

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設)
科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

<通所系・多機能系・居住系サービス>

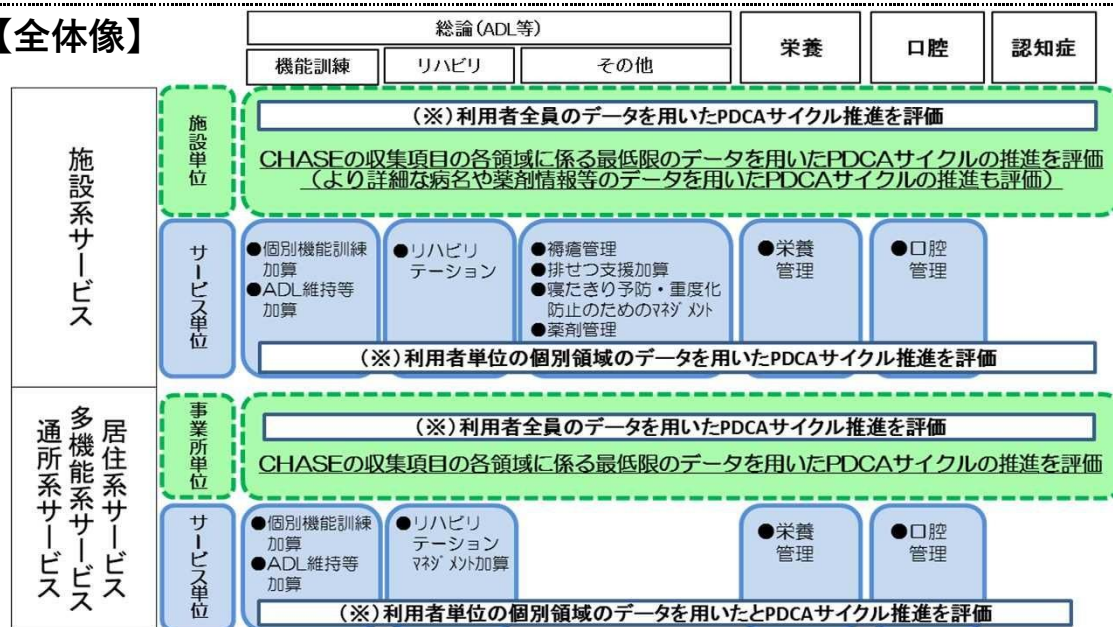
科学的介護推進体制加算 40単位/月 (新設)

(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)

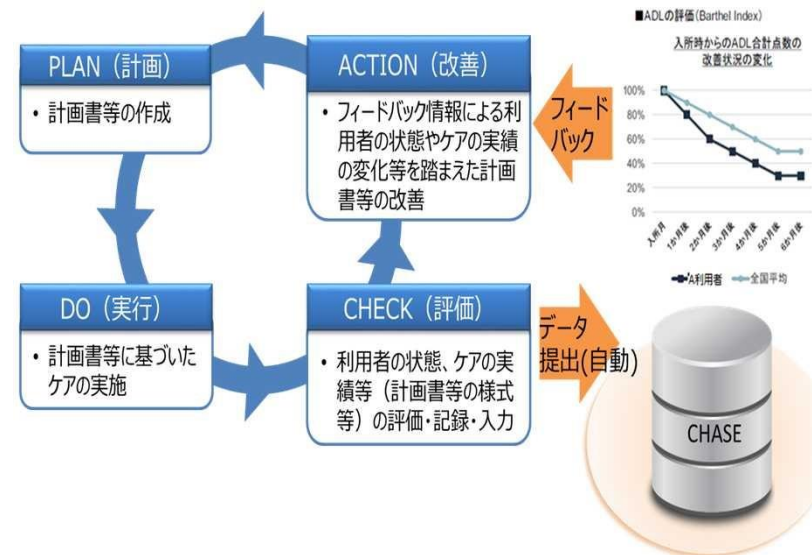
【算定要件】

- イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



【PDCAサイクルの推進 (イメージ)】



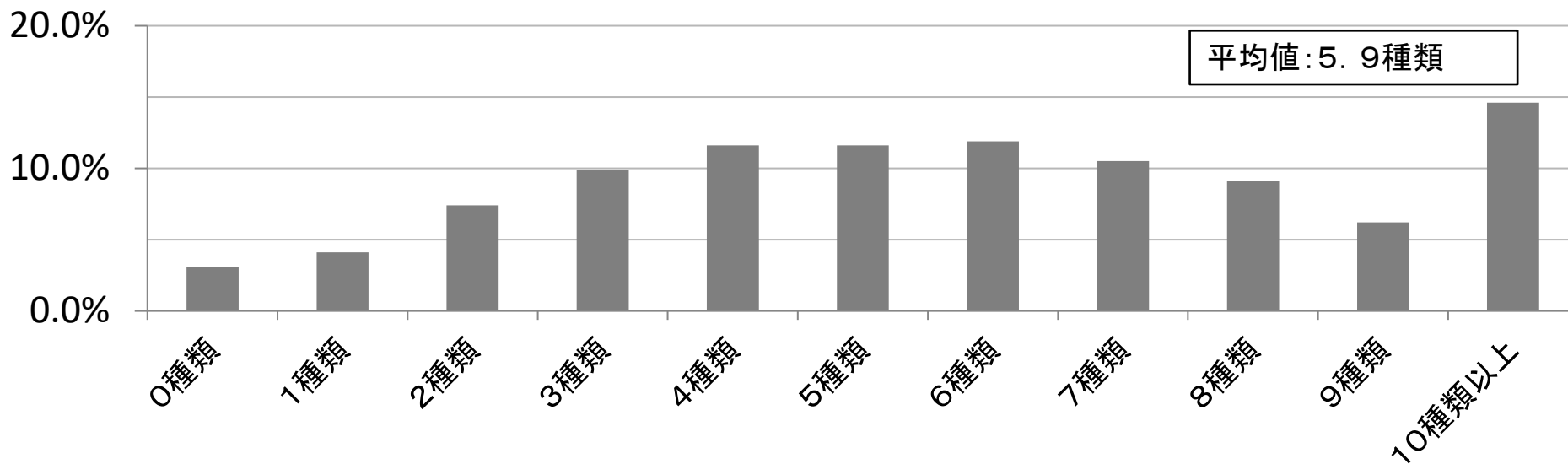
(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。

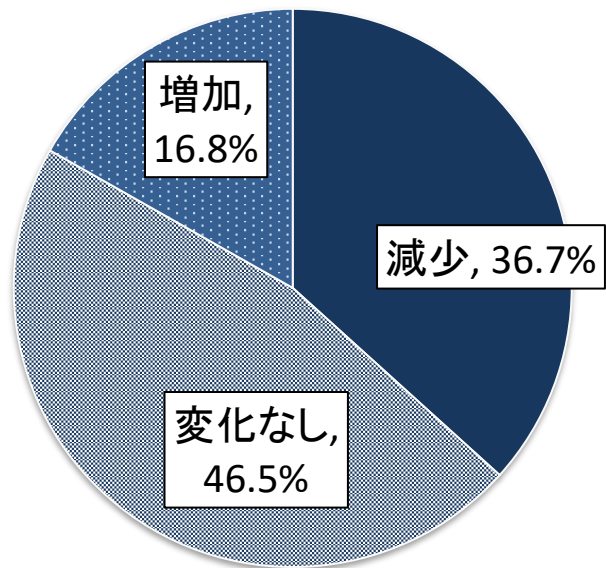
科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)

62/210

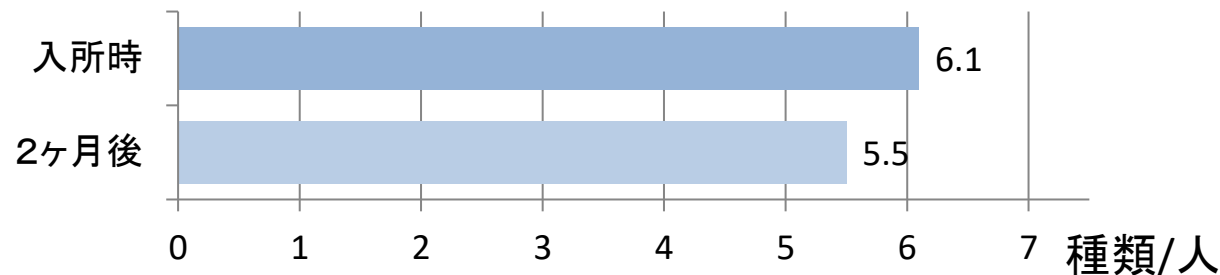
介護老人保健施設入所者の服薬数



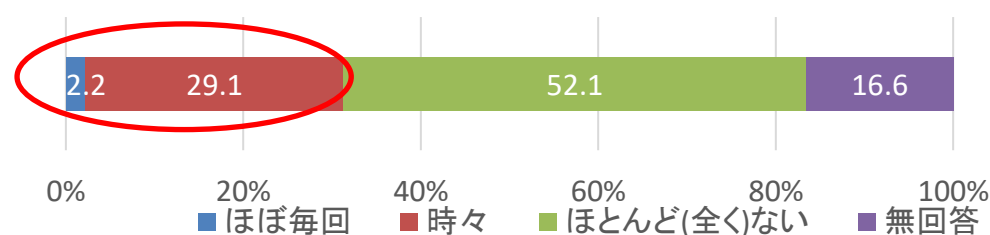
入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化



入所者1人当たり薬剤種類数の変化



減量した薬が元に戻って利用者が再入所したという経験(n=770)

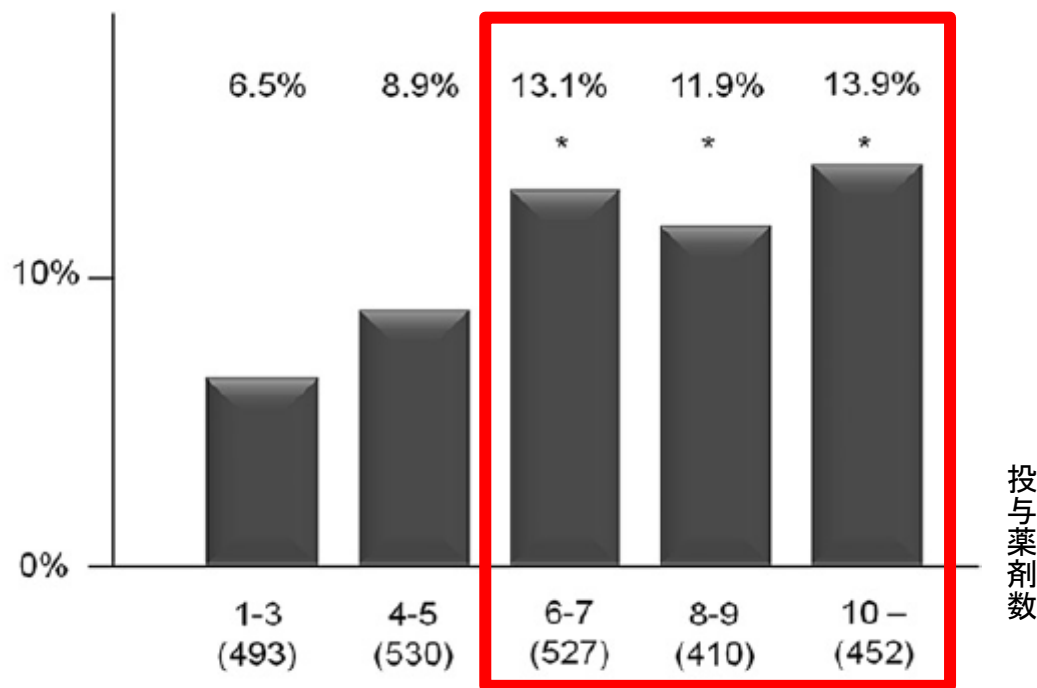


【出典】平成27年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する調査研究事業」

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

出典:厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

出典:Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. GeriatrGerontol Int. 2012; 12: 761-2.

介護医療院の薬剤管理指導の見直し

概要

【介護医療院】

○介護医療院の薬剤管理指導について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを新たに評価する。【告示改正】

単位数

<現行>
薬剤管理指導 350単位/回（週1回、月4回まで） ⇒ <改定後>
変更なし
20単位/月（新設）
※1月の最初の算定時に加算

算定要件等

- 次に掲げる要件を満たす場合、同月の最初の薬剤管理指導算定時に限り加算。
 - ・ 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

2. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その3)

緊急時の宿泊対応の充実

- 認知症グループホーム、短期療養、多機能系サービスにおいて、緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、緊急時短期利用の受入日数や人数の要件等を見直す。【告示改正】

認知症グループホーム

- 利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（**緊急時短期利用**）について、地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、以下の要件の見直しを行う。
〔人数〕（現行）1事業所1名まで → （改定後）1ユニット1名まで
〔日数〕（現行）7日以内 → （改定後）7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内
〔部屋〕（現行）個室 → （改定後）「おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外も認める。

短期入所療養介護

- **緊急短期入所受入加算**について、以下の要件の見直しを行う。
〔日数〕（現行）7日以内 → （改定後）7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

- 事業所の登録定員に空きがあること等を要件とする登録者以外の短期利用（**短期利用居宅介護費**）について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、**宿泊室に空きがある場合には算定可能**とする。

論点②緊急短期入所受入加算の見直し

論点②

- 緊急短期入所受入加算の算定については、7日を限度としているが、在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 「7日以内」の日数要件について、短期入所生活介護との均衡を考慮し、「7日以内を原則として、家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」に見直してはどうか。

	短期入所生活介護 (定員を超える場合)	短期入所療養介護
要件	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。・当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないこと。	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。
日数	7日以内 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)	<見直し案> 7日以内⇒ 7日以内 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)

2.(4)① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

概要

【訪問介護、通所系サービス★、短期入所系サービス★】

- 通院等乗降介助について、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。【通知改正】

この場合、通所系サービス・短期入所系サービス事業所は送迎を行わないことから、通所系サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算を適用し、短期入所系サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できないこととする。

単位数

通院等乗降介助

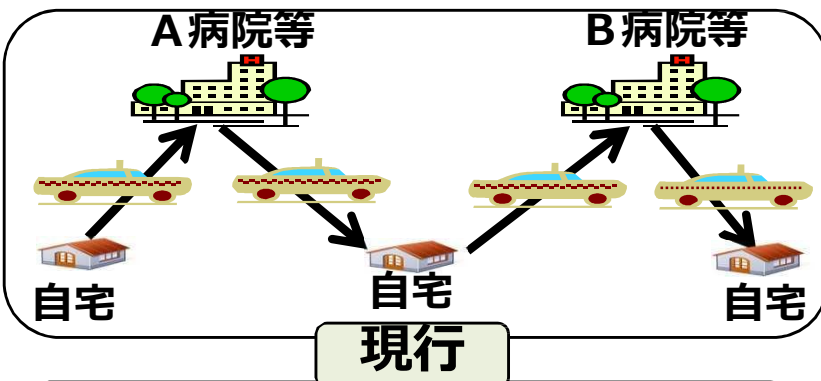
99単位/片道

※今回改定後の単位数

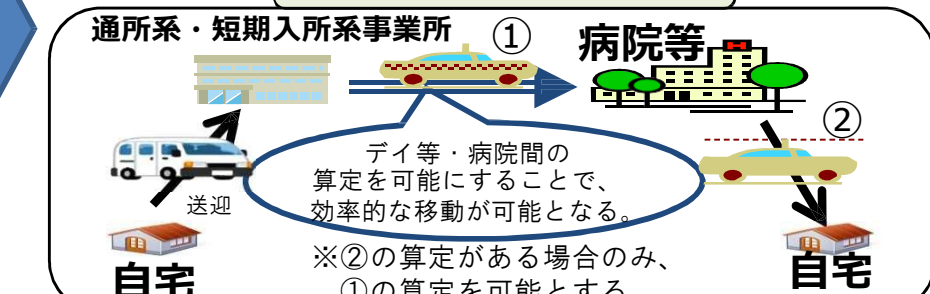
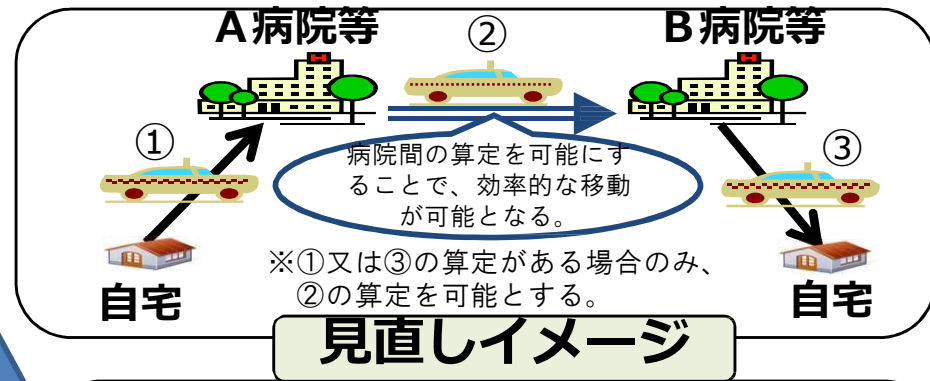
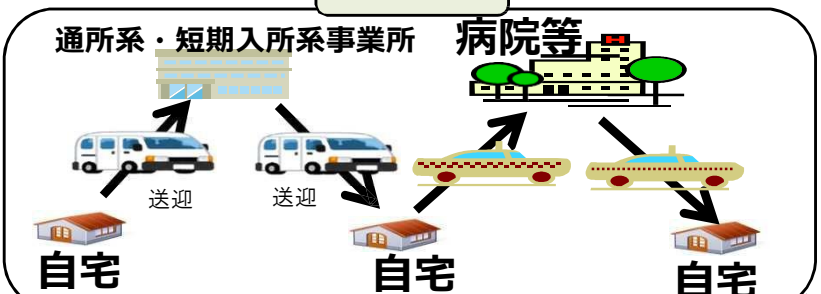
算定要件等

・車両への乗降介助等が介護保険の対象
・移送に係る運賃は介護保険の対象外

パターン 1



パターン 2



訪問看護の充実

- 訪問看護について、主治の医師が必要と認める場合に退院・退所当日の算定を可能とする。看護体制強化加算の要件や評価を見直す。

訪問看護

【退院当日の訪問看護】

- 利用者のニーズに対応し在宅での療養環境を早期に整える観点から、退院・退所当日の訪問看護について、現行の特別管理加算の対象に該当する者に加えて、**主治の医師が必要と認める場合は算定を可能とする。**【通知改正】

訪問看護

【看護体制強化加算の見直し】

- 看護体制強化加算について、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や訪問看護の機能強化を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】

〔算定要件〕

- ・ 算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、**特別管理加算を算定した利用者の占める割合**
(現行) 100分の30以上 → (改定後) 100分の20以上

- ・ (介護予防) 訪問看護の提供に当たる従業者の総数に占める看護職員の割合が**6割以上であること (新設)**

(※) 2年の経過措置期間を設ける。また、令和5年3月31日時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予する。

- (※) 算定月の前6月間における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上の要件 (Ⅰ・Ⅱ共通) 及び算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者数の要件 (Ⅰ：5人以上、Ⅱ：1人以上) は変更なし。

〔単位数〕

(訪問看護)

看護体制強化加算 (Ⅰ) 600単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 300単位/月 →

(介護予防訪問看護)

看護体制強化加算 300単位/月

<改定後>

看護体制強化加算 (Ⅰ) 550単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 200単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

2. (5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

個室ユニットの定員上限の明確化

R3.1.13 諮問・答申済

- 個室ユニット型施設の1ユニットの定員を、実態を勘案した職員配置に努めることを求めつつ、「原則として概ね10人以下とし15人を超えないもの」とする。【省令改正】

短期入所系サービス、施設系サービス

- 個室ユニット型施設について、ケアの質を維持しつつ、人材確保や職員定着を目指し、ユニットケアを推進する観点から、1ユニットの定員について、以下の見直しを行う。

< 現行 >

おおむね10人以下としなければならない →

< 改定後 >

原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないものとする。

(※) 当分の間、現行の入居定員を超えるユニットを整備する場合は、ユニット型施設における夜間及び深夜を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めるものとする。

- ※ ユニット型個室的多床室については、感染症やプライバシーに配慮し、個室化を進める観点から、新たに設置することを禁止する。【省令改正】

2.(6)① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)①-1

概要

【居宅介護支援】

- 経営の安定化、質の高いケアマネジメントの一層の推進を図る観点から、特定事業所加算について、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ア 必要に応じて、多様な主体等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を要件として求める。
 - イ 小規模事業所が事業所間連携により質の高いケアマネジメントを実現していくよう、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を評価するような区分を創設する。
 - ウ 特定事業所加算（Ⅳ）について、加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までと異なり、病院との連携や看取りへの対応の状況を要件とするものであることを踏まえ、医療と介護の連携を推進する観点から、特定事業所加算から切り離れた別個の加算とする。

単位数

< 現行 >

特定事業所加算（Ⅰ） 500単位/月

特定事業所加算（Ⅱ） 400単位/月

特定事業所加算（Ⅲ） 300単位/月

なし

< 改定後 >

⇒ 特定事業所加算（Ⅰ） 505単位/月

⇒ 特定事業所加算（Ⅱ） 407単位/月

⇒ 特定事業所加算（Ⅲ） 309単位/月

⇒ 特定事業所加算（Ⅳ） 100単位/月（新設）

< 現行 >

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位/月

< 改定後 >

⇒ 特定事業所医療介護連携加算 125単位/月

2.(6)① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)①-2

算定要件等

【特定事業所加算】

算定要件	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(Ⅳ)
	505単位	407単位	309単位	100単位
(1)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤:1名以上 非常勤:1名以上 (非常勤は他事業所との兼務可)
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること	○	○	○	○
(4)24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
(5)算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
(6)当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○
(9)居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
(10)指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は45名未満)であること	○	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○	○	○ 連携でも可
(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(13)必要に応じて、多様な主体等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	○	○	○	○

【特定事業所医療介護連携加算】(現行の特定事業所加算(Ⅳ)と同じ)

特定事業所医療介護連携加算 125単位

- (1)前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上
- (2)前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定
- (3)特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること

2.(6)① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)②

概要

【居宅介護支援】

- ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】 **R3.1.13 諮問・答申済**
 - ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
 - ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

介護情報公表システムの運営情報において公表

訪問介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
地域密着型通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
福祉用具貸与 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)

* 各サービス（特定事業所集中減算対象サービス）を位置付けたケアプラン数／事業所のケアプラン総数

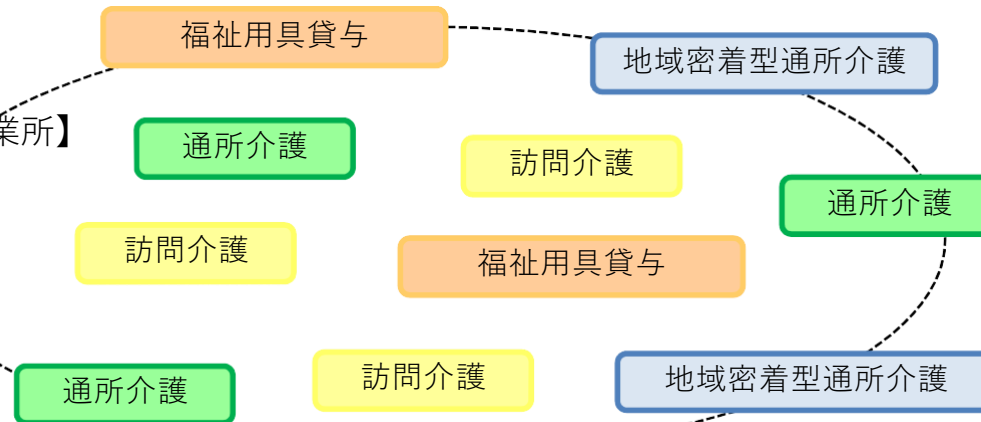
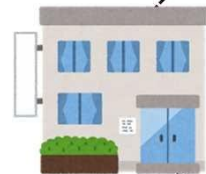
介護情報公表システム



掲載

【居宅介護支援事業所】

説明



2.(6)② 逡減制の見直し

概要

【居宅介護支援】

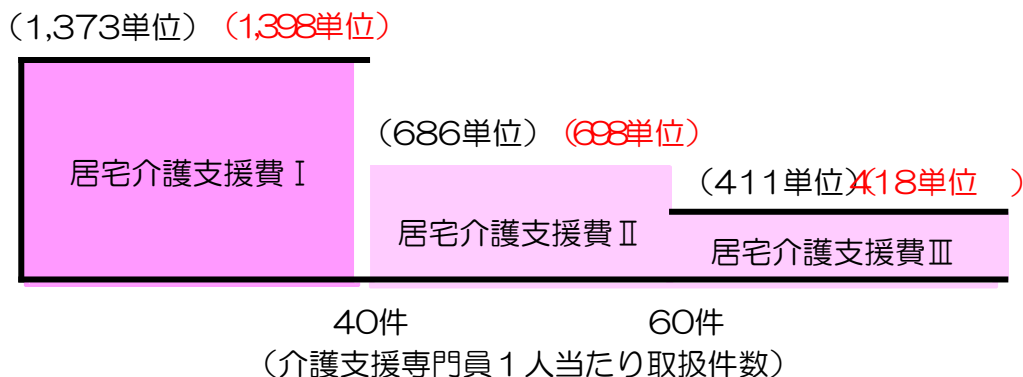
○適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目からそれぞれ評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は同（Ⅱ）、60件以上の場合は同（Ⅲ）が適用される）逡減制において、一定のICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者については、逡減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からとする見直しを行う。その際、この取扱いを行う場合の逡減率（居宅介護支援（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）について、メリハリをつけた設定とする見直しを行う。【告示改正】

※特定事業所加算における「介護支援専門員1人当たりの受け入れ可能な利用者数」について、この取扱いを踏まえた見直しを行う。（2（6）①参照）

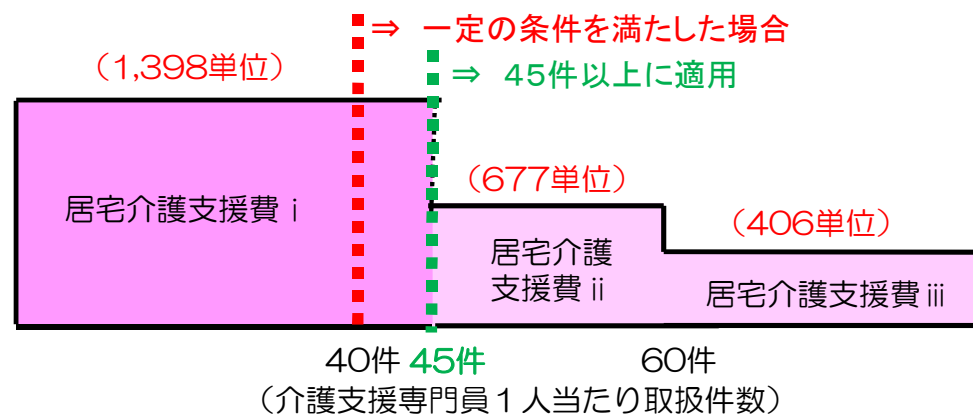
○逡減制における介護支援専門員1人当たりの取扱件数の計算に当たり、現在、事業所が自然災害や感染症等による突発的な対応で利用者を受け入れた場合は、例外的に件数に含めないこととしているが、地域の実情を踏まえ、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合についても例外的に件数に含めない見直しを行う。【告示改正】

例：要介護3・4・5の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）

【現行】



【改定後：ICT等を活用する場合】



※ ICT等の活用の有無にかかわらず、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合、例外的に件数に含めない。

2. (6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 (その2)

医療機関との情報連携強化

- 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する。【告示改正】

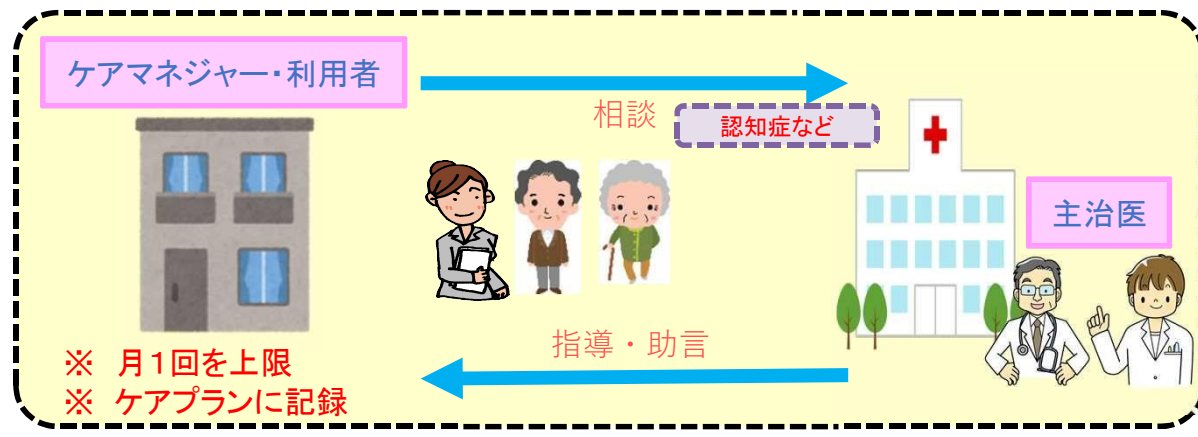
居宅介護支援

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

※利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする。

〔算定要件〕

- ・ 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合。



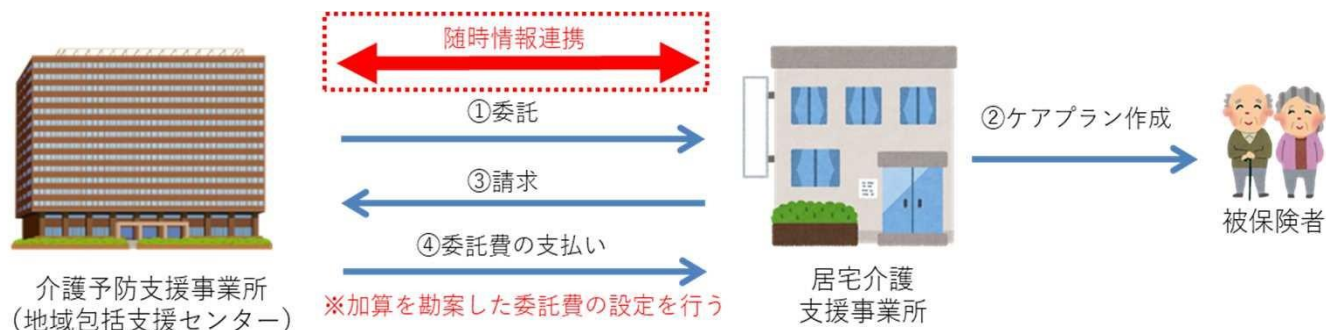
介護予防支援の充実

- 介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価する。【告示改正】

介護予防支援

委託連携加算 300単位/月 (新設)

※利用者1人につき指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定。



2.(6)④ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

概要

【居宅介護支援】

○看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】

単位数

<現行>

サービス利用の実績がない場合は請求不可

<改定後>

居宅介護支援費を算定可

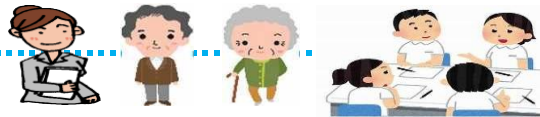
⇒

算定要件等

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

退院

退院に向けて利用者の状態変化のタイミングに合わせて、アセスメントやサービス担当者会議等の必要なケアマネジメント業務を行い、ケアプランを作成



状態変化

利用者・家族からの相談、調整や、サービス事業者等の調整、ケアプランの変更 等

死亡

【現行】 サービス利用の実績がない場合、居宅介護支援費算定不可

【改定後】 サービス利用の実績がない場合であっても、居宅介護支援費算定可

2. (7) 地域の特性に応じたサービスの確保 (その1)

離島や中山間地域等におけるサービスの充実

- 離島や中山間地域等の要介護者に対する介護サービスの提供を促進する観点から、夜間、認デイ、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。【告示改正】

夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

	算定要件	単位数	新設するサービス★：介護予防を含む
特別地域加算	別に厚生労働大臣が定める地域(※1)に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に15/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 小規模多機能型居宅介護★ 看護小規模多機能型居宅介護
中山間地域等における小規模事業所加算	別に厚生労働大臣が定める地域(※2)に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に10/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 小規模多機能型居宅介護★ 看護小規模多機能型居宅介護
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域(※3)に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数に5/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護★

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

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

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

地域の特性に応じた認知症グループホームの確保

R3.1.13 諮問・答申済

- 認知症グループホームについて、ユニット数を弾力化、サテライト型事業所を創設する。【省令改正】

認知症グループホーム

【ユニット数の弾力化】

(現行) 原則1又は2、地域の実情により事業所の効率的運営に必要と認められる場合は3 → (改定後) 1以上3以下

【サテライト型事業所の創設】

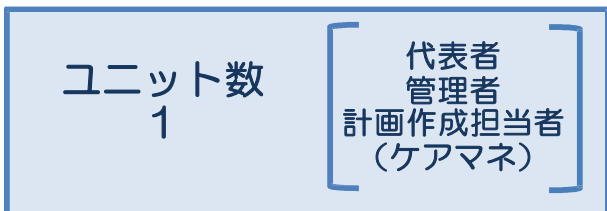
<基準> ※本体事業所と異なる主なもの

- ・ 本体事業所との兼務等により、代表者、管理者を配置しないことが可
- ・ 介護支援専門員ではない認知症介護実践者研修を修了した者を計画作成担当者として配置することが可
- ・ サテライト型事業所のユニット数は、本体事業所のユニット数を上回らず、かつ、本体事業所のユニット数との合計が最大4まで

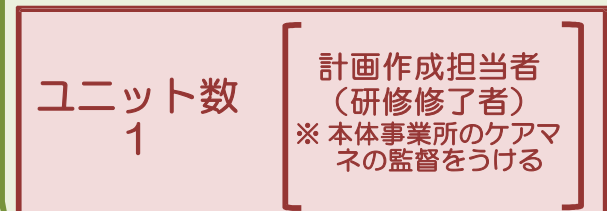
(参考)認知症グループホームのサテライト型事業所のユニット数【イメージ】

【本体事業所のユニット数が1の場合】
(合計最大2ユニット)

本体事業所

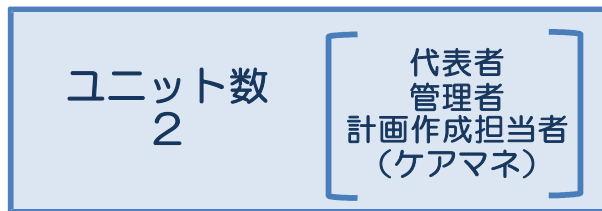


サテライト型事業所

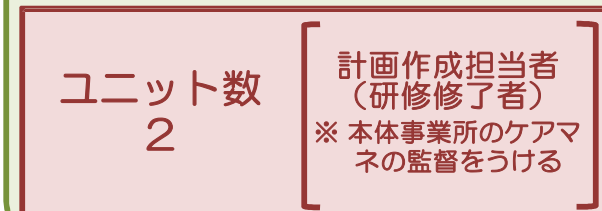


【本体事業所のユニット数が2の場合】
(合計最大4ユニット)

本体事業所

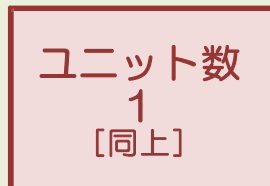


サテライト型事業所



又は

サテライト型
事業所A

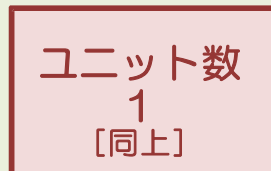


サテライト型
事業所B



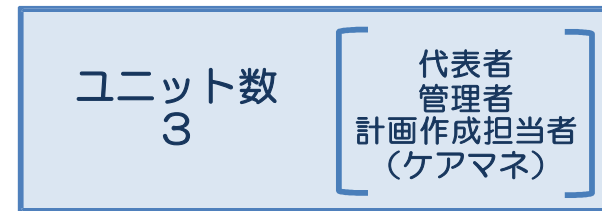
又は

サテライト型事業所

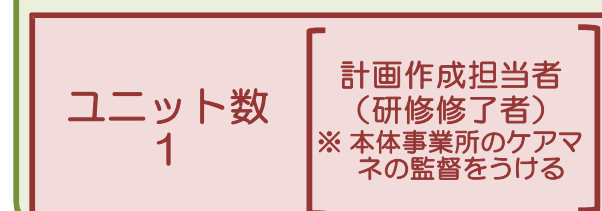


【本体事業所のユニット数が3の場合】
(合計最大4ユニット)

本体事業所



サテライト型事業所



注 本体事業所がサテライト型事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保するとともに、以下を条件。

- ① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること
- ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、本体事業所や他のサテライト型事業所との相互支援が行える体制（例えば、当該サテライト型事業所の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合は、主な事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）
- ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制
- ④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること
- ⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること

※ 介護従業者は本体事業所とサテライト型事業所にそれぞれ配置することが必要。

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■ 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- 加算等の算定要件とされている**計画作成や会議**について、**リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士**が必要に応じて**参加することを明確化する**。
- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、**訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を廃止し、基本報酬の算定要件とする**。**VISIT**へデータを提出しフィードバックを受け**PDCAサイクルを推進すること**を評価する取組を**老健施設等に拡充**する。
- 週6回を限度とする**訪問リハ**について、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、**退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする**。
- **通所介護や特養等**における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る**生活機能向上連携加算**について、訪問介護等と同様に、**ICTの活用等**により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せず利用者の状態を把握・助言する場合の**評価区分を新たに設ける**。
- **通所介護の個別機能訓練加算**について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、**加算区分や要件の見直し**を行う。
- **通所介護、通リハの入浴介助加算**について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、**個別の入浴計画に基づく入浴介助**を新たに評価する。
- **施設系サービス**について、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、**口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施**を求める。（※3年の経過措置期間を設ける）
- **施設系サービス**について、**栄養マネジメント加算**は廃止し、現行の**管理栄養士の配置を位置付けるとともに**、基本サービスとして、**状態に応じた栄養管理の計画的な実施**を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。**入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等**を評価する**加算を新設し**、低栄養リスク改善加算は廃止する。
- **通所系サービス等**について、介護職員等による**口腔スクリーニング**の実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による**栄養アセスメントの取組**を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
- **認知症GH**について、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い**栄養改善のための体制づくりを進めること**を新たに評価する。

(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- **CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用**により**PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組**を推進する。
 - ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、**事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組**を推進することを新たに評価。
 - ・既存の**加算等**において、利用者ごとの**計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組**に加えて、**CHASE等を活用した更なる取組**を新たに評価。
 - ・**全ての事業者**に、**CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨**。
- **ADL維持等加算**について、通所介護に加えて、**認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充**する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、**要件の見直し**を行う。**ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価**する評価区分を新たに設ける。
- **老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標**について、在宅復帰等を更に推進する観点から、**見直し**を行う。（※6月の経過措置期間を設ける）

(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- **施設系サービス**について、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく**日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施**を新たに評価する。
- 施設系サービスにおける**褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算**について、**状態改善等（アウトカム）**を新たに評価する等の見直しを行う。

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化 (その1)

計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

【訪問リハビリテーション、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス、施設系サービス】

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。【通知改正】

(※) このほか、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式も作成。

退院退所直後のリハの充実【訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション】

- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。【通知改正】

通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、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、認知症グループホーム、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

< 現行 >

生活機能向上連携加算 200単位/月

→

< 改定後 >

生活機能向上連携加算 (I) 100単位/月 (新設) ※3月に1回を限度
生活機能向上連携加算 (II) 200単位/月 (※現行と同じ)

※ (I) と (II) の併算定は不可。

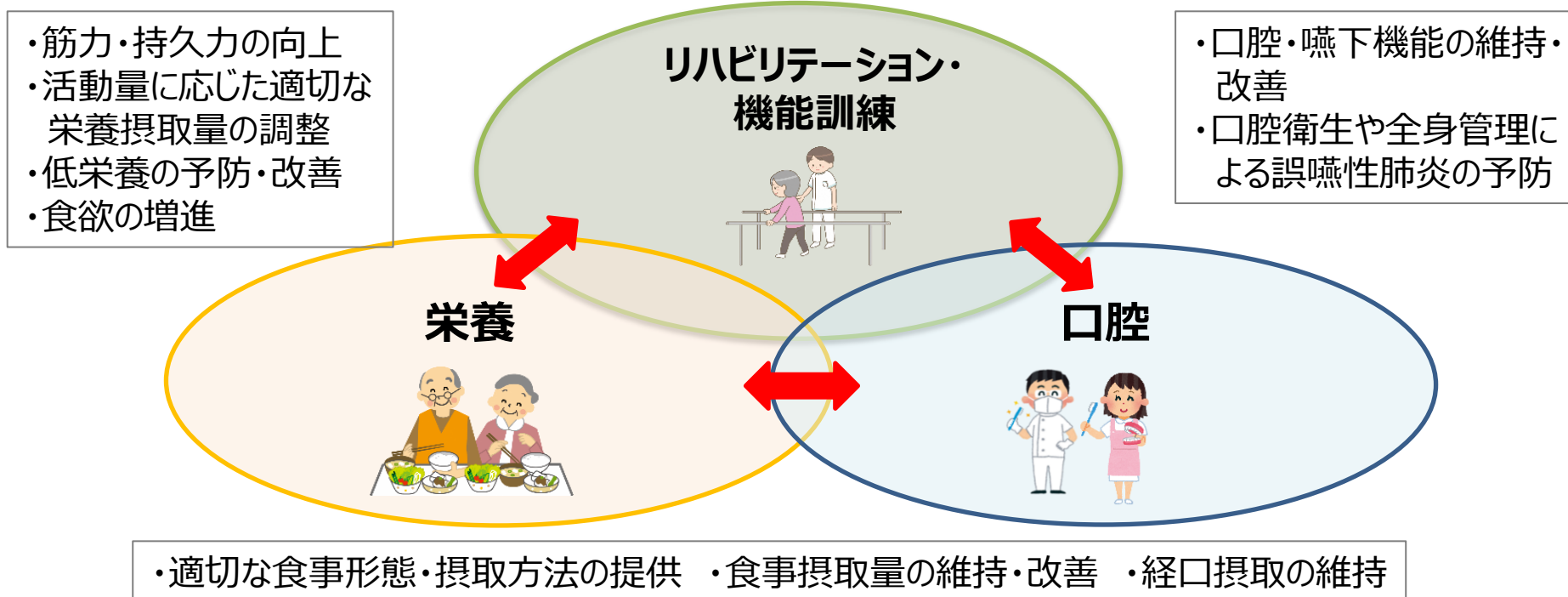
【算定要件】 ※訪問介護等の加算と同様

< 生活機能向上連携加算 (I) >

- ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない場合に限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

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ことを期待される。

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



- 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。

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 生活機能向上連携加算の要件

○ 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護においては、訪問介護等と異なり、ICT等を活用した場合における算定要件が設けられていない。

	訪問介護、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	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護
単位	生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 (3月に1度) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月	生活機能向上連携加算 200単位/月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月
要件 (※1)	<p>○ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、その事業の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又は理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（サービス担当者会議として開催されるものを除く）を実施し、利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。</p> <p>○ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること。</p> <p><u>当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと。</u></p>	<p>訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。</p> <p>リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。</p>

※1 左列は訪問介護の例であり、小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護においても同様。
右列は通所介護の例であり、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護においても同様。

リハビリテーションマネジメントの強化

■自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーション マネジメント加算(Ⅰ)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITへデータを提出しフィードバックを受け PDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。【告示改正】

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【訪問リハビリテーション】

	＜現行＞		＜改定後＞
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	230単位/月	→	廃止
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	280単位/月	→	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 180単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 213単位/月 (新設)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	320単位/月	→	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 450単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 483単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	420単位/月	→	廃止 (加算(B)ロに組み替え)

〔算定要件〕

＜リハビリテーションマネジメント加算(A)イ＞ ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)と同様

- ①医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
- ②リハビリテーション会議(テレビ会議可(新設))を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること。
- ③3月に1回以上、リハビリテーション介護を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直すこと。
- ④PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤PT、OT又はSTが(指定居宅サービスの従業者と)利用者の居宅を訪問し、その家族(当該従業者)に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。
- ⑦上記に適合することを確認し、記録すること。

＜リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ＞

- ・加算(A)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問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。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

＜リハビリテーションマネジメント加算(B)イ＞ ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)と同様

- ・加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。
- ・リハビリテーション計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。
- ・上記に適合することを確認し、記録すること。

＜リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ＞ ※現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)と同様

- ・加算(B)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問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。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

(※)CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定。【通知改正】

リハビリテーションマネジメントの強化 (続き)

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【通所リハビリテーション】

<現行>		<改定後>	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	330単位/月	→	(廃止)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)		→	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ
同意日の属する月から6月以内	850単位/月		同意日の属する月から6月以内 560単位/月
同意日の属する月から6月超	530単位/月		同意日の属する月から6月超 240単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ (新設)
			同意日の属する月から6月以内 593単位/月
			同意日の属する月から6月超 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)		→	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ
同意日の属する月から6月以内	1,120単位/月		同意日の属する月から6月以内 830単位/月
同意日の属する月から6月超	800単位/月		同意日の属する月から6月超 510単位/月
			リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ
			同意日の属する月から6月以内 863単位/月
			同意日の属する月から6月超 543単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)		→	(廃止) (加算(B)ロに組み替え)
同意日の属する月から6月以内	1,220単位/月		
同意日の属する月から6月超	900単位/月		
	(3月に1回を限度)		

〔算定要件〕 訪問リハビリテーションと同じ

介護老人保健施設、介護医療院

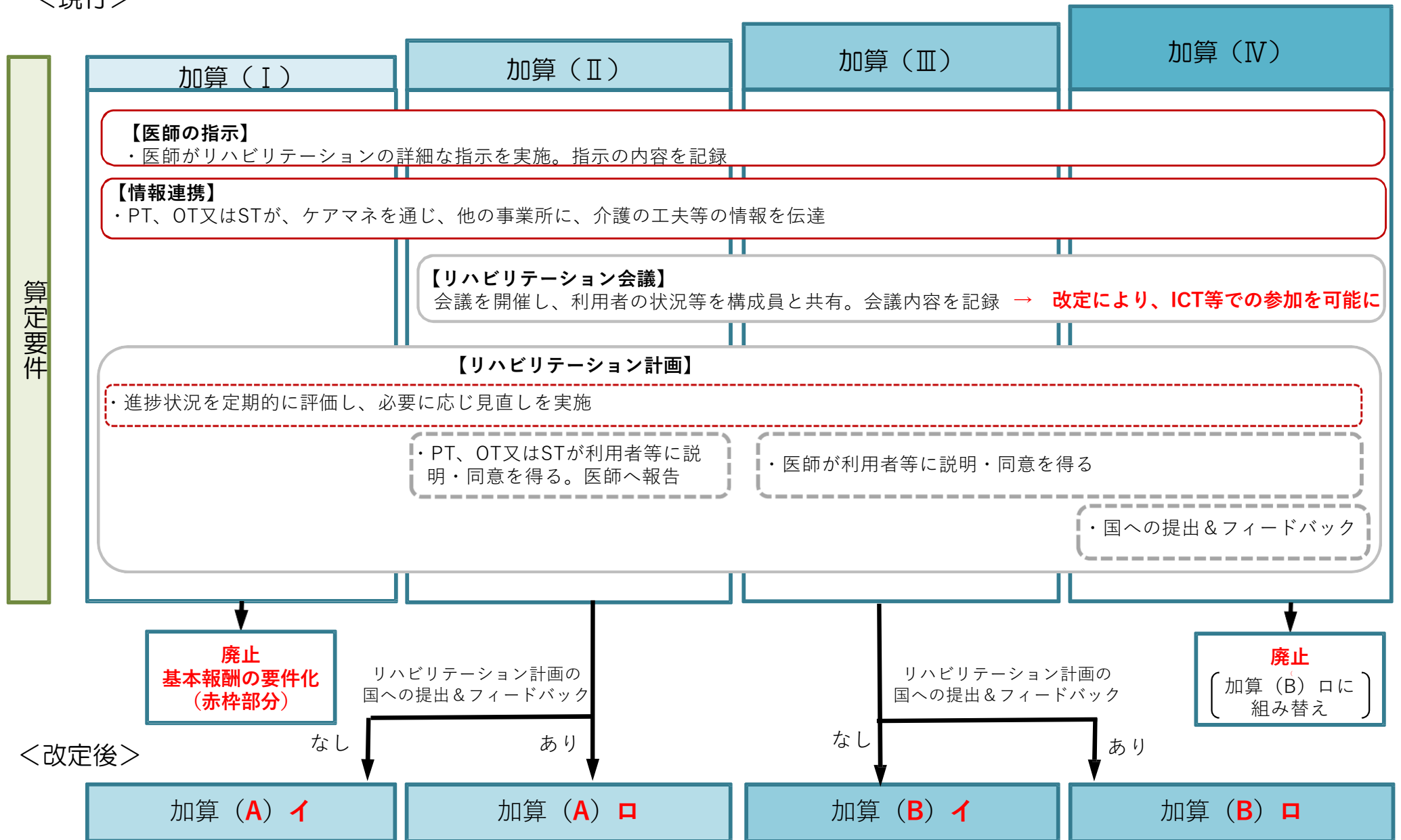
- 【老健】 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/月 **(新設)**
 【医療院】 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 33単位/月 **(新設)**

〔算定要件〕

- ・ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- ・ 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、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 (CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ

<現行>

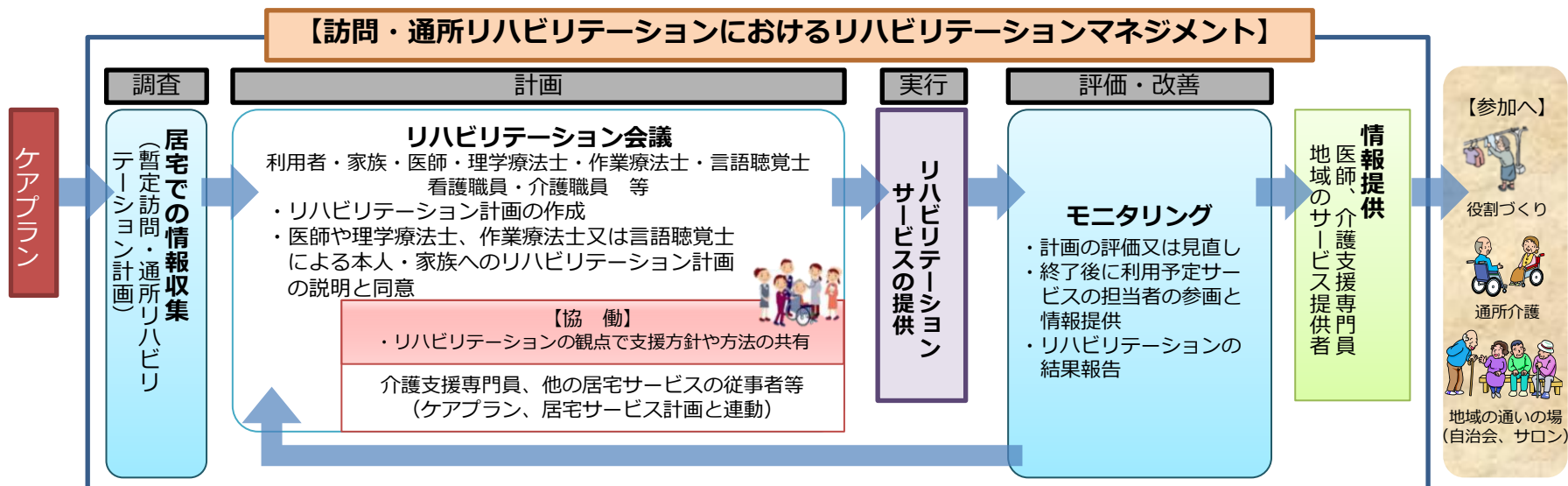


リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

社保審－介護給付費分科会	
第178 (R2.6.25)	資料 1

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段の日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



主な改正点 (従来との差)

【医師の詳細な指示の明確化】

- ・利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【データ提出・フィードバック】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

Frenchay Activities Index (FAI)

手段的ADL (IADL) に関する15項目を0～3点の4段階で評価する指標。日本語人における標準値が報告されている。

アセスメント項目	評価内容の記載方法
食事の用意	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	
力仕事	
買物	
外出	
屋外歩行	
趣味	
交通手段の利用	
旅行	
庭仕事	
家や車の 手入れ	0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備
読書	0：読んでいない、 1：まれに 2：月1回程、 3：月2回程
仕事	0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上

Life Space Assessment (LSA)

個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標。地域在住高齢者において信頼性と妥当性が検証されている。

評価点	内容
0	寝室
1	住居内 (自宅で寝ている以外の部屋)
2	居住空間のごく近くの空間 (玄関外・中庭・ベランダ・車庫などの屋外)
3	自宅近隣 (自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣)
4	町内 (近隣よりも離れた場所)
5	町外

Baker et al. "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" J Am Geriatr Soc. 2003 Nov;51(11):1610-4.

リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算 II～IV を算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から 6 ヶ月後、手段的日常生活動作 (IADL) と活動範囲 (LSA*) が有意に改善している。

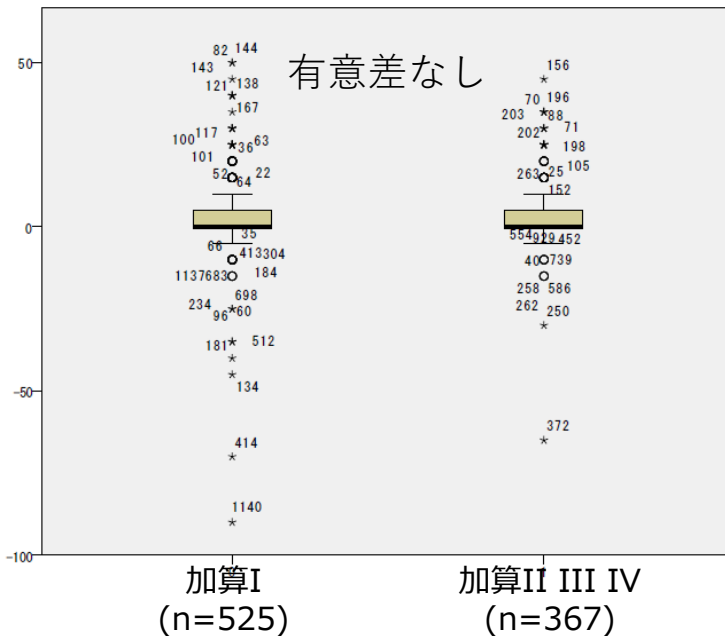
※LSA: Life-Space Assessment (個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標)

利用開始時から 6 ヶ月後の ADL, IADL, LSA 変化とリハマネ加算算定との関係

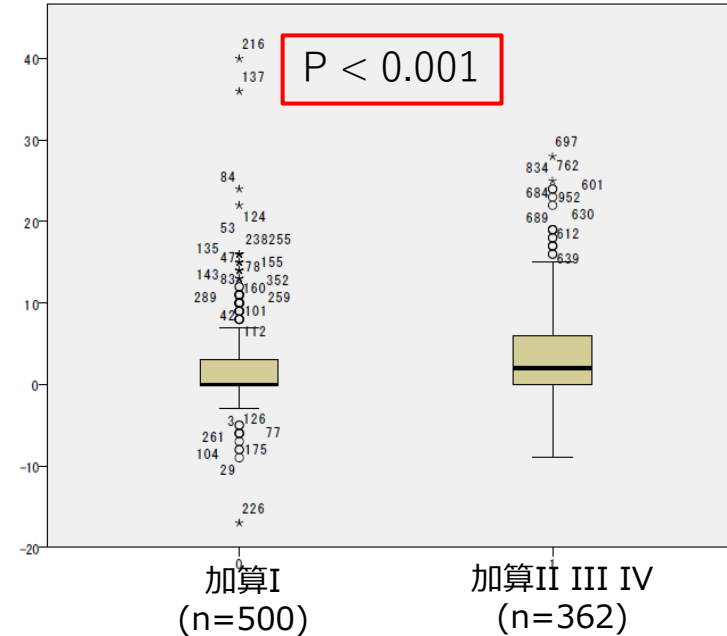
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算I	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算 II III IV	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

平均値 ± 標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。

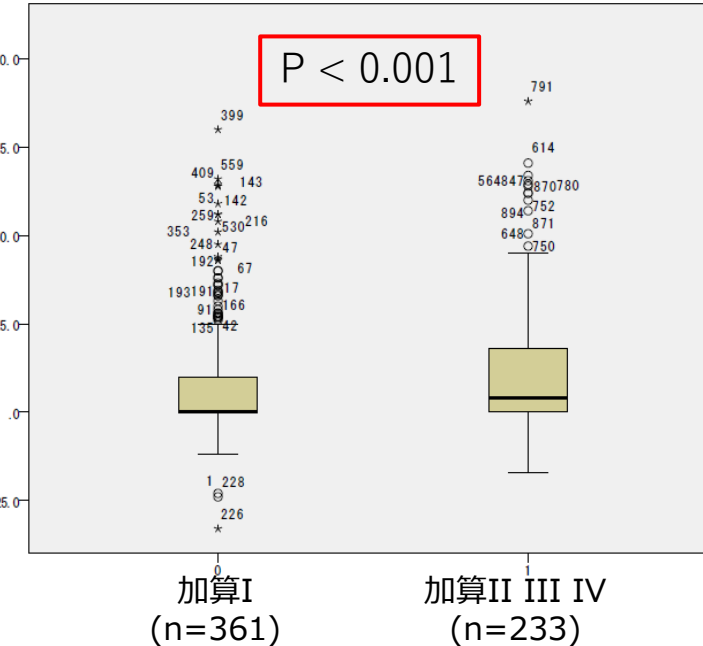
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



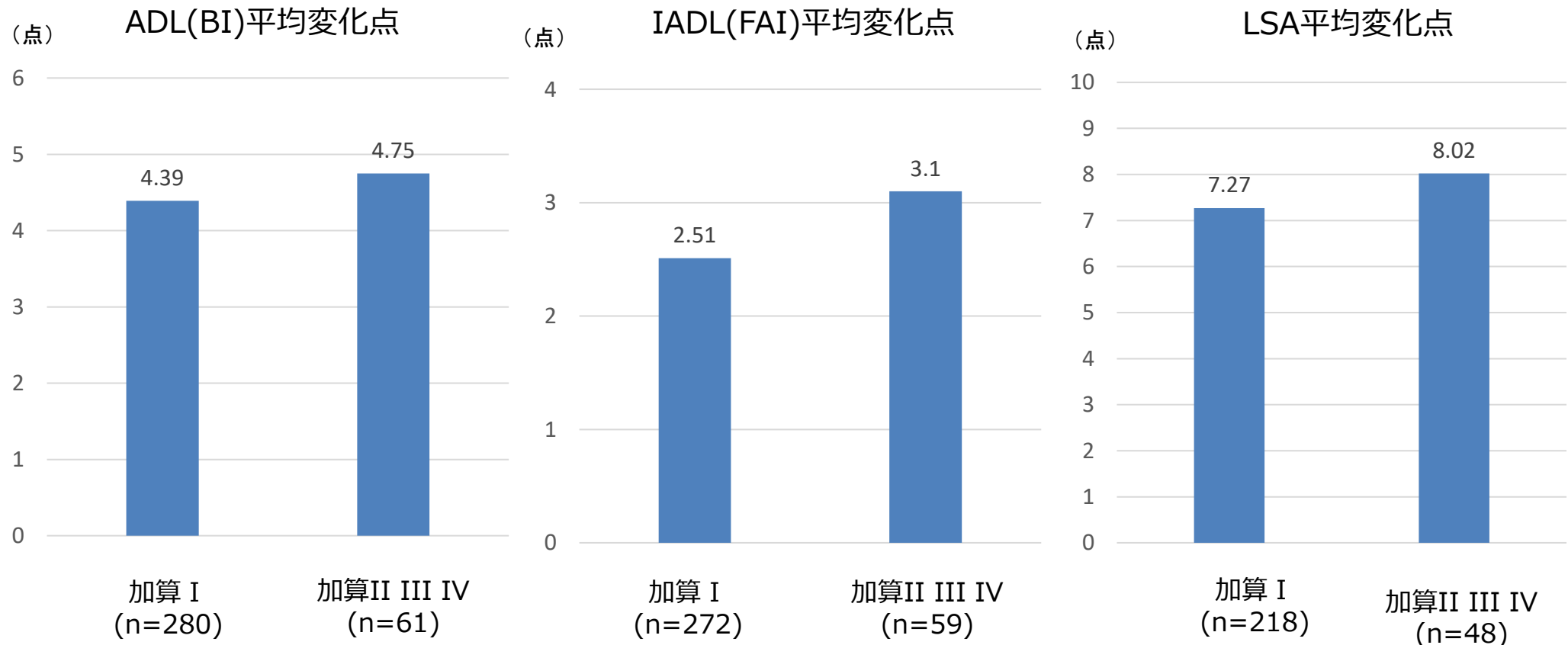
リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する訪問リハビリテーションの利用者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLの評価であるBarthel Indexは4.75点、手段的日常生活動作（IADL）の評価であるFAIは3.1点、活動範囲の評価であるLSA*は8.02点の改善を認めた。リハマネ加算Ⅰを算定する者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLは4.39点、IADLは2.51点、LSAは7.27点の改善がみられた。

※FAI : Frenchay Activities Index

※LSA: Life-Space Assessment (個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標)

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化点とリハマネ加算算定との関係



リハビリテーションマネジメント加算の単位数

社保審一介護給付費分科会

第189回 (R2.10.22)

資料
3

	訪問リハビリ				通所リハビリ			
	リハマネⅠ	リハマネⅡ	リハマネⅢ	リハマネⅣ	リハマネⅠ	リハマネⅡ	リハマネⅢ	リハマネⅣ
単位 (月当たり)	230	280	320	420	330	530	800	900
リハマネⅠとの比較	—	1.22倍	1.39倍	1.83倍	—	1.61倍	2.42倍	2.73倍

※通所リハビリテーションについては6月以降のリハマネⅡ(2)、Ⅲ(2)、Ⅳ(2)の単位数を記載

各種加算の算定状況①(2か年平均算定率80%以上)

○ 2か年の平均算定率が80%を超える加算は16種類(延べ49種類)となっている。

(2か年平均算定率80%以上)

○初期(初回)、送迎、入浴関係

加算	サービス種類	算定率
初回加算	介護予防支援	86.4%
初期加算	介護老人保健施設	97.8%
	介護老人福祉施設	88.4%
	介護医療院	80.7%
送迎加算	短期入所生活介護	96.3%
	短期入所療養介護(老健)	93.6%
	予防短期入所生活介護	87.3%
入浴介助加算	通所介護	94.6%
	認知症対応型通所介護	98.2%

○体制加算関係

加算	サービス種類	算定率
夜勤職員配置加算	短期入所療養介護(老健)	87.5%
	介護老人保健施設	86.1%
	予防短期入所療養介護(老健)	87.7%
サービス提供体制強化加算	訪問リハビリテーション	80.3%
	予防訪問リハビリテーション	84.3%
	予防短期療養(医療院)(I)	85.6%

○リハビリ、機能訓練、栄養、口腔関係

加算	サービス種類	算定率
リハビリテーションマネジメント加算	通所リハビリテーション(I)	90.0%
	予防通所リハビリテーション(I)	89.0%
	訪問リハビリテーション(I)	82.9%
	予防訪問リハビリテーション(I)	88.6%
短期集中リハビリテーション実施加算	介護老人保健施設	88.5%
個別リハビリテーション実施加算	短期入所療養介護(老健)	90.2%
運動器機能向上加算	予防通所リハビリテーション	89.4%
栄養マネジメント加算	介護老人保健施設	93.6%
	介護老人福祉施設	86.7%
	介護医療院	86.2%
療養食加算	介護老人保健施設	92.9%
	介護医療院	91.6%

○その他

加算	サービス種類	算定率
認知症加算	小規模多機能型居宅介護(I)	91.0%
	看護小規模多機能型居宅介護(I)	89.3%

(注1)「算定率」は、各加算の請求事業所数÷総事業所数により算出

(注2)表中のサービス種類名末尾の括弧書きは、加算区分を指す(例 サービス提供体制強化加算(I))

(注3)「算定率80%以上の加算」には、上記の他、介護職員処遇改善加算、総合マネジメント体制強化加算、移行定着支援加算がある。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成30年1月審査分(12月提供分)から令和2年1月審査分(12月提供分)の各月の算定率を平均したもの

3.(1)③ リハビリテーションマネジメント等の見直し

概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人保健施設（リハビリテーションマネジメント）及び介護医療院（特別診療費（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪問リハビリテーション等と同様に、CHASE・VISIT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ことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

<改定後>

- ⇒ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（老健） 33単位／月（新設）
理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算（医療院） 33単位／月（新設）

算定要件等

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- 入所者ごとのリハビリテーション実施計画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。

3.(1)⑤ 社会参加支援加算の見直し

概要

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○社会参加支援加算について、算定要件である「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

<改定後>

【訪問リハビリテーション】	社会参加支援加算	17単位/日	⇒	移行支援加算（※単位数は変更なし）
【通所リハビリテーション】	社会参加支援加算	12単位/日	⇒	移行支援加算（※単位数は変更なし）

算定要件等

○ 加算の趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を「移行支援加算」とする。

○ 以下を要件とする。（下線部が見直し箇所）

【訪問リハビリテーション】（現行と同様）

・評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の5を超えていること。

・リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq 25\%$ であること。

【通所リハビリテーション】

・評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の3を超えていること。

・リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq \underline{27\%}$ であること。

【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション共通】

・評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。

・リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

社会参加支援加算

- 高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年3月）において、「目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない」との指摘がなされたところ、平成27年度介護報酬改定において、社会参加を維持できるサービス等への移行やリハビリテーションの利用の回転率を評価する「社会参加支援加算」が創設された。

【社会参加支援加算の概要】

リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価する。
 ※ 社会参加に資する取組とは、指定通所介護、小規模多機能型居宅介護、一般介護予防事業などへ移行すること。

○単位数

訪問リハビリテーション： 17単位/日
 通所リハビリテーション： 12単位/日

○算定要件

・次に掲げる基準のいずれにも適合。

① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 5\%$$

② リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数※}} > 25\%$$

【平成30年度介護報酬改定】社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。

サービス等	訪問リハビリテーション		通所リハビリテーション	
	告示	通知	告示	通知
通所介護	○	○	○	○
通所リハビリテーション	○	○	—	—
地域密着型通所介護	○	○	○	○
認知症対応型通所介護	○	○	○	○
小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
介護予防通所リハビリテーション	新規	新規	—	—
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規	新規	新規
介護予防小規模多機能型居宅介護	新規	新規	新規	新規
第一号通所事業	○	○		○
その他社会参加に資する取組	○			
一般介護予防事業		○		○
居宅における家庭での役割		○		○
就労		新規		新規

$$\text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$$

<参考：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年3月）>（抜粋）

IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方

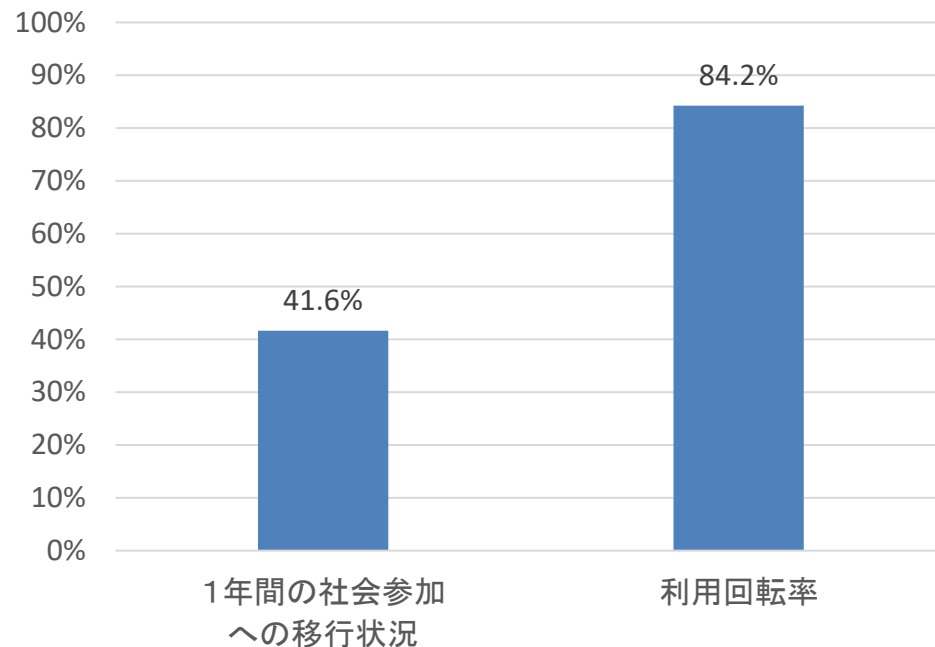
1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題

- 訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない。

社会参加支援加算の要件の達成状況

- 通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である1年間の社会参加への移行状況の達成割合は41.6%、利用回転率の達成割合は84.2%であった。
- 訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である1年間の社会参加への移行状況の達成割合は55.4%、利用回転率の達成割合は92.5%であった。

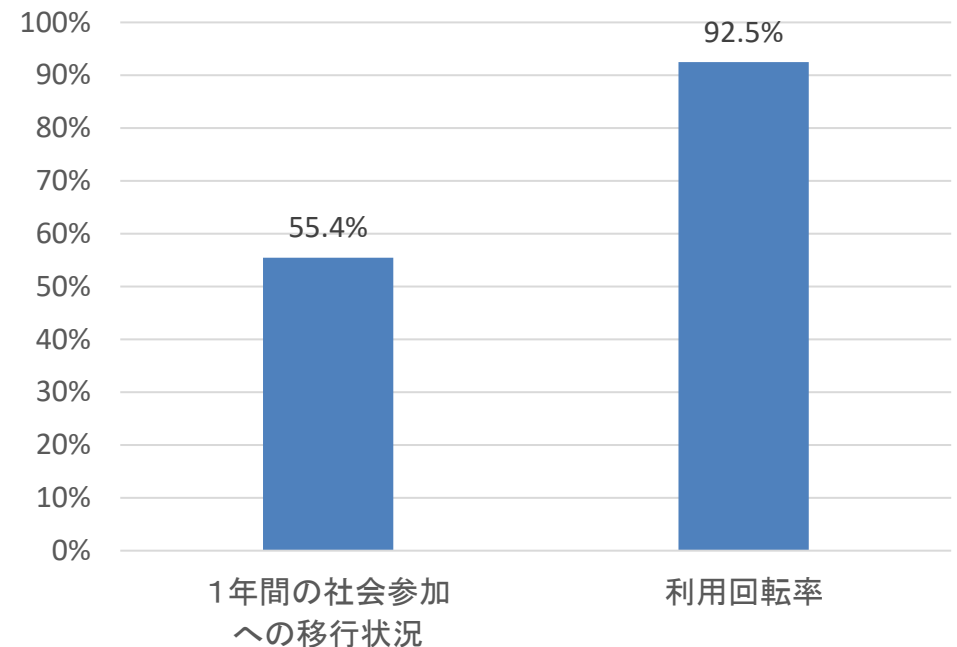
通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合



事業所数	392
平均値	8.3%
25パーセンタイル値	0.0%
中央値	0.0%
75パーセンタイル値	8.3%
参考：現行の基準	5%

事業所数	410
平均値	43.9%
25パーセンタイル値	28.6%
中央値	39.7%
75パーセンタイル値	51.7%
参考：現行の基準	25%

訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合

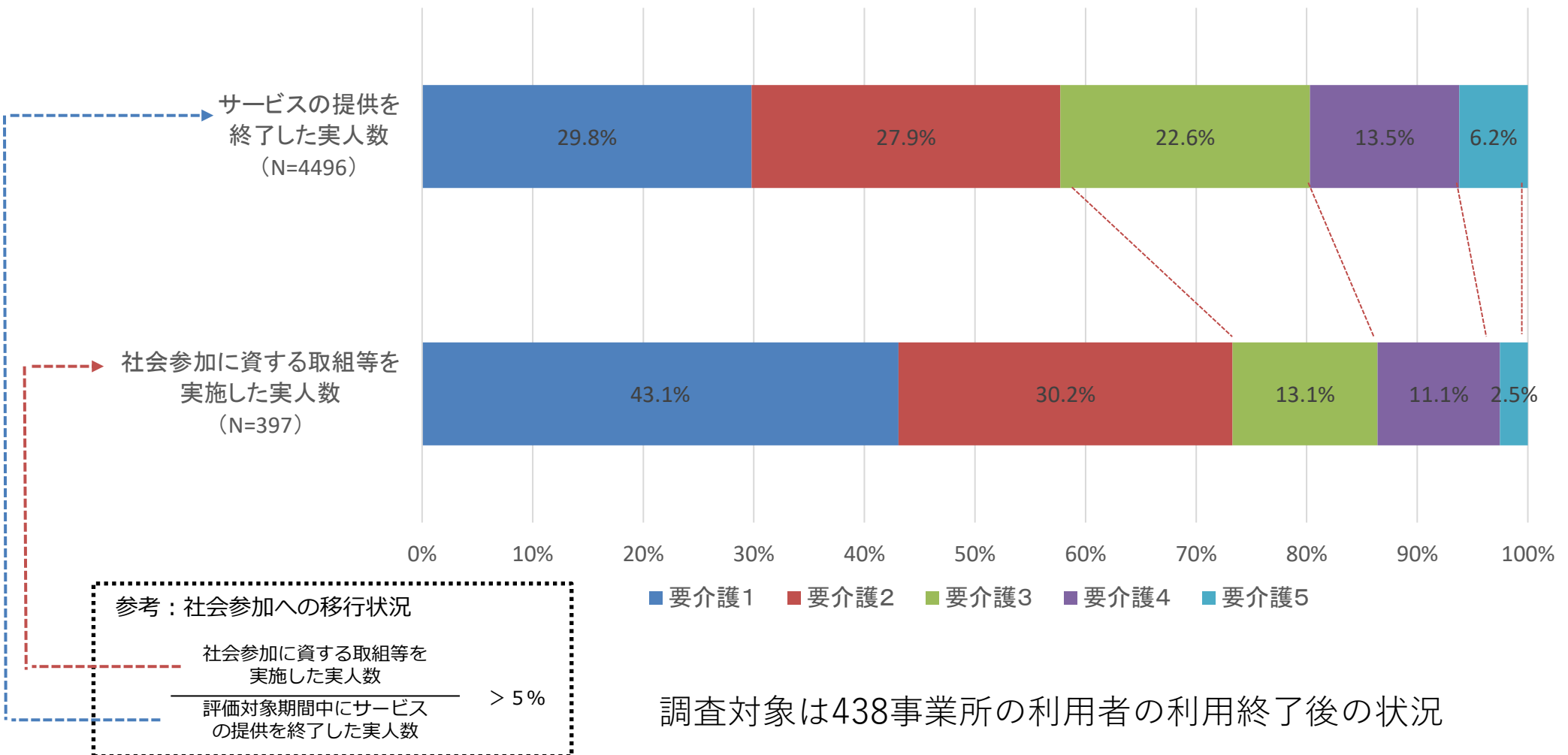


事業所数	276
平均値	30.0%
25パーセンタイル値	3.8%
中央値	28.0%
75パーセンタイル値	49.9%
参考：現行の基準	5%

事業所数	279
平均値	76.0%
25パーセンタイル値	44.8%
中央値	59.7%
75パーセンタイル値	89.7%
参考：現行の基準	25%

○ 要介護度別に通所リハビリテーションにおける、社会参加支援加算の社会参加への移行状況の計算式にある「サービスの提供を終了した実人数」および「社会参加に資する取組を実施した実人数」の要介護度別の割合を比較すると、要介護3以上では「サービスの提供を終了した実人数」に占める割合より「社会参加に資する取組を実施した実人数」の割合が小さい。

通所リハビリテーションにおける「サービスの提供を終了した実人数」及び「社会参加に資する取組等を実施した実人数」の要介護度別の割合



3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し

概要

【通所リハビリテーション★】

○生活行為向上リハビリテーション実施加算について、廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対する、適時適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から、事業所の加算を取得しない理由等も踏まえ、見直しを行う。【告示改正】

単位数

【通所リハビリテーション】

< 現行 >

3月以内 2,000単位/月

3月超、6月以内 1,000単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

< 改定後 >

6月以内 1,250単位/月

廃止

【介護予防通所リハビリテーション】

< 現行 >

3月以内 900単位/月

3月超、6月以内 450単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

< 改定後 >

6月以内 562単位/月

廃止

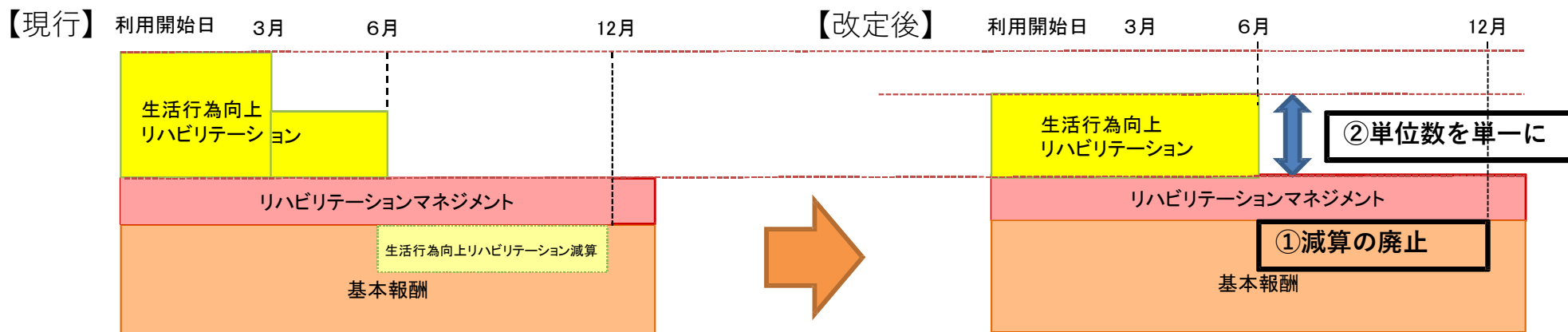
3. (1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し

算定要件等

※下線部が見直し箇所

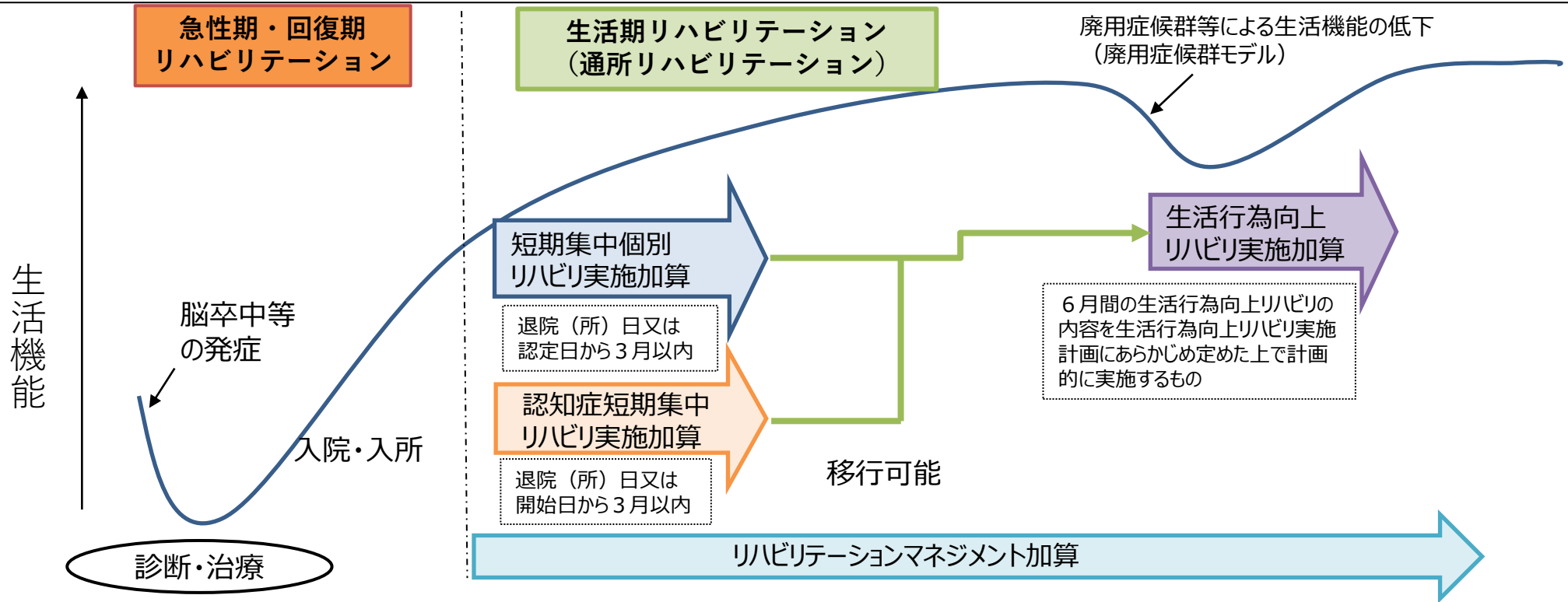
- 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験を有する作業療法士、生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士、言語聴覚士が配置されていること
- 生活行為の内容の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所等が記載されたりハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。
- 当該計画で定めたりハビリテーションの実施期間中及びリハビリテーションの提供終了日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告すること。
- リハビリテーションマネジメント加算 (A)・(B)のいずれかを算定していること (通所リハビリテーションのみ)。
- 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること (新規)。

【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し (イメージ)】



通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なりハビリテーションを実施することを目的としている。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。



	留意事項通知における記載
短期集中リハビリテーション実施加算*	短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。 (*平成27年度の介護報酬改定において、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

概要

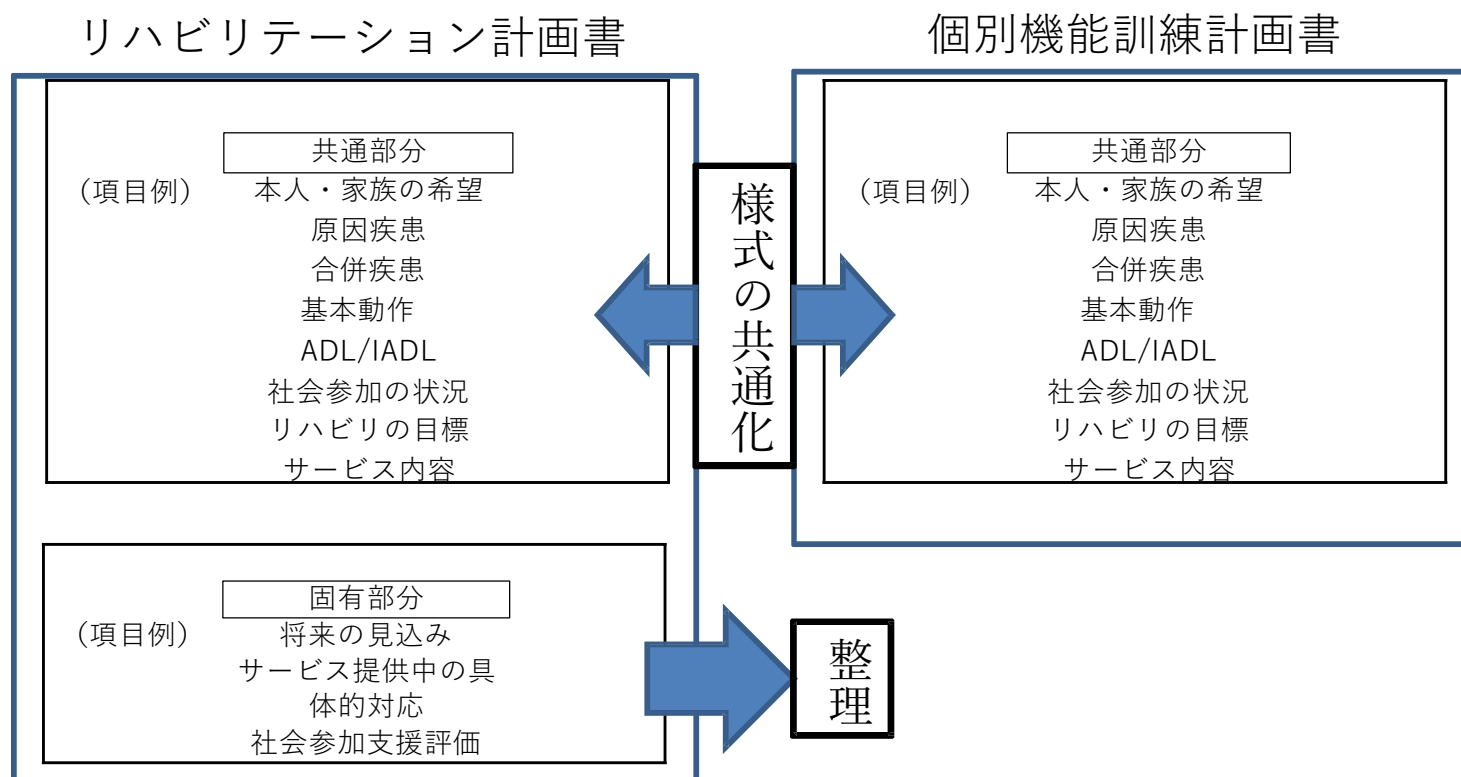
【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★】

○業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を行うとともに、リハビリテーション計画書の固有の項目について、整理簡素化を図る。

算定要件等

○ リハビリテーション計画書及び個別機能訓練計画書の様式を見直す。

<見直しのイメージ>



3. (1)⑪ 通所リハビリテーションの入浴介助加算の見直し

概要

【通所リハビリテーション】

- 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
 - ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等（以下、「医師等」という。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。
 - イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、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。

単位数

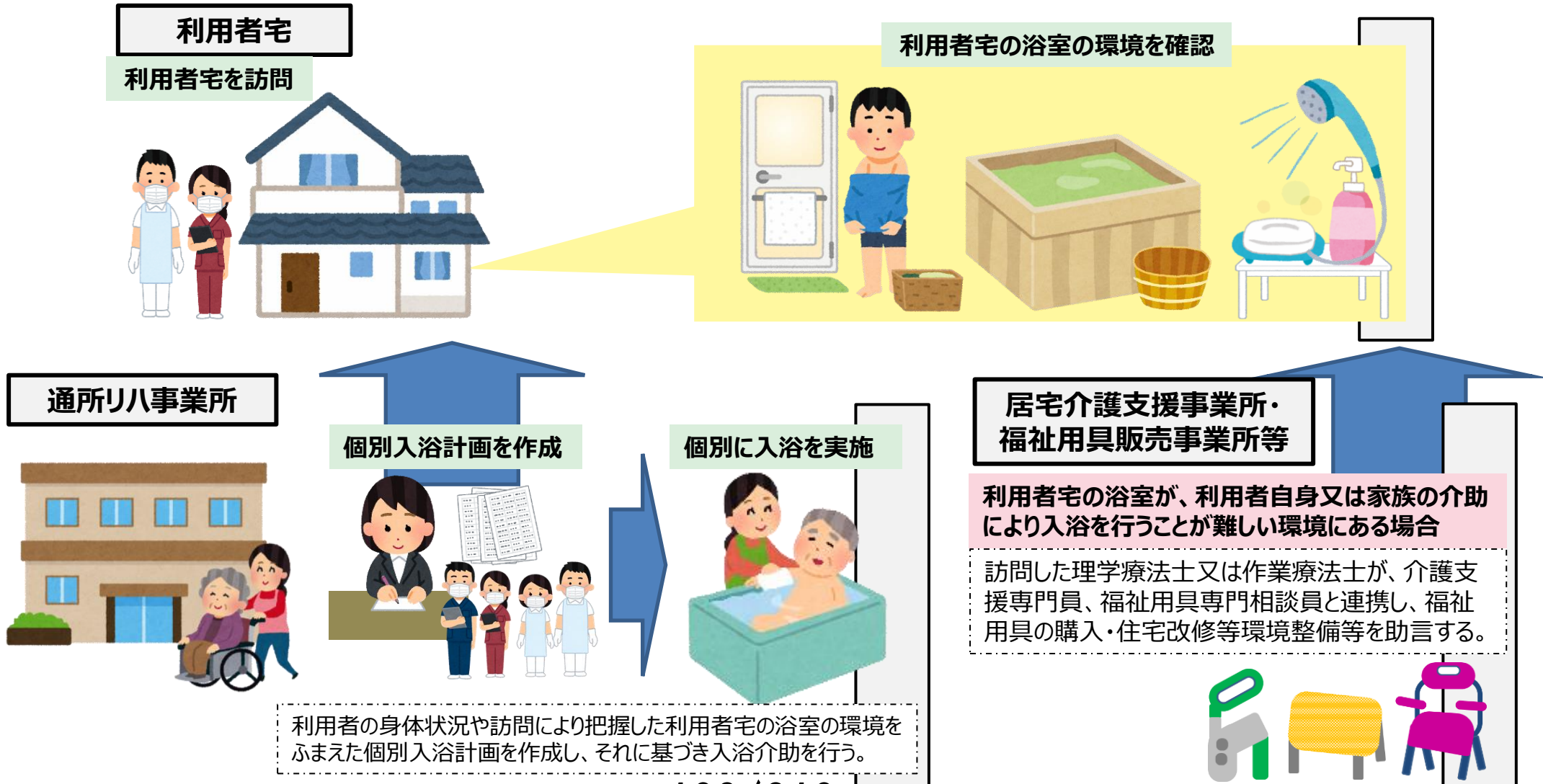
<現行>		<改定後>		
入浴介助加算	50単位/日	⇒	入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日
			入浴介助加算（Ⅱ）	60単位/日（新設）
				※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可

算定要件等

- <入浴介助加算（Ⅰ）> (現行の入浴介助加算と同要件)
 - 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。
- <入浴介助加算（Ⅱ）> (上記の要件に加えて)
 - 医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該利用者の居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
 - 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
 - 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

通所リハビリテーション 入浴介助加算(新たな加算)のイメージ

- 現行の入浴介助加算に加え、利用者が利用者宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、
 - ・ 医師・理学療法士・作業療法士が利用者宅を訪問し、浴室の環境を確認する
 - ※ 利用者宅の浴室が、利用者自身又は家族の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、環境整備を行う。
 - ・ 通所リハビリテーション事業所において、多職種連携のもと、利用者の心身の状況や居宅訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴計画を作成する
 - ・ 計画に基づき、個別に入浴介助を行う ことを要件とする加算を新設してはどうか。



介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。【省令改正、告示改正】（※3年の経過措置期間を設ける）
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。【省令改正、告示改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

施設系サービス

【基準】

運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）

- 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。 **(新設)**
- 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。 **(新設)**
- (現行) 栄養士を1以上配置 → (改定後) 栄養士又は管理栄養士を1以上配置

【報酬】

<現行>		<改定後>	
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	→	(廃止)
栄養マネジメント加算	14単位/日	→	(廃止)
なし		→	栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 (※3年の経過措置期間を設ける)
低栄養リスク改善加算	300単位/月	→	栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)
		→	(廃止)

〔算定要件〕

< 栄養マネジメント強化加算 >

- ・ 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- ・ 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、
医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- ・ 入所者が、退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと
- ・ 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- ・ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理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（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

介護報酬における口腔衛生関連サービス

施設サービス

介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設

<口腔衛生管理体制加算>

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：30単位／月

歯科医療機関が算定

介護施設・事業所が算定

H30改定で新設又は大きな改正があったもの

<口腔衛生管理加算>

サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上(H30:回数緩和:月4回以上⇒月2回以上)
入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応(H30:要件追加)
サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：90単位／月

居宅・介護予防サービス

訪問サービス
(介護予防含む)

<居宅療養管理指導費>

サービス内容：
(歯科医師) 介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等
(歯科衛生士) 口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下訓練に関する実地指導等

サービス担当者：歯科医師、
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

報酬単位数：
(歯科医師)：月2回限度
単一建物居住者1人に対して行う場合：509単位／回
単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：485単位／回
上記以外の場合：444単位／回

(歯科衛生士)：月4回限度
単一建物居住者1人に対して行う場合：356単位／回
単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：324単位／回
上記以外の場合：296単位／回

<口腔衛生管理体制加算>

(H30新設)

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：30単位／月

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)

認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)


地域密着型特定施設入居者生活介護

<口腔機能向上加算>

サービス内容：口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施
サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士
報酬単位数：(予防給付)150単位／月
(介護給付)150単位／回(月2回を限度)

通所サービス
(介護予防含む)

施設サービスにおける口腔衛生管理の評価

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス

介護老人福祉施設
 介護老人保健施設
 介護療養型医療施設
 介護医療院
 地域密着型介護老人福祉施設

<口腔衛生管理体制加算>

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導
 （個々の入所者の口腔ケアを言うものではない）
 サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
 報酬単位数：30単位／月

<口腔衛生管理加算>

サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上（H30：回数緩和：月4回以上⇒月2回以上）
 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応（H30：要件追加）
 サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
 報酬単位数：90単位／月

各加算の算定状況（H30.4～H31.3 12か月平均） ※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100（%）

	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
介護老人福祉施設	57.7	13.5
介護老人保健施設	57.4	19.6
介護医療院	62.5	32.2
介護療養型医療施設	28.5	12.0
地域密着型介護老人福祉施設	42.1	10.8

出典：介護給付費等実態統計（平成30年4月～平成31年3月サービス提供分）（老健局老人保健課による特別集計）及び介護保険総合データベースの任意集計（平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計）

3.(1)⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。【省令改正、告示改正】
- 口腔衛生管理加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

< 現行 >

口腔衛生管理体制加算 30単位/月
 口腔衛生管理加算 90単位/月

< 改定後 >

⇒ 廃止
 ⇒ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）90単位/月（現行の口腔衛生管理加算と同じ）
 ⇒ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）110単位/月（新設）

基準・算定要件

< 運営基準（省令） >（※3年の経過措置期間を設ける）

- ・「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。

※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

< 口腔衛生管理加算（Ⅱ） >

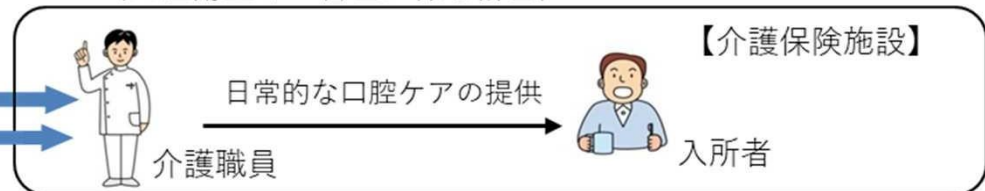
- ・加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

< 運営基準等における対応 >



技術的助言・指導
 （年2回以上）

< 口腔衛生等の管理に係る計画 >

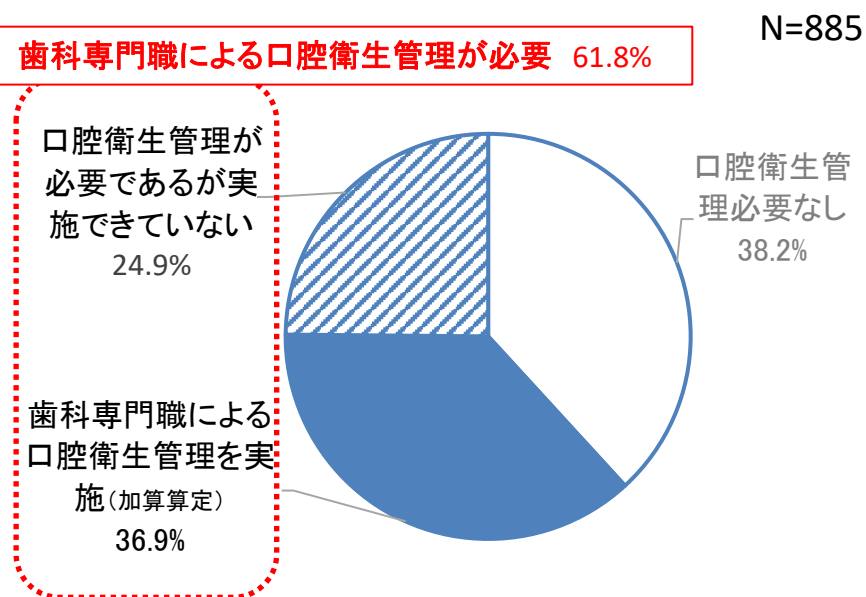


介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

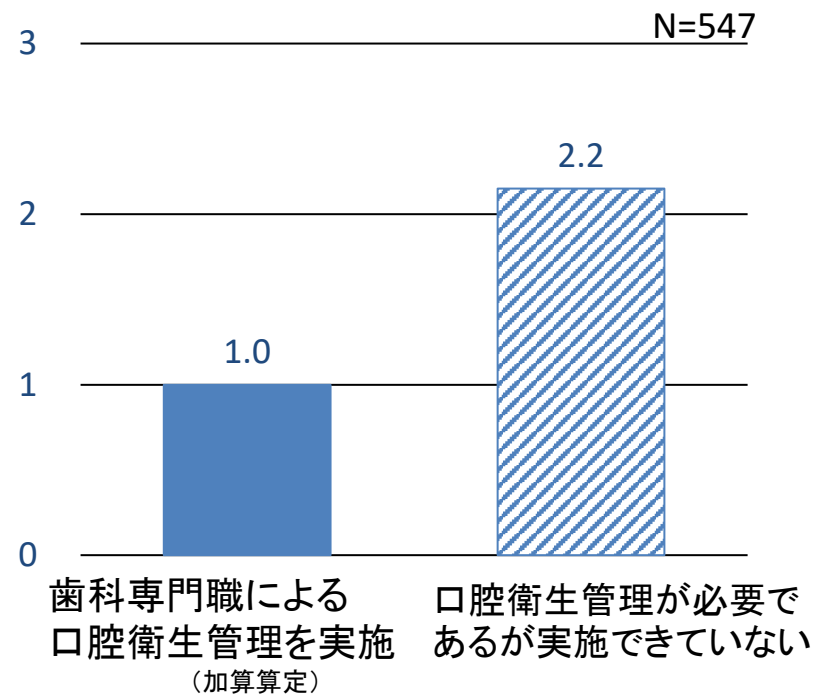
3. (1) ⑭

入所者の口腔衛生管理の必要性と提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

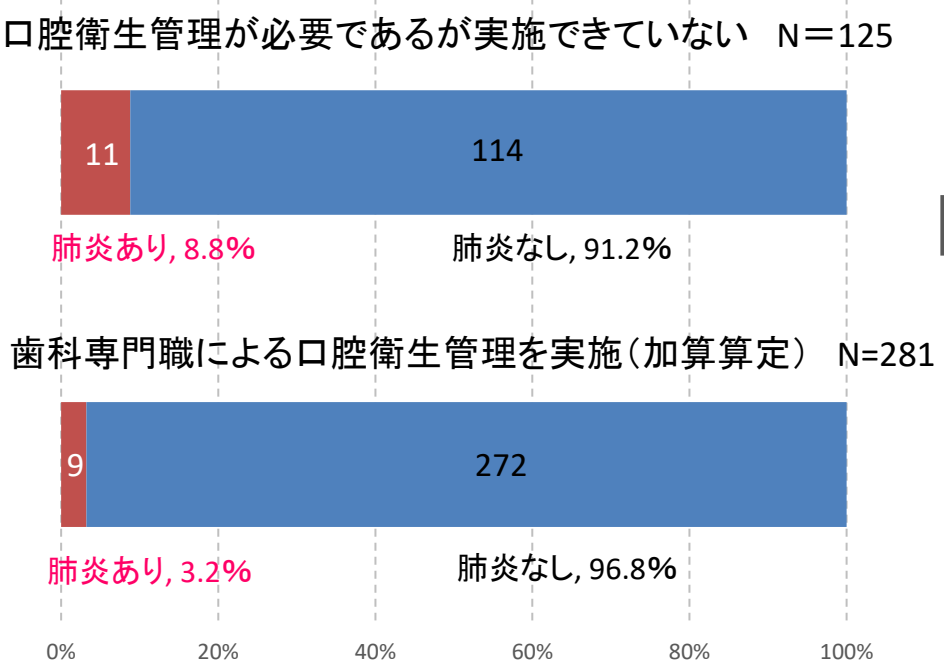
出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

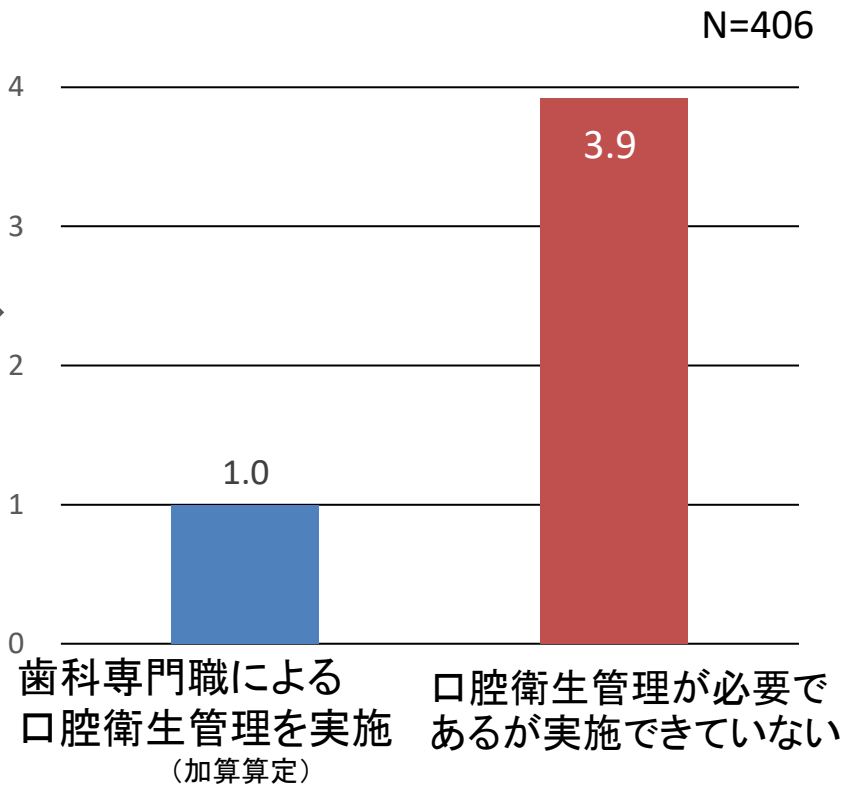
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

3. (1) ⑭

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業 「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。【省令改正、告示改正】（※3年の経過措置期間を設ける）
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める（※3年の経過措置期間を設ける）。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。【省令改正、告示改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

施設系サービス

【基準】

運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）

- 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。 **(新設)**
- 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。 **(新設)**
- (現行) 栄養士を1以上配置 → (改定後) 栄養士又は管理栄養士を1以上配置

【報酬】

<現行>		<改定後>	
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	→	(廃止)
栄養マネジメント加算	14単位/日	→	(廃止)
なし		→	栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 (※3年の経過措置期間を設ける)
低栄養リスク改善加算	300単位/月	→	栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)
		→	(廃止)

〔算定要件〕

< 栄養マネジメント強化加算 >

- ・ 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- ・ 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、
医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- ・ 入所者が、退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと
- ・ 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- ・ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理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（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

3. (1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

○介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。【省令改正、告示改正】

単位数

<p><現行> 栄養マネジメント加算 14単位/日</p>	⇒	<p><改定後> 廃止 栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 (新設) (3年の経過措置期間を設ける)</p>
<p>なし 低栄養リスク改善加算 300単位/月 経口維持加算 400単位/月</p>	⇒	<p>栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設) 廃止 変更なし</p>

基準・算定要件等

<運営基準（省令）>

- （現行）栄養士を1以上配置 →（改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置。
- 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。（3年の経過措置期間を設ける）

<栄養マネジメント強化加算>

- 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理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。

<経口維持加算>

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

介護報酬における栄養関連サービス

 H30改定で新設又は
大きな改正があったもの

対象者

軽度

重度

施設 サービス

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院

栄養マネジメント加算 (14単位/日)

・常勤管理栄養士を1名以上配置し、入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合に算定

経口維持加算 (I, II) (I: 400単位/月、II: 100単位/月)

・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定

経口移行加算 (28単位/日)

・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

低栄養リスク改善加算

(H30新設) (300単位/月)

・低栄養状態のリスクが「高」の入所者ごとに低栄養改善のための計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

再入所時栄養連携加算 **(H30新設)** (400単位/回)

・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行い、再入所となった場合に算定

療養食加算

・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

居宅 サービス

通所介護
通所リハ 等

栄養スクリーニング加算 **(H30新設)** (5単位/6か月)

・介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

注 栄養改善加算については、外部の管理栄養士が実施した場合でも算定できるよう、要件を緩和

栄養改善加算 **(H30改正)**

・低栄養状態の者に対し、栄養改善等を目的として個別に栄養管理を行った場合に算定 (150単位/回 (月2回まで))

地域密着型 サービス

小多機、看多機
認知症GH 等

栄養スクリーニング加算 **(H30新設)** (5単位/6か月)

・介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

在宅

総合事業: サービスC

管理栄養士による短期集中予防サービス

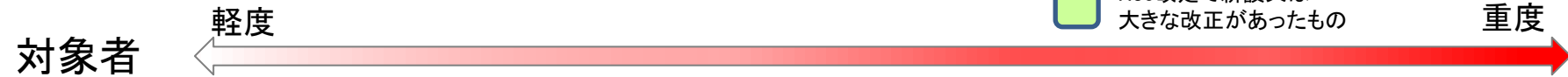
居宅療養 管理指導

(444～539単位/回
(月2回まで))

・通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者に対し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に算定

施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントへの評価

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの



施設サービス

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
介護医療院

栄養マネジメント加算 (14単位/日)
・常勤管理栄養士を1名以上配置し、入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合に算定

経口維持加算 (I, II) (I: 400単位/月、II: 100単位/月)
・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定
※原則6か月間まで

経口移行加算 (28単位/日)
・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

低栄養リスク改善加算
(H30新設) (300単位/月)
・低栄養状態のリスクが「高」の入所者ごとに低栄養改善のための計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定
※褥瘡マネジメント加算との併算不可

再入所時栄養連携加算 (H30新設) (400単位/回)
・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行い、再入所となった場合に算定

療養食加算 ・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

各加算の算定状況 (H30.4～H31.3 12か月平均) ※算定率: 加算請求事業所数 / 請求事業所数 × 100 (%)

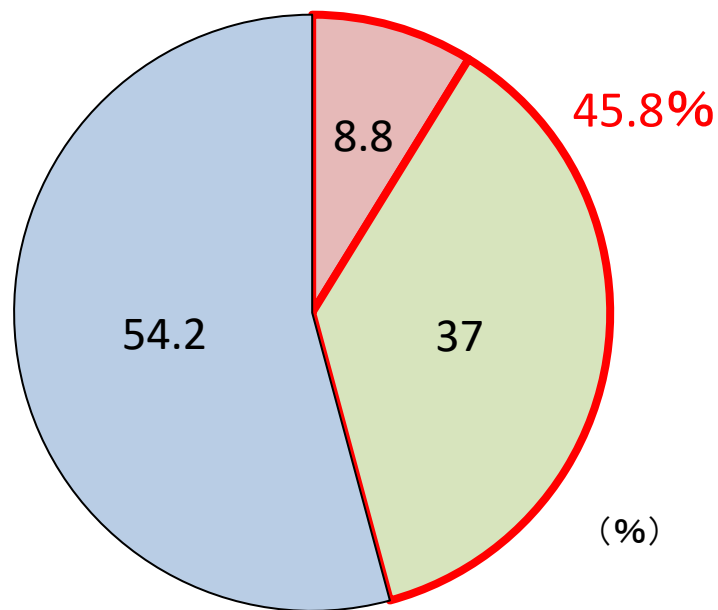
	栄養マネジメント加算	経口移行加算	経口維持加算 I	経口維持加算 II	低栄養リスク改善加算	再入所時栄養連携加算	療養食加算
介護老人福祉施設	86.8	2.0	23.7	13.4	2.1	0.9	59.7
介護老人保健施設	93.5	8.0	48.1	31.2	12.7	1.5	92.9
介護医療院	87.9	14.1	47.6	29.7	10.3	0.2	92.9
介護療養型医療施設	78.9	7.9	22.9	13.4	6.1	—	77.0
地域密着型介護老人福祉施設	62.8	0.8	13.5	7.5	1.3	0.5	41.2

出典: 介護給付費等実態統計 (平成30年4月～平成31年3月サービス提供分) (老健局老人保健課による特別集計) 及び 介護保険総合データベースの任意集計 (平成31年4月～平成31年3月サービス提供分) における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

介護保険施設入所者の栄養状態

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■ 高リスク ■ 中リスク ■ 低リスク



※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)の入所者35,314名

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

(参考)低栄養リスクの分類について*

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3~5%未満 3ヶ月 →3~7.5%未満 6ヶ月 →3~10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

介護保険施設における配置基準及び栄養管理

社保審－介護給付費分科会

第191 (R2.11.5)

資料2

- 介護保険施設における人員基準及び通則事項における栄養管理は、栄養士について規定。

3. (1)⑮

人員に関する基準

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	地域密着型 介護老人福祉施設
栄養士	1人以上 ※1	入所定員100人以上の 施設にあつては1人以上	入所定員100人以上の 施設にあつては1人以上	1人以上 ※2

※1 入所定員が40人を超えない施設にあつては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより入所者の処遇に支障がないときは置かないことができる。

※2 サテライト型居住施設で本体施設の栄養士により、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。

通則事項

< 栄養管理について >

短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院においては、**栄養士が、各利用者の年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制を整備し、各利用者の栄養状態にあった栄養管理を行うこと**

< 参考 > 1施設・事業所当たり管理栄養士・栄養士（常勤換算）配置状況

（単位：人）

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	地域密着型 介護老人福祉施設
管理栄養士	0.9	1.0	0.9	0.5
栄養士	0.2	0.2	0.2	0.2

（出典）「平成29年度介護サービス施設・事業所調査」（平成29年10月1日現在）

3.(1)⑯ 多職種連携における管理栄養士の関与の強化

概要

【短期入所療養介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 介護保険施設において多職種連携で行う取組について、管理栄養士の役割や関与を強化する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正、通知改正】
- ・看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、介護保険施設における看取りへの対応に係る加算（看取り介護加算、ターミナルケア加算）又は基本報酬の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。
 - ・褥瘡の発生や改善は栄養と大きく関わることを踏まえ、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。

通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。【告示改正】
- 認知症グループホームについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<現行>	<改定後>
栄養スクリーニング加算 5単位/回 (※6月に1回算定可)	口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5単位/回 (新設)
[算定要件] 加算(I)は①及び②に、加算(II)は①又は②に適合すること。(加算(II)は併算定の関係で加算(I)が取得できない場合に限り取得可能)	
① 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	
② 当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。	

通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

<現行>	<改定後>
栄養改善加算 150単位/回 (※1月に2回を限度)	栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設) 栄養改善加算 200単位/回
※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える	
[算定要件] <栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(I)及び栄養改善加算との併算定は不可	
・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること	
・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること	
・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理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(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)	
<栄養改善加算> (追加要件) 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。	

認知症グループホーム

栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)

- [算定要件]
- ・管理栄養士(外部との連携含む)が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと。

3. (1)⑰ 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、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、認知症対応型共同生活介護★】

- 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】
- 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

< 現行 >		< 改定後 >	
栄養スクリーニング加算	5 単位 / 回	⇒	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20 単位 / 回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) 5 単位 / 回 (新設) (※6月に1回を限度)
口腔機能向上加算	150 単位 / 回	⇒	口腔機能向上加算 (Ⅰ) 150 単位 / 回 (現行の口腔機能向上加算と同様) 口腔機能向上加算 (Ⅱ) 160 単位 / 回 (新設) (※原則 3 月以内、月 2 回を限度)
(※ (Ⅰ) と (Ⅱ) は併算定不可)			

算定要件等

- < 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) >
 - 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)
- < 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) >
 - 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算 (Ⅰ) を算定できない場合にのみ算定可能)
- < 口腔機能向上加算 (Ⅱ) >
 - 口腔機能向上加算 (Ⅰ) の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理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

口腔スクリーニング項目の開発

社保審一介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

資料

令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業」において、通所サービス利用者の口腔衛生状態の悪化、口腔機能低下のリスクを介護職員でも簡便に評価できる口腔スクリーニング項目（素案）を開発。

※ 令和2年度老人保健健康増進等事業において、検証を予定。

口腔に関するスクリーニング項目（素案）

		質問	観察
咀嚼関連	硬いものが食べにくいと感じてますか？（通常の硬さの食事が摂りにくくなってませんか？）	○	
	固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ★		○
	入れ歯は使っていますか？		○
	ご自分の歯は残っていますか？		○
	歯のせいで食べにくそうにしている ★		○
	咬筋緊張度		○
嚥下関連	お茶や汁物などでむせやすくなってませんか？	○	○
	食事中的ムセこみ、食後の痰がらみ ★		○
	痰絡みが多い		○
	痰が絡んでいるような声になることがある		○
口腔衛生関連	歯ブラシをするのをいやがる ★		○
	うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる		○
	口臭		○
	うがいができない		○
歯科受診関連	過去1年間の歯科受診の有無（健診・歯のクリーニングも含む）	○	

★ 食事提供のない通所では評価が難しい項目

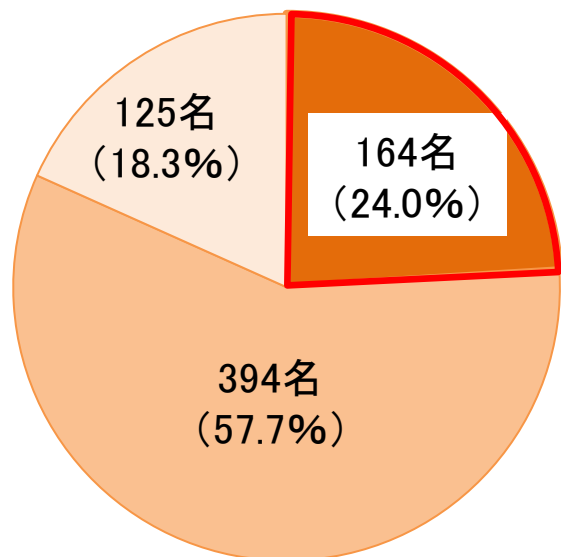
出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅系サービス利用者等の口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」

通所サービス利用者の栄養状態

○ 通所サービス利用者のうち、BMI18.5未満が24.0%、MNA[®]-SFによる低栄養・低栄養リスクありが38.7%

BMI

■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 ■ 25.0以上



※対象者： 全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「通所介護及び通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者に対する効果的な栄養改善及び口腔機能向上サービス等に関する調査研究事業」(日本歯科大学)

表 通所利用要介護者の栄養状態

MNA [®] -SFによる 栄養状態判定	該当人数	該当割合
低栄養 (0-7ポイント)	12名	3.4%
低栄養リスクあり (8-11ポイント)	124名	35.3%
栄養状態良好 (12-14ポイント)	215名	61.3%

38.7%

※対象者： 秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

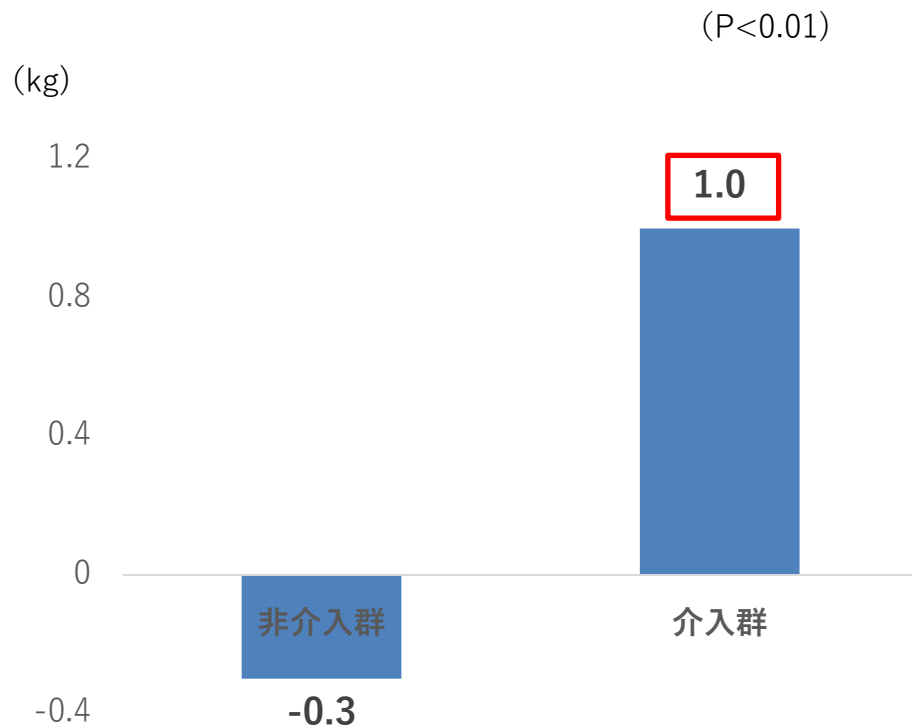
出典：平成25年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

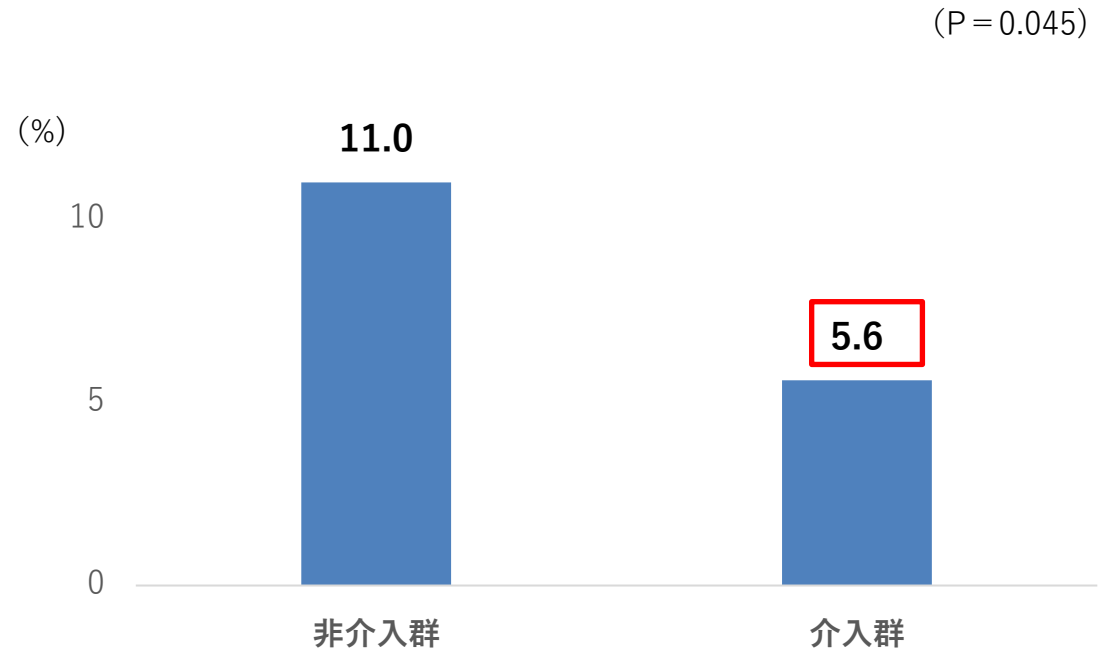
○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。

3. (1) ⑱

6 か月間の体重増加量



6 か月間のIADL (手段的日常生活動作) 悪化率



対象者：全国の通所サービス利用高齢者
研究デザイン：傾向スコアマッチングによる準実験的研究
介入群：低栄養リスク改善等を目的に、協力事業所等の管理栄養士が栄養ケア・マネジメント（通所あるいは在宅訪問による展開）を実施。161人で介入前後6か月間のデータを取得
非介入群：平成30年度老人保健健康増進等事業において6か月間のデータを取得できた者のうち、介入群の対象者より個人特性が類似した者を選出する目的で、傾向スコアマッチングによって介入群の3倍である483人を抽出

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その1)

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
 - 既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
 - 全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】

R3.1.13 諮問・答申済

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設)
科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

<通所系・多機能系・居住系サービス>

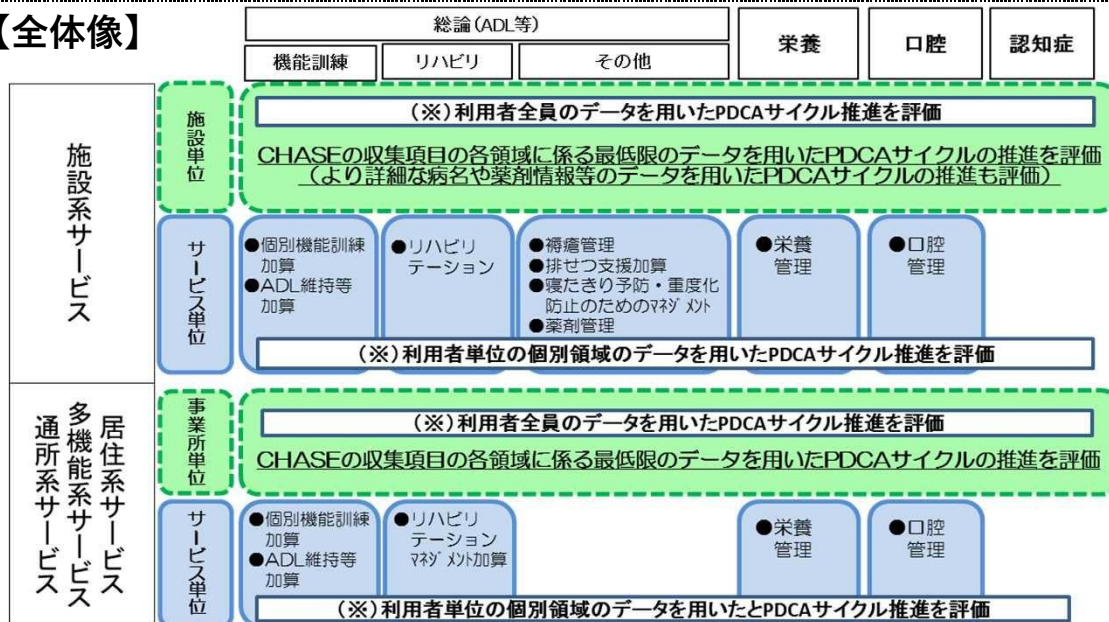
科学的介護推進体制加算 40単位/月 (新設)

(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)

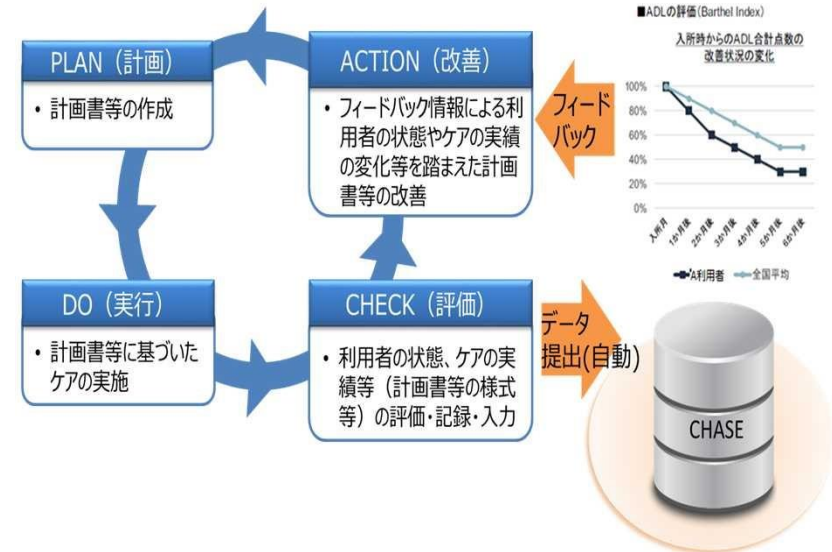
【算定要件】

- イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



【PDCAサイクルの推進 (イメージ)】



(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。

科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence-based Life Care)

3.(2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進②

単位数（ア・イ）

ア <現行> ・施設系サービス なし	<改定後>
⇒	科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設) (※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は50単位/月)
・通所系・居住系・多機能系サービス なし	⇒ 科学的介護推進体制加算 40単位 (新設)
イ <現行> ・認知症対応型通所介護 個別機能訓練加算 27単位/日	<改定後>
⇒	個別機能訓練加算(Ⅰ) 27単位/日 (現行と同じ) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月 (新設) ※(Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定可。

算定要件等（ア・イ）

ア <科学的介護推進体制加算>
 ○ 加算の対象は以下とする。

施設系サービス	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
通所系・居住系・多機能系サービス	通所介護、通所リハビリテーション(※)、認知症対応型通所介護(※)、地域密着型通所介護、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、認知症対応型共同生活介護(※)、小規模多機能型居宅介護(※)、看護小規模多機能型居宅介護 <small>※予防サービスを含む</small>

- 以下のいずれの要件も満たすことを求める。
- ・入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を、厚生労働省に提出していること。
※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。
 - ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

イ <個別機能訓練加算(Ⅱ)（認知症対応型通所介護）>

- 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。

VISIT

- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。

- 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

(収集項目)

- 様式 1 : 興味・関心チェックシート
- 様式 2 - 1 : リハビリテーション計画書 (アセスメント)
- 様式 2 - 2 : リハビリテーション計画書
- 様式 3 : リハビリテーション会議録
- 様式 4 : プロセス管理票
- 様式 5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画*

※ 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

- 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算 (IV) を新設。

CHASE

- 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

(基本的な項目)

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量_エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量_タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

VISIT・CHASEへのデータ提出内容の見直し(案)

3. (1)②

- リハビリテーション計画書の項目について、VISIT・CHASEへのデータ提供の必須項目を定めてはどうか。また様式1および様式3～5についてはVISIT・CHASEへのデータ提出を任意としてはどうか。

<現行>

- ・様式1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式3 : リハビリテーション会議録
- ・様式4 : プロセス管理票
- ・様式5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画

<見直し案>

提出は任意とする。

- ・様式2-1 (リハビリテーション計画書)
- ・様式2-2 (リハビリテーション計画書)

- (入力項目)
- ・原因疾患、合併疾患
 - ・本人家族の希望
 - ・治療経過
 - ・これまでのリハビリテーションの実施状況
 - ・心身機能
 - ・ADL
 - ・IADL
 - ・基本動作
 - ・目標
 - ・具体的支援内容
 - ・社会参加の状況
 - ・サービス提供中の具体的対応
 - ・担当職種 等

※下線の項目は自由記述。

目標、具体的支援内容についてはコードあり。

※原則、該当項目を全て入力することとされている。

整理

- ・様式2-1 (リハビリテーション計画書)
- ・様式2-2 (リハビリテーション計画書)

- (必須項目)
- ・原因疾患、合併疾患
 - ・心身機能
 - ・ADL
 - ・IADL
 - ・基本動作
 - ・目標
 - ・具体的支援内容
 - ・担当職種 等

- (任意項目)
- ・本人家族の希望
 - ・治療経過
 - ・これまでのリハビリテーションの実施状況
 - ・社会参加の状況
 - ・サービス提供中の具体的対応
 - 等

要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護保険総合データベース（介護DB）として運用）

- ・ 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- ・ 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- ・ 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- ・ 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

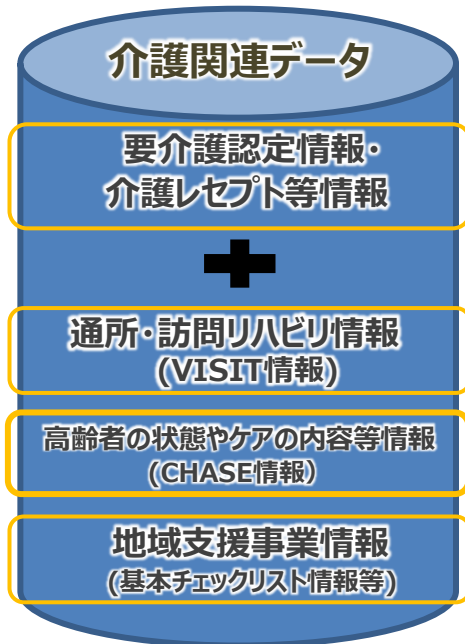
- ・ 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIliTation ServIces for long-Term care)
- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- ・ 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算 (IV) を新設。
- ・ 2020年3月末時点で631事業所が参加。
- ・ 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- ・ 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
 - ・ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目 (265項目) を選定。
 - ・ 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目 (30項目) を選定。
 - ・ 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。

地域支援事業の利用者に関する情報

- ・ 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。）の情報等を想定。
- ・ 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。



3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その3)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実

- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。
【告示改正】 (※6月の経過措置期間を設ける)

介護老人保健施設

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、以下の見直しを行う。
 - ・居宅サービス実施数に係る指標において、訪問リハビリテーションの比重を高くする。
 - ・リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種の配置を評価する。
 - ・基本型以上についてリハビリテーションマネジメントの実施要件が求められているが、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションに関する事項を明確化する。

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	10%以上 5	10%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%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3 ⇒2サービス(訪問リハビリテーションを含む)3	1サービス2 ⇒2サービス1 0サービス0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 ⇒5以上(PT, OT, STいずれも配置)5	3以上 3 ⇒5以上 3	(設定なし) ⇒3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	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

算定要件

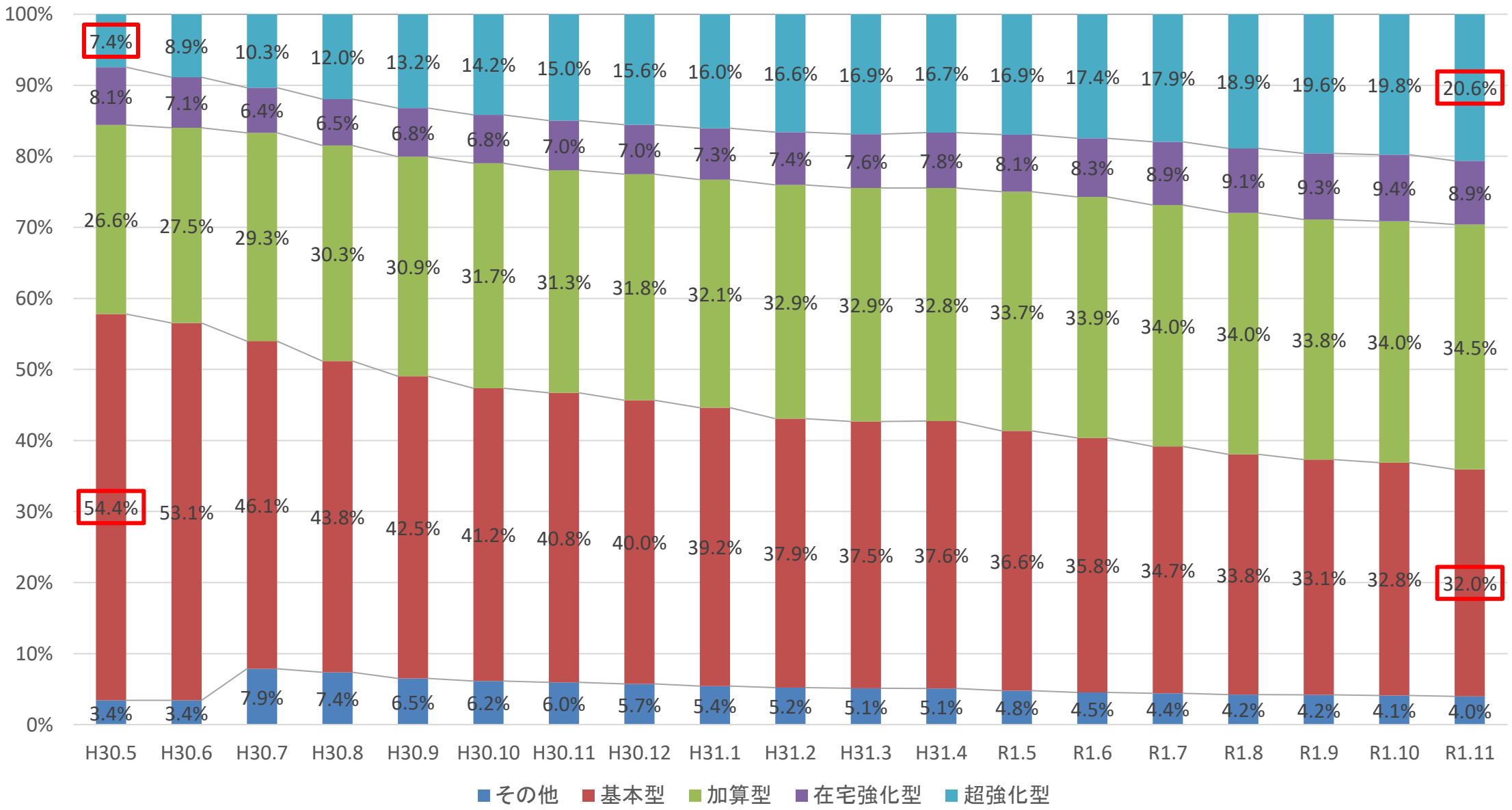
(リハビリテーションマネジメント)

- a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
- b: 医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。(追加)

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

- 超強化型について、平成30年5月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少した。

介護老人保健施設の施設類型の推移

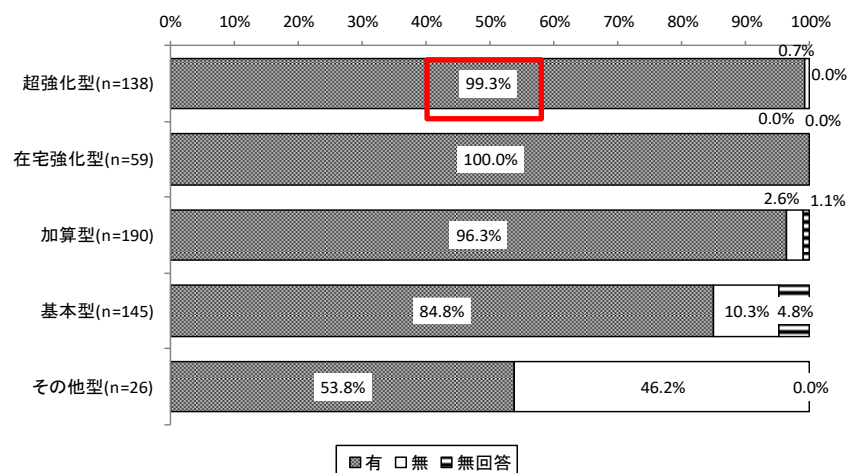


在宅復帰・在宅療養支援機能の算定要件について

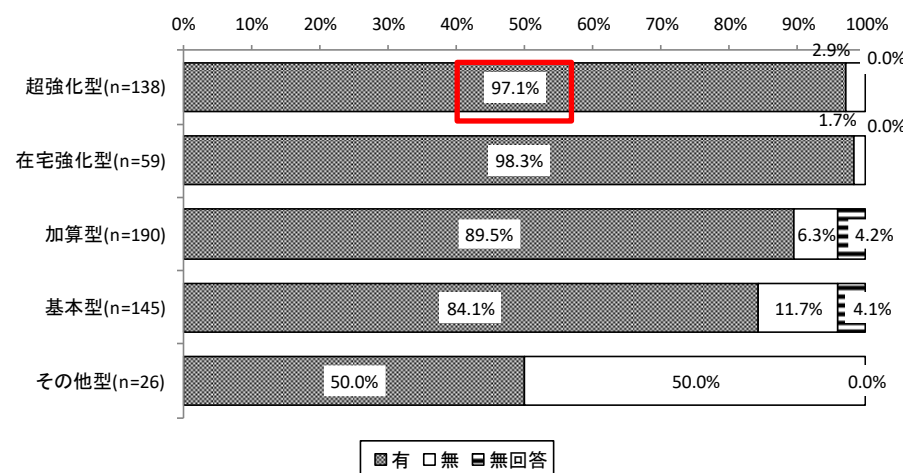
3. (2)⑤

- 退所時指導等を行っている施設の割合は、「超強化型」で99.3%であった。
- リハビリテーションマネジメントを行っている施設の割合は、「超強化型」で97.1%であった。
- 地域貢献活動を行っている施設の割合は、「超強化型」で97.1%であった。
- 充実したリハビリテーションの取組を行っている施設の割合は、「超強化型」で98.6%であった。

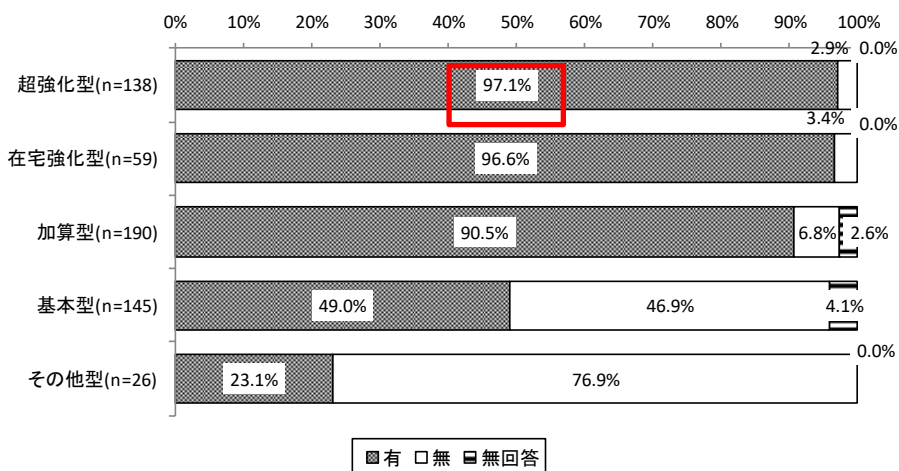
施設類型別 退所時指導等の取組状況(n=558)



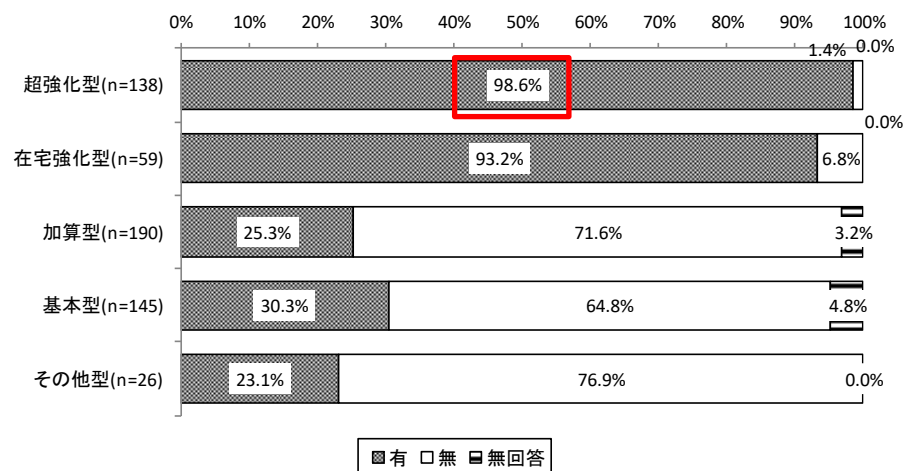
施設類型別 リハビリテーションマネジメントの取組状況(n=558)



施設類型別 地域貢献活動取組状況(n=558)

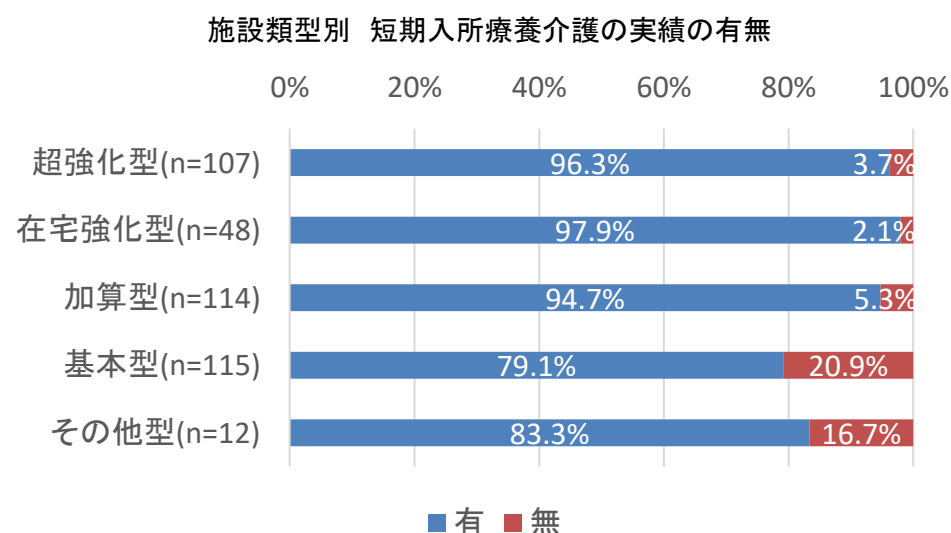
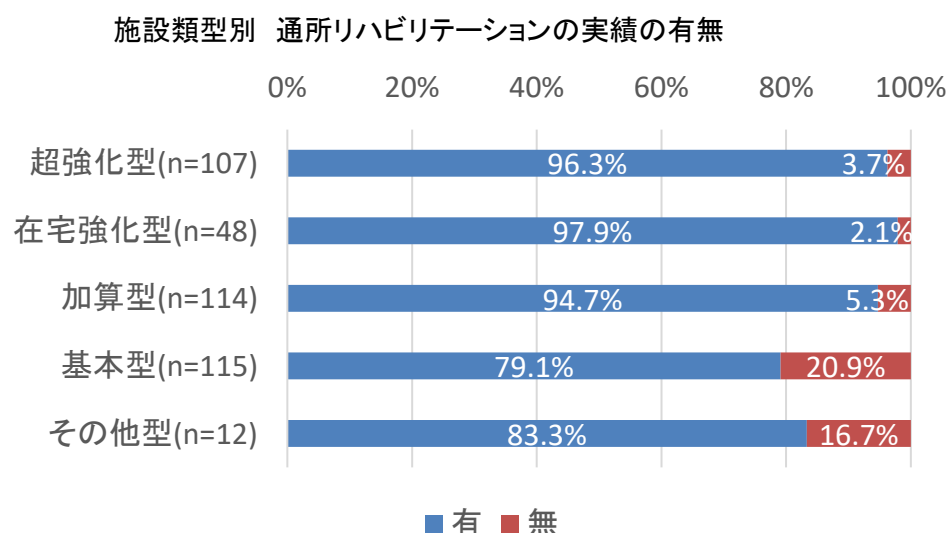
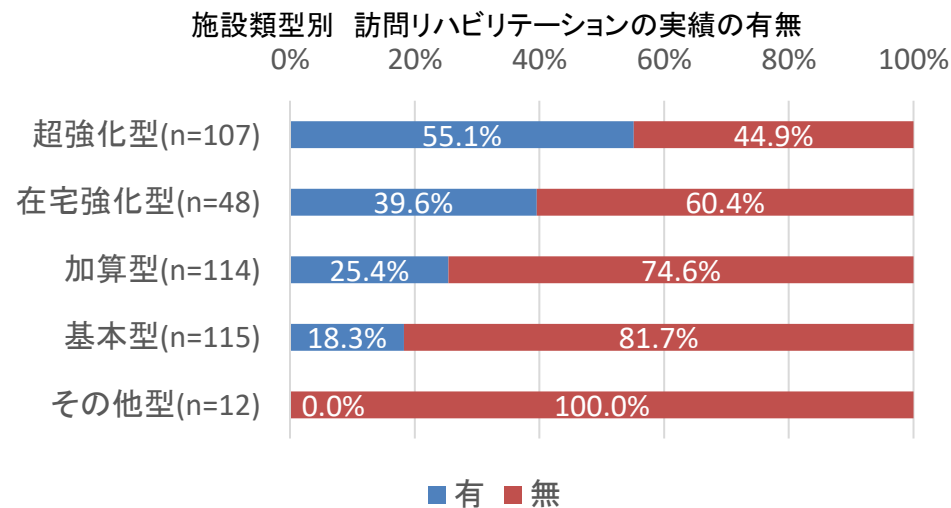
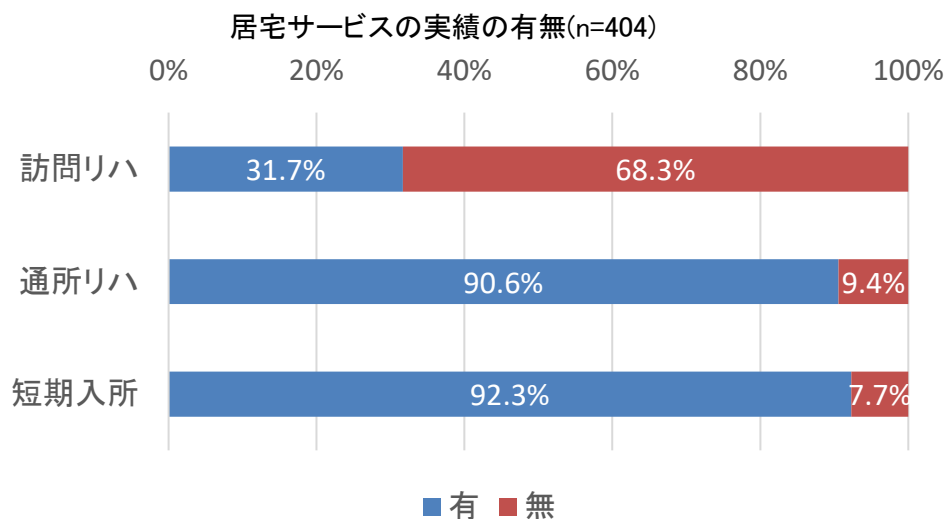


施設類型別 充実したリハビリテーション(n=558)



介護老人保健施設の提供する居宅サービスについて

- 訪問リハビリテーションの実績が「有」は31.7%であり、「無」は68.3%であった。
- 通所リハビリテーションの実績が「有」は90.6%であり、「無」が9.4%であった。
- 短期入所療養介護の実績が「有」は92.3%であり、「無」が7.7%であった。



【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」
注：無回答であった施設は除く

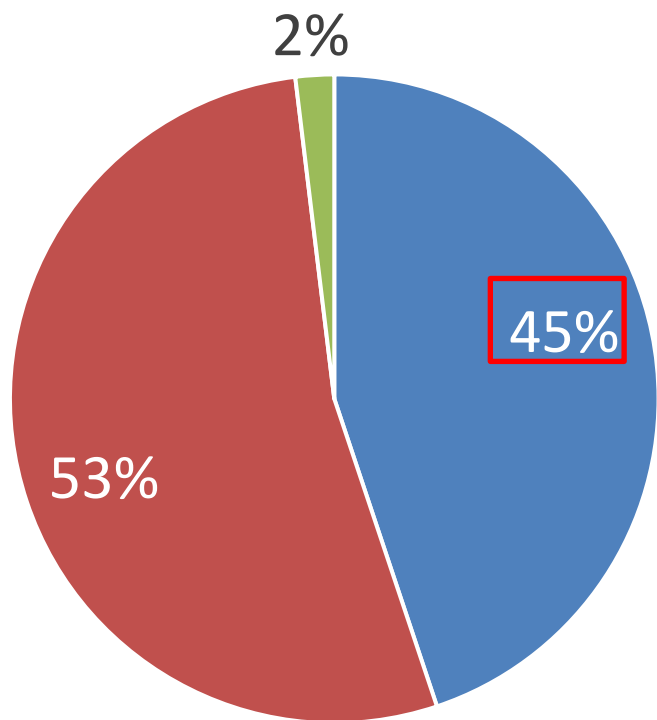
介護老人保健施設における人員配置状況・リハビリテーションの内容

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の全てが配置されている施設は45%であった。
- 入所中のリハビリテーションの内容は3職種配置の場合は、いずれかなしの場合と比較し、言語訓練、IADL訓練等の割合が高い。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の

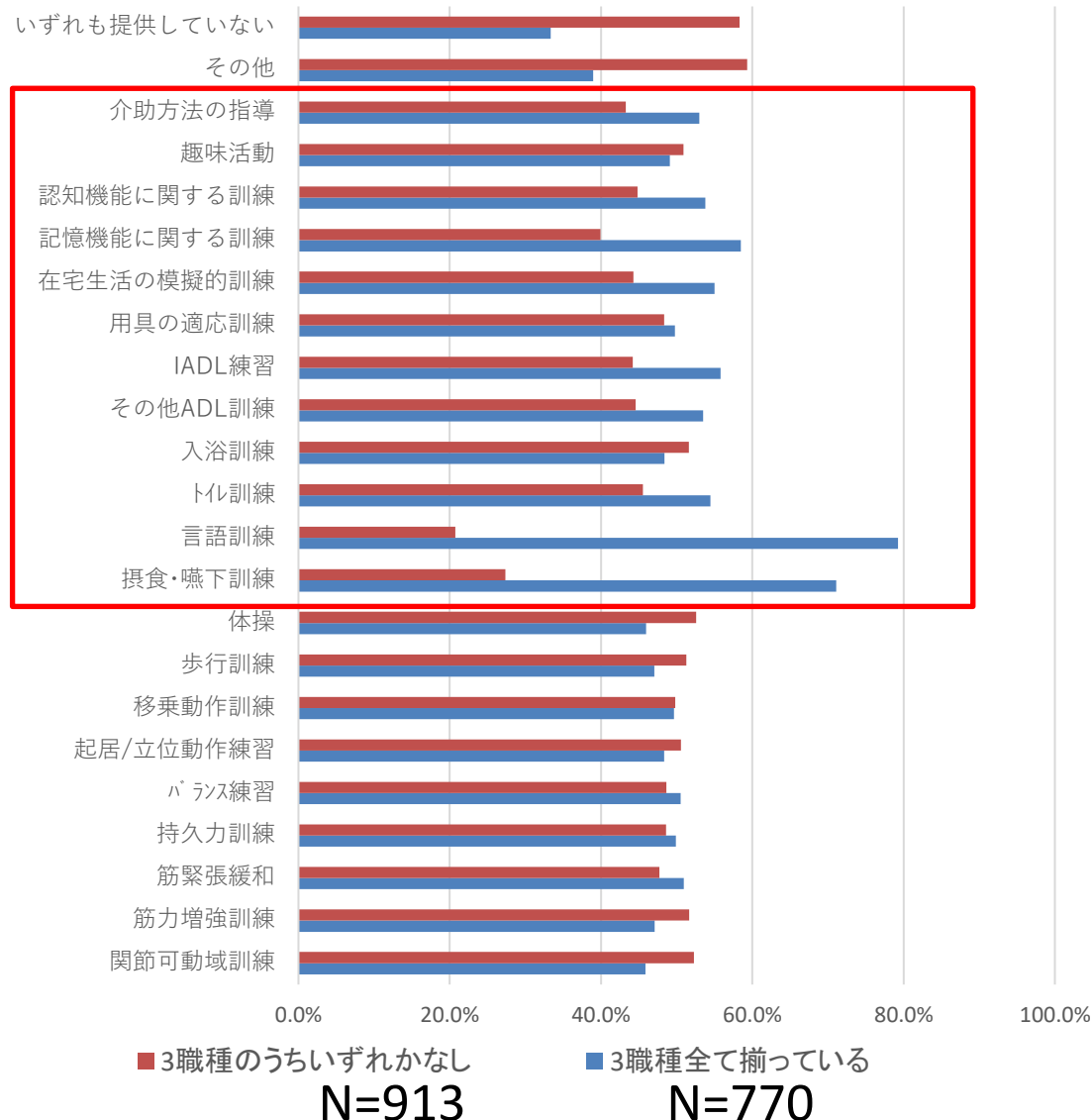
3職種割合

- 3職種全て揃っている
- 3職種のうちいずれかなし
- 無回答



N=1716

入所中のリハビリテーションの内容

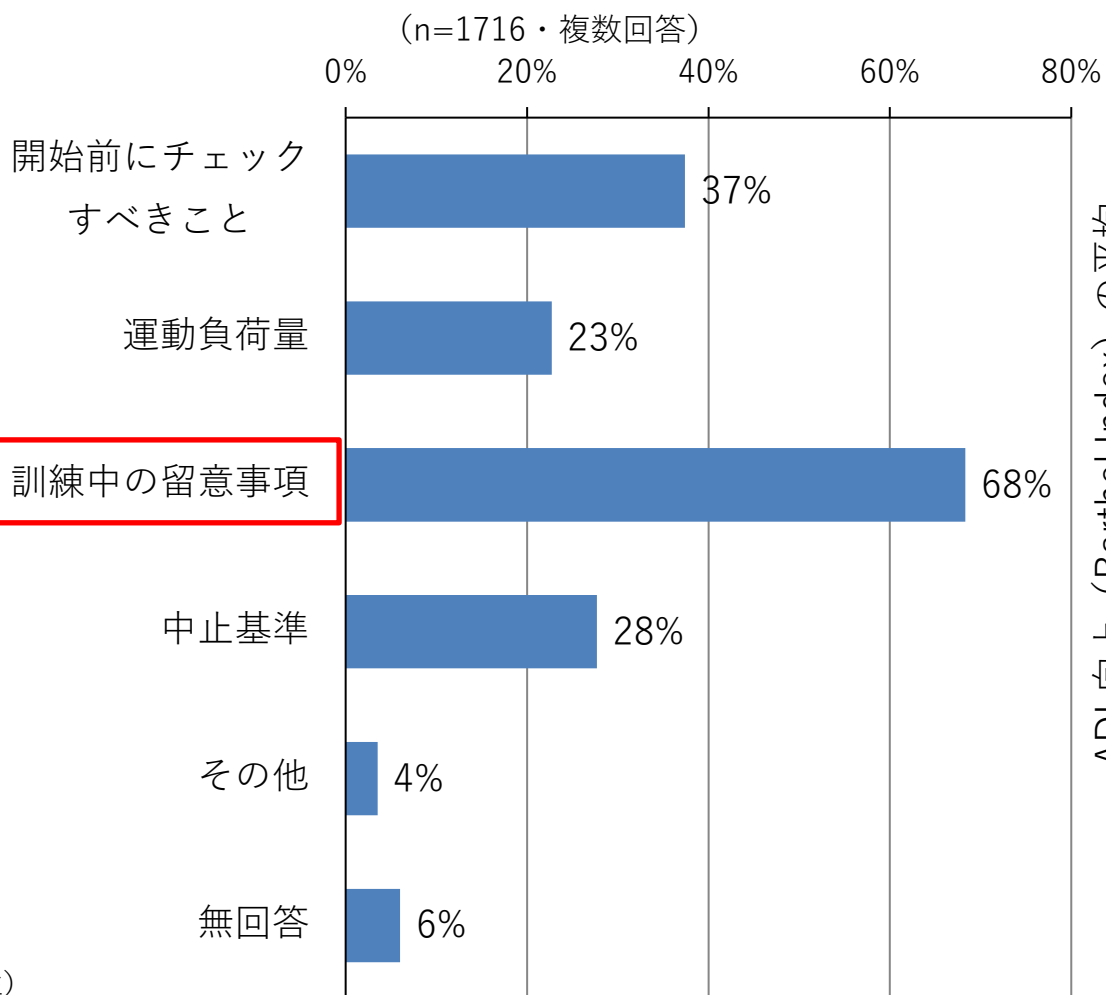


N=913

N=770

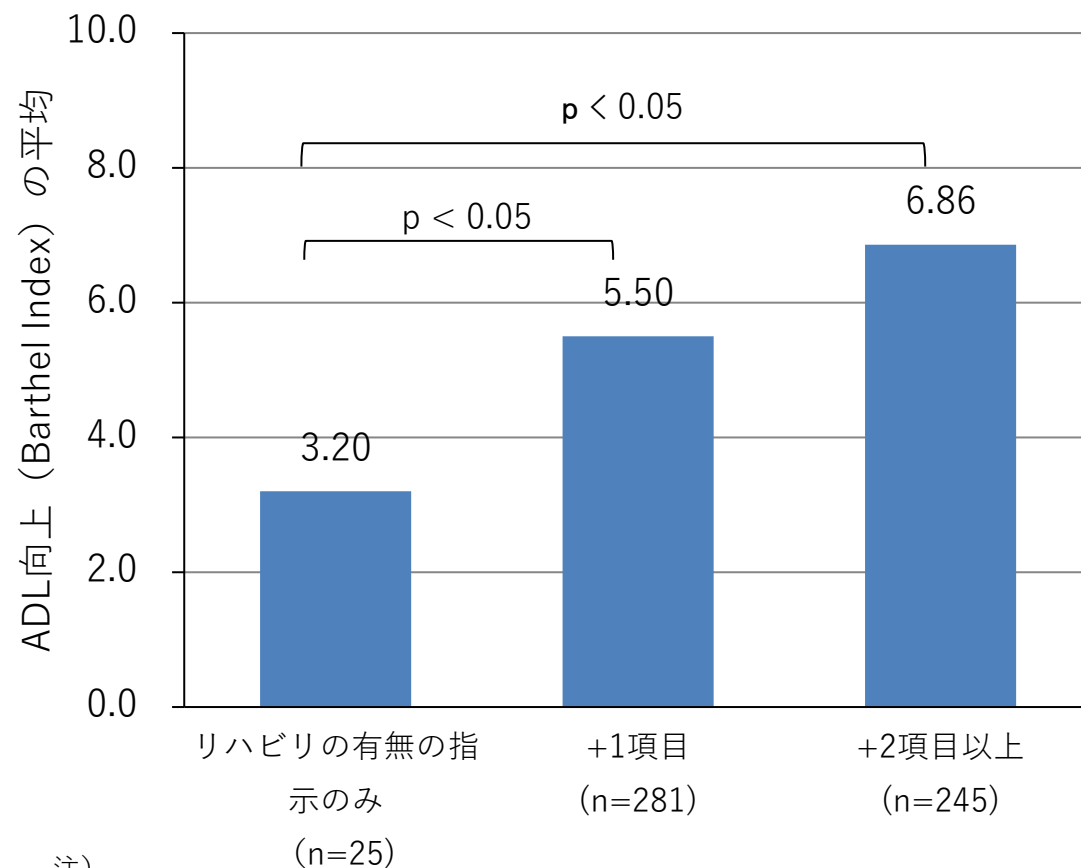
- 医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示や留意事項の内容



医師からの指示の種類数別入所時から

(点) 退所時にかけてのADL向上の平均



注)

・令和元年9月18日～10月1日の2週間に退所した者を対象として集計

注)

・令和元年9月18日～10月1日の2週間に自宅等へ退所した者を対象として集計。

【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

3. (3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進 (その1)

施設での日中生活支援の評価

■施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。【告示改正】

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

自立支援促進加算 300単位/月 (新設)

〔算定要件〕

- イ 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。
- ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ニ イの医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進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。
(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)

【取組の流れ】

① 定期的なアセスメントの実施

- ・ 全ての入所者について、リハビリテーション・機能訓練、日々の過ごし方等に係るケア等の実施により、利用者の状態の改善が期待できるか等の医学的アセスメントを所定の様式(※)に準じて実施する。

② ケアプランの策定・ケアの内容等に係る会議の実施

- ・ 医師、ケアマネジャー、介護職員等が連携して会議を実施し、上記アセスメントを踏まえた、リハビリテーション・機能訓練、日々の過ごし方等について、所定の様式(※)に準じて計画を策定する。

計画に従ったケアの実施

③ CHASEを活用したPDCAサイクルの推進

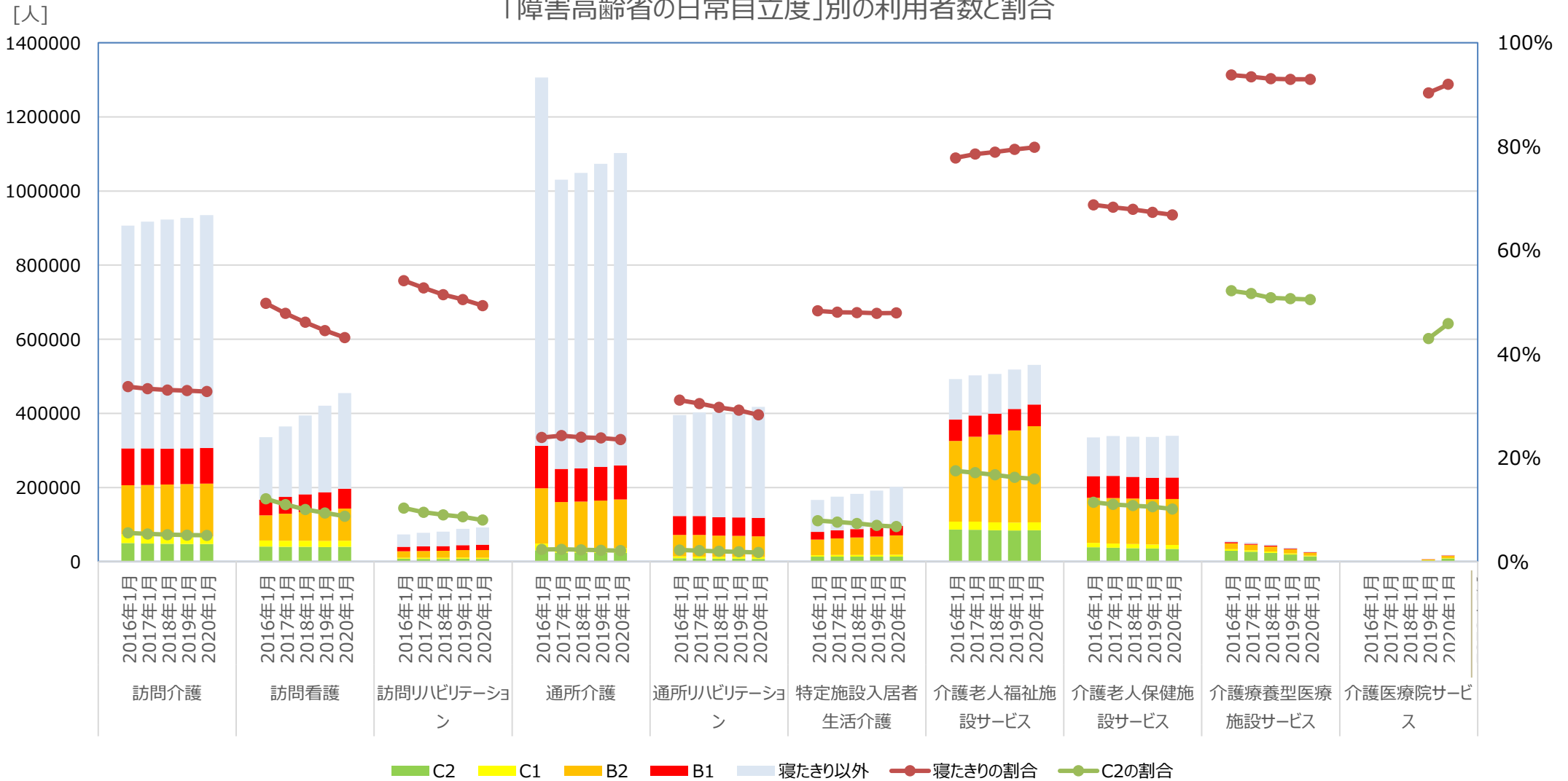
- ・ 厚生労働省(CHASE)にデータを提出し、フィードバックを受けることで、ケア計画の見直し等において活用し、PDCAサイクルを推進する。

※ 様式の具体的内容

- ・ 医学的アセスメント
- ・ リハビリテーション・機能訓練の必要性
- ・ 日々の過ごし方(離床時間、座位保持時間、食事・排せつ・入浴の場所や方法、社会参加的活動等)

障害高齢者の日常生活自立度

- 「寝たきり」状態の利用者数は、特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設サービス、訪問看護、訪問リハビリテーションなどでやや増加している。
- 介護療養型医療施設・介護医療院では利用者の約2人に1人が、介護老人福祉施設では約5人に1人がC2の状態である。

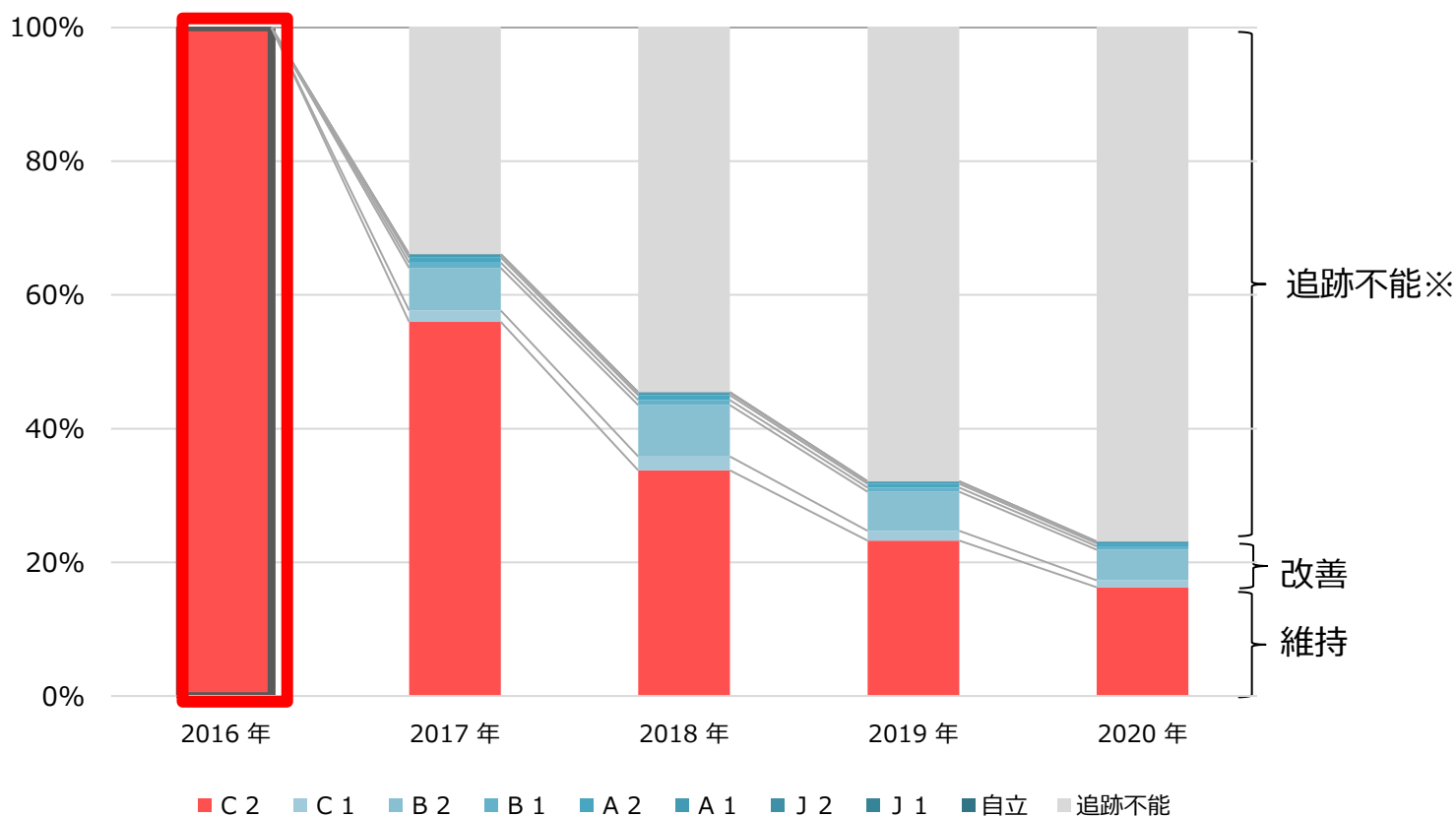


寝たきり

障害高齢者の日常生活自立度の推移

○ 寝返りをうつことも困難である寝たきり状態（C2）の利用者のうち、1～4年後においても一定数が同様の状態にある一方で、介護サービス等の給付を受ける中で、自立度が改善しているケースも少なからず存在する。

C2の利用者の自立度の推移（割合）



2016年C2の利用者を4年間追跡

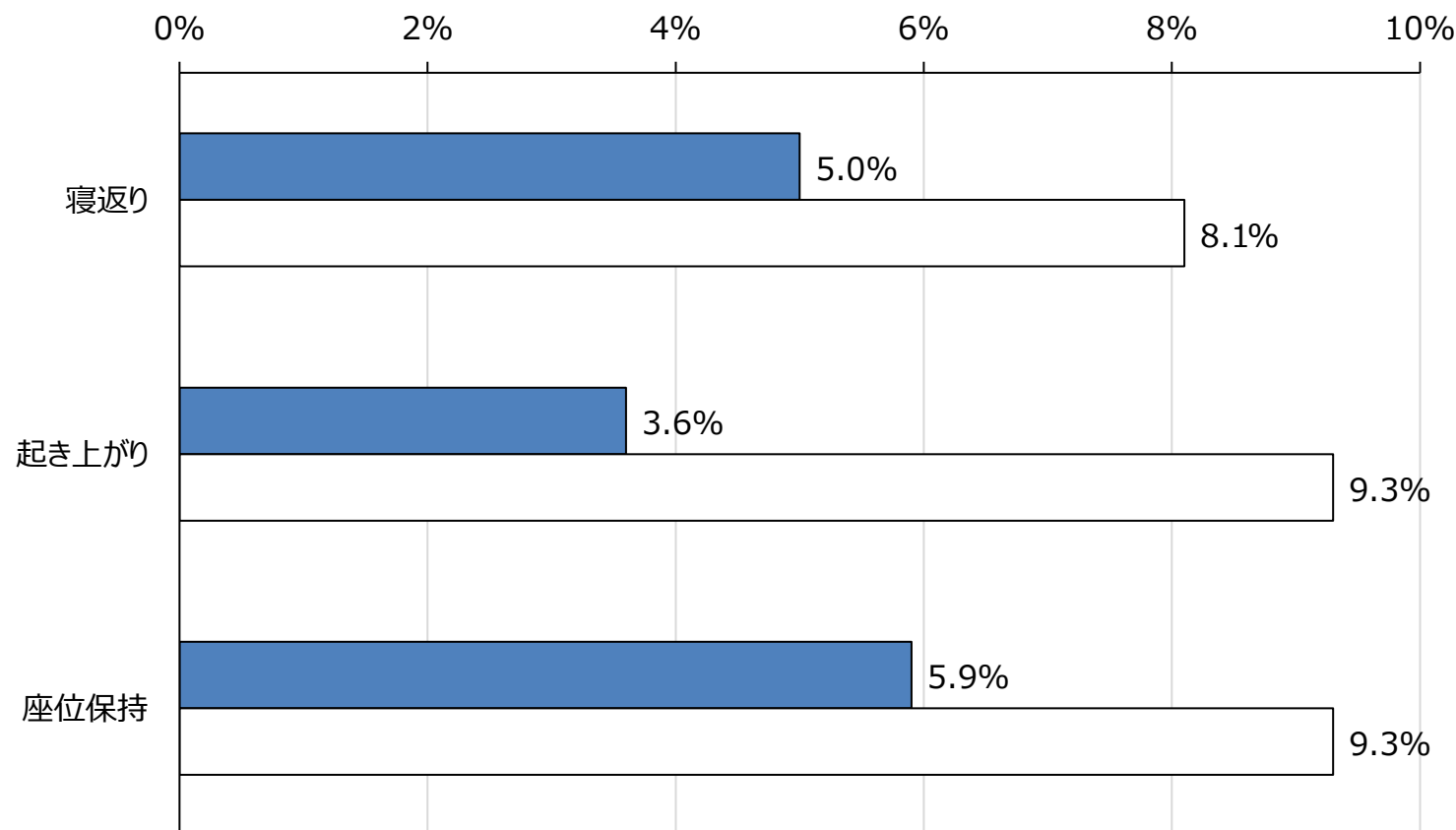
(※ 死亡や転居等により、日常生活自立度の追跡ができなかった者)

(2016年1月に介護サービスおよび介護予防サービスを利用した、障害高齢者の日常生活自立度がC2であった利用者について、1～4年後の自立度の推移を介護DBより集計)

寝たきり高齢者の基本動作能力の改善割合

- 介護医療院・介護療養型医療施設における、当初の障害高齢者の日常生活自立度がC以上の高齢者の中にも、6か月後の基本動作が改善しているものが一定割合見られる。
- 一連の生活行為として座位をとる頻度が多い高齢者のほうが、6か月後の基本動作が改善している割合が大きい。

介護医療院＋介護療養型医療施設 (障害高齢者の日常生活自立度C以上) 調査時から6ヶ月後の基本動作能力の改善割合

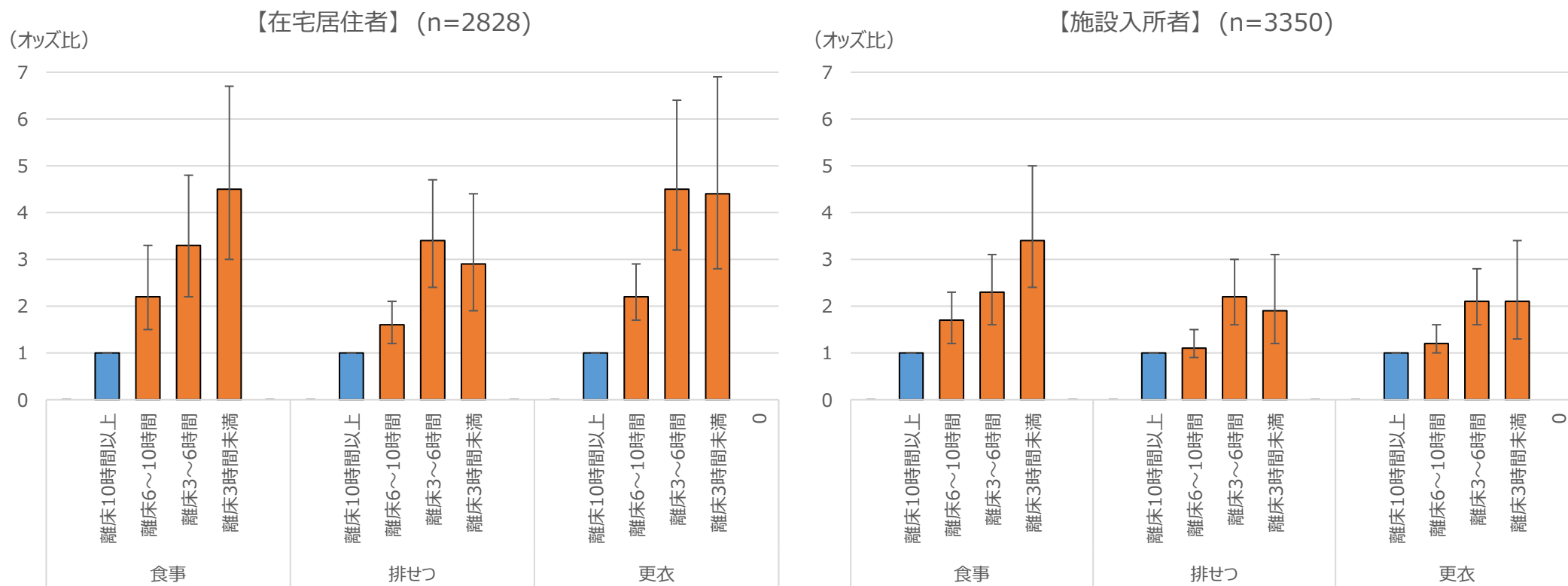


■ 一連の生活行為として座位をとる頻度が週20回以下(N=220)
□ 一連の生活行為として座位をとる頻度が週21回以上(N=86)

要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

○ 高齢者における離床時間と日常生活動作能力は有意に関連し、離床時間が少ない人は日常生活動作の自立度が低い傾向にある。

離床時間と日常生活動作能力の障害との関連



注) 年齢、性別、疾患、動作能力を調整して、離床10時間以上の対象者に対して、離床6～10時間、離床3～6時間、離床3時間未満の対象者における日常生活動作能力の障害のオッズ比を算出

(出典) 日本理学療法士協会国庫補助事業調査研究特別班, 要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力との関係, 理学療法学, 2009, 36 巻, 7号, p.348-355

高齢者の健康状態の特性等について

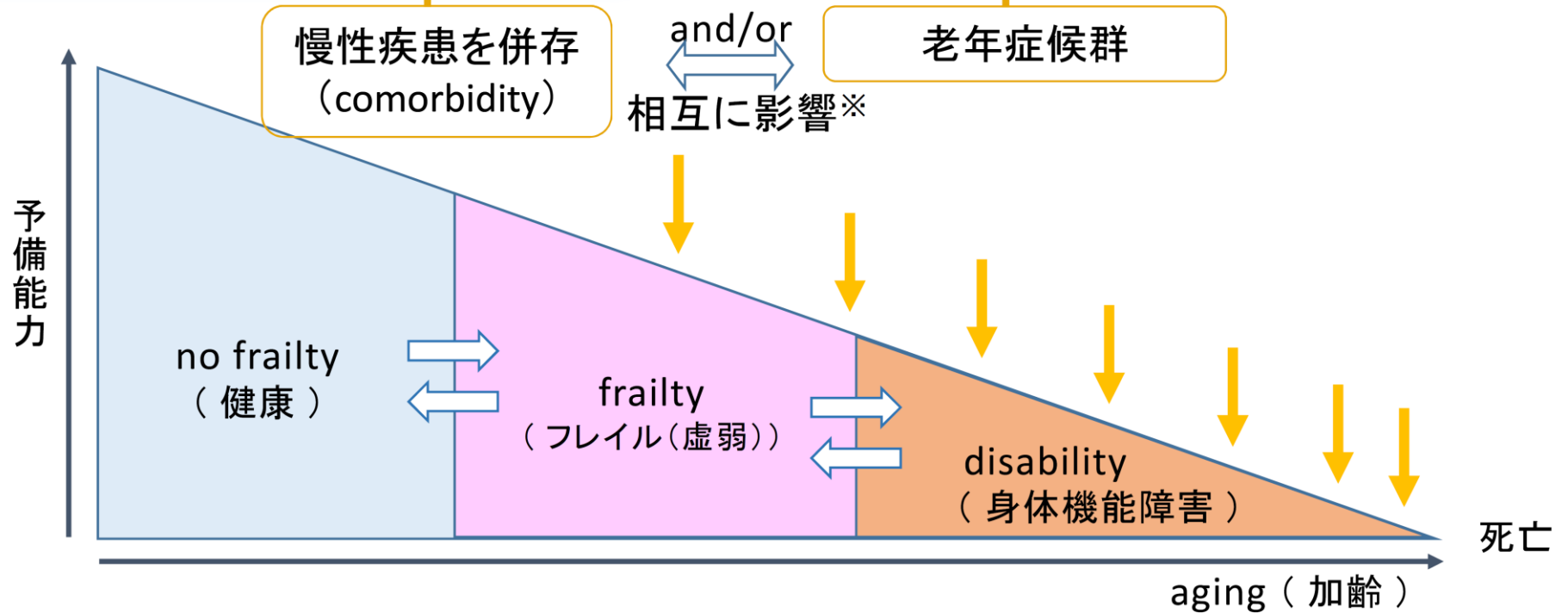
平成30年11月22日

第5回高齢者の保健事業と介護予防の
一体的な実施に関する有識者会議

参考資料

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等
- 生活習慣や加齢に伴う疾患

- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

3. (3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進 (その2)

褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

■施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等（アウトカム）を新たに評価する等の見直しを行う。【告示改正】

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、看護小規模多機能型居宅介護

【褥瘡マネジメント加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>	<改定後>	
褥瘡マネジメント加算10単位/月 (3月に1回を限度とする)	→	褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設) 褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設) ※(I)(II)は併算不可 (毎月の算定が可能)

〔算定要件〕

<褥瘡マネジメント加算 (I)>

- イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等の状態について定期的に記録していること。
- ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算 (II)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

【排せつ支援加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>	<改定後>	
排せつ支援加算 100単位/月 (6月を限度とする)	→	排せつ支援加算 (I) 10単位/月 (新設) 排せつ支援加算 (II) 15単位/月 (新設) 排せつ支援加算 (III) 20単位/月 (新設) ※(I)~(III)は併算不可 (6月を超えて算定が可能)

〔算定要件〕

<排せつ支援加算 (I)>

- イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
- ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

<排せつ支援加算 (II)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

<排せつ支援加算 (III)>加算 (I) の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

褥瘡マネジメント加算等の見直し

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護】

- 褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ・ 計画の見直しを含めた施設の継続的な取組を評価する観点から、毎月の算定を可能とする（介護医療院を除く）。
 - ・ 現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、褥瘡の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
 - ・ CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

単位数

※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>

褥瘡マネジメント加算 10単位/月 ⇒
(3月に1回を限度とする)

<改定後>

褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設)
褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設)

※ 加算 (I) (II) は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定

<現行>

褥瘡対策指導管理 6単位/日 ⇒

<改定後>

褥瘡対策指導管理 (I) 6単位/日 (現行と同じ)
褥瘡対策指導管理 (II) 10単位/月 (新設)

※ (I) (II) は併算可。

褥瘡マネジメント加算等の見直し

算定要件等

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

○ 以下の要件を満たすこと。

- イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。
- ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等ごとの状態について定期的に記録していること。
- ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>

○褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

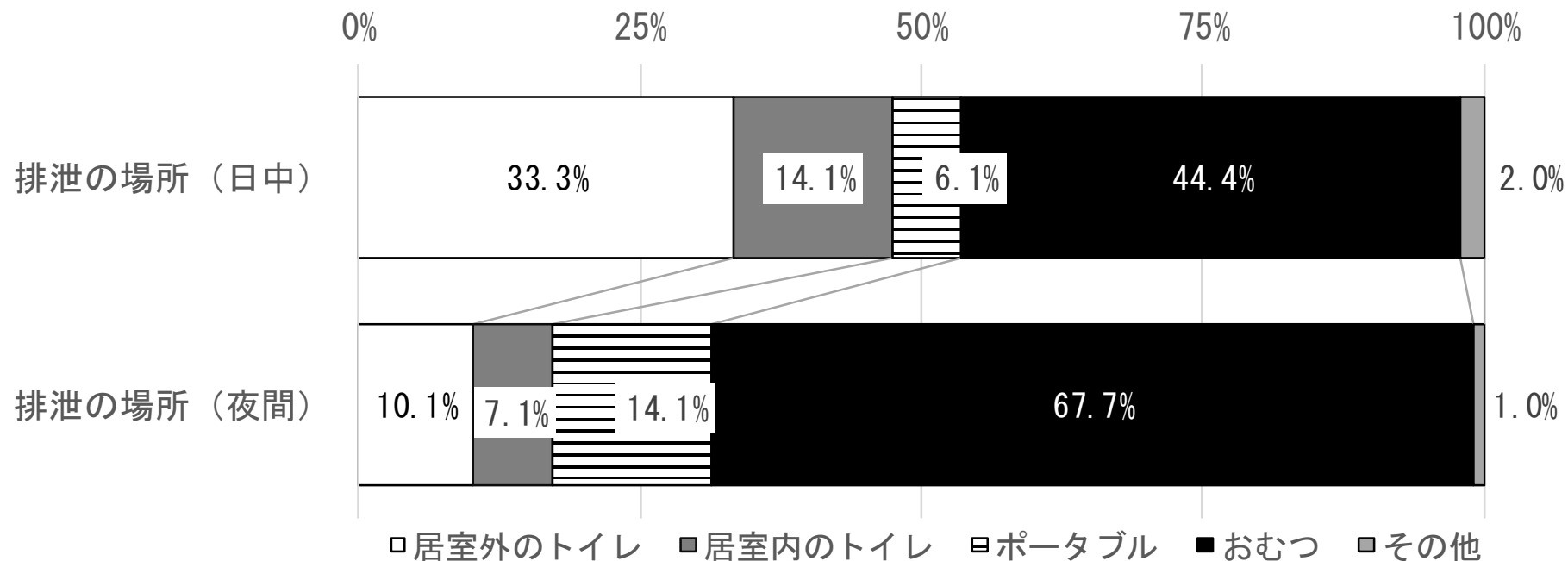
<褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>

○褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

日中と夜間の排せつの場所の分布

- 施設系サービスにおいては夜間のみおむつを使用している利用者も多く、適切な援助があればトイレの利用が可能な利用者が、夜間は施設の人員不足などのためにおむつを使用している場合もあることが示唆される。

【排泄の場所の分布(特養・老健、n=99)】



4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

(1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

- 処遇改善加算や特定処遇改善加算の**職場環境等要件**について、職場環境改善の取組をより**実効性が高いものとする観点からの見直し**を行う。
- **特定処遇改善加算**について、制度の趣旨は維持しつつより**活用しやすい仕組みとする観点**から、平均の賃金改善額の配分ルールにおける「**経験・技能のある介護職員**」は「**その他の介護職員**」の「**2倍以上とすること**」について、「**より高くすること**」と見直す。
- **サービス提供体制強化加算**において、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、**より介護福祉士割合や勤続年数の長い介護福祉士の割合が高い事業者を評価する新たな区分を設ける**。訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護の特定事業所加算、サービス提供体制強化加算において、勤続年数が一定以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設ける。
- **仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備**を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定において、育児・介護休業取得の際の非常勤職員による代替職員の確保や、短時間勤務等を行う場合にも「**常勤**」として取扱うことを可能とする。
- **ハラスメント対策を強化**する観点から、**全ての介護サービス事業者に、適切なハラスメント対策を求める**。

(2) テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

- **テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進**していく観点から、実証研究の結果等も踏まえ、以下の見直しを行う。
 - ・特養等における見守り機器を導入した場合の**夜勤職員配置加算**について、見守り機器の導入割合の緩和（15%→10%）を行う。見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、**基準を緩和（0.9人→0.6人）した新たな区分を設ける**。
 - ・見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、**特養（従来型）の夜間の人員配置基準を緩和**する。
 - ・職員体制等を要件とする加算（日常生活継続支援加算やサービス提供体制強化加算等）において、**テクノロジー活用を考慮した要件を導入**する。
- 運営基準や加算の要件等における**各種会議等の実施**について、感染防止や多職種連携促進の観点から、**テレビ電話等を活用しての実施を認める**。
- **薬剤師による居宅療養管理指導**について、診療報酬の例も踏まえて、**情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価**する。
- **夜間対応型訪問介護**について、定期巡回と同様に、オペレーターの併設施設等の職員や随時訪問の訪問介護員等との**兼務、複数の事業所間での通報の受付の集約化**、他の訪問介護事業所等への**事業の一部委託**を可能とする。
- **認知症GHの夜勤職員体制**（現行1ユニット1人以上）について、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、**3ユニットの場合に一定の要件の下、例外的に夜勤2人以上の配置を選択することを可能とする**。
- **特養等の人員配置基準**について、人材確保や職員定着の観点から、入所者の処遇や職員の負担に配慮しつつ、従来型とユニット型併設の場合の介護・看護職員の兼務、小多機と併設する場合の管理者・介護職員の**兼務等の見直し**を行う。
- **認知症GHの「第三者による外部評価」**について、自己評価を運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置付け、当該仕組みと既存の外部評価によるいずれかから受けることとする。

(3) 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

- **利用者等への説明・同意**について、**電磁的な対応**を原則認める。署名・押印を求めないことが可能であることや代替手段を明示する。
- **諸記録の保存・交付等**について、**電磁的な対応**を原則認める。
- **運営規程等の重要事項の掲示**について、事業所の掲示だけでなく、**閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする**。

4. (1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進 (その1)

特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

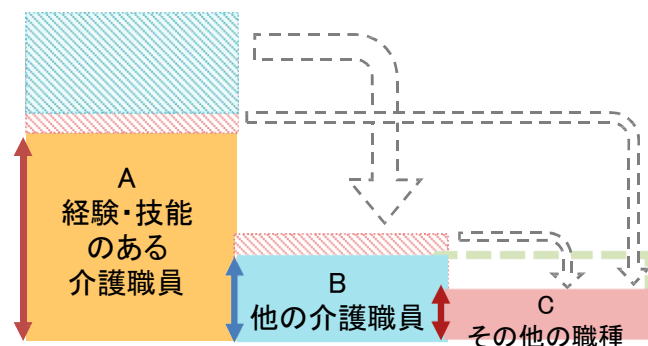
- 特定処遇改善加算について、制度の趣旨は維持しつつより活用しやすい仕組みとする観点から、平均の賃金改善額の配分ルールにおける「経験・技能のある介護職員」は「その他の介護職員」の「2倍以上とすること」について、「より高くすること」と見直す。【告示改正】

特定処遇改善加算の対象サービス

- リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準の実現を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を行うとの趣旨は維持した上で、小規模事業者を含め事業者がより活用しやすい仕組みとする観点から、見直しを行う。

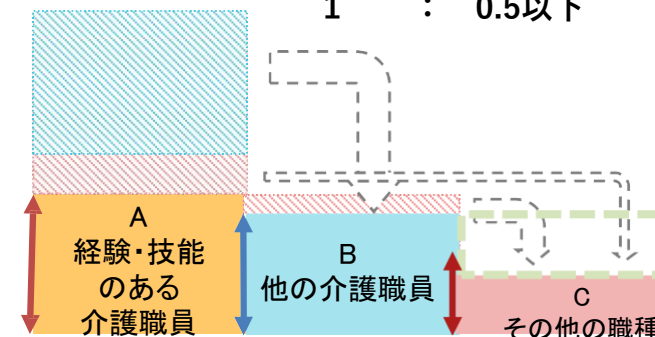
< 現行 >

平均賃上げ額が 2以上 : 1 : 0.5以下



< 改定後 >

平均賃上げ額が $A > B$: 1 : 0.5以下



職員の離職防止・定着に資する取組の推進

- 処遇改善加算や特定処遇改善加算の職場環境等要件について、職場環境改善の取組をより実効性が高いものとする観点からの見直しを行う。【告示改正、通知改正】

処遇改善加算・特定処遇改善加算の対象サービス

- 職場環境等要件に定める取組について、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取組がより促進されるように見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 職員の新規採用や定着促進に資する取組
 - ・ 職員のキャリアアップに資する取組
 - ・ 両立支援・多様な働き方の推進に資する取組
 - ・ 腰痛を含む業務に関する心身の不調に対応する取組
 - ・ 生産性の向上につながる取組
 - ・ 仕事へのやりがい・働きがいの醸成や職場のコミュニケーションの円滑化等、職員の勤務継続に資する取組
- 職場環境等要件に基づく取組の実施について、当該年度における取組の実施を求める。【告示改正】

介護従事者処遇状況等調査について

- 介護従事者の処遇の状況や処遇改善加算の効果の把握等を行うため、改定年を基本としつつ、「介護従事者処遇状況等調査」を実施。
- 令和2年度調査は、昨年10月に創設した特定処遇改善加算による影響を把握するため、本年2月の賃金について4月に調査を実施。

<調査概要>

- 調査の目的 介護従事者の処遇の状況及び介護職員処遇改善加算の影響等の評価を行うとともに、介護報酬改定のための基礎資料を得る。
- 調査時期 令和2年4月（参考：平成30年度調査の調査時期は平成30年10月）
- 調査対象等
 - ・ 調査客体数 11,323施設・事業所
 - ・ 有効回答数 7,346施設・事業所（有効回答率：64.9%）
 - ・ 調査項目 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算の取得状況、調査対象施設・事業所に在籍する介護従事者等の給与（平成31年2月と令和2年2月における給与）等

介護職員等特定処遇改善加算のサービス別の請求状況

< 特定処遇改善加算の算定率の推移 >

	年度	R1年度			R2年度
	サービス提供月	10月	1月	3月	6月
算定率の推移	(I)	26.6%	28.3%	28.5%	31.7%
	(II)	27.2%	30.4%	30.9%	33.8%
	合計	53.8%	58.7%	59.4%	65.5%

※(I)はサービス提供体制強化加算等の最も上位の区分を算定している場合、算定可能。(Iに該当しない場合はIIを算定可能)

< 特定処遇改善加算のサービス別の算定状況 (6月サービス提供分) >

	加算(I)	加算(II)	合計
訪問介護	23.7%	29.9%	53.7%
訪問入浴介護	12.4%	60.6%	73.0%
通所介護	29.0%	36.5%	65.5%
通所リハビリテーション	40.6%	14.2%	54.9%
短期入所生活介護	44.8%	41.3%	86.2%
短期入所療養介護	59.4%	20.5%	79.9%
認知症対応型共同生活介護	19.7%	54.6%	74.3%
特定施設入居者生活介護	24.5%	57.1%	81.6%
地域密着型特定施設入居者生活介護	26.4%	45.8%	72.2%
介護老人福祉施設	74.0%	15.6%	89.6%
地域密着型介護老人福祉施設	67.0%	19.4%	86.4%
介護老人保健施設	57.7%	22.4%	80.1%
介護療養型医療施設	13.8%	15.6%	29.4%
介護医療院	29.6%	20.6%	50.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	49.8%	33.7%	83.5%
夜間対応型訪問介護	35.4%	44.5%	79.9%
地域密着型通所介護	13.0%	26.7%	39.6%
認知症対応型通所介護	37.6%	38.2%	75.8%
小規模多機能型居宅介護	27.9%	44.5%	72.4%
看護小規模多機能型居宅介護	32.3%	40.3%	72.6%
合計	31.7%	33.8%	65.5%

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」特別集計により算出 ※介護予防サービスを除いて集計。

令和2年度介護従事者処遇状況等調査結果のポイント

- 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅱ)を取得している施設・事業所における介護職員(月給・常勤の者)の平均給与額について、平成31年2月と令和2年2月を比較すると18,120円の増となっている。
- 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅱ)を取得している施設・事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士(月給・常勤の者)の平均給与額について、平成31年2月と令和2年2月を比較すると20,740円の増となっている。

平均給与額(月給・常勤の者)	令和2年2月	平成31年2月	差額
特定処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅱ)を取得した施設・事業所の介護職員	325,550円	307,430円	18,120円
特定処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅱ)を取得した施設・事業所の勤続年数10年以上の介護福祉士	366,900円	346,160円	20,740円

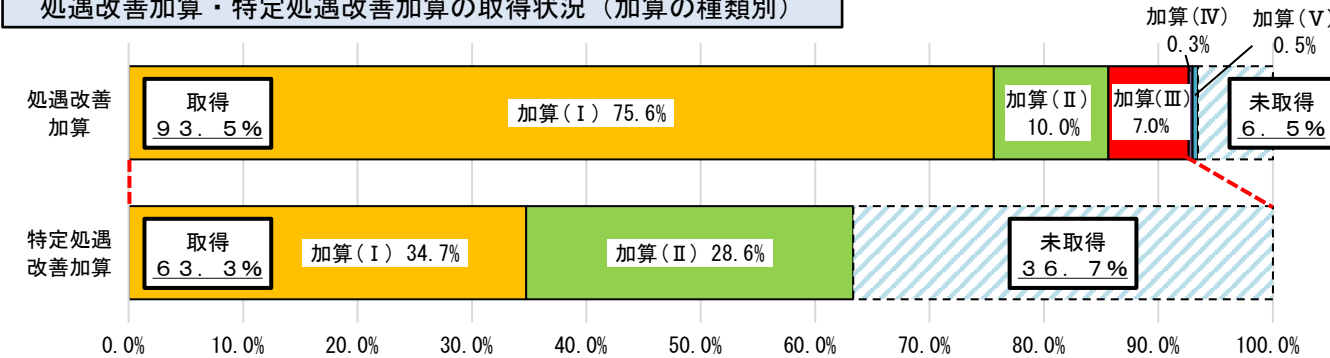
- ※1 調査対象となった施設・事業所に平成30年度と令和元年度ともに在籍している者の平均給与額を比較している。
- ※2 平均給与額 = 基本給(月額) + 手当 + 一時金(10月～3月支給金額の1/6)
- ※3 平均給与額は10円単位を四捨五入している。
- ※4 処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)を取得した施設・事業所の介護職員の平均給与額は、30.0万円(平成31年)から31.6万円(令和2年)に増加(+1.6万)。

給与等の引き上げの実施方法(複数回答)

給与表を改定して賃金水準を引き上げ(予定)	定期昇給を実施(予定)	手当の引き上げ・新設(予定)	賞与等の引き上げ・新設(予定)
18.6%	51.4%	54.0%	25.9%

※ 給与等の引き上げの実施方法は、調査対象となった施設・事業所に在籍している介護従事者全体(介護職員に限定していない)の状況

処遇改善加算・特定処遇改善加算の取得状況(加算の種類別)



- ※ 令和元年度における取得状況
- ※ 特定処遇改善加算の取得割合は、処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の事業所に対する割合

147/210

1 特定処遇改善加算を配分した職員の範囲(複数回答)

経験・技能のある介護職員	93.4%
他の介護職員	85.4%
その他の職種	60.0%

生活相談員・支援相談員	69.1%
看護職員	65.3%
事務職員	64.4%
介護支援専門員	47.1%

※ 上位4職種を掲載

2 経験・技能のある介護職員の賃金改善の状況(一部複数回答)

月額平均8万円以上の賃金改善を実施	10.3%
改善後の賃金が年額440万円以上となる賃金改善を実施	38.6%
既に賃金が年額440万円以上となっている者がいる	41.5%
月額平均8万円以上となる者又は改善後の賃金が年額440万円となる者を設定できなかった	33.5%

3 特定処遇改善加算の届出を行わない理由(複数回答)

職種間の賃金バランスがとれなくなることが懸念	38.8%
賃金改善の仕組みを設けるための事務作業が煩雑	38.2%
介護職員間の賃金バランスがとれなくなることが懸念	33.8%
計画書や実績報告書の作成が煩雑	31.2%

※ 上位4つを掲載

4. (1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進 (その2)

サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

- サービス提供体制強化加算において、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、より介護福祉士割合や勤続年数の長い介護福祉士の割合が高い事業者を評価する新たな区分を設ける。訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護の特定事業所加算、サービス提供体制強化加算において、勤続年数が一定以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設ける。【告示改正】

サービス提供体制強化加算対象サービス

- 各サービス（訪問看護及び訪問リハビリテーションを除く）について、より介護福祉士の割合が高い、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分を設ける。（加算Ⅰ：新たな最上位区分）
（※）施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を算定要件として求める。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所系サービス、短期入所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス、施設系サービスについて、勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位区分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分を設定する。（加算Ⅲ：改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当）
- 夜間対応型訪問介護及び訪問入浴介護について、他のサービスと同様に、介護福祉士の割合に係る要件に加えて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合に係る要件を設定し、いずれかを満たすことを求める。（加算Ⅲ）
- 訪問看護及び訪問リハビリテーションについて、現行の勤続年数要件の区分に加えて、より長い勤続年数で設定した要件による新たな区分を設ける。
（※）改正前の最上位区分である加算Ⅰイ（介護福祉士割合要件）は加算Ⅱとして設定（単位数の変更なし）。

訪問介護

特定事業所加算（Ⅴ） 所定単位数の3%/回を加算（新設）

〔算定要件〕

- 体制要件 ※特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）と同様
 - ・ 訪問介護員等ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施
 - ・ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催
 - ・ 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 ・ 健康診断等の定期的な実施 ・ 緊急時等における対応方法の明示
- 人材要件
 - ・ 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上であること。

（※）加算（Ⅴ）は、加算（Ⅲ）（重度者対応要件による加算）との併算定が可能であるが、加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅳ）（人材要件が含まれる加算）との併算定は不可。

4.(1)③ サービス提供体制強化加算の見直し

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、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、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、介護療養型医療施設、介護医療院】

概要

○サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

	資格・勤続年数要件			単位数
	加算Ⅰ（新たな最上位区分）	加算Ⅱ（改正前の加算Ⅰイ相当）	加算Ⅲ（改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当）	
訪問入浴介護 夜間対応型訪問介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上	(訪問入浴)(夜間訪問) Ⅰ 44単位/回 Ⅱ 22単位/回 Ⅲ 12単位/回
訪問看護 療養通所介護	—	—	(イ)勤続7年以上の者が30%以上 (ロ)勤続3年以上の者が30%以上	(訪看・訪リハ)(療養通所) (イ)6単位/回(イ)48単位/月 (ロ)3単位/回(ロ)24単位/月
訪問リハビリテーション	—	—	(イ)勤続7年以上の者が1人以上 (ロ)勤続3年以上の者が1人以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
通所介護、通所リハビリテーション 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	
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	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通リハ以外) Ⅰ 22単位/回(日) Ⅱ 18単位/回(日) Ⅲ 6単位/回(日)
短期入所生活介護、短期入所療養介護 介護老人福祉施設※ 地域密着型介護老人福祉施設※ 介護老人保健施設※、介護医療院※ 介護療養型医療施設※	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通リハ) Ⅰ 176単位/月 Ⅱ 144単位/月 Ⅲ 48単位/月

(注1)表中、複数の単位が設定されているものについては、いずれか1つのみを算定することができる。

(注2)介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。

サービス提供体制強化加算の見直し(イメージ)

	資格・勤続年数要件			サービスの質の向上に資する取組	研修実施 会議開催	健康診断 実施	定員超過 人員欠如 減算適用 無し
	I (新たな最上位区分)	II (現行の加算 I イ相当)	III (現行の加算 I ロ、加算 II、加算 III 相当)				
訪問入浴介護	介護福祉士60%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士40%以上又は介護 福祉士、実務者研修修了者、 基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実 務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以 上 ロ 勤続7年以上30%以上		○	○	
訪問看護	—	—	イ 勤続7年以上30%以上 ロ 勤続3年以上30%以上		○	○	
訪問リハ	—	—	イ 勤続7年以上1人以上 ロ 勤続3年以上1人以上				
定期巡回	介護福祉士60%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士40%以上又は介護 福祉士、実務者研修修了者、 基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実 務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以 上 ロ 常勤職員60%以上 ハ 勤続7年以上30%以上		○	○	
夜間訪問	介護福祉士60%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士40%以上又は介護 福祉士、実務者研修修了者、 基礎研修修了者が60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実 務者研修修了者、基礎研修修了者が50%以 上 ロ 勤続7年以上30%以上		○	○	
小多機 看多機	介護福祉士70%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士40%以上 ロ 常勤職員60%以上 ハ 勤続7年以上30%以上		○		○
通所介護、通りハ 認デイ	介護福祉士70%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士40%以上 ロ 勤続7年以上30%以上				○
特定施設 認知症GH	介護福祉士70%以上又は 勤続10年以上介護福祉士25% 以上	介護福祉士60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士50%以上 ロ 常勤職員75%以上 ハ 勤続7年以上30%以上	※ 特定 (Iのみ)			○
短期入所、特養、 老健、療養型 医療院	介護福祉士80%以上又は 勤続10年以上介護福祉士35% 以上	介護福祉士60%以上	以下のいずれかを満たす。 イ 介護福祉士50%以上 ロ 常勤職員75%以上 ハ 勤続7年以上30%以上	※ (Iのみ)	処遇改善加算で求められる項目と 同趣旨の要件等は廃止を検討		○

人員配置基準における両立支援への配慮

- 仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定において、育児・介護休業取得の際の非常勤職員による代替職員の確保や、短時間勤務等を行う場合にも「常勤」として取扱うことを可能とする。【通知改正】

全サービス

- 「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
- 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。
- 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

ハラスメント対策の強化

R3.1.13 諮問・答申済

- ハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、適切なハラスメント対策を求める。

全サービス

- 運営基準（省令）において、事業者が必要な措置を講じなければならないことを規定。【省令改正】

【基準】※訪問介護の例

指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。（新設）

- (※) 併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

4.(1)⑥ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要

【全サービス★】

- 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。【通知改正】
 - ・「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
 - ・「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。
 - ・人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
- この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合、当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

常勤配置の取扱いの明確化

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得

休業
期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

短時間勤務制度利用期間

短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

(参考) 医療従事者の負担軽減・人材確保について
(平成28年度診療報酬改定)

4.(1)⑦ ハラスメント対策の強化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を求めることとする。【省令改正】 **R3.1.13 諮問・答申済**

基準

- 運営基準（省令）において、以下を規定（※訪問介護の例）
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

（参考）ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

- ・ 職場におけるセクシュアルハラスメントについては男女雇用機会均等法において、職場におけるパワーハラスメントについては労働施策総合推進法において、事業主に対して、事業主の方針等の明確化や相談体制の整備等の雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。（パワーハラスメントの義務付けについて、大企業は令和2年6月1日、中小企業は令和4年4月1日から施行（それまでは努力義務））
- ・ 職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメントに関しては、
 - ① セクシュアルハラスメントについては、指針において、男女雇用機会均等法（昭和47年法律第113号）において事業主に対して義務付けている雇用管理上の措置義務の対象に含まれることが明確化された（令和2年6月1日より）。
 - ② パワーハラスメントについては、法律による事業主の雇用管理上の措置義務の対象ではないものの、指針において、事業主が雇用管理上行うことが「望ましい取組」として防止対策を記載している（令和2年6月1日より）。

※職場におけるセクシュアルハラスメント

= 職場において行われる性的な言動に対する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けるもの又は当該性的な言動により労働者の就業環境が害されるもの。

※職場におけるパワーハラスメント

= 職場において行われる i 優越的な関係を背景とした言動であって、ii 業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、iii 労働者の就業環境が害されるものであり、i から iii までの要素を全て満たすもの。

会議や他職種連携におけるICTの活用

一部R3.1.13諮問・答申済

- 運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認める。【省令改正、告示改正】

全サービス

- 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
- (※) 利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

- 薬剤師による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も踏まえて、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価する。【告示改正】

居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合 45単位/回（新設） ※月1回まで算定可能

〔算定要件〕

- ・ 対象利用者：在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者
居宅療養管理指導費が月1回算定されている利用者
- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- ・ 訪問診療を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を行うこと

特養の併設の場合の兼務等の緩和

R3.1.13 諮問・答申済

■ 特養等の人員配置基準について、人材確保や職員定着の観点から、入所者の処遇や職員の負担に配慮しつつ、従来型とユニット型併設の場合の介護・看護職員の兼務、小多機と併設する場合の管理者・介護職員の兼務等の見直しを行う。【省令改正】

施設系サービス

- 従来型とユニット型を併設する場合において、入所者の処遇に支障がない場合、**介護・看護職員の兼務**を可能とする。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護

- 広域型特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設と小規模多機能型居宅介護事業所を併設する場合において、入所者の処遇や事業所の管理上支障がない場合、**管理者・介護職員の兼務**を可能とする。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- **サテライト型居住施設**において、本体施設が特別養護老人ホーム・地域密着型特別養護老人ホームである場合に、本体施設の生活相談員により当該サテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われていると認められるときは、**生活相談員を置かないこと**を可能とする。
- **地域密着型特別養護老人ホーム**（サテライト型居住施設を除く。）において、他の社会福祉施設等との連携を図ることにより当該地域密着型特別養護老人ホームの効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、**栄養士を置かないこと**を可能とする。

(※) 入所者の処遇や職員の負担に配慮する観点から、食事、健康管理、衛生管理、生活相談等における役務の提供や設備の供与が入所者の身体的、精神的特性を配慮して適切に行われること、労働関係法令に基づき、職員の休憩時間や有給休暇等が適切に確保されていることなどの留意点を明示

3 ユニットの認知症グループホームの夜勤職員体制の緩和

■ 認知症グループホームの夜勤職員体制（現行1ユニット1人以上）について、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、3ユニットの場合に一定の要件の下、例外的に夜勤2人以上の配置を選択することを可能とする。【省令改正】
併せて、3ユニット2人夜勤の配置にする場合の報酬を設定する。【告示改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

認知症グループホーム

【基準】

<現行>

- 1 ユニットごとに1人
- ・ 1ユニット : 1人夜勤
- ・ 2ユニット : 2人夜勤
- ・ 3ユニット : 3人夜勤



<改定後>

- 1 ユニットごとに1人
- ・ 1ユニット : 1人夜勤
- ・ 2ユニット : 2人夜勤
- ・ 3ユニット : 3人夜勤

ただし、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できるとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。（追加）

【報酬】

なし



3ユニット、かつ、夜勤職員を2人以上3人未満に緩和する場合（新設）
別途の報酬を設定

外部評価に係る運営推進会議の活用

R3.1.13諮問・答申済

■ 認知症グループホームの「第三者による外部評価」について、自己評価を運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置付け、当該仕組みと既存の外部評価によるいずれかから受けることとする。【省令改正】

4. (3) 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

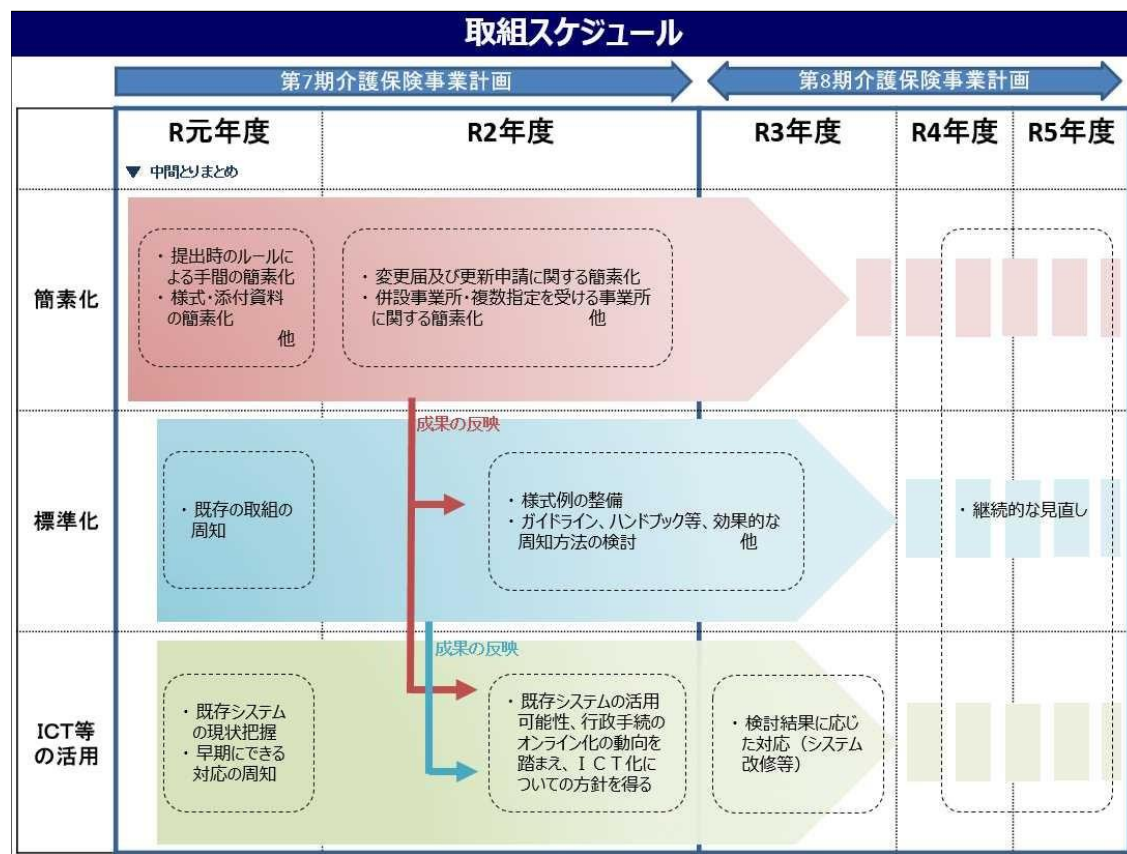
- 利用者等への説明・同意について、電磁的な対応を原則認める。署名・押印を求めないことが可能であることや代替手段を明示する。【省令改正】
- 諸記録の保存・交付等について、電磁的な対応を原則認める。【省令改正】

運営規程の掲示の柔軟化【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

- 運営規程等の重要事項の掲示について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。【省令改正】

(参考) 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会での文書負担軽減に関する取組



4.(3)② 員数の記載や変更届出の明確化

概要

【全サービス★】

- 介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、運営規程や重要事項説明書に記載する従業員の「員数」について、「〇〇人以上」と記載することが可能であること及び運営規程における「従業者の職種、員数及び職務の内容」について、その変更の届出は年1回で足りることを明確化する。

【通知改正】

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

(1) 評価の適正化・重点化

- 通所系、多機能系サービスについて、利用者の公平性の観点から、同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直しを行う。
- 夜間対応型訪問介護について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行う。
- 訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しを行う。
- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、長期利用の場合の評価の見直しを行う。
- 居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、単一建物居住者の人数に応じた評価の見直しを行う。
- 介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、基本報酬の見直しを行う。
- 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、廃止する。（※1年の経過措置期間を設ける）
- 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした点検・検証の仕組みを導入する。
- サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、事業所指定の際の条件付け（利用者の一定割合以上を併設集合住宅以外の利用者とする等）や家賃・ケアプランの確認などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。

(2) 報酬体系の簡素化

- 療養通所介護について、中重度の要介護者の状態にあわせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位報酬体系から、月単位包括報酬とする。
- リハサービスのリハマネ加算（Ⅰ）、施設系サービスの口腔衛生管理体制加算、栄養マネジメント加算について廃止し、基本報酬で評価する。処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）、移行定着支援加算（介護医療院）を廃止する。個別機能訓練加算（通所介護）について体系整理を行う。（再掲）

6. その他の事項

- 介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等の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（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。（※6月の経過措置期間を設ける）
- 障害福祉サービスにおける対応も踏まえ、全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。（※3年の経過措置期間を設ける）
- 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その1)

区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し

■ 通所系、多機能系サービスについて、利用者の公平性の観点から、同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直しを行う。【告示改正】

通所系サービス、多機能系サービス

○ 訪問系サービスの同一建物減算に関する取扱いを参考に、以下の対応を行う。

<同一建物減算等>

- ・ 通所系サービス、多機能系サービスの、同一建物減算等の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、当該減算を受ける者と受けない者との公平性の観点から、**減算の適用前（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）の単位数を用いることとする。**

<規模別の基本報酬>

- ・ 通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、**通常規模型の単位数を用いることとする。**

(参考)【平成30年度介護報酬改定】集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

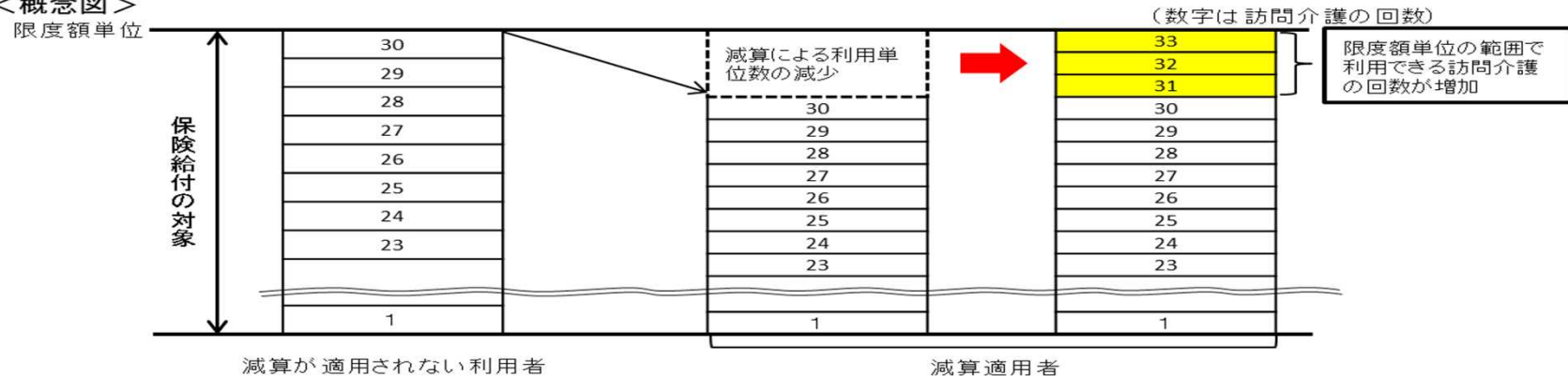
○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について (抜粋)
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

<会計検査院が表示する意見(抜粋)>

- 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、**同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。**

<概念図>



5. (1) 評価の適正化・重点化 (その2)

夜間対応型訪問介護の基本報酬

- 夜間対応型訪問介護について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行う。【告示改正】

夜間対応型訪問介護

< 現行 >

夜間対応型訪問介護 (I) 【定額】 + 【出来高】
基本夜間対応型訪問介護費【定額】
(オペレーションサービス部分)

→ 見直し

訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

- 訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しを行う。【告示改正】

訪問看護、介護予防訪問看護

【報酬】

< 訪問看護 >

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問

< 現行 >

297単位/回

→

< 改定後 >

293単位/回

< 介護予防訪問看護 >

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問

287単位/回

→

283単位/回

理学療法士等が1日に2回を超えて
指定介護予防訪問看護を行った場合

1回につき100分の90に
相当する単位数を算定

→

1回につき100分の50に
相当する単位数を算定

理学療法士等が利用開始日の属する月から12月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は、
1回につき5単位を減算する (新設)

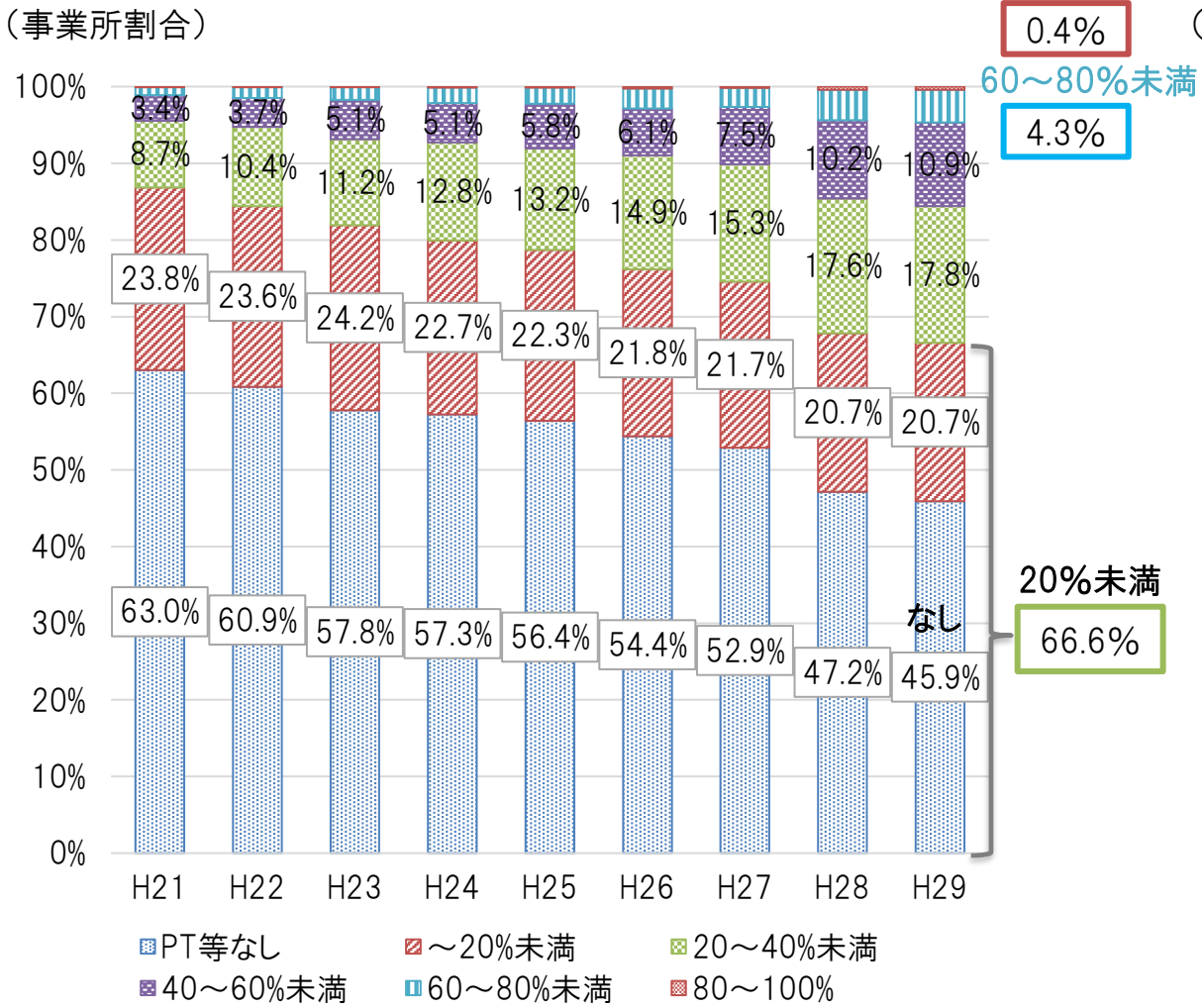
〔算定要件〕

- ・ 理学療法士等が行う訪問看護については、その実施した内容を訪問看護報告書に添付することとする。
- ・ 対象者の範囲について、理学療法士等が行う訪問看護については、訪問リハビリテーションと同様に「通所リハのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合」を追加する。

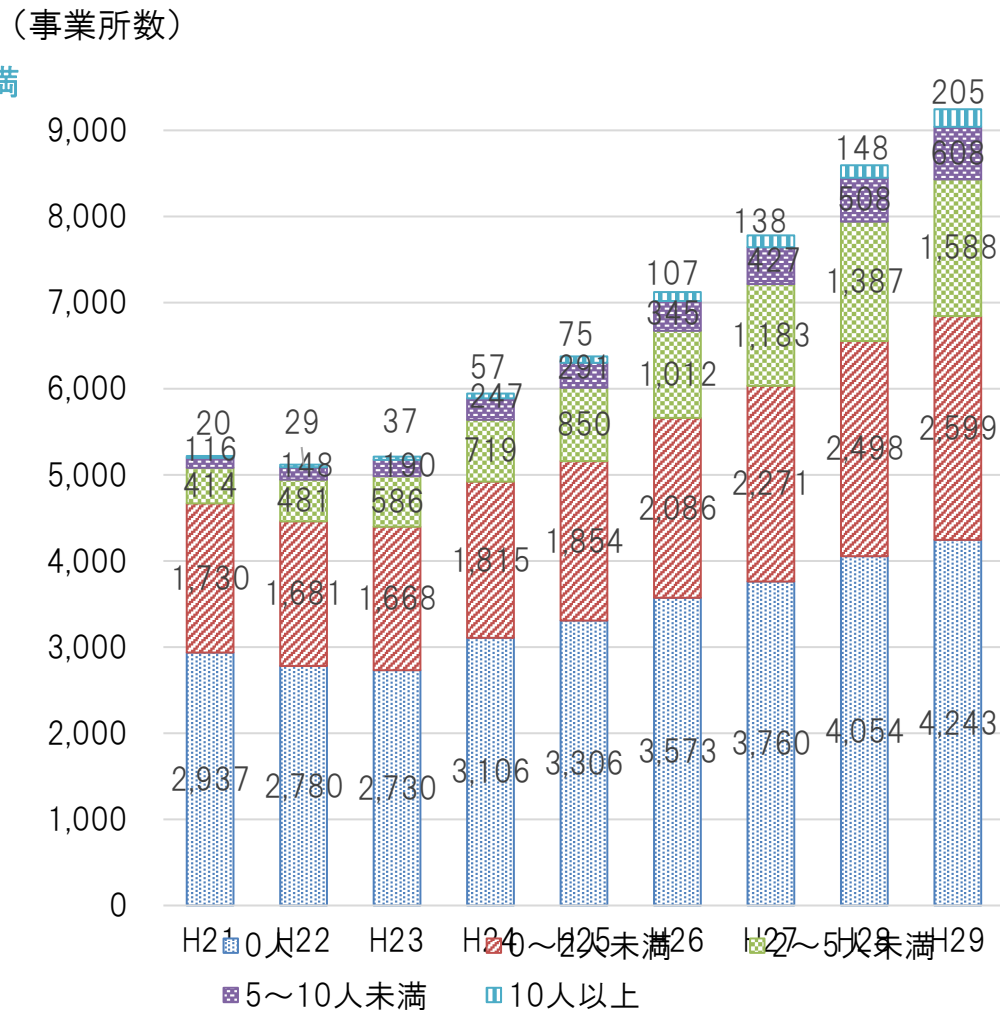
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況

- 訪問看護ステーションにおける従事者のうち理学療養士等（常勤換算）の割合は、20%未満の事業所が66.6%を占める。また、20%以上の事業所の割合は徐々に増加しており、60～80%未満は4.3%、80%以上は0.4%である。
- 理学療法士等が10名以上の事業所数は平成21年の20か所から平成29年の205か所へと約10倍に増加している。

■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別の年次推移 (事業所割合)



■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別事業所数の年次推移 (事業所数)

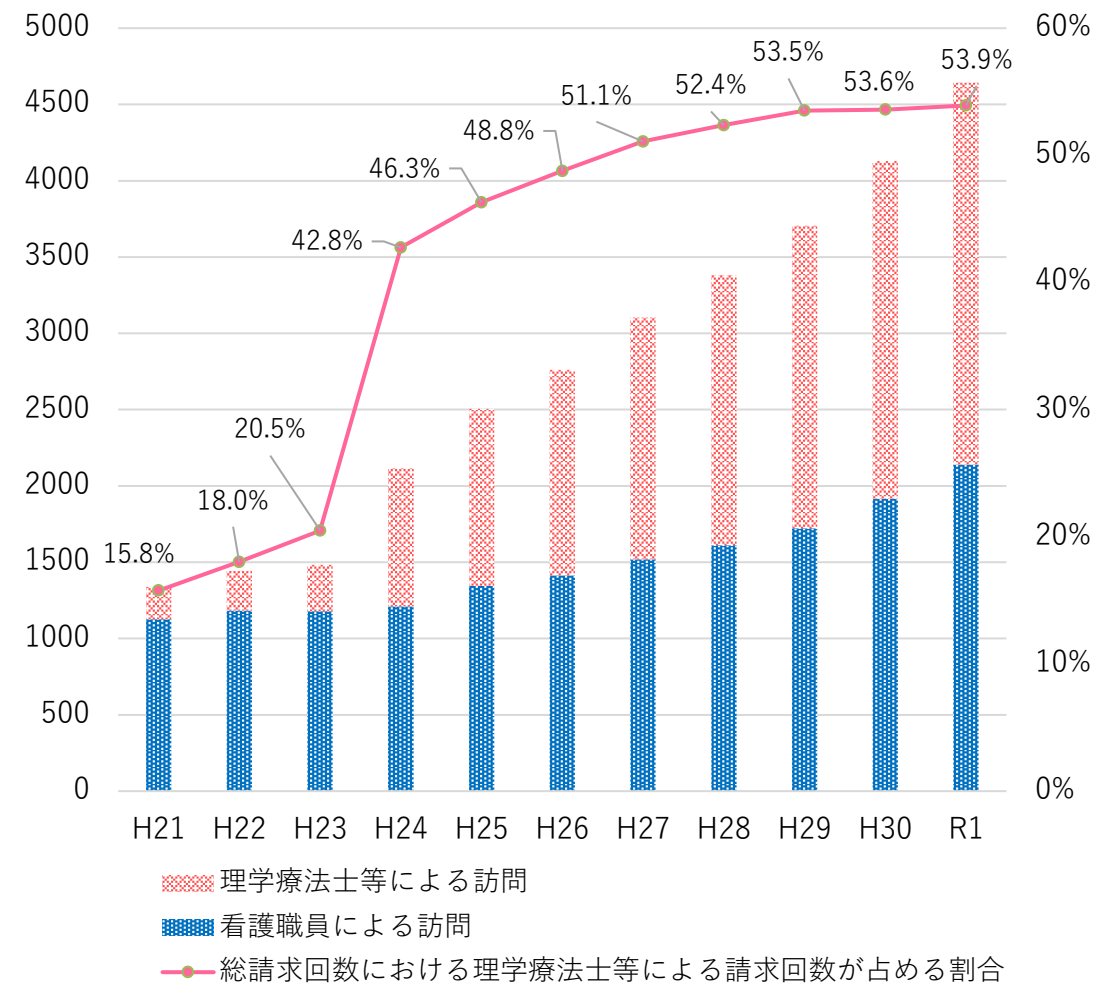


※常勤換算理学療法士等(P.T・O.T・S.T)従事者数の常勤換算保健師～言語聴覚士従事者数に占める割合階級別は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員+理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。

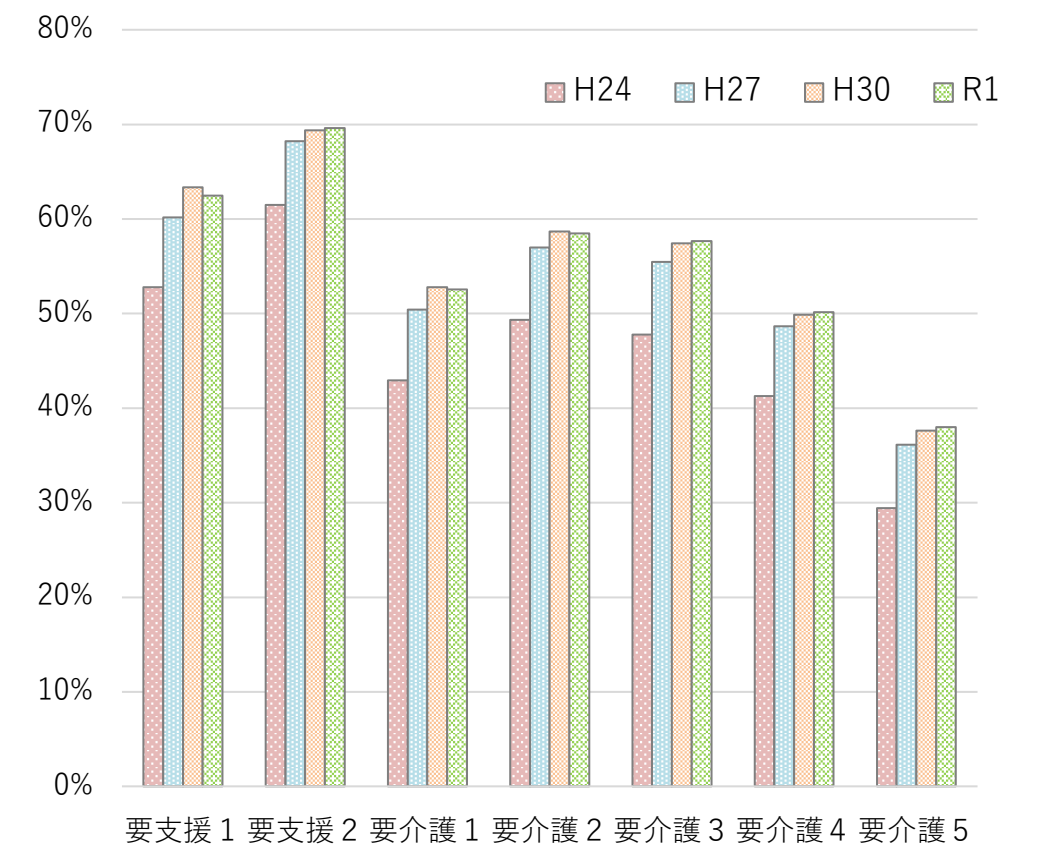
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 訪問看護ステーションにおける訪問看護費の請求回数は、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問が増加している。特に、要支援における理学療法士等による訪問の割合が高い。

■ 訪問看護費の職種別請求回数と理学療法士等による請求が占める割合 (単位:千回)



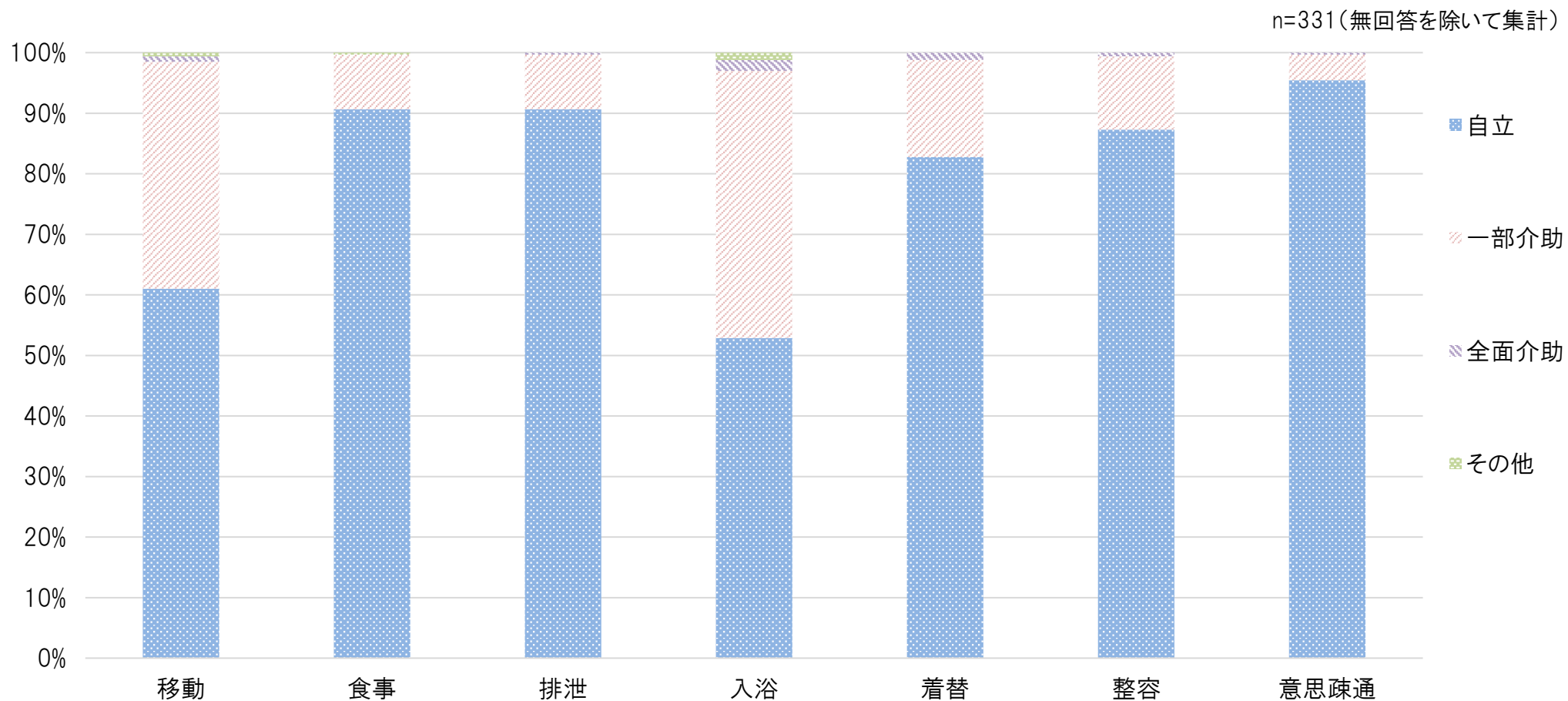
■ 訪問看護費の理学療法士等による請求が占める割合 (要介護度別)



注1) 看護職員 = 保健師・看護師・准看護師、理学療法士等 = 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
 注2) 平成24年介護報酬改定において理学療法士等による訪問看護については提供単位20分1回を基本とし、週に6回まで提供可能とする見直しを行った。これにより、請求回数が増加していることに留意が必要。
 注3) 総請求回数における理学療法士等による請求回数が占める割合 = 理学療法士等による請求回数 / 総請求回数により算出した。

介護予防訪問看護を受けている利用者の利用開始時の自立度

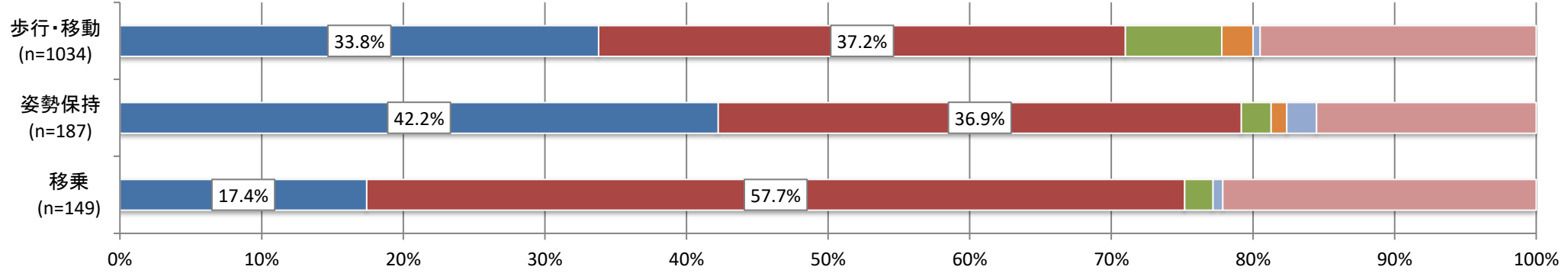
■ リハビリ職による介護予防訪問看護利用者の利用開始時の日常生活動作の自立度



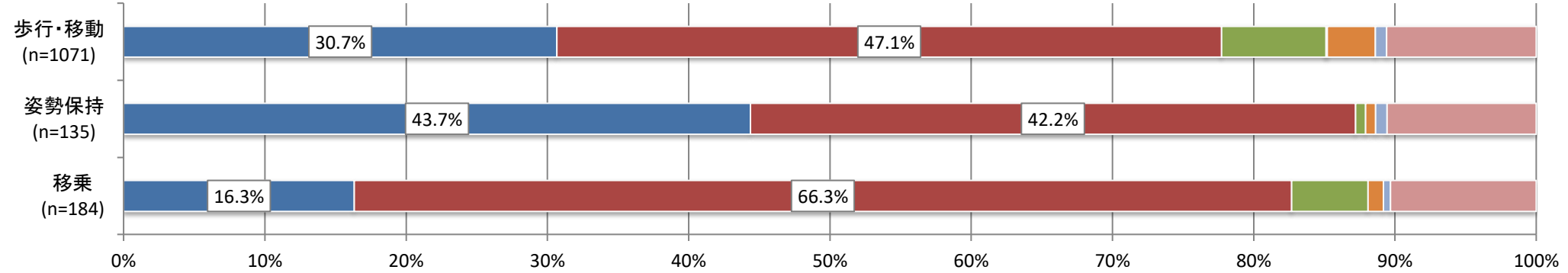
訪問看護※と訪問リハビリテーションの訓練内容

○ 優性順位が高い課題領域の3項目についてもっとも多く行っている訓練については、訪問看護、訪問リハビリテーションともに、「歩行・移動」、「移乗」については基本的動作訓練が多く、「姿勢保持」については機能回復訓練が多い。

■訪問看護（※理学療法士等が看護業務の一環であるリハビリテーションを提供している利用者に限る）



■訪問リハビリテーション



■機能回復訓練 ■基本的動作訓練 ■応用的動作訓練 ■社会適応練習 ■コミュニケーション訓練 ■自己訓練練習 ■マッサージ ■無回答

機能回復訓練	呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練
基本的動作訓練	姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用訓練
応用的動作訓練	一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習
社会適応練習	対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）（1）通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業 報告書

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その3)

長期間利用の介護予防リハの評価の見直し

■ 介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、長期利用の場合の評価の見直しを行う。【告示改正】

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

【介護予防訪問リハビリテーション】

利用開始日の属する月から12月超 5単位/回減算 (新設)

【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月超 要支援1の場合 20単位/月減算 (新設)
要支援2の場合 40単位/月減算 (新設)

居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

■ 居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、単一建物居住者の人数に応じた評価の見直しを行う。【告示改正】

居宅療養管理指導

(例) 薬局の薬剤師が行う場合	< 現行 >		< 改定後 >
単一建物居住者が1人	509単位/回	→	517単位/回
単一建物居住者が2～9人	377単位/回	→	378単位/回
単一建物居住者が10人以上	345単位/回	→	341単位/回

介護療養型医療施設の基本報酬の見直し

■ 介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、基本報酬の見直しを行う。【告示改正】

介護療養型医療施設

(例) 基本報酬 (療養型介護療養施設サービス費) (多床室、看護6:1・介護4:1、療養機能強化型Aの場合)

	< 現行 >		< 改定後 >
要介護4	1,225単位/日	→	1,117単位/日
要介護5	1,315単位/日	→	1,198単位/日

訪問リハビリテーションの受給者数

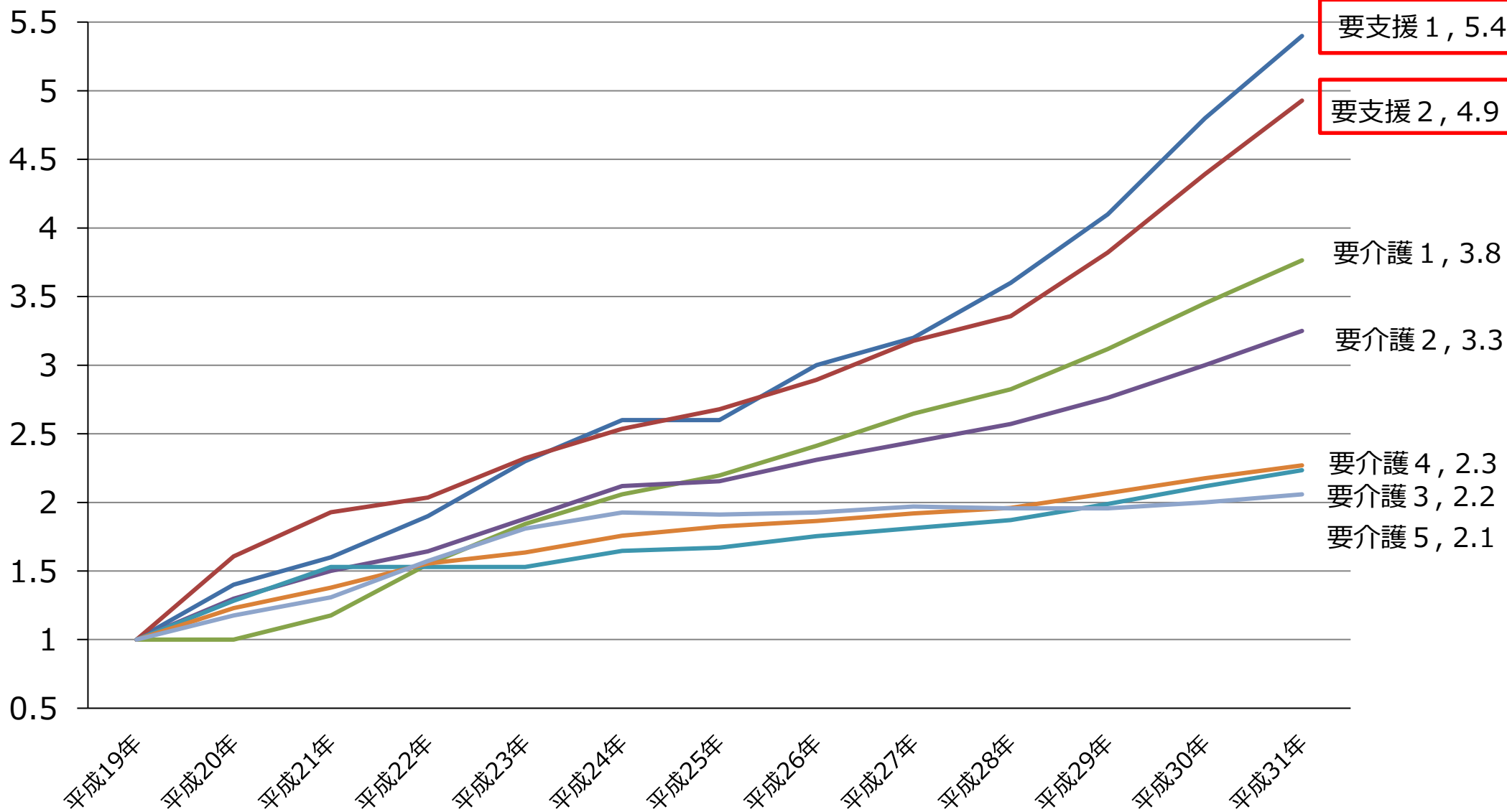
5. (1)④

社保審一介護給付費分科会

第189回 (R2.10.22)

資料3

○ 訪問リハビリテーションの受給者数は平成27年度以降、特に要支援者において増加を認めている。



※平成19年4月を1とした比率で表示。

※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

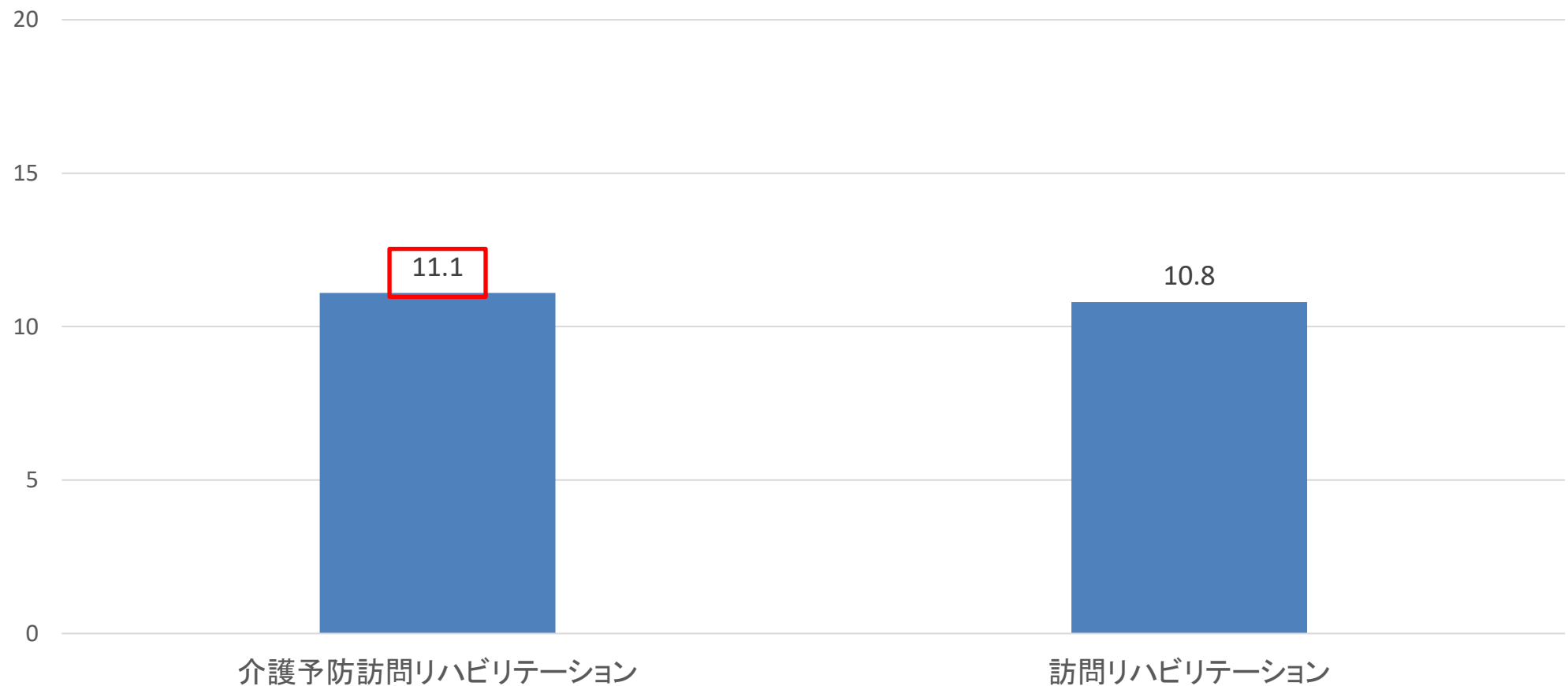
※経過的要介護は含まない。

(介護予防)訪問リハビリテーションの平均利用期間

- 介護予防訪問リハビリテーションの平均利用期間は11.1ヶ月であった。一方、訪問リハビリテーションの平均利用期間は10.8ヶ月であった。

5. (1)④

利用者単位の利用期間（月）の平均値

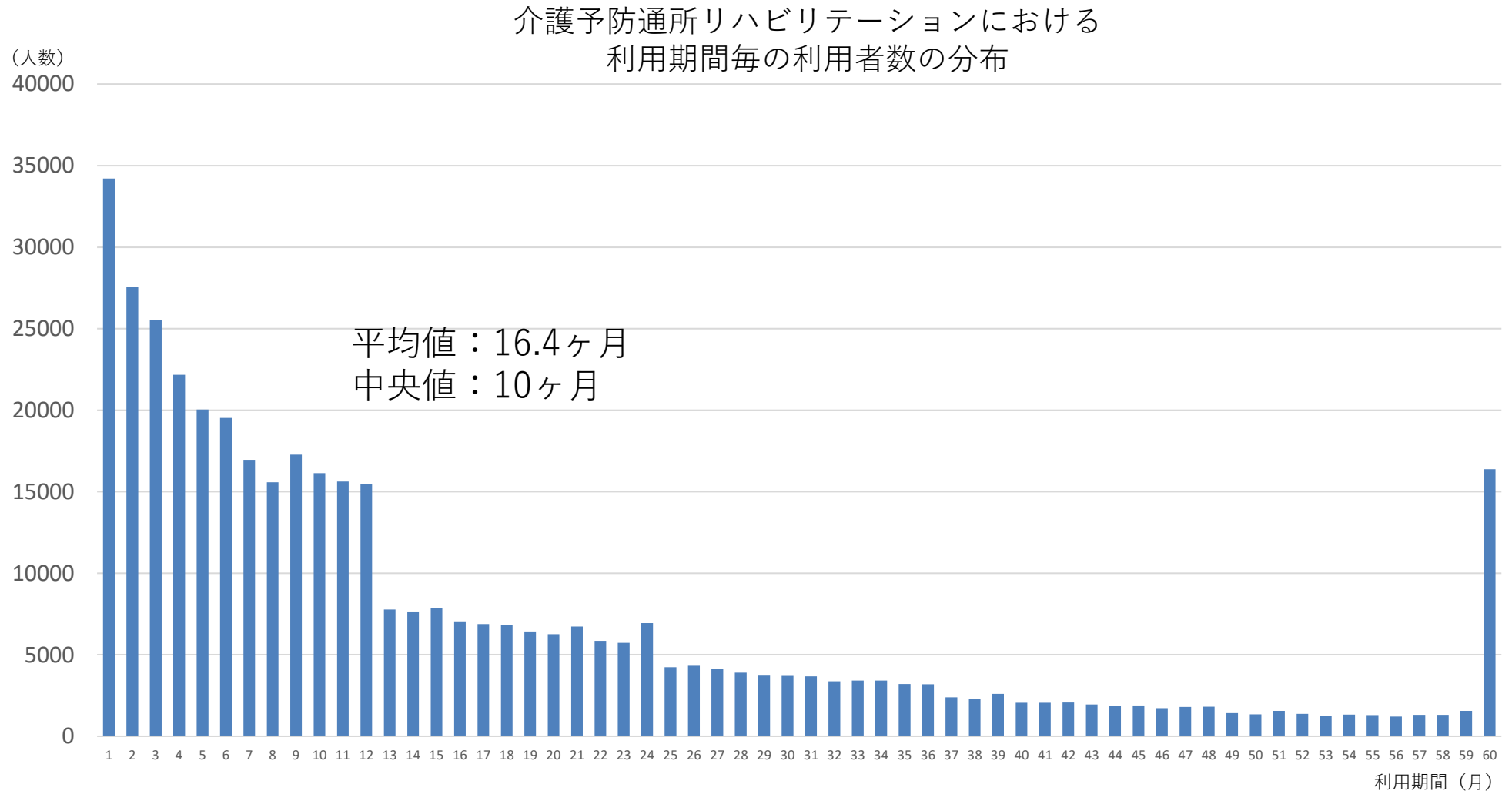


※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

介護予防通所リハビリテーションの利用期間

- 介護予防通所リハビリテーションの利用開始から終了までの期間の平均値は16.4ヶ月、中央値は10ヶ月であった。



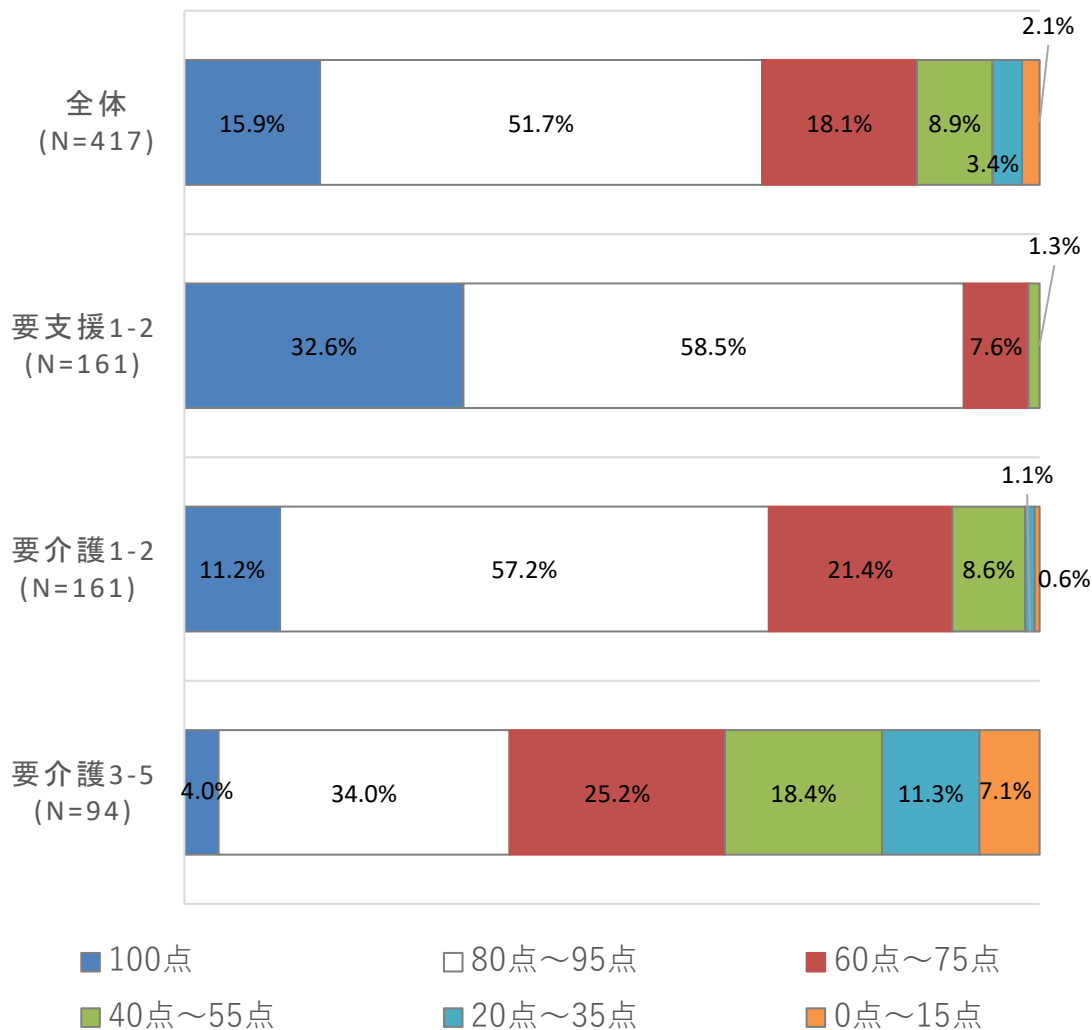
※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

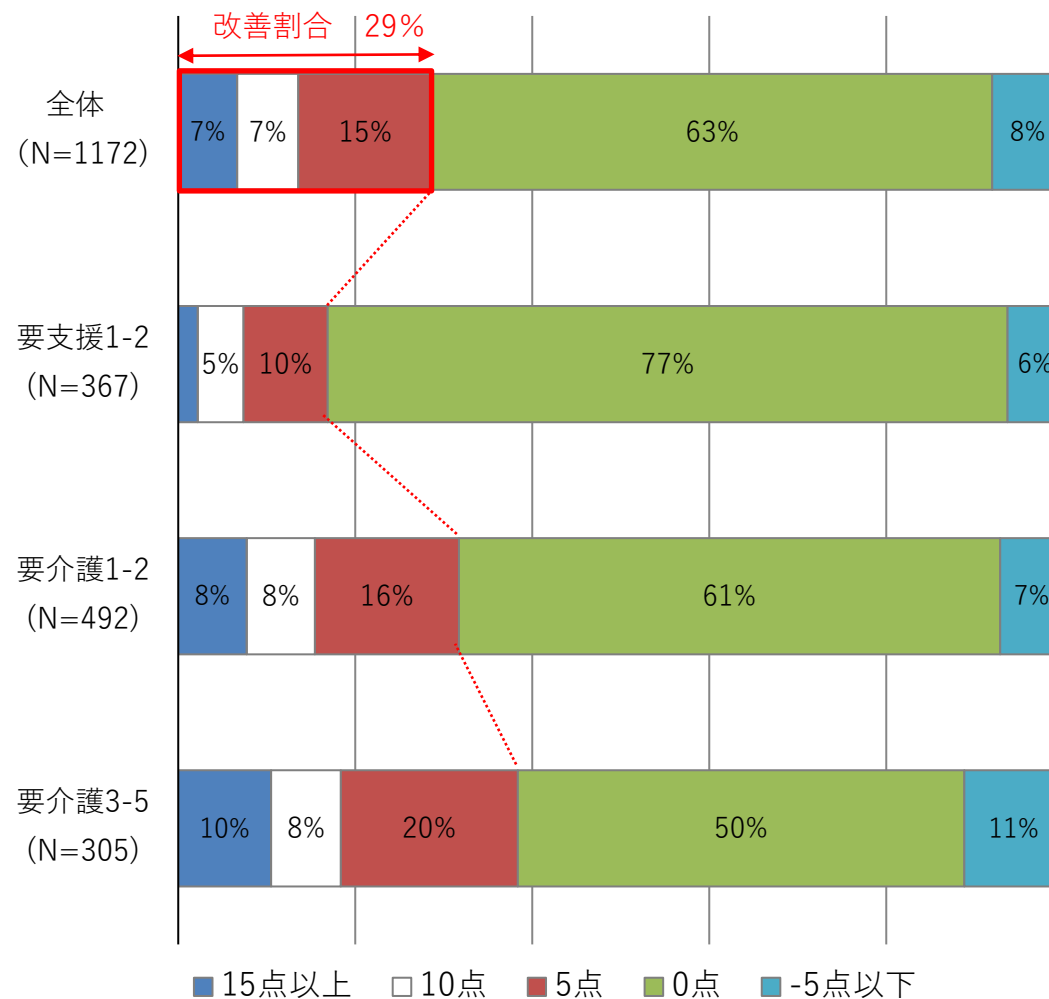
通所リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の約3割においてADL評価であるBarthel Indexは満点（100点）であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、約3割で改善していた。

利用者の開始時のADL (Barthel Index)



利用開始から6ヶ月後におけるADL (Barthel Index) の点数変化

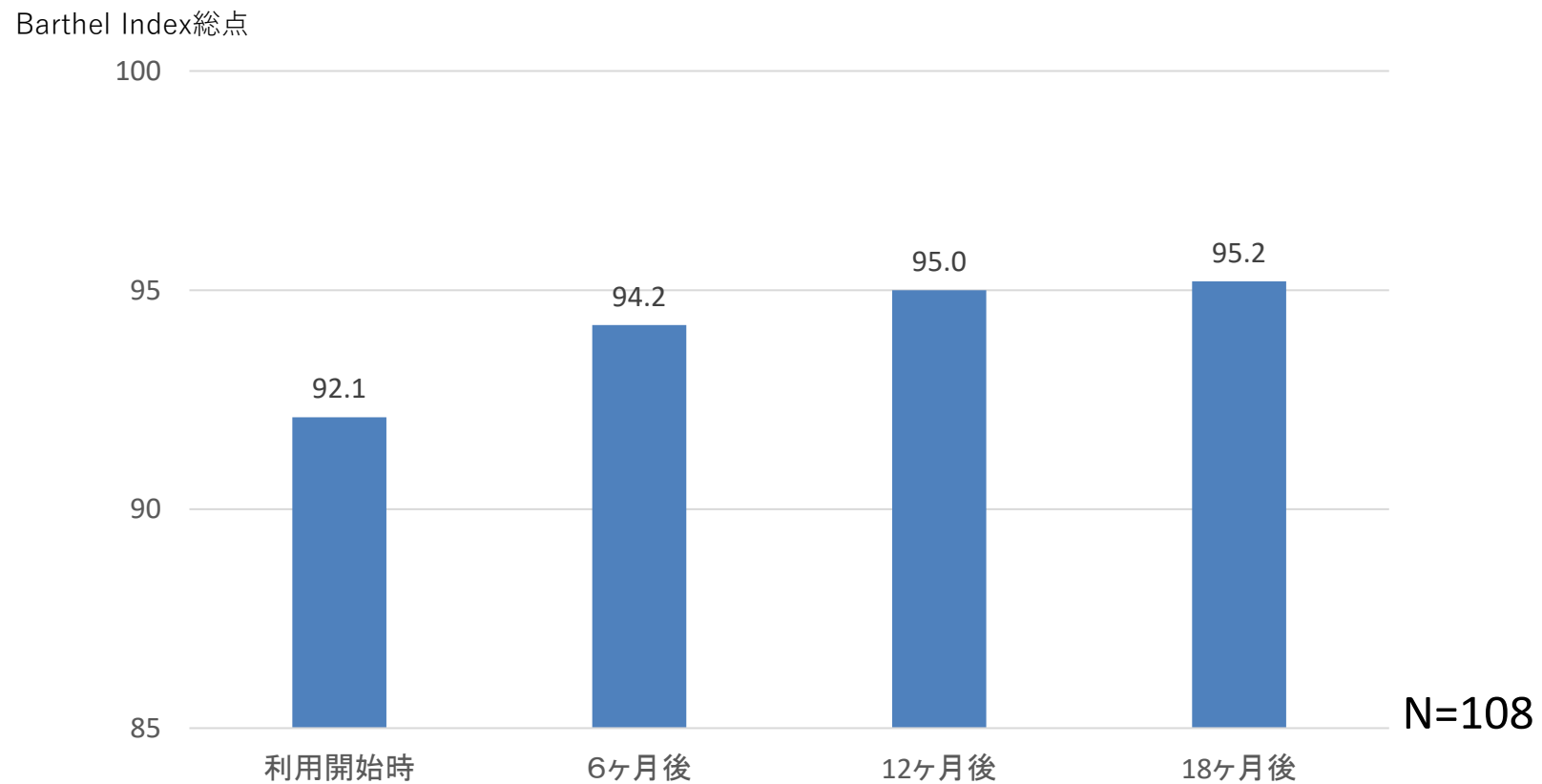


(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査)

介護予防通所リハビリテーション利用者におけるADLの経時変化

- 介護予防通所リハビリテーションの利用者において、利用開始から6ヶ月後及び6ヶ月後から12ヶ月後にかけてはBarthel Indexで評価されたADLに改善がみられた。一方、12ヶ月後から18ヶ月後にかけてはADLは維持されていた。

利用開始から18ヶ月後にかけてのADLの経時変化



利用開始時、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後のADLが把握可能な利用者を対象としている。

5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】
- ・事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。
 - ・未実施減算の単位数の見直しを行う。

単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

< 現行 >

20単位／回減算

⇒

< 改定後 >

50単位／回減算

算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。
- ・指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
 - ・当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - ・当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

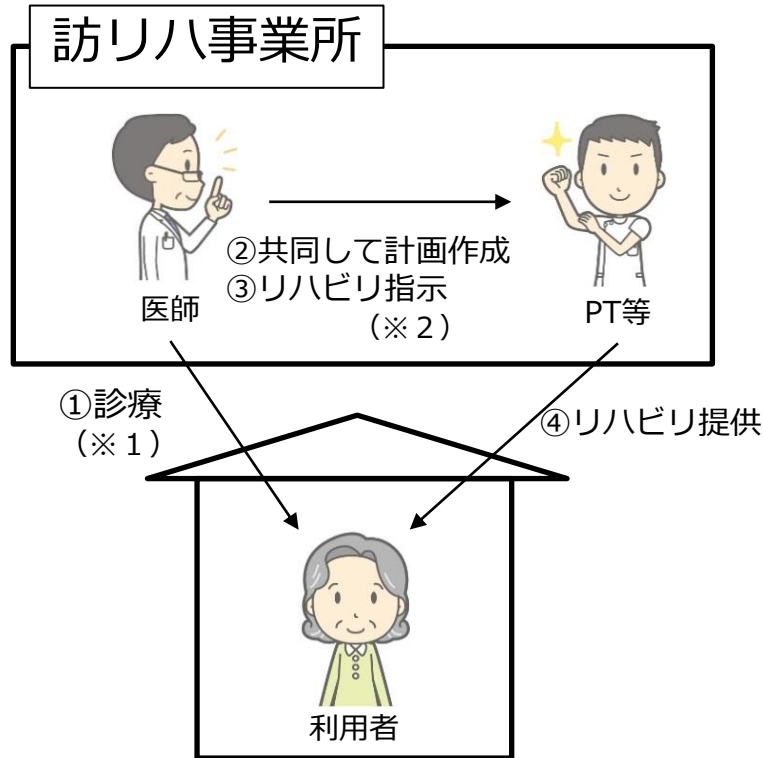
社保審 - 介護給付費分科会

第189回 (R2.8.19)

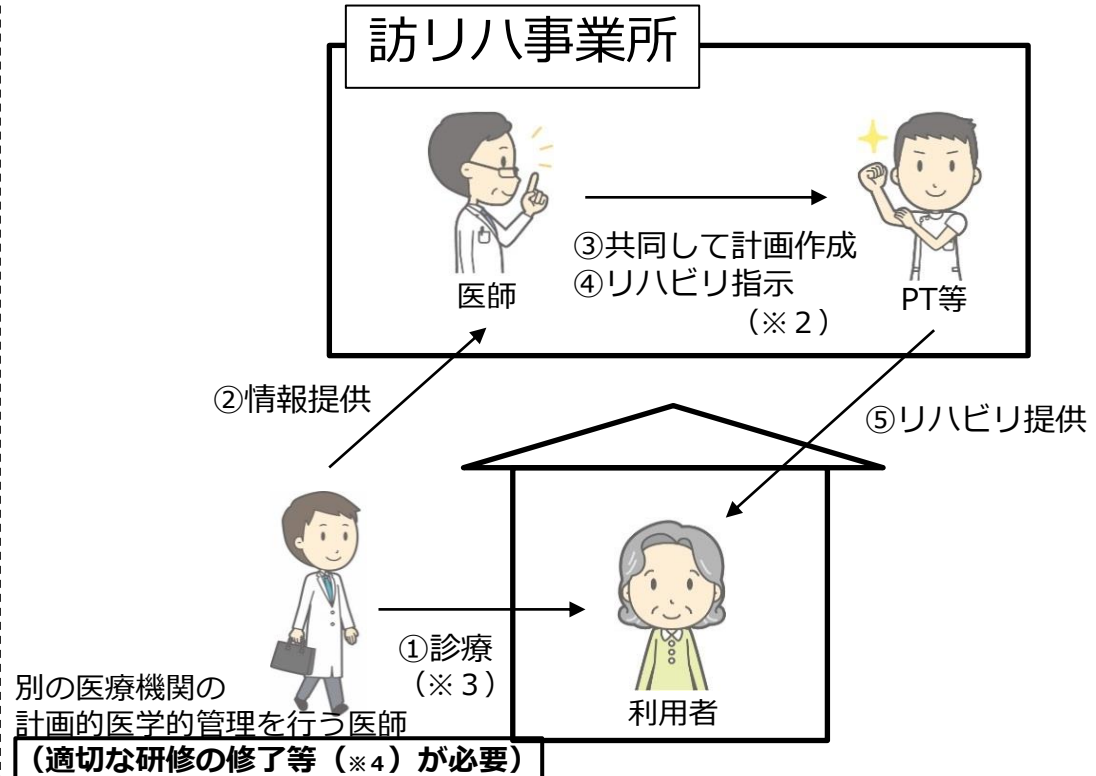
資料
4

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合
290単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
270単位/回 (20単位減算)

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可

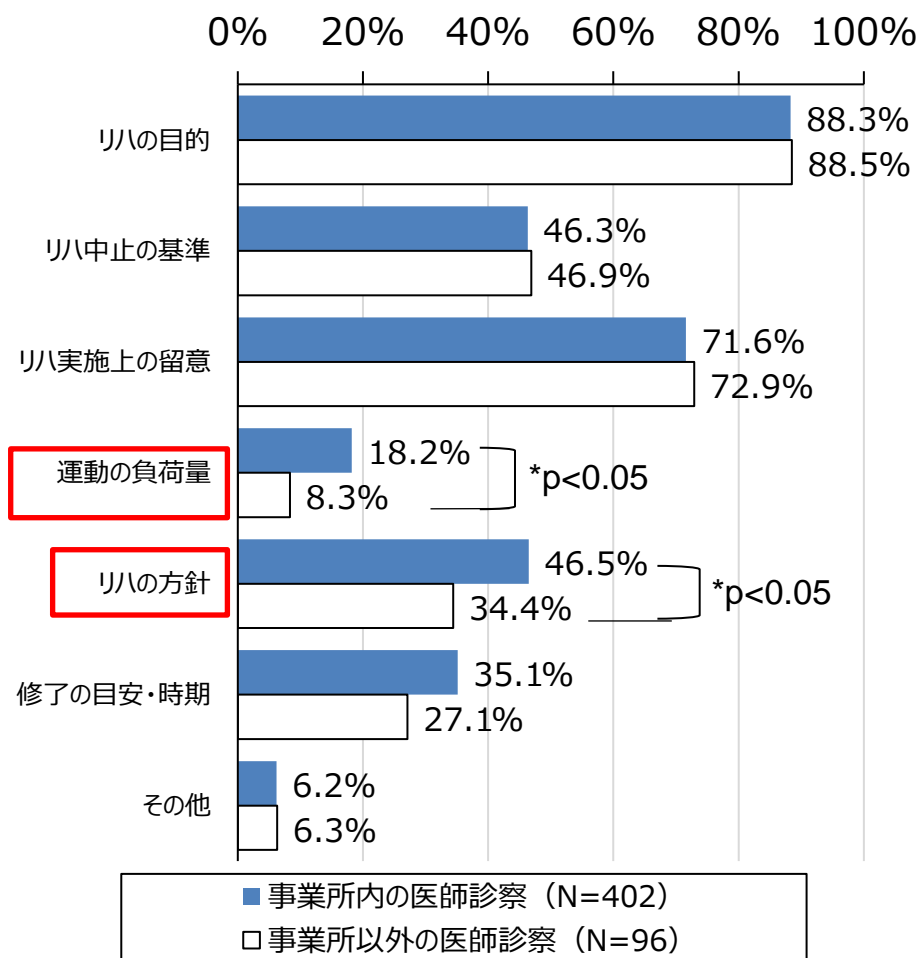
※4 「適切な研修の修了等」については、令和3年3月31日まで適用猶予。

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。

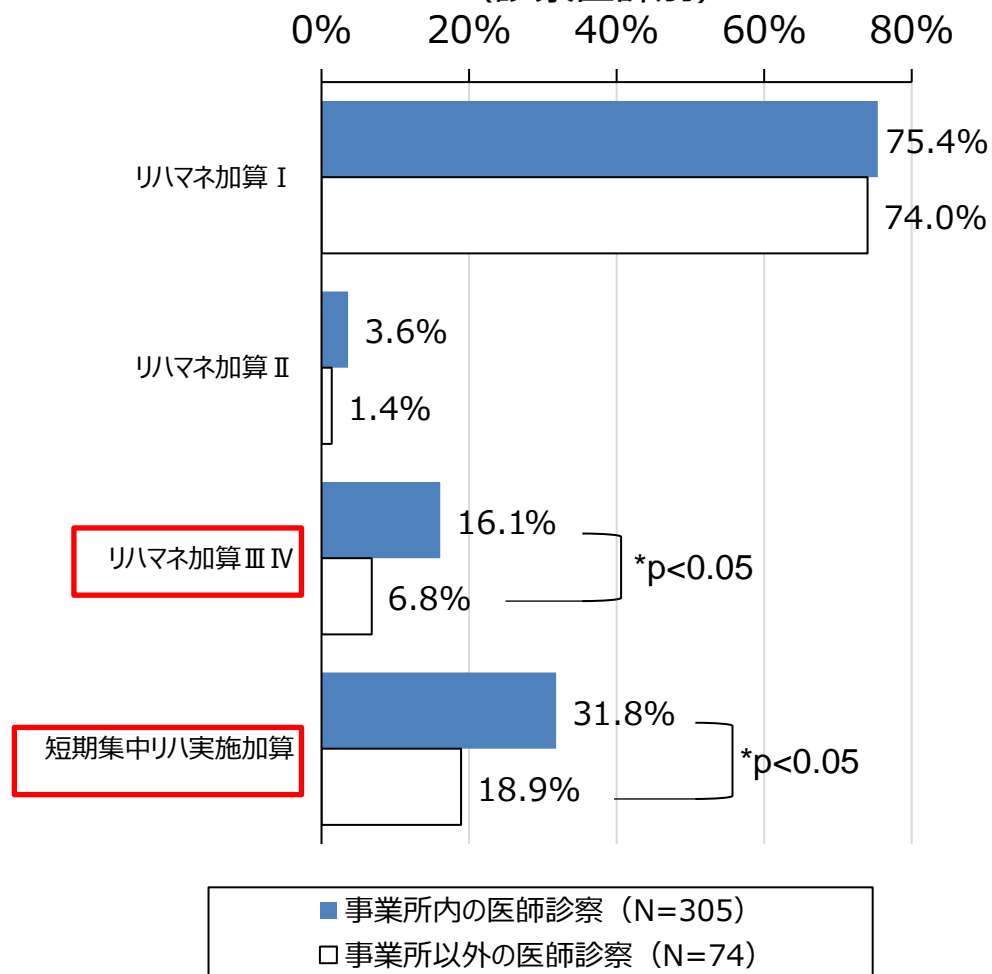
事業所内の医師の診察と指示内容及び加算算定状況の関係

- 訪問リハビリテーションの利用者において、事業所内の医師が診察した場合は、それ以外の医師が診察した場合と比べ、運動量の負荷量とリハの方針に関する医師の具体的な指示が多かった。
- 訪問リハビリテーションの利用者において、事業所内の医師が診察した場合は、それ以外の医師が診察した場合と比べ、リハマネ加算Ⅲ・Ⅳおよび短期集中リハ実施加算の算定が多かった。

医師の具体的な指示の内容
(診察医師別)



要介護における各種加算の実施状況
(診察医師別)



* カイ二乗検定

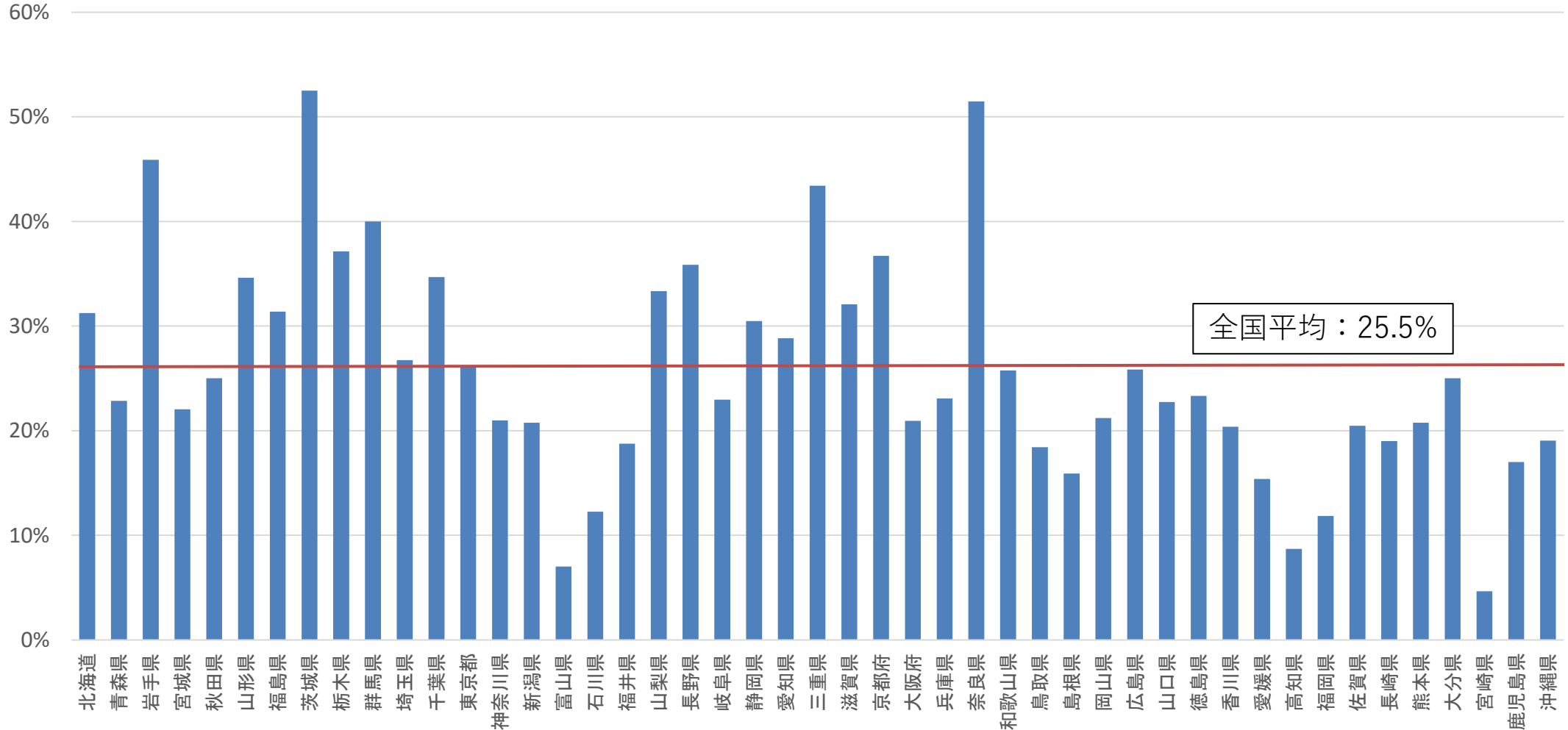
(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査)

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の都道府県別の算定率

- 令和元年度10月の診療未実施減算の全国の算定率は25.5%であった。
- リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定率は都道府県毎に差が見られる。

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定率
(都道府県別)

(算定率)



全国平均：25.5%

■ リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定率 (%)

※令和元年10月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから集計
※算定率は、当該月の加算算定事業所/請求事業所数により算出した

5.(1)⑥ 居宅療養管理指導における通院が困難なものの取扱いの明確化

概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導について、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して行うサービスであることを踏まえ、適切なサービスの提供を進める観点から、診療報酬の例を参考に、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、これらの者については算定できないことを明確化する。【通知改正】

算定要件等

- 以下を明確化する。
 - ・居宅療養管理指導は、定期的に訪問して管理・指導を行った場合の評価であり、継続的な管理・指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならず、例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できないこと。

5.(1)⑧ 介護療養型医療施設の基本報酬の見直し

概要

【介護療養型医療施設】

○介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟を除く）について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、令和2年度診療報酬改定における医療療養病床に係る評価の見直しも踏まえ、基本報酬の見直しを行う。【告示改正】

単位数

基本報酬（療養型介護療養施設サービス費）（多床室、看護6:1・介護4:1の場合）（単位／日）
 < 現行 > < 改定後 >

	療養機能強化型 A	療養機能強化型 B	その他
要介護 1	783	770	749
要介護 2	891	878	853
要介護 3	1,126	1,108	1,077
要介護 4	1,225	1,206	1,173
要介護 5	1,315	1,295	1,258

⇒

	療養機能強化型 A	療養機能強化型 B	その他
要介護 1	717	705	686
要介護 2	815	803	781
要介護 3	1,026	1,010	982
要介護 4	1,117	1,099	1,070
要介護 5	1,198	1,180	1,146

5.(1)⑨ 介護医療院の移行定着支援加算の廃止

概要

【介護医療院】

- 介護医療院の移行定着支援加算について、介護医療院の開設状況を踏まえて、廃止する。

単位数

< 現行 >		< 改定後 >
移行定着支援加算 93単位/日	⇒	廃止
(※ 1年間に限り算定)		

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その4)

介護職員処遇改善加算 (IV) (V) の廃止

- 介護職員処遇改善加算 (IV) 及び (V) について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、廃止する。
【告示改正】

(※令和3年3月末時点で同加算を算定している介護サービス事業者については、1年の経過措置期間を設ける)

処遇改善加算の対象サービス

処遇改善加算の区分	加算 (I) 月額3.7万円相当		加算 (II) 月額2.7万円相当		加算 (III) 月額1.5万円相当		加算 (IV) 加算 (III) × 0.9		加算 (V) 加算 (III) × 0.8	
	H29年度 + 1万円相当		H27年度 + 1.2万円相当				廃止		廃止	
取得要件	キャリアパス要件		キャリアパス要件		キャリアパス要件		キャリアパス要件		キャリアパス要件	
	①+②+③		①+②		① or ②		① or ②		いずれも満たさない	
取得率	+		+		+		or			
	79.5%		7.2%		5.4%		0.2%		0.3%	

<キャリアパス要件>

- ① 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
- ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
- ③ 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けること

<職場環境等要件>

- 賃金改善を除く、職場環境等の改善

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その6)

サ高住等における適正なサービス提供の確保

- サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、事業所指定の際の条件付け（利用者の一定割合以上を併設集合住宅以外の利用者とする等）や家賃・ケアプランの確認などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。【省令改正、通知改正】

訪問系サービス（定期巡回を除く）、通所系サービス（地密通所介護、認デイを除く）、福祉用具貸与

- 事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供を行う場合には、当該建物に居住する利用者以外に対してもサービス提供を行うよう努めることとする。【省令改正】 **R3.1.13 諮問・答申済**
- 事業所を市町村等が指定する際に、例えば、当該事業所の利用者のうち一定割合以上を当該事業所に併設する集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の条件を付することは差し支えないことを明確化する。【通知改正】

居宅介護支援

- 同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、**区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証**を行う。（※効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）
- サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかなどケアの質の確保の観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。

月額報酬化

- 療養通所介護について、中重度の要介護者の状態にあわせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位報酬体系から、月単位包括報酬とする。【告示改正】

療養通所介護

< 現行 >
3時間以上 6時間未満 / 回
1,012単位
6時間以上 8時間未満 / 回
1,519単位



< 改定後 >
12,691単位 / 月
※入浴介助を行わない場合は、所定単位数の95/100、
サービス提供量が過少（月4回以下）の場合は、70/100を算定

(※) 個別送迎体制強化加算及び入浴介助体制強化加算は廃止

加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

- リハサービスのリハマネ加算（Ⅰ）、施設系サービスの口腔衛生管理体制加算、栄養マネジメント加算について廃止し、基本報酬で評価する。
処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）、移行定着支援加算（介護医療院）を廃止する。個別機能訓練加算（通所介護）について体系整理を行う。

6. その他の事項（その1）

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

- 介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等の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（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。
（※6月の経過措置期間を設ける）

施設系サービス

【基準】【省令改正】

事故の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない。

< 現行 >

- イ 事故発生防止のための指針の整備
- ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備
- ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施

< 改定後 >

イ～ハ（変更なし）

ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置
（※6月の経過措置期間を設ける） **（追加）**

R3.1.13 諮問・答申済

【報酬】【告示改正】

安全管理体制未実施減算 5単位/日（新設）（※6月の経過措置期間を設ける）

〔算定要件〕 運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。

安全対策体制加算 20単位（新設） ※入所時に1回に限り算定可能

〔算定要件〕 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

（※） 将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資するため、国で報告様式を作成し周知する。

高齢者虐待防止の推進 【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

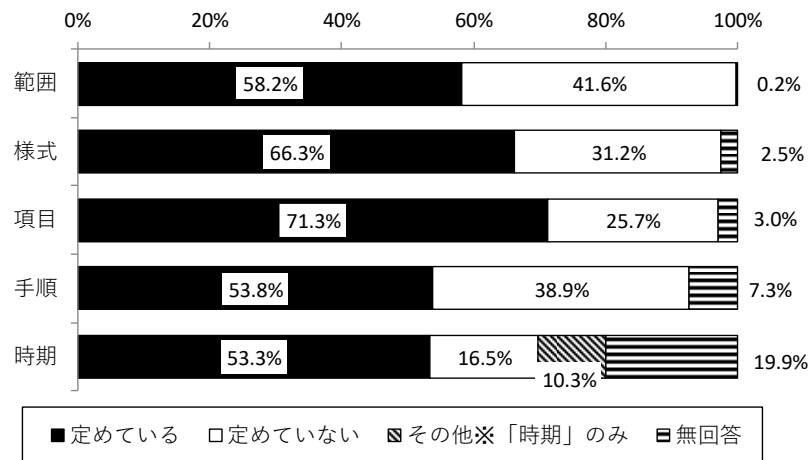
- 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。【省令改正】
（※3年の経過措置期間を設ける）

介護事故報告に対する市区町村の対応

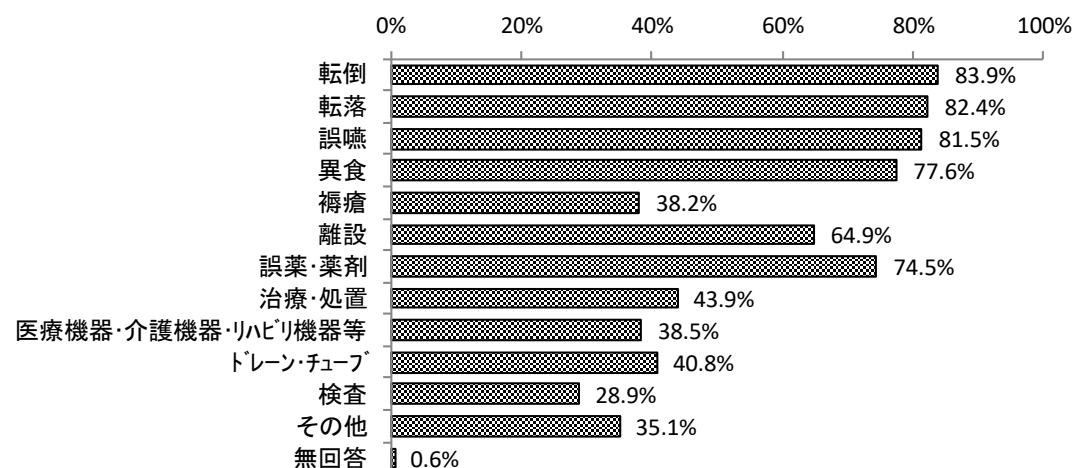
6. ①

- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の実地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていない。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

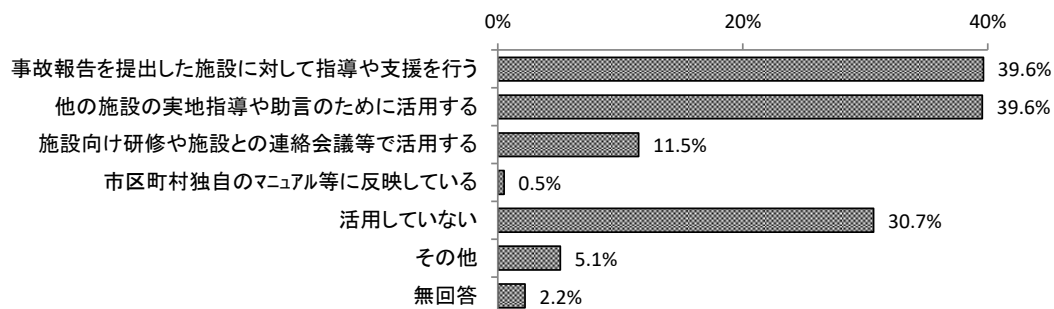
(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



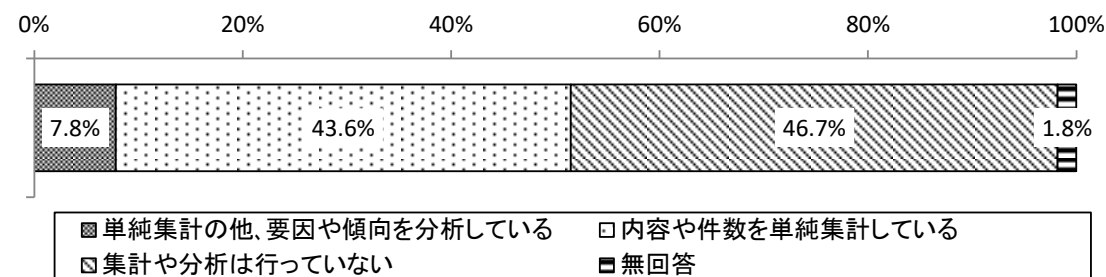
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)
報告対象の介護事故の種別(複数回答)(回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)(回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



6. ② 高齢者虐待防止の推進

概要

【全サービス★】

- 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

基準

- 運営基準（省令）に以下を規定
- ・ 入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を規定。
 - ・ 運営規程に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。
 - ・ 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定。
 - 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
 - 虐待の防止のための指針を整備すること
 - 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること -
上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと
- (※3年の経過措置期間を設ける。)

6. その他の事項（その2）

基準費用額（食費）の見直し

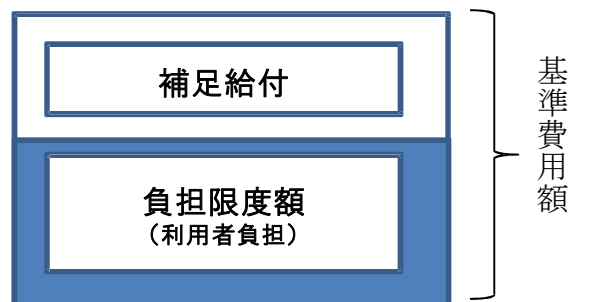
■ 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。【告示改正】

施設系サービス、短期入所系サービス

基準費用額（食費） <現行> 1,392円/日 → <改定後> 1,445円/日（+53円） ※令和3年8月施行

《参考：現行の仕組み》

※利用者負担段階については、令和3年8月から見直し予定



基準額
⇒食費・居住費の提供に必要な額
補足給付
⇒基準費用額から負担限度額を除いた額

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯(世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。)全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額(※)+合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

※ 非課税年金も含む。

《参考：現行の基準費用額(食費のみ)》

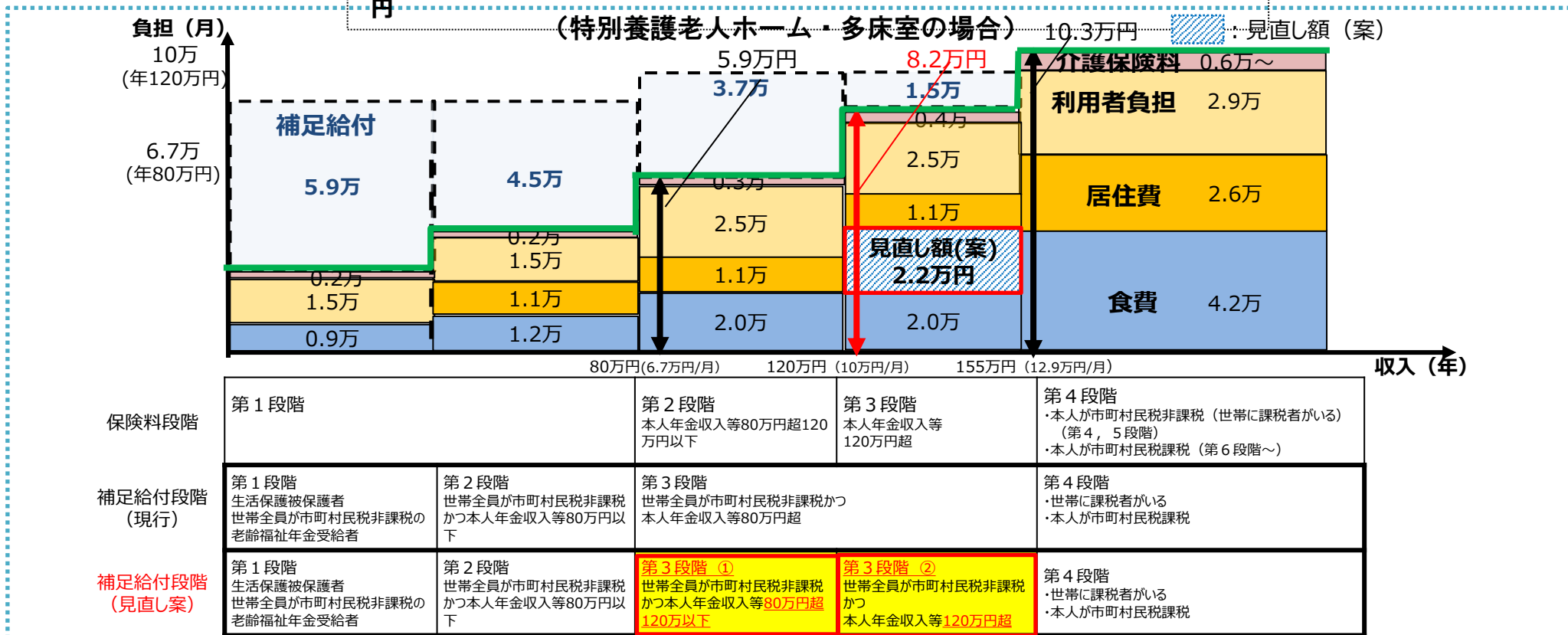
	基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))		
		第1段階	第2段階	第3段階
食費	1,392円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)

食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方①

考え方

- 食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、食費・居住費負担を含む本人の支出額について、所得段階間の均衡を図ることとしてはどうか。
- 具体的には、補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階と合わせて2つに分け（「第3段階①」・「第3段階②」。下図参照。）、その上で、介護保険三施設に係る第4段階と第3段階②の本人支出額の差額（介護保険三施設平均）の1/2を、第3段階②の本人負担に上乗せしてはどうか。

算出式：{（第4段階の本人支出額）－（第3段階②の本人支出額）} ÷ 2 = 2.2万円

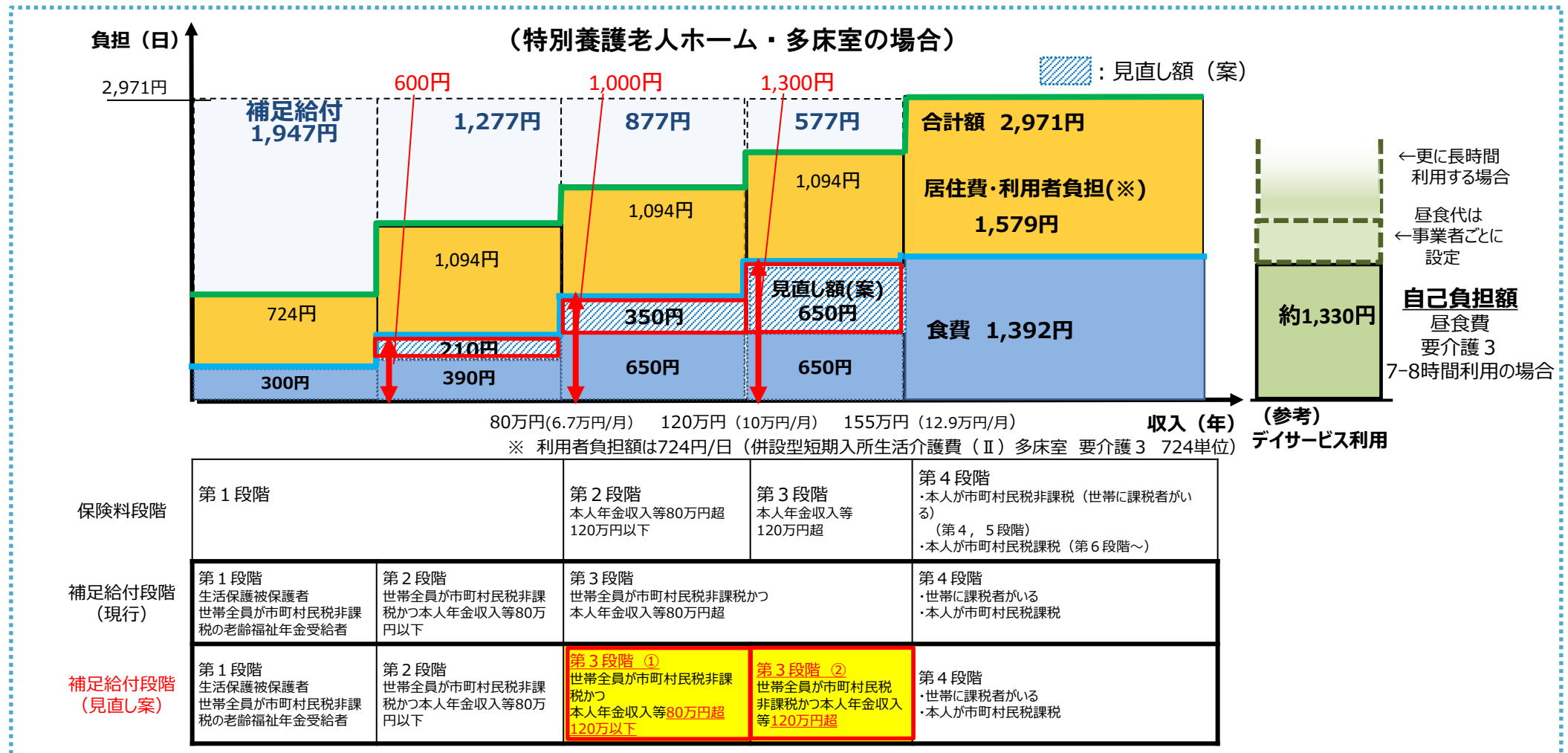


- （参考）
- 医療保険料：H30・31全国平均の被保険者均等割額45,116円/年に、各保険料区分の乗率（令和3年度以降、軽減特例が無くなり本則7割軽減となった乗率）を乗じ、1,128円/月。153万円以上からは更に所得割が加算される（153万円を超えた額の8.81%）
 - 外来医療費：住民税非課税の場合、高額療養費の外来上限8,000円/月が最大。高額医療介護合算制度（※1）により、上乗せされる自己負担額は年間1万円（10年で10万円程度）
※1 第2段階の合算上限額は19万円/年、介護保険の利用者負担額は18万円/年のため、差し引き1万円/年の負担（第3段階の合算上限額31万円/年、介護保険30万円/年のため同額）
 - 入院医療費：特養・ユニット・第2段階では月額7.5万円の負担に対して、一般病床では4.7万円（▲2.8万円）、療養病床では6.1万円（▲1.4万円）（※2）
※2 生活費は特養と同等と仮定。医療費は高額療養費と高額介護サービスの上限額が同じであるため、介護保険利用料と同額。
 - 生活費：平成28年介護サービス施設・事業所調査における理美容費、教養娯楽費、洗濯費、預かり金の管理費等の合計 20,353円/月

食費・居住費の助成（補足給付）に関する給付の在り方②

考え方

- ショートステイの食費・居住費の助成（補足給付）の所得段階について、保険料の所得段階と整合させるとともに、能力に応じた負担とする観点から精緻化し、食費の本人支出額について、所得段階間の均衡を図ることとしてはどうか。
- 具体的には、以下のようにはどうか。
 - ・ 補足給付第3段階の年金収入額を保険料の所得段階に合わせて2つに分け（「第3段階①」・「第3段階②」。下図参照。）、その上で、第3段階②の補足給付について、介護保険三施設と同額に設定（▲710円/日）。
 - ・ 食費が給付外となっているデイサービスとの均衡等の観点から、第3段階①、第2段階の助成額についても、負担能力に配慮しつつ、見直し。
 - ・ 各所得区分毎の段差が300円から400円となるように調整。



高額介護サービス費

考え方

- 高額介護サービス費の上限額について、医療保険における自己負担額の上限額に合わせ、年収約770万円以上の者と年収約1,160万円以上の者については、世帯の上限額を現行の44,400円からそれぞれ93,000円、140,100円としてはどうか。
- 年間上限の利用者数の実績を踏まえ、年間上限の時限措置については、当初の予定通り令和2年度までの措置としてはどうか。

介護保険の自己負担限度額 (月額)		医療保険の負担限度額 (H30.8~) (70歳以上・月額・多数回該当)	
収入要件	世帯の上限額	収入要件※4	世帯の上限額
現役並み所得相当 (年収約383万円以上) (注：平成29年見直し前の基準※1)	44,400円 (※2) <small>第二号被保険者を含む同一世帯の者のサービス自己負担額の合計</small>	①年収約1,160万円以上	140,100円
一般 (1割負担者のみ世帯は年間上限あり※3)	44,400円	②年収約770万～約1160万円	93,000円
市町村民税世帯非課税等	24,600円	③年収約383万～約770万円	44,400円
年金80万円以下等	15,000円	一般	44,400円
		市町村民税世帯非課税等	24,600円
		年金80万円以下等	15,000円



※1
○ 世帯内の第一号被保険者の課税所得が145万円以上であり、かつ、第一号被保険者が一人のみの場合は年収約383万円以上（世帯内に他の第一号被保険者がいる場合は合計520万円以上）

○ 現役並み所得者は、被保険者ベースで約170万人（全一号被保険者の約4.8%）。さらに、サービス受給者数ベースでは約16万人（全一号被保険者の約0.5%）。うち、自己負担額が44,400円を超えるサービスを利用する者は約10万人（全一号被保険者の約0.3%）。※4と同じ割合と仮定すると、年収770万円以上の者は約1.4万人、年収1,160万円以上の者は約1.7万人。

※2
○ 実際には、高額介護サービス費の上限に到達するのは、例えば以下のケースが想定される。
・ 3割負担者本人が介護サービスを利用しているケース
→ 介護状態でありながら現役並み所得を得ている（不動産収入等がある）場合
・ 3割負担者本人は介護サービスを利用しておらず、その配偶者（2割負担）が介護施設に入所しているケース
→ 本人が就労し高収入を得ており、かつ、配偶者が年額280万円以上の厚生年金の受給等がある場合

※3
○ 年間上限446,400円。平成30年9月～令和元年8月支出決定分で累計51,809件。（高額サービス費全体の件数（令和元年8月：1,639,419件）の3%）

※4
○ 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%
このうち、
① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

社会保障審議会介護給付費分科会 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告

令和2年 12 月 23 日

【今後の課題】

○ 令和3年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直しの方向については以上のとおりである。

今回の介護報酬改定に基づき、全ての介護サービス事業者において、新型コロナウイルス感染症をはじめ、感染症や災害への対応力を強化し、要介護者等に必要な介護サービスを安定的・継続的に提供していくことが求められる。また、団塊の世代が75歳以上となっている2025年に向けて、更には介護サービス需要が一層増大・多様化し、生産年齢人口の減少が進む2040年を見据えて、国民一人一人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムを推進するとともに、それぞれの地域で、尊厳を保持しながら、状態に応じた適切な介護サービスを受けられるよう、着実に対応していくことが求められる。

○ あわせて、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。

その際、各介護サービスが、その専門性や特異性を最大限発揮しながら、利用者の状態に応じて適時・適切に過不足なく提供されるよう、留意すべきである。また、医療と介護の役割分担も踏まえながら、医療と介護の連携を一層推進する視点にも留意すべきである。ケアの質や職員の負担の状況を適時に把握しながら取組を改善していく視点にも留意すべきである。

次期介護報酬改定までに特に検討を進めるべきと考えられる事項について、以下のとおりまとめたので、厚生労働省において着実に対応することを求めたい。

また、検討は、しっかりとしたデータに基づき行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態を適確に把握することを求めたい。さらに、CHASE・VISIT情報をはじめとする介護関連のデータの収集・分析を進め、検討に活用することも求めたい。

【感染症や災害への対応力強化】

(感染症や災害への対応力強化)

○ 感染症対策や業務継続に向けた取組について、事業者の対応状況や有効性等を把握し、感染症や災害が発生しても地域において必要なサービスを継続的に提供していくために有効な方策を、引き続き検討していくべきである。

また、通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応について、その実施状況や効果を検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。

【地域包括ケアシステムの推進】

(認知症への対応力向上等に向けた取組の推進)

○ 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるため、CHASEによるデータ収集(DBD13等に加え、任意として提供されるNPI-NH等を含む)・フィードバックの取組も活用しながら、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。

(看取りへの対応の充実)

○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組について、取組状況を踏まえつつ、更なる推進方策について検討していくべきである。

(療養通所介護)

○ 療養通所介護について、今回の介護報酬改定で月単位の包括報酬とする見直しを行うこととしたが、看護小規模多機能型居宅介護の機能や役割を踏まえつつ、今後の在り方について検討していくべきである。

(個室ユニット型施設の入居定員の見直しに係る検証)

○ 今後、現行の入居定員の基準を超える新たなユニットを整備する施設において、ケアの質が維持され、職員の過度な負担につながらぬよう、当該ユニットの整備・運営状況を定期的に把握しつつ、適切な運営や指導が行われているか検証し、必要な見直しなどの対応を検討するべきである。

(小規模介護福祉施設等の基本報酬)

○ 小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の基本報酬について、その収支差率については地域差が見られることから、経営実態について今後調査し、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきである。

(介護医療院)

○ 介護医療院について、今回の介護報酬改定で創設された加算の効果や、サービス提供の実態、介護療養型医療施設、医療療養病床からの移行状況を把握した上で、介護療養型医療施設の廃止期限も踏まえつつ、円滑な移行の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討していくべきである。

【自立支援・重度化防止の取組の推進】

(介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方)

○ 今回の介護報酬改定でリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組を推進することとしたが、その取組の実施状況、効果等について、CHASE・VISIT 等も活用しながら検証し、更なる推進方策を検討していくべきである。

○ 平成 30 年度介護報酬改定において、自立支援に向けた事業所へのインセンティブとして ADL 維持等加算が創設され、今回の介護報酬改定ではこれを拡充することとしたが、引き続きクリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないかなどについて検証し、必要な対応を検討していくべきである。

○ リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランス良く働きかけることが重要とされている一方、現時点でそのアウトカムに関する適切な評価方法が定まっていないことから、その具体的な評価方法について、科学的な妥当性を前提としつつ、現場で活用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。また、その検討を踏まえて、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、検討していくべきである。

○ 今回の介護報酬改定では褥瘡マネジメントや排せつ支援において新たにアウトカム評価を導入することとしたが、介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方について、引き続き検討していくべきである。

論点①心身機能・活動・参加に対する取組の促進

論点①

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、加算においてリハビリテーションの機能を評価している。通所リハビリテーションはその目的を「利用者の心身機能の維持回復を図ること」とされているところであり、また、生活期リハビリテーションは心身機能・活動・参加にバランス良く働きかけることが重要とされている。心身機能・活動・参加に対する取組を重点的に評価する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 通所リハビリテーションは、医師の診療に基づき計画的なリハビリテーションを実施するサービスである。通所リハビリテーションの趣旨を踏まえ、心身機能・活動・参加に対する取組を促進する観点から、
 - ・リハビリテーションの機能
 - ・事業所の体制
 - ・活動・参加に対する取組
 - ・利用者の心身機能等の包括的な評価による月単位報酬体系を創設してはどうか。（次頁参照）
- 通所リハビリテーション事業所の心身機能・活動・参加に対する取組を複合的に評価するにあたり、測定の妥当性が認められていることや、他サービスにおいてADL評価が一定程度なされていることを踏まえ、ADLは生活期リハビリテーションが対象とする生活機能の一部であること等に留意しつつ、利用者のADLに基づく事業所の評価を実施してはどうか。
- 現行の日単位報酬体系を残しつつ、希望する事業所が新たな報酬体系に移行できる選択制としてはどうか。

新たな通所リハビリテーションの介護報酬体系(月単位報酬体系)のイメージ(案)

※ 加算・減算は主なものを記載
(現行制度ベース)

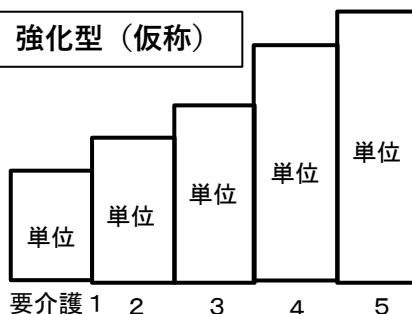
月単位報酬体系のイメージ (1月あたり)

要介護度に応じた
基本サービス費

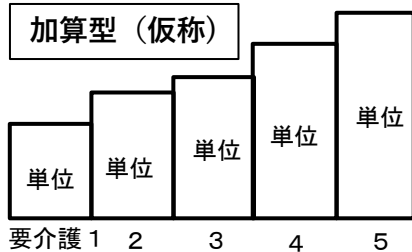
事業所の体制等に対する加算・減算

利用者の状態等に応じたサービス提供に対する
加算・減算

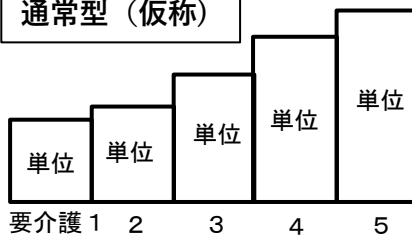
強化型 (仮称)



加算型 (仮称)



通常型 (仮称)



心身機能・活動・参加に資する
維持・改善等の取組状況

リハビリテーションマネジメント加算II以上及び認
知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定率

リハビリテーション専門職等の配置状況

中重度者・認知症者の受入状況

中山間地等でのサービス提供

(+5%)

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上
配置

(+6~+18単位/回)

短期集中的なリハビリテーションの実施

(110単位/日)

認知症の利用者への短期集中的なリハビリ
テーションの実施

・I : 240単位/日 ・II : 1920単位/月

栄養改善サービスの実施 (150単位/回)

栄養スクリーニング加算 (5単位/回)

口腔機能向上サービスの実施 (150単位/回)

若年性認知症利用者受入

(+240単位/月)

利用者数が定員を超える

(-30%)

医師、PT・OT・ST、看護・介護職員数
が基準を満たさない

(-30%)

介護予防通所リハビリ事業所と同一建物に
居住する者へのサービスを提供

(-376~-752単位/月)

通所リハビリテーションの運営基準

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

<通所リハビリテーションの基本取扱方針>

第113条 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

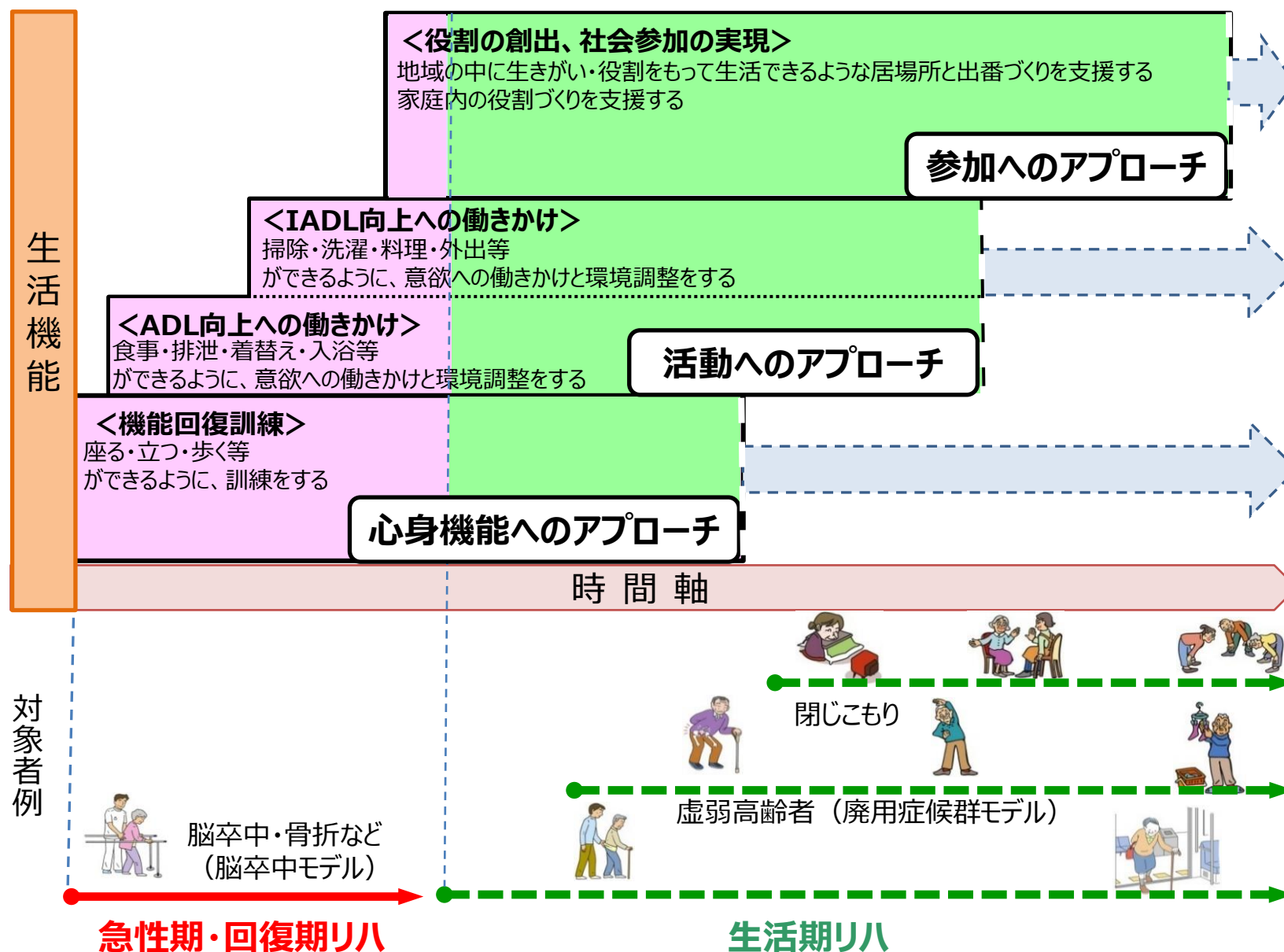
2 指定通所リハビリテーション事業所は、自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

<指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針>

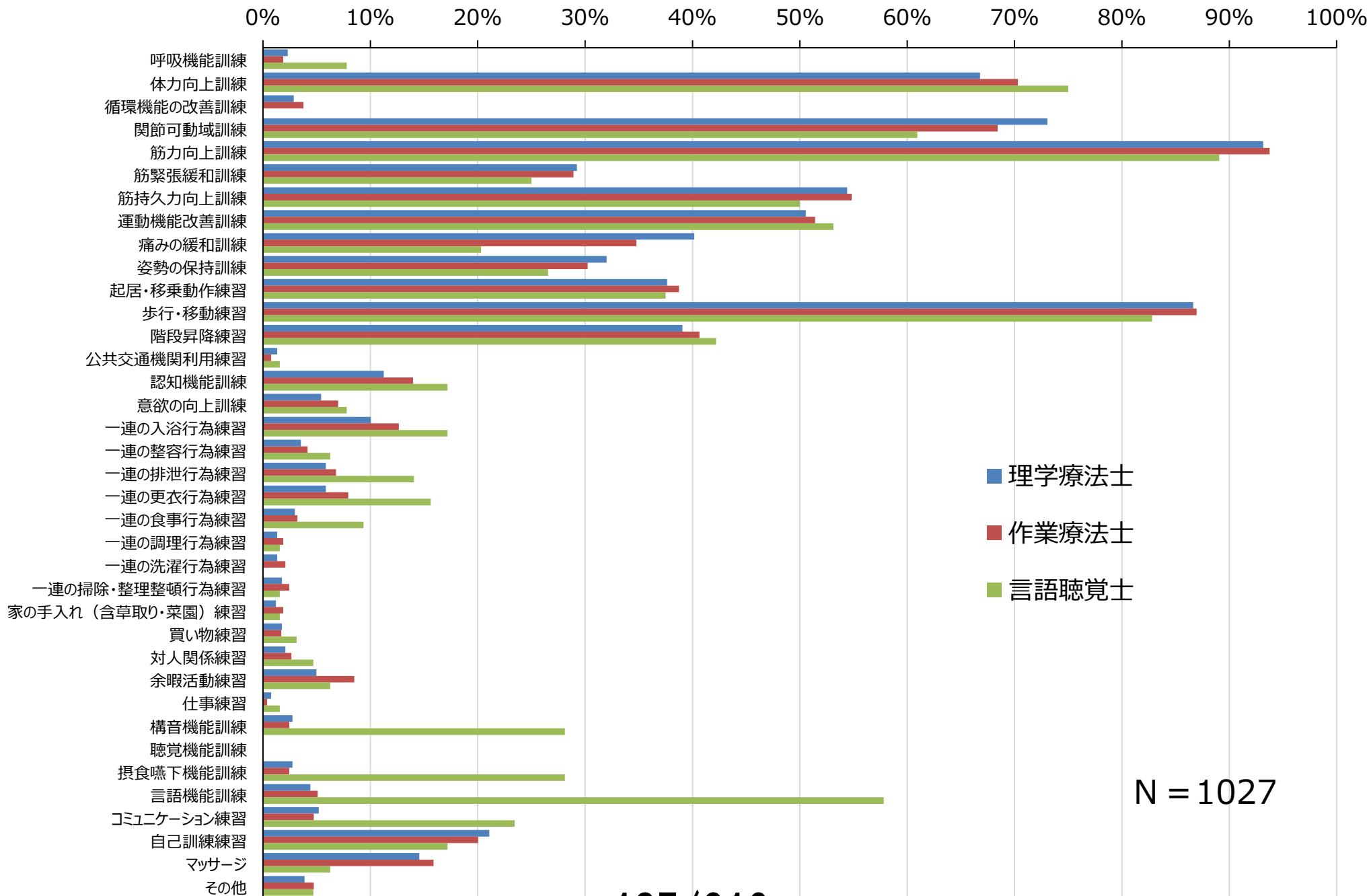
第114条 指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- 2 通所リハビリテーション従業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- 3 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。
- 4 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、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構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

高齢者リハビリテーションのイメージ

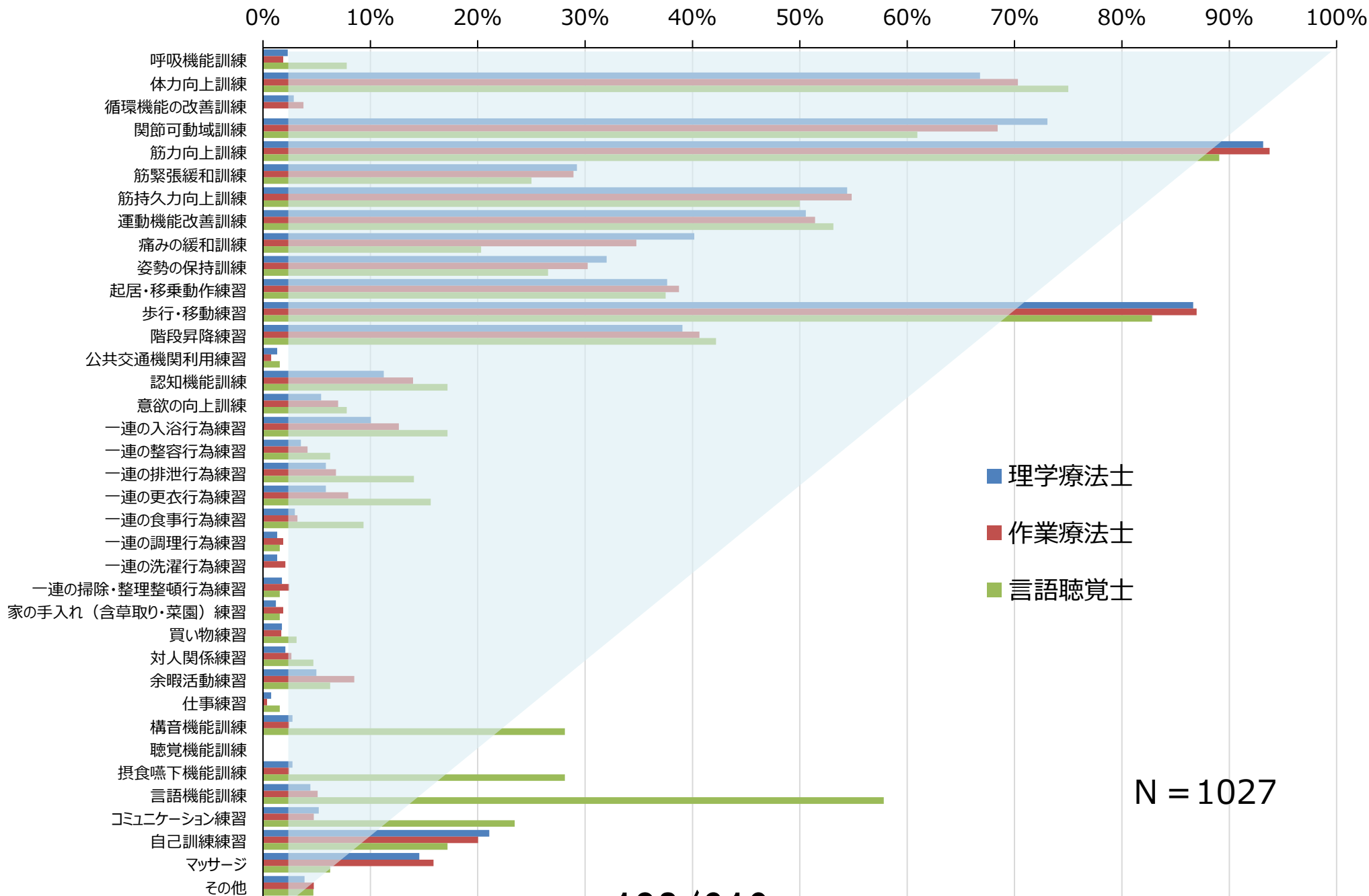


通所リハビリテーション計画書に位置付けられた各職種の訓練内容

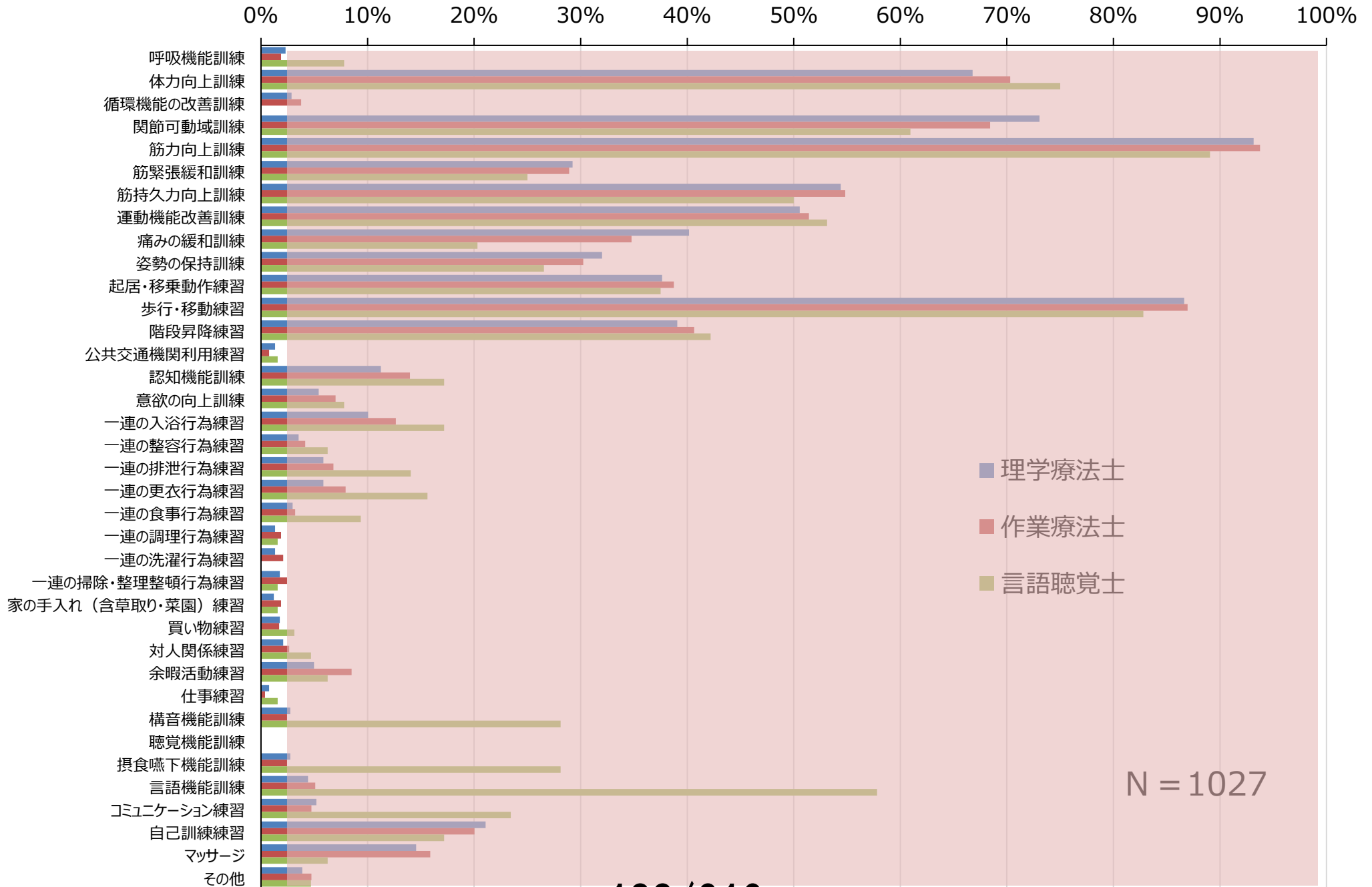


N = 1027

通所リハビリテーション計画書に位置付けられた各職種の訓練内容



通所リハビリテーション計画書に位置付けられた各職種の訓練内容



N = 1027

介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価
(平成30年度介護報酬改定)

算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

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	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サ-ビス 5	2サ-ビス 3	1サ-ビス 2	0サ-ビス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	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	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価
(平成30年度介護報酬改定)

算定要件等		超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)		70以上 要件あり	60以上 要件あり	40以上 要件あり	20以上 要件あり 要件あり 要件なし 要件なし	左記の要件を満たさない
<p>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)</p>						
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	<p>アウトカム指標</p> <p>退所時に、当該入所者及びその家族等、退所後の療養上の指導を行っていること</p>		
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	10%以上 5	10%未満 0	<p>プロセス指標</p> <p>退所後の生活が1月※以上継続する見込みであること 認し、記録していること。</p>		
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
⑤居宅サービスの実施数	3サ-ビス 5	2サ-ビス 3	1サ-ビス 2	0サ-ビス 0	<p>ストラクチャー指標</p> <p>自立要なりハビリテーションを計画的に行い、適評価を行っていること。</p>	
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0			
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	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	<p>重度者対応 (プロセス指標)</p> <p>貢献ともしていること。</p>		
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			

※要介護4・5については、2週間。

通所リハビリテーションの概要・基準

定義

介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 (所要1～2時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

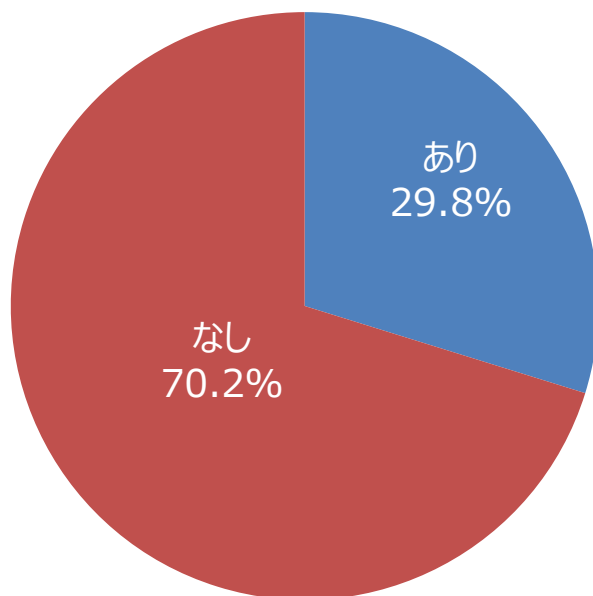
・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋(3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上)設備
-------------------	---

通所リハビリテーション事業所における人員配置状況

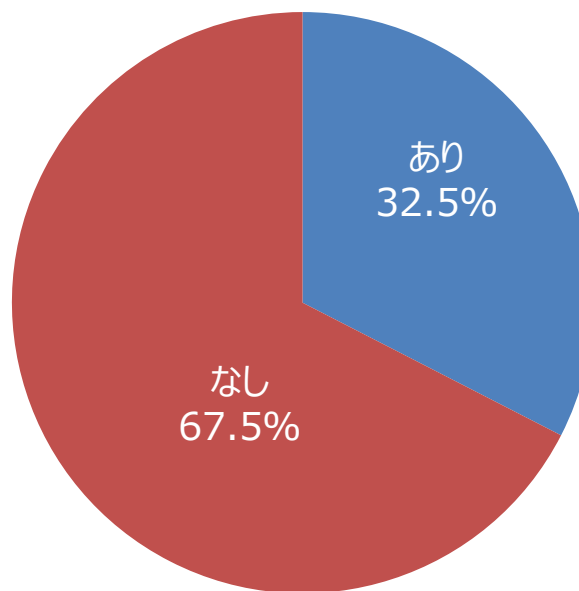
- 通所リハビリテーション事業所の約3割において非常勤医師を配置している。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の全てが配置されている事業所は約3割であった。
- リハビリテーション専門職に関しては職種間に配置人数の差がある。

非常勤医師の配置のある
通所リハ事業所割合



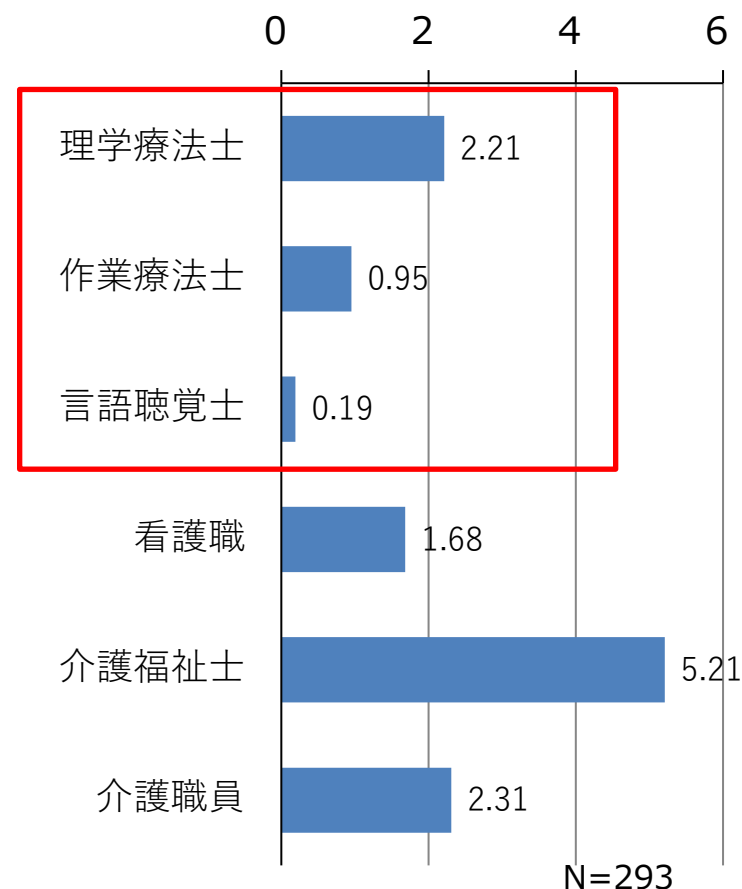
N=386

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の
すべてが配置されている事業者の割合



N=464

常勤換算職員数
(事業者あたりの平均値)



N=293

(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査)

通所リハビリテーションの機能評価へ向けて

- 通所リハビリテーション事業所をあるべき姿へ導く評価
 - 短時間型と中・長時間型の理念と役割を整理すべき
- 尊厳の保持・自立支援に資する基本報酬の取組を評価
- ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標・中重度者対応
 - S:リハ職配置/看護介護職員配置
 - P:在宅訪問アセスメント/達成度評価(定期的訪問)/
訪問リハ・ショート併用/三大介護
 - O:活動と参加/廃用による非悪化
活動・参加のアウトカム指標(中重度者の指標検討)
 - 中重度者:要介護度/認知症/医療必要度
- 多職種協働のリハビリテーションの機能評価
 - 医学管理・相談支援・栄養管理・口腔ケア
- データに基づいた指標の作成
 - アウトカム評価と相関性のある機能評価項目を選択

(口腔、栄養)

○ 施設系サービスにおける口腔衛生管理、栄養ケア・マネジメントの取組の充実について、対応状況を把握し、その推進方策について、検討していくべきである。

(介護サービスの質の評価と科学的介護)

○ CHASE・VISIT を活用した計画の作成や事業所単位での PDCA サイクルの推進、ケアの質の向上の取組について、取組状況を把握し、更なる推進方策を検討していくべきである。特に、訪問系サービス等の今回の介護報酬改定で評価の対象とならないサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおける CHASE・VISIT の活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきである。

(介護老人保健施設)

○ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実として、今回の介護報酬改定で訪問リハビリテーションの実施等に対する評価を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、更に検討していくべきである。

【介護人材の確保・介護現場の革新】

(介護人材の確保)

○ 介護人材の確保の状況を適時に把握しつつ、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算について、引き続き上位区分の算定や取得促進を強力に進めながら、その在り方や処遇改善、介護分野への人材の参入促進を含めた総合的な人材確保の取組について、引き続き検討していくとともに、介護人材の確保等の目的が達成されたか状況を迅速に把握しつつ、効果検証を行っていくべきである。

○ 介護職員処遇改善加算について、職場環境等要件見直し後の状況の把握を進め、介護職員等特定処遇改善加算については、経験・技能のある介護職員が多い事業所や職場環境が良い事業所をより精緻に把握するとともに、その評価の方法について今後検討するほか、配分方法についても引き続き検討していくべきである。

○ ハラスメント対策について、実態も踏まえつつ必要な対応を引き続き検討していくべきである。

(テクノロジーの活用)

○ テクノロジーを活用した場合の人員基準の緩和等について、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか等、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる介護現場の生産性向上の方策について、検討していくべきである。

○ 各種会議や多職種連携、サービス提供における ICT の活用について、実施状況を踏まえて、必要な対応を検討していくべきである。

(認知症グループホームの夜勤職員体制)

○認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いについて、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、施行後の状況を把握・検証し、必要な対応を検討していくべきである。

(いわゆるローカルルール)

○人員配置基準等について、自治体ごとに異なる解釈や取扱い(いわゆるローカルルール)が行われている状況について、引き続き実態の把握を行うとともに、対応を検討していくべきである。

(文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進)

○今回の介護報酬改定では、利用者への説明・同意等に係る見直しや記録の保存等に係る見直し等を行うこととしたが、現場の実態等も踏まえながら、介護現場の業務負担軽減の観点から、更なる文書負担の軽減や手続きの効率化等について、引き続き検討していくべきである。

【制度の安定性・持続可能性の確保】

(適正化・重点化)

○介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態や利用者にも与える影響などを十分に踏まえながら、介護サービスの適正化や重点化、財源が限られる中で保険料等の負担も念頭に置いた介護報酬の見直しを引き続き検討していくべきである。

(報酬体系の簡素化)

○ 今回の介護報酬改定では、療養通所介護における月額報酬体系の導入や、一部の加算について基本報酬への組み込みや廃止を行うこととした。利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、趣旨・目的やそれぞれの関係性も踏まえた加算の見直しをはじめ、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべきである。

【その他】

(介護保険施設のリスクマネジメント)

○ 介護保険施設のリスクマネジメントについて、今回の介護報酬改定では、安全対策に係る体制評価を行い、事故報告の様式について周知を行うこととしたが、事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、報告内容の分析や有効活用等についてどのような対応を図ることが適当なのか、今後検討していくべきである。

(福祉用具の安全な利用の促進)

○ 福祉用具の事故等に関して、再発防止の観点から、市町村等においてどのような内容の情報が収集されているのか実態把握を行うとともに、関係省庁及び関係団体と連携しつつ、事故が起きる原因等の分析や情報提供の方法等について、Ⅱ6①(介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化)アの取組を踏まえながら、更なる効果的な取組について、今後検討していくべきである。また、福祉用具専門相談員の更なる質の向上の観点から、福祉用具の事故防止に資する情報を基に、福祉用具専門相談員の指定講習カリキュラム等の必要な見直しを検討していくべきである。

(福祉用具貸与・販売種目の在り方)

○ 介護保険制度における福祉用具の貸与・販売種目について、利用実態を把握しながら、現行制度の貸与原則の在り方や福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全性の確保、保険給付の適正化等の観点から、どのような対応が考えられるのか、今後検討していくべきである。

(基準費用額)

○ 介護保険施設における基準費用額について、引き続き介護事業経営実態調査で実態の把握を行い、必要に応じて対応を検討するべきである。

(介護事業経営実態調査等)

○ 介護報酬改定の基礎資料となる介護事業経営実態調査等について、より正確な経営実態等の把握に向けて、各介護サービス事業者に調査への協力を求めることを含め、有効回答率の向上を図り、統計の調査精度を高めていくための、より適切な実態把握のための方策を、引き続き検討していくべきである。

ご清聴ありがとうございました

