

連携実務者が知ってほしい 介護報酬改定速報① 地域包括ケアの推進

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

講義の全体目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 感染症や災害への対応力強化
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 自立支援・重症化防止
- パート 6
 - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 7
 - 介護人材の確保・介護現場の革新




講義①の目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 感染症や災害への対応力強化
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 自立支援・重症化防止
- パート 6
 - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 7
 - 介護人材の確保・介護現場の革新



2020年3月に新型コロナウイルス肺炎で
1か月感染症病棟に入院





「肺炎は高齢者の友
である。この急性に
進行し、苦しむこと
のない病気によって、
(高齢者は)苦痛から
逃れられる」

「肺炎は老人の友」
ウィリアム・オスラー
1849～1919年

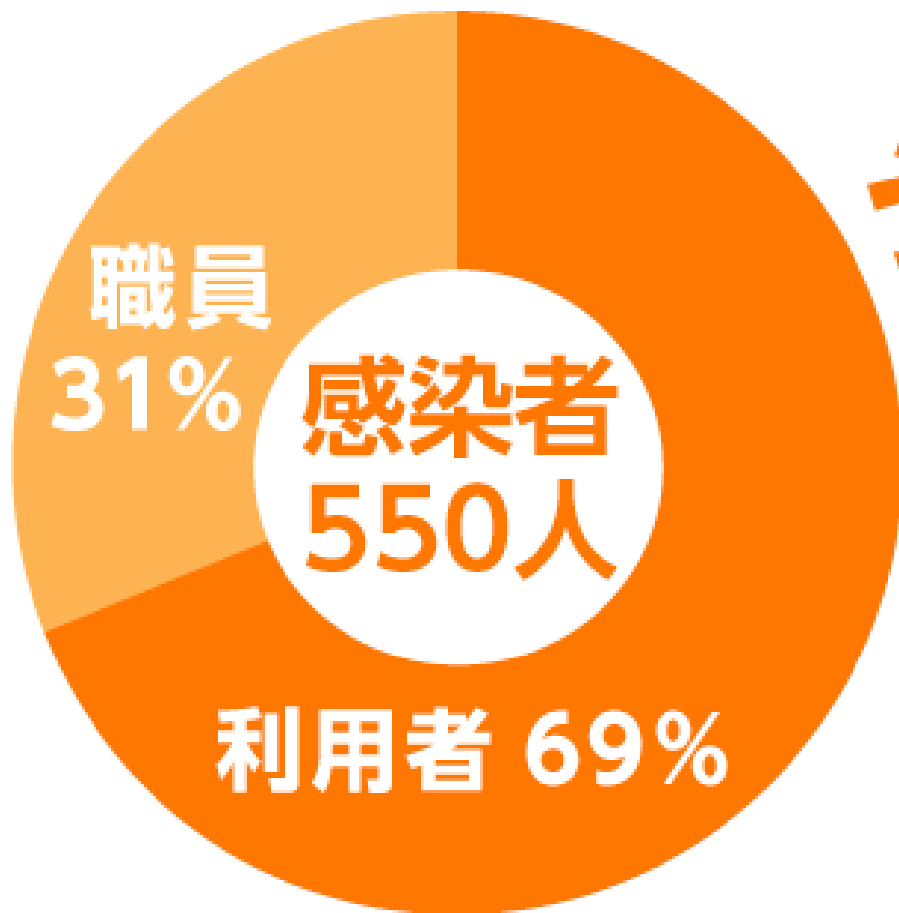
パート1 新型コロナと 介護事業所経営悪化



コロナで苦境！
小さなデイサービスやっていけない！



高齢者入所施設関連での 新型コロナウイルス感染者数と死亡者の割合



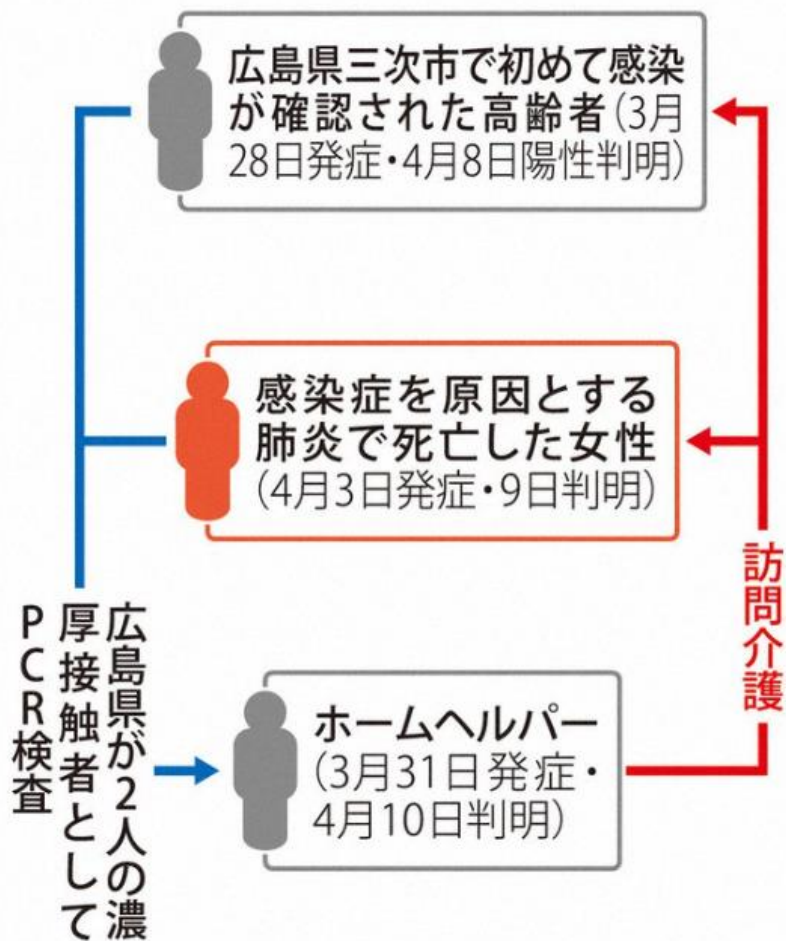
うち死亡者



約1割
(すべて利用者)

新型コロナウイルス感染の経緯

※広島県の発表に基づく



「ヘルパーからコロナ感染し死亡」82歳女性の遺族が介護事業所を提訴 広島
2020年10月3日毎日新聞

大和証券グループ
有料老人ホー

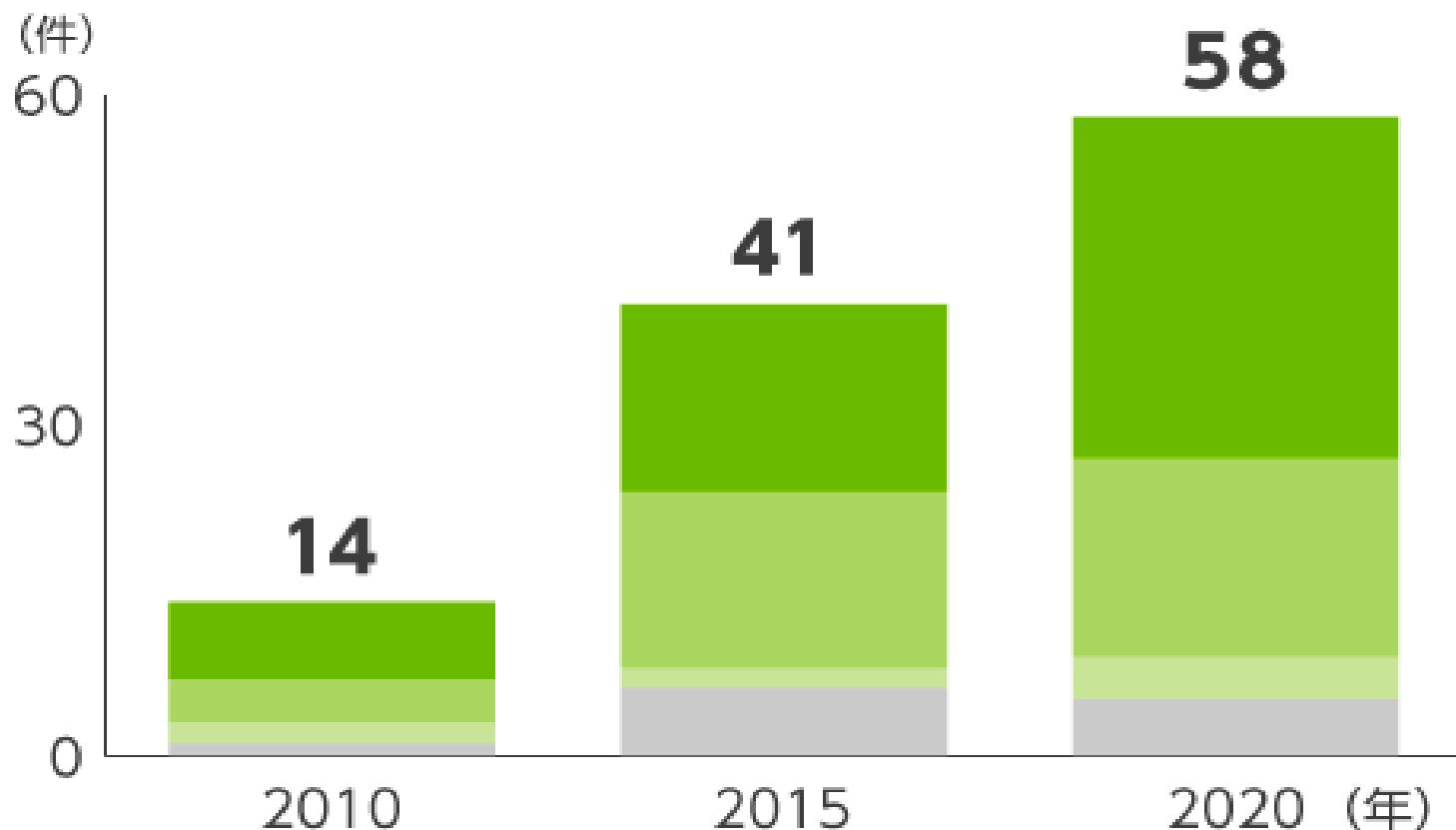
毎日新聞のアカウント

登録する

×
内 有料記事が読み放題!! 初月100円(税別)

「老人福祉・介護事業」の倒産件数 上半期（1月～6月）推移

- 訪問介護事業
- 通所・短期入所介護事業
- 有料老人ホーム
- その他



2020年上半期「老人福祉・介護事業の倒産状況」
(東京商工リサーチ) を基に作成

介護給付費分科会 2020年10月30日
「介護事業経営実態調査結果」



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	55	77	1
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	1	0
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	1	1	0
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(居宅介護)	1	1	0
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	1	1	0
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	1	1	0
								全体			

通所介護、通所リハ、短期入所、老健が収支悪くなったと答えた

- 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。

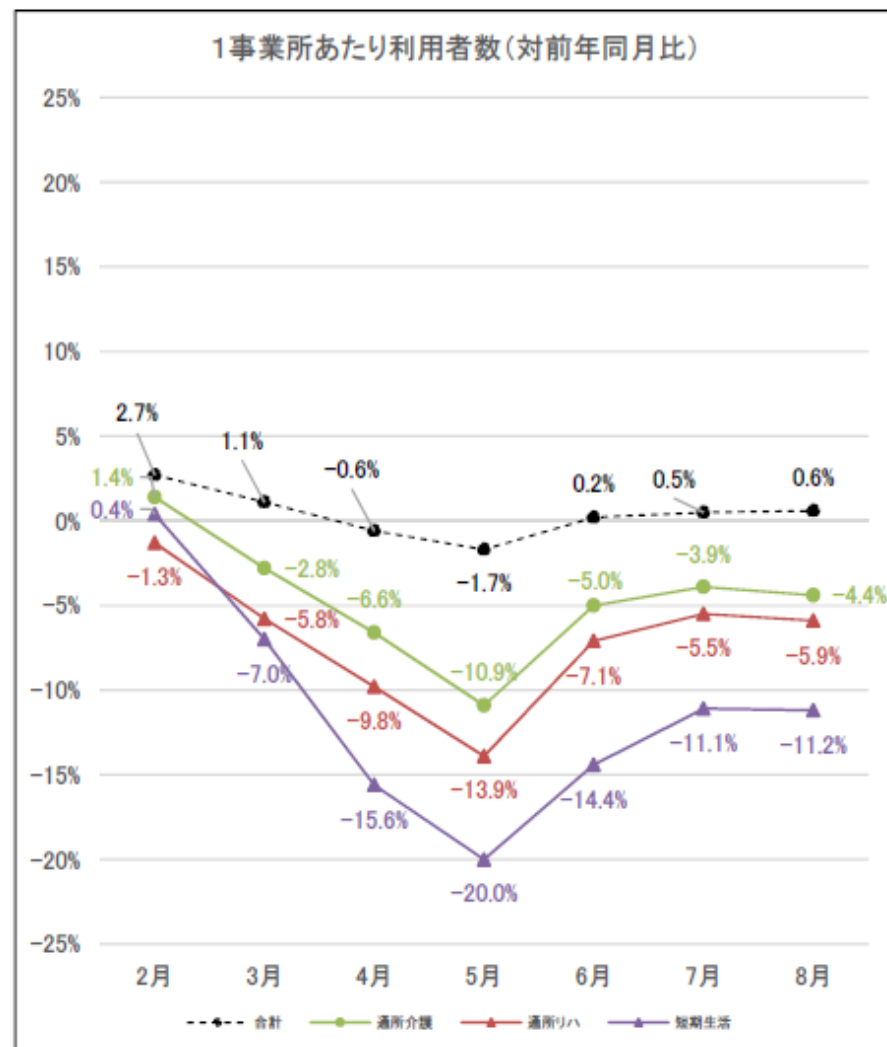
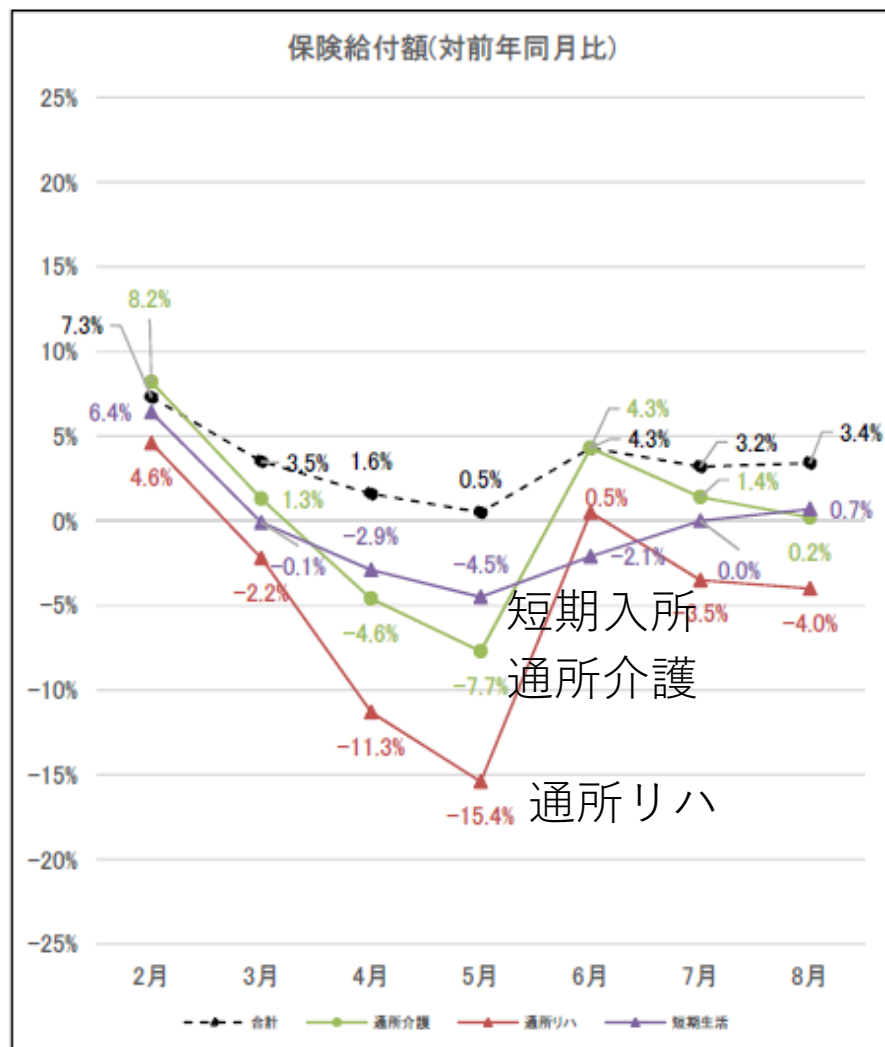
- サービス別にみると、5月に「悪くなった」と答えた事業所は、通所系サービスで高い傾向にある。

	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
経営状況への影響について『緊急調査』
第二次分 集計結果



一般社団法人

全国介護事業者連盟

2020.05.15

一般団法人全国介護事業者連盟
新型コロナウイルス感染症に係る経営状況への影響について『緊急調査』集計結果

調査時期：第一次分 令和2年4月2日（木）～10日（金）

第二次分 令和2年5月6日（水）～12日（火）

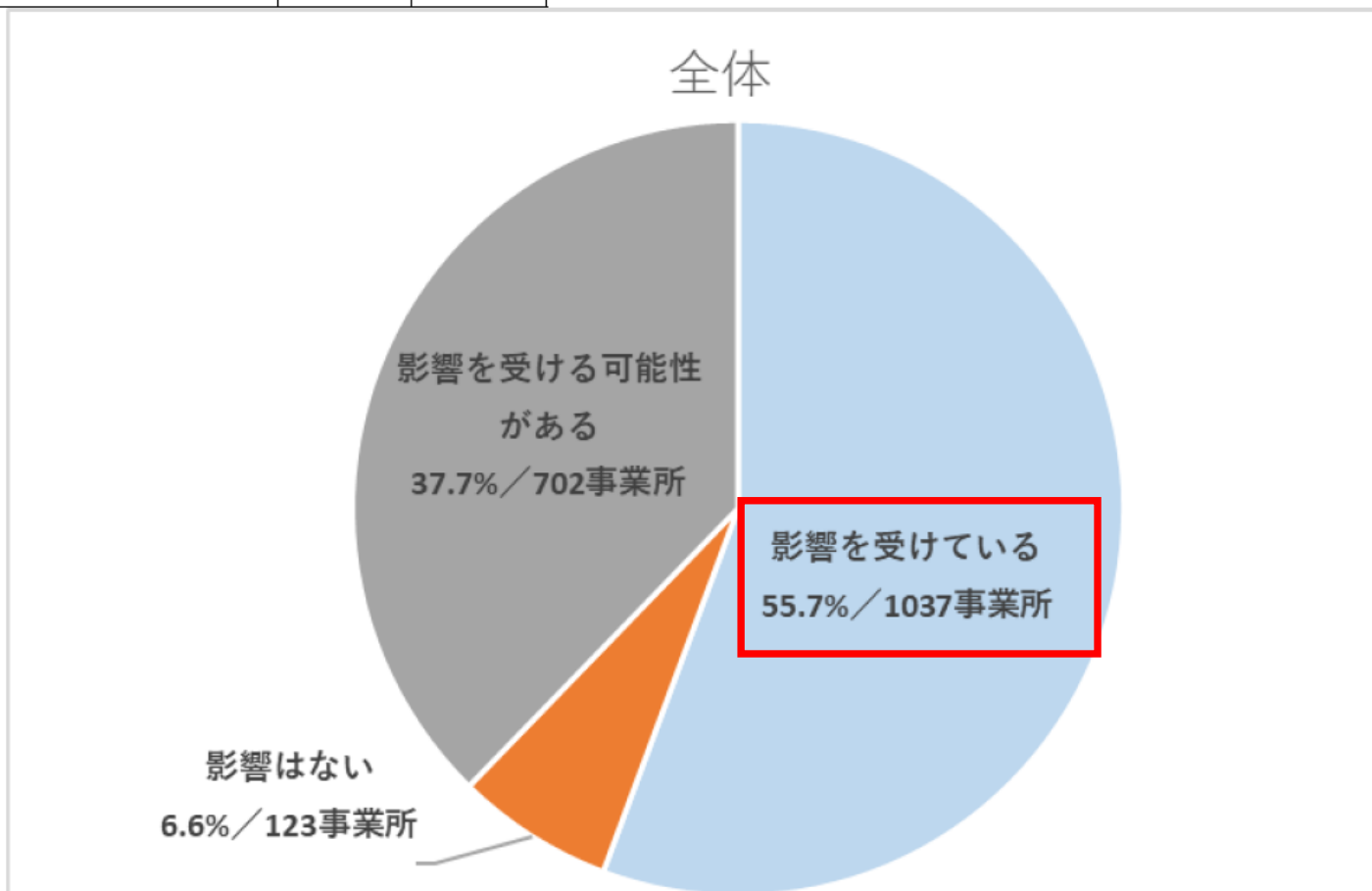
調査対象：北海道支部、関東支部、東海支部、関西支部、九州支部、群馬県支部を
中心とした全国介護事業者連盟会員事業所等

有効回答数：第一次分 1,789事業所

第二次分 1,862事業所

経営への影響【全種別】

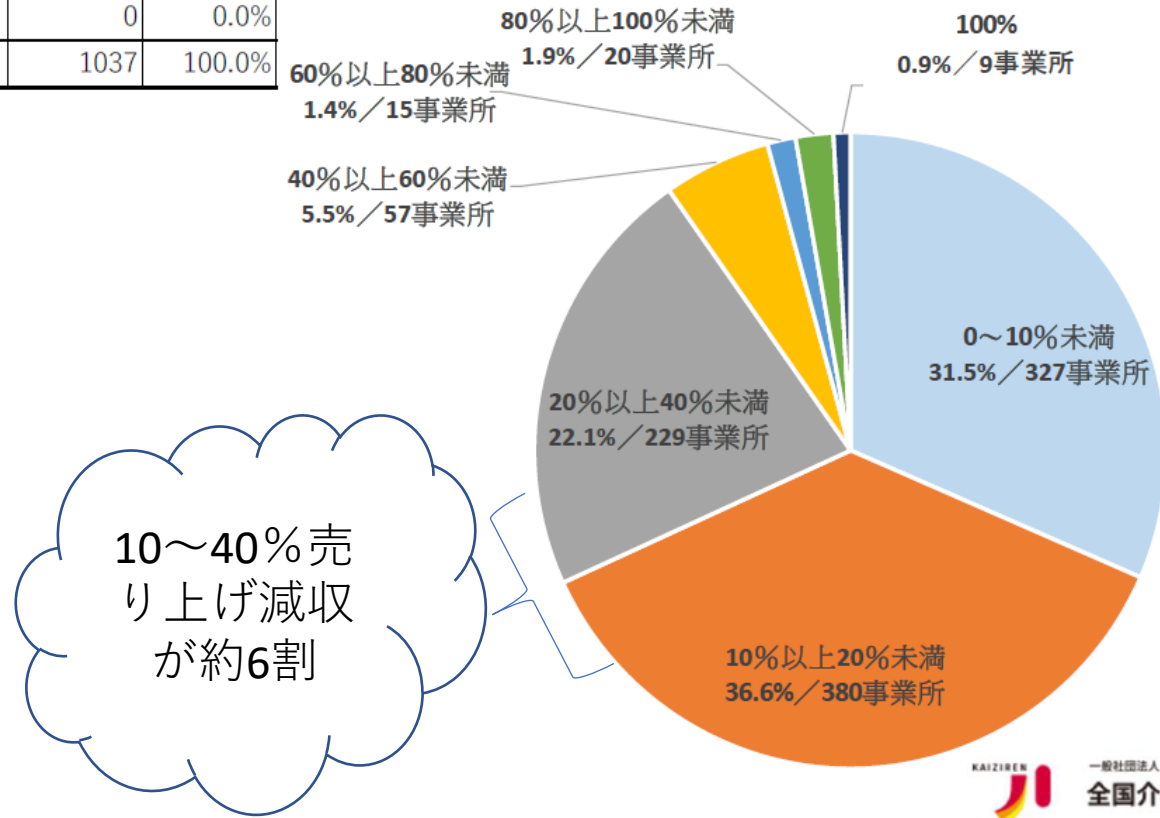
	事業所数	割合
影響を受けている	1037	55.7%
影響はない	123	6.6%
影響を受ける可能性がある	702	37.7%
合計	1862	100%



2月の第4週と4月の第4週の売り上げ減収割合の比較【全種別】

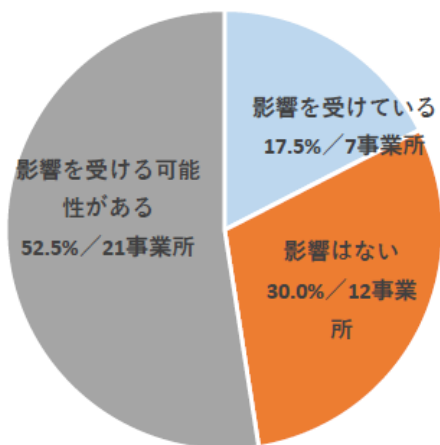
	事業所数	割合
0～10%未満	327	31.5%
10%以上20%未満	380	36.6%
20%以上40%未満	229	22.1%
40%以上60%未満	57	5.5%
60%以上80%未満	15	1.4%
80%以上100%未満	20	1.9%
100%	9	0.9%
無回答	0	0.0%
合計	1037	100.0%

2月の第4週と4月の第4週の売り上げ減収割合の比較

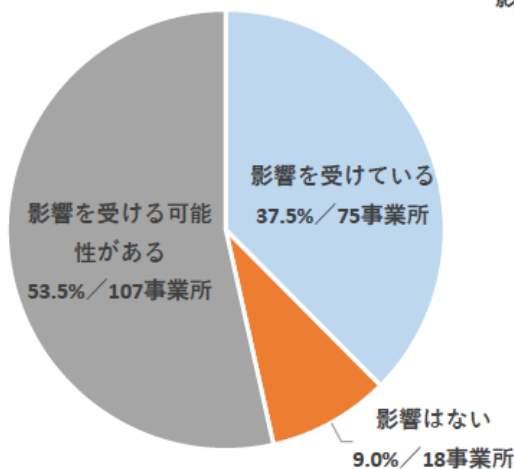


経営への影響【サービス別】

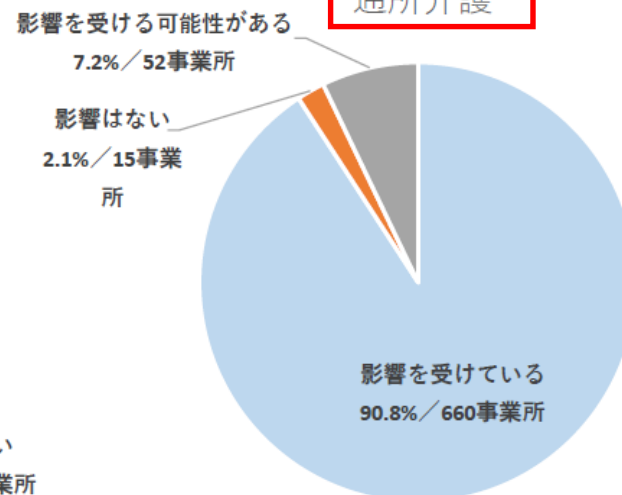
特別養護老人ホーム



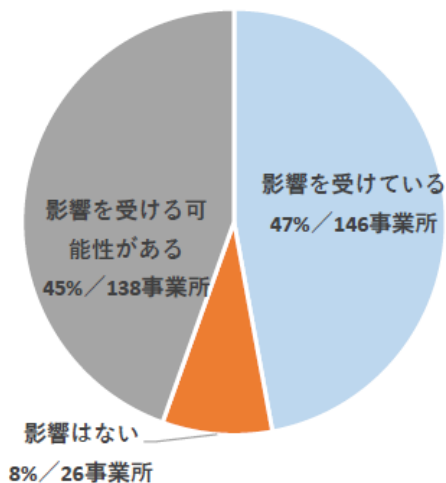
有料老人ホーム



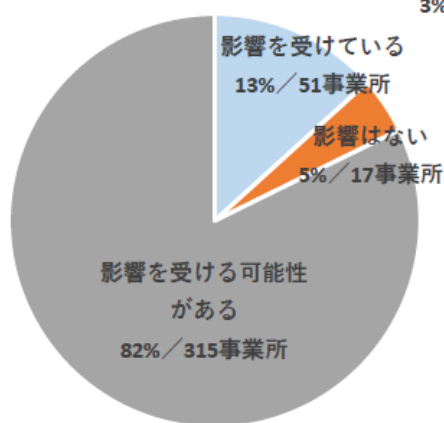
通所介護



訪問介護

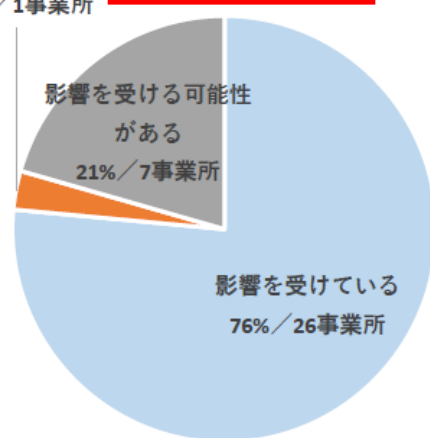


グループホーム

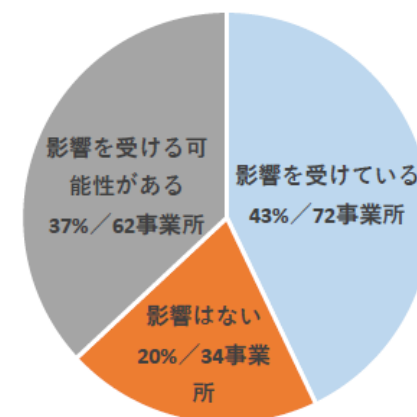


影響はない
3%/1事業所

ショートステイ



その他



新型コロナで、介護保険の通所サービスの 「介護報酬の上乗せ」特例

2区分以上
の報酬
アップ

表 1 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

群	報酬区分	算定方法
A群	2時間以上3時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	3時間以上4時間未満	
	4時間以上5時間未満	
B群	5時間以上6時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）、8時間以上9時間未満については延長加算（10時間以上11時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、9時間以上10時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能
	6時間以上7時間未満	
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	

認知症の人と家族の会

「利用していないサービスまで
負担しろとは理不尽」

- 撤回の緊急要請文を加藤勝信厚労相あてに提出
- 同会代表理事の鈴木森夫さんは「コロナがいつまで続くか分からない」として利用者負担が膨らむことを危惧。
- 「感染防止の費用は公費で負担してほしい」



認知症の人と家族の会

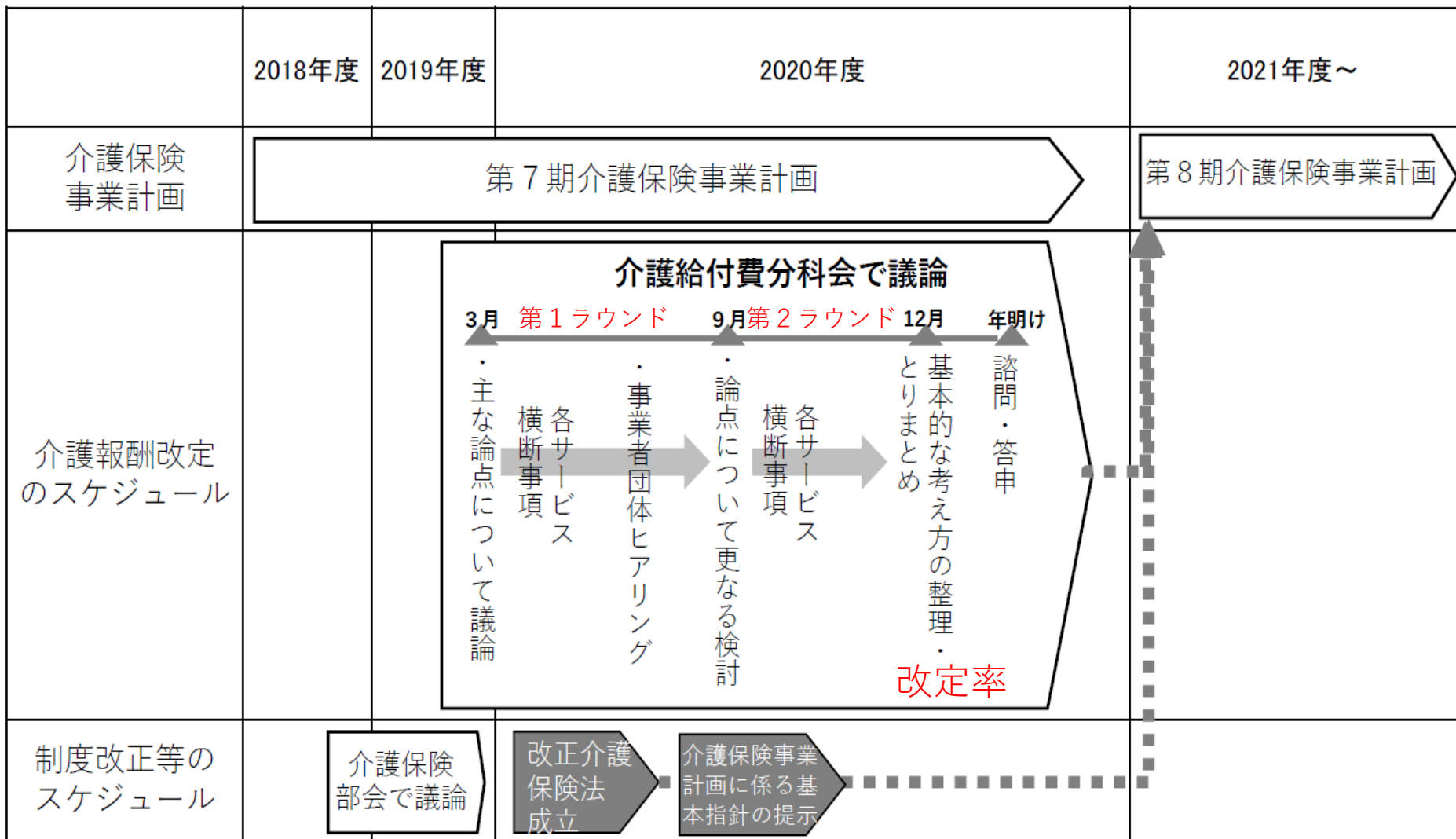
パート 2

2021年介護報酬改定の 改定率と基本方針



介護給付費分科会（オンライン）

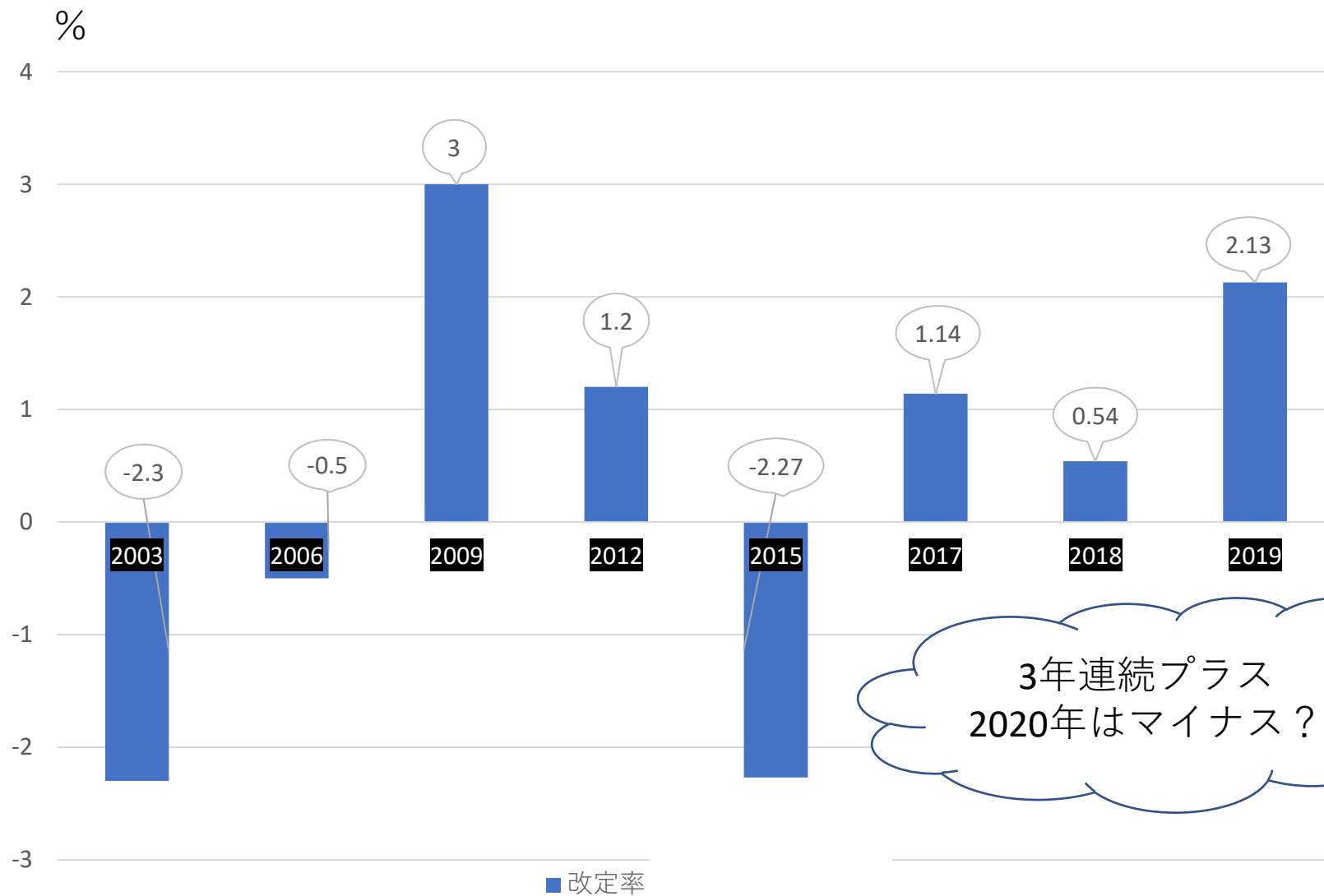
令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール(案)



改定率は？

改定率はこれまで過去3年連続プラス改定だった！

介護報酬改定率の推移



3年連続プラス
2020年はマイナス？

【参考】これまでの介護報酬改定の概要

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%	
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	2017	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	処遇改善 1.14%
平成30年度改定	2018	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	同時改定 0.54%
令和元年度改定(10月～)	2019	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ ・ 補足給付に係る基準費用額の引上げ 	消費税改定 2.13% 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06% ※四捨五入の関係で、合計しても2.13%とはならない。

3年連続
プラス
改定

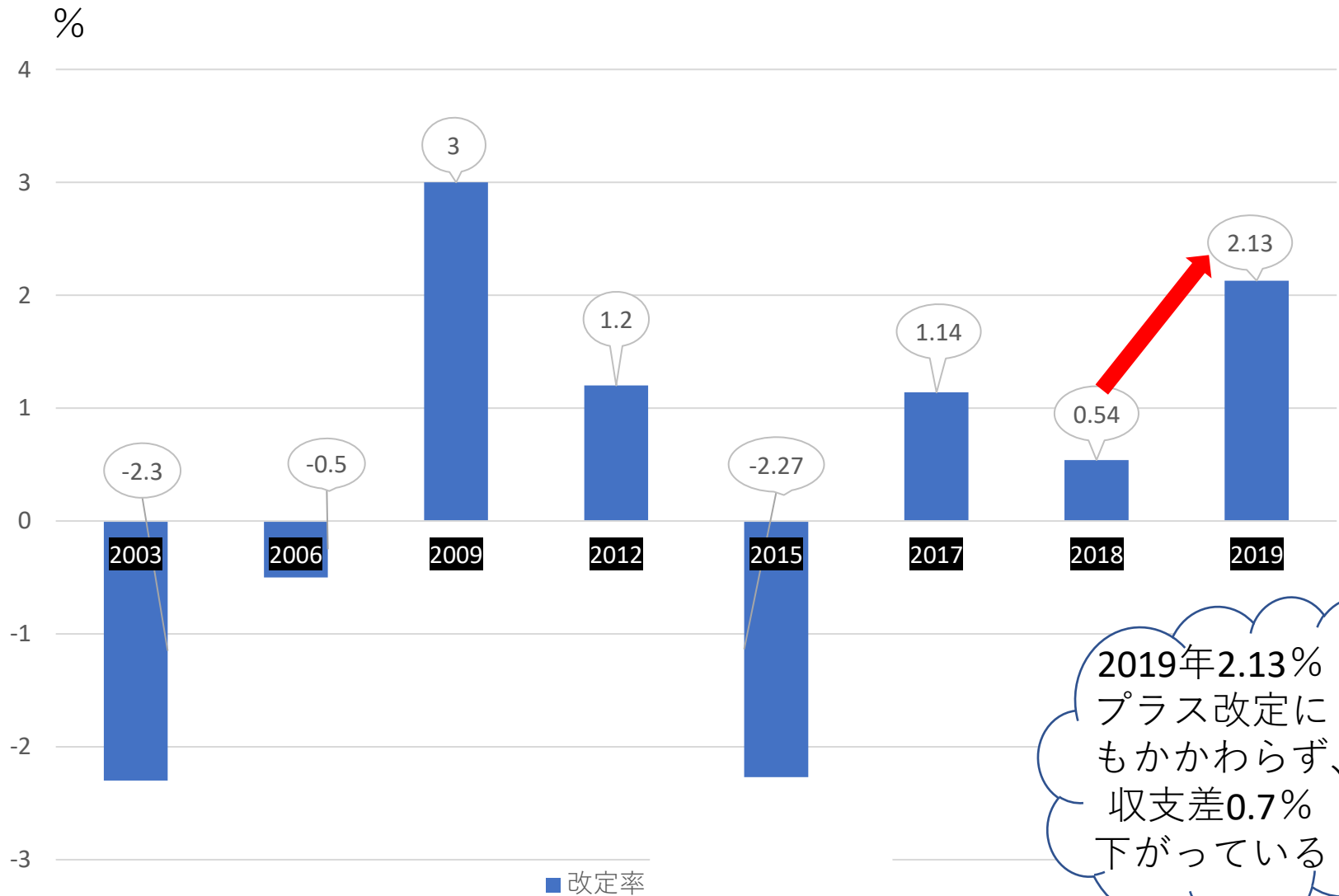


介護給付費分科会
介護事業所経営実態調査公表
(2020年10月30日)

今年度の介護事業経営実態調査の収支差率

	2018年度 決算	2019年度 決算	増減		2018年度 決算	2019年度 決算	増減
特養	1.8%	1.6%	▲0.2%	福祉用具	4.2%	4.7%	0.5%
老健	3.6%	2.4%	▲1.2%	ケアマネ	▲0.1%	▲1.6%	▲1.5%
療養病床	4.0%	2.8%	▲1.2%	定期巡回	8.7%	6.6%	▲2.1%
訪問介護	4.5%	2.6%	▲1.9%	地密通所	2.6%	1.8%	▲0.8%
訪問入浴	2.6%	3.6%	1.0%	認知通所	7.4%	5.6%	▲1.8%
訪問看護	4.2%	4.4%	0.2%	小多機	2.8%	3.1%	0.3%
訪問リハ	3.2%	2.4%	▲0.8%	認知症GH	4.7%	3.1%	▲1.6%
通所介護	3.3%	3.2%	▲0.1%	地密特定	1.5%	1.0%	▲0.5%
通所リハ	3.1%	1.8%	▲1.3%	地密特養	2.0%	1.3%	▲0.7%
ショート	3.4%	2.5%	▲0.9%	看多機	5.9%	3.3%	▲2.6%
特定施設	2.6%	3.0%	0.4%	全サービス	3.1%	2.4%	▲0.7%

介護報酬改定率の推移



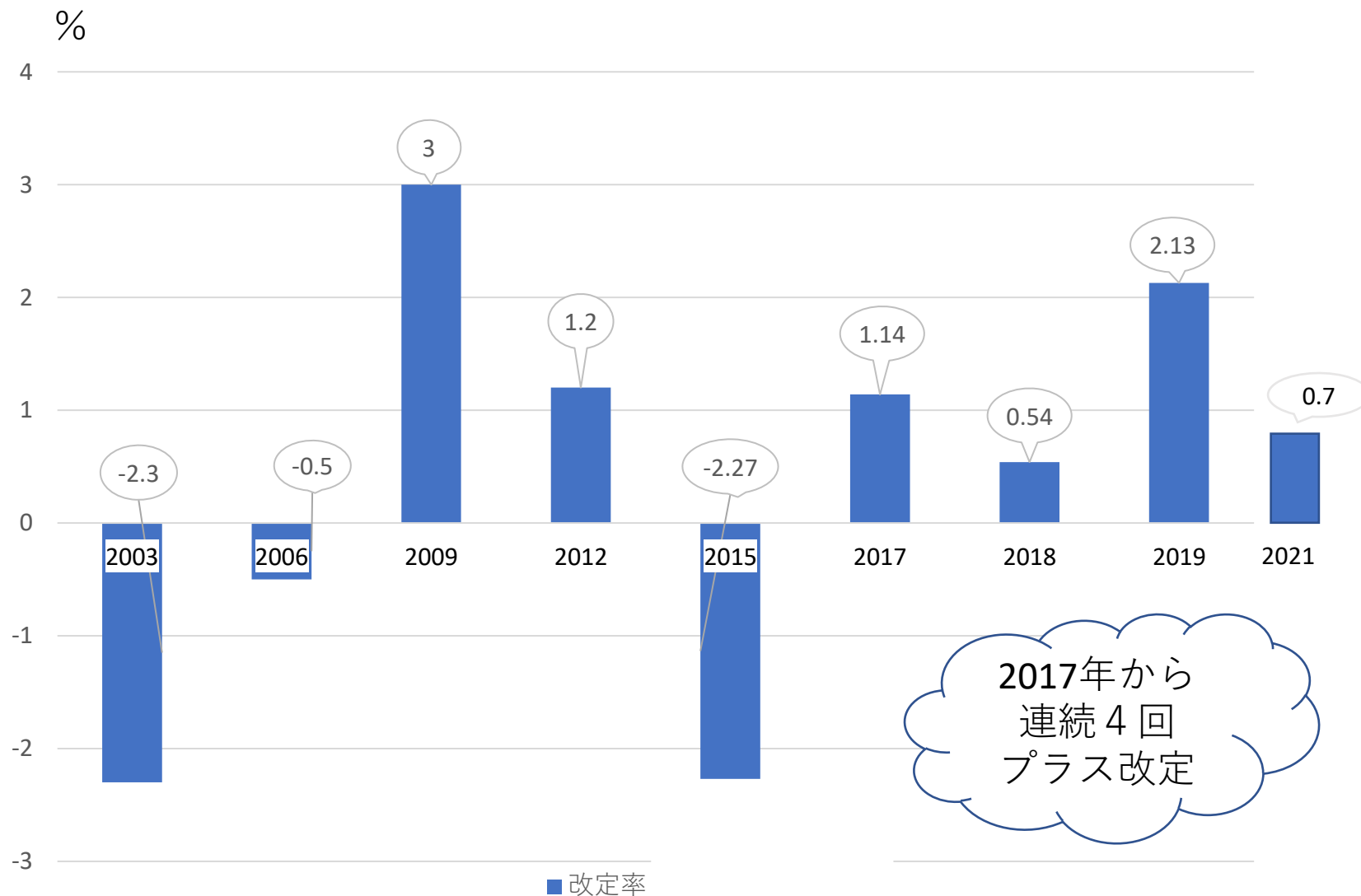
2019年2.13%
プラス改定に
もかかわらず、
収支差0.7%
下がっている

次期2021年改定率

0・7%プラス改定

このうち0・05%分はコロナ対応分の上乗せ

介護報酬改定率の推移





会場



田中分科会長



安藤委員



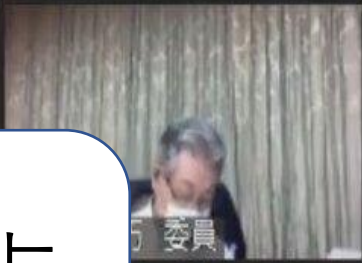
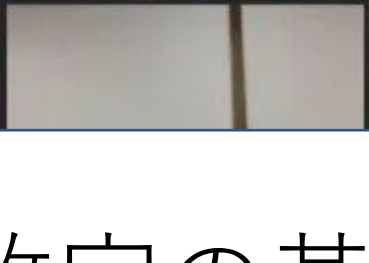
今井委員



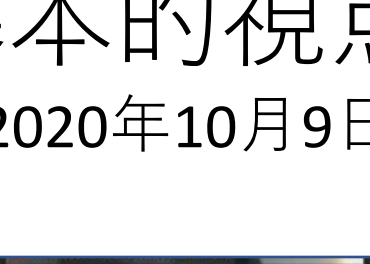
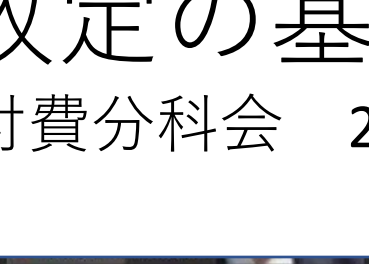
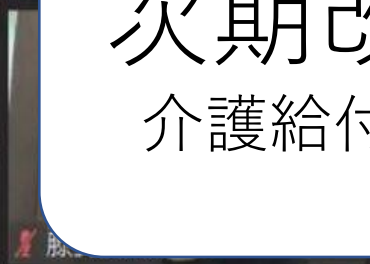
江澤和彦委員



大西委員



武久 洋三委員



石田路子委員



亀井委員



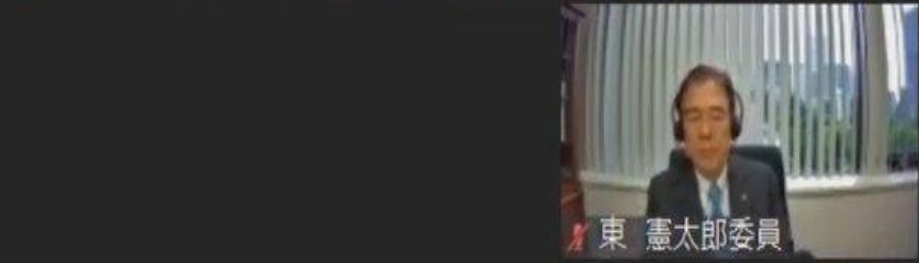
齋藤 訓子参考...



小玉委員



田辺委員



東 憲太郎委員



松田晋哉

次期改定の基本的視点

介護給付費分科会 2020年10月9日

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

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。

※各事項は主なもの

1. 感染症や災害への対応力強化

■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 ・個室エン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

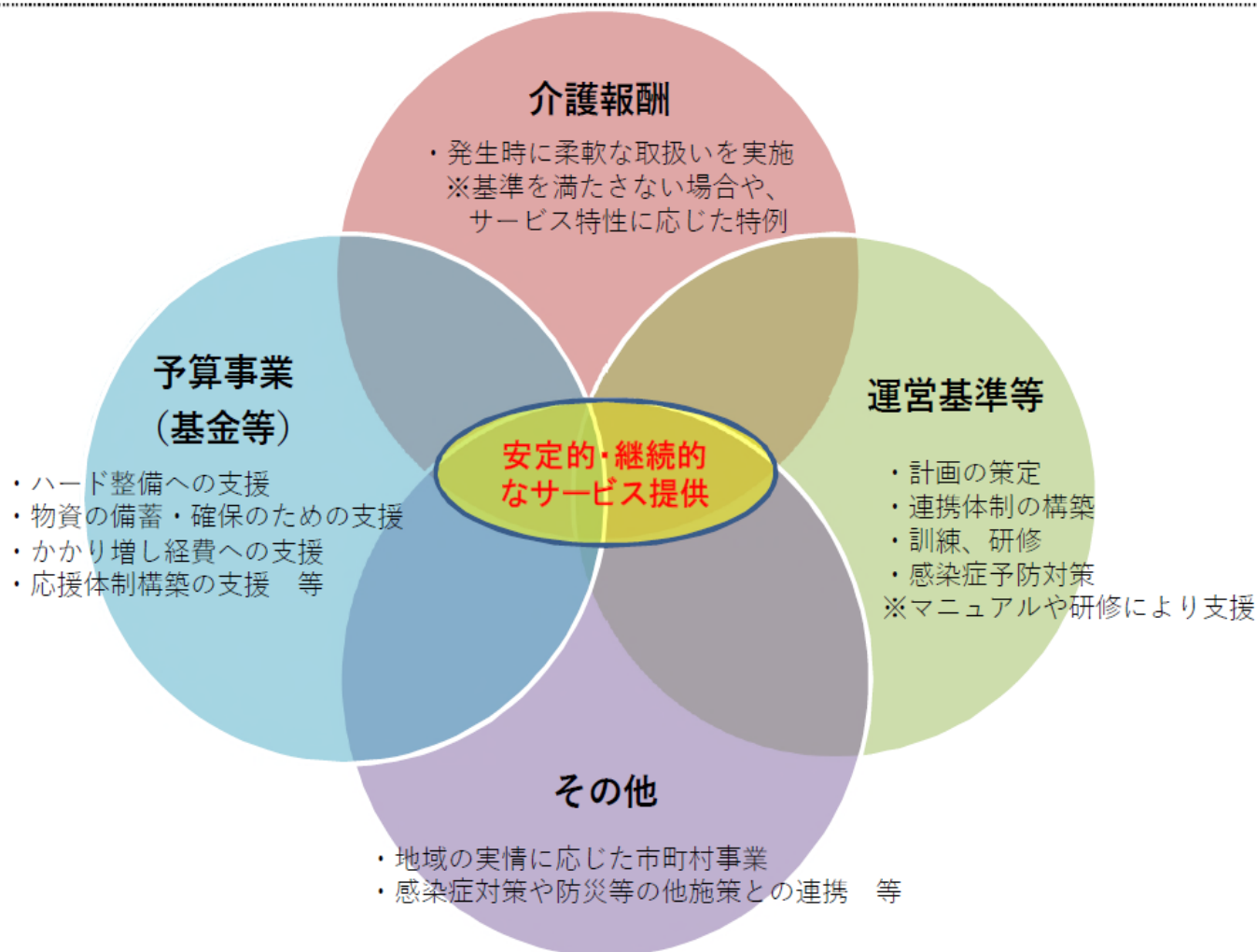
・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

パート3 感染症や災害への 対応力強化



介護サービスの安定的・継続的な提供について

- 介護サービスは、利用者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、感染症や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。
- 介護報酬や運営基準等による対応、予算事業による対応等を組み合わせ、総合的に取組を進めることが必要。



1. ④ 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

概要・算定要件

【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。

単位数

< 現行 > < 改定後 >

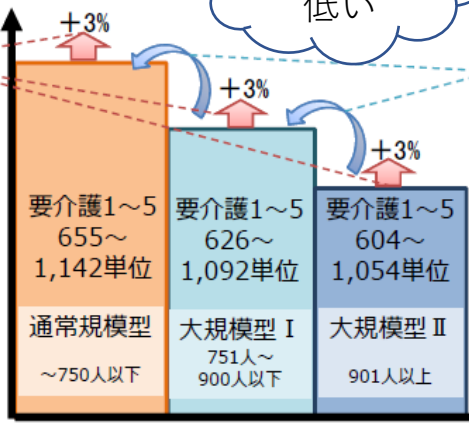
なし → ア 通所介護又は通所リハの大規模型Ⅰについて、通所介護又は通所リハの通常規模型の基本報酬
 通所介護又は通所リハの大規模型Ⅱについて、通所介護又は通所リハの大規模型Ⅰ又は通常規模型の基本報酬
 イ 基本報酬の100分の3の加算（新設）

【通所介護の場合】

(7時間以上8時間未満の場合) 単位

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。

注) 「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12報)」(令和2年6月1日事務連絡)で示している請求単位数の特例は、上記の対応が実施されるまでの間とする。

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・治療等の変化に対応して見直し予定)

❖ 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
「見やすく実践！」ができるように、ポスターとしても利用可能



1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 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。その際、3年間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

（参考）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（Business Continuity Plan）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



介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援 I

令和2年度一次補正予算
既定経費対応

介護施設等において、新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、都道府県が介護施設等へ配布する消毒液等の卸・販社からの一括購入、介護施設等の消毒・洗浄、高齢障害者向けの感染症予防の広報・啓発、簡易陰圧装置・換気設備の設置に必要な費用を補助する。

■補助内容

① 都道府県の消毒液等購入費

- 介護現場では、感染経路の遮断が重要であるが、それに伴い必要な一般用マスク、消毒液等の需給が逼迫し、介護施設等が自力で購入できない状況を踏まえ、都道府県が介護施設等へ配布する消毒液等の卸・販社からの一括購入に必要な費用について補助

② 介護施設等の消毒・洗浄経費

- 感染が疑われる者が発生した場合に、介護施設等内で感染が広がらないよう、利用者・従事者が触れる箇所や物品等の消毒・洗浄に必要な費用について補助



③ 地方自治体の広報・啓発経費

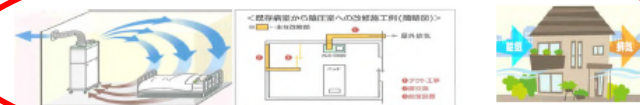
- 高齢障害者にも必要な情報が行き渡るよう、地方自治体の感染症予防の広報・啓発経費について補助

(例：視覚障害がある高齢者向けの点字パンフレット、高齢者が必ずしもインターネットを通じて情報入手するとは限らないため市町村報に折り込むチラシ)



④ 介護施設等における簡易陰圧装置・換気設備の設置に係る経費

- 介護施設等において、感染が疑われる者が発生した場合に、感染拡大のリスクを低減するためには、ウイルスが外に漏れないよう、気圧を低くした居室である陰圧室の設置が有効であることから、居室に陰圧装置を据えるとともに簡易的なダクト工事等に必要な費用について補助
- 風通しの悪い空間は感染リスクが高いことから、介護施設等において、居室ごとに窓がない場合等にも、定期的に換気できるよう、換気設備の設置に必要な費用について補助



■補助対象施設 ①～③は全ての介護施設等、④は入所系の介護施設等

■補助率 国 2 / 3、都道府県 1 / 3

■補助上限額 ①～③は設定なし（都道府県が認める額）

④は1施設あたり、I：432万円×都道府県が認めた台数（定員が上限）II：4,000円/m²

■補助実施主体 都道府県

■活用財源 地域医療介護総合確保基金

■補助の流れ



※ 機動的に支援できるよう、新型コロナウイルス発生後、かつ、緊急的に着手せざるを得なかった事業に限り、内示日前のものも補助対象

介護施設等における感染拡大防止対策に係る支援II

令和2年度一次補正予算: 42億円

介護施設等において、新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、多床室の個室化に要する改修に必要な費用を補助する。

■ 補助内容

介護施設等の多床室の個室化に要する改修費

事業継続が必要な介護施設等において、感染が疑われる者が複数発生して多床室に分離する場合に備え、感染が疑われる者同士のスペースを空間的に分離するための個室化（※）に要する改修費について補助

※可動の壁は可

※天井と壁の間に隙間が生じることは不可

■ 補助対象施設

入所系の介護施設・事業所

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、介護医療院、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、老人短期入所施設、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所

■ 補助率 定額補助

■ 補助上限額 1 定員あたり97.8万円

■ 補助実施主体 地方自治体

定員30人以上の広域型施設は都道府県（指定都市・中核市を含む）

定員29人以下の地域密着型・小規模型施設は市区町村（指定都市・中核市を含む）

■ 活用財源 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金

※機動的に支援できるよう、新型コロナウイルス発生後、かつ、緊急的に着手せざるを得なかった事業に限り、内示日前のものも補助対象



■ 補助の流れ



パート 4

地域包括ケアシステムの推進

- (1) 認知症への対応力向上に向けた取り組みの推進
- (2) 看取りへの対応の充実
- (3) 医療と介護の連携の推進
- (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) 認知症への対応力 向上に向けた取り組みの推進

①認知症専門ケア加算

②認知症行動・心理症状緊急対応加算

①

認知症専門ケア加算の算定要件となるもの

認知症の研修を受けた者を配置することが要件

認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件

	算定要件	備考
1	利用者の総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の者が5割以上を占めること	日常生活自立度Ⅲとは、日常生活の行動に支障をきたす症状や行動があるため介護を必要とする者
2	認知症介護に関する専門的な研修を終了した者※を日常生活自立度Ⅲ以上の対象者が20名に満たない場合は1名以上、20人以上の場合は19人を超えて10人またはその端数を増すごとに1人以上配置すること	※認知症介護実践リーダー研修修了者
3	認知症ケアに関することを職員間で留意事項の伝達または技術的指導の会議を定期的実施していること	

認知症専門ケア加算Ⅱの算定要件

	算定要件
1	認知症専門ケア加算Ⅰを満たし、認知症介護指導者修了者を修了した者を1人以上配置すること
2	介護職員、看護職員ごとに研修計画を作成し実施すること（認知症介護指導者の研修修了者を1名配置し、指導を実施）

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

	認知症介護指導者養成研修	認知症介護実践リーダー研修	認知症介護実践者研修	認知症対応型サービス事業管理者研修	認知症対応型サービス事業開設者研修	小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修	認知症ケアに携わる多職種協働研修
実施主体	都道府県・市町村 (認知症介護研究・研修センターに委託)	都道府県・市町村	都道府県・市町村	都道府県・指定都市	都道府県・指定都市	都道府県・指定都市	市町村
補助率等	自治体一般財源		2/3 地域医療介護総合確保基金		38.5% 国庫補助		
研修対象者	認知症介護について10年以上の現場実践を経ている者であって、実践リーダー研修を終了している者	おおむね5年以上の現場経験を有しており、実践者研修受講後1年以上経過した者	おおむね2年程度の現場経験を有している者	認知症対応型サービス事業を管理する者	認知症対応型サービス事業を開設する者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者	認知症ケアに携わる医療介護従事者
想定される講師	認知症介護研究・研修センター	各自治体において選定※認知症介護指導者等	各自治体において選定※認知症介護指導者等	各自治体において選定	各自治体において選定	各自治体において選定	各自治体において選定
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力の習得するためのもの	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	管理者として事業所を管理していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	開設者として事業所を運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの	認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得するためのもの
研修時間	<標準> 講義・演習:8100分 +実習 (職場実習4週間、他施設実習 3.5日、実習まとめ:840分)	<標準> 講義・演習:3360分 +実習4週間	<標準> 講義・演習:1890分 演習:4週間+420分 +実習 (職場実習4週間、課題設定240分、実習まとめ180分)	講義540分	講義・演習360分 +職場体験480分	講義540分	<標準> 講義・演習240分
指定基準の要件、加算等	【加算】 認知症専門ケア加算Ⅱの算定要件 (※認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たした上で、指導者を配置した場合に算定が可能)	【基準】 GHの短期利用の人員基準要件 【加算】 認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件	【基準】 ①GH、小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認知症の管理者研修受講のための要件となっている。	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認知症の管理者には受講義務付け	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能の開設者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け	

認知症専門ケア加算

(1) 加算の設定状況

(2) 導入経緯

	○ 認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員配置などの受入体制 ・ 認知症専門ケア加算 ・ 認知症加算
訪問介護	
訪問入浴介護	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
通所介護（地域密着型含む）	○
通所リハビリテーション	（注2）
短期入所生活介護・短期入所療養介護	○（前改定追加）
（看護）小規模多機能型居宅介護	○
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	○
介護老人保健施設	○
介護医療院	○（前改定追加）

訪問系が適応になっていない

○ 平成21年度介護報酬改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえて施設サービス、グループホームに創設。

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告（抄）
 2. 医療との連携や認知症ケアの充実
 (2)認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進
「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。
 10. 認知症関係サービス
 (5)認知症に係る専門的なケアの評価（施設系サービス、グループホーム）
専門的な認知症ケアを普及する観点から、グループホームや介護保険施設において、認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体を実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。なお、あわせて研修の質の確保のための検討を行う。

<認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書>（抄）
 II 今後の認知症対策の具体的内容 4 適切なケアの普及及び本人・家族支援
 (4) 中・長期的対策
 ア 適切なケアの普及
 (ア) 認知症ケアの評価等の検討
 ○ 介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。
 ○ 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う介護老人福祉施設等における緊急ショートステイの評価のあり方について検討する。

（注1） それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

（注2） 通所リハビリテーション（、介護老人保健施設）には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

2.(1)① 認知症専門ケア加算等の見直し

概要

【ア：訪問介護・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★ イ：ア及び、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、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】

- 認知症専門ケア加算等について、各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、以下の見直しを行う。
 - ア 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について、他のサービスと同様に、認知症専門ケア加算を新たに創設する。【告示改正】
 - イ 認知症専門ケア加算（通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護においては認知症加算）の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修（※1）を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師（※2）を、加算の配置要件の対象に加える。【通知改正】
- なお、上記の専門研修については、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。

※1 認知症ケアに関する専門研修

- 認知症専門ケア加算（Ⅰ）：認知症介護実践リーダー研修
- 認知症専門ケア加算（Ⅱ）：認知症介護指導者養成研修
- 認知症加算：認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修

※2 認知症ケアに関する専門性の高い看護師

- ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

単位数

アについては、以下のとおり。
イについては、単位数の変更はなし。

<現行>
なし

<改定後>

⇒

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護

訪問系を加える、さらに現行の算定要件に専門性の高い看護師（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師）を加える

算定要件等

アについては、以下のとおり。
イについては、概要欄のとおり。

<認知症専門ケア加算（Ⅰ）>（※既往要件）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者
- ・ 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開催

<認知症専門ケア加算（Ⅱ）>（※既往要件と同）

- ・ 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

認知症専門ケア加算の要件(令和2年度診療報酬改定)

2020年改定

(参考)認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ <u>160点</u> □ 30点	イ <u>100点</u> □ <u>25点</u>	イ <u>40点</u> □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
主な施設基準	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	— 
	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	— 
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

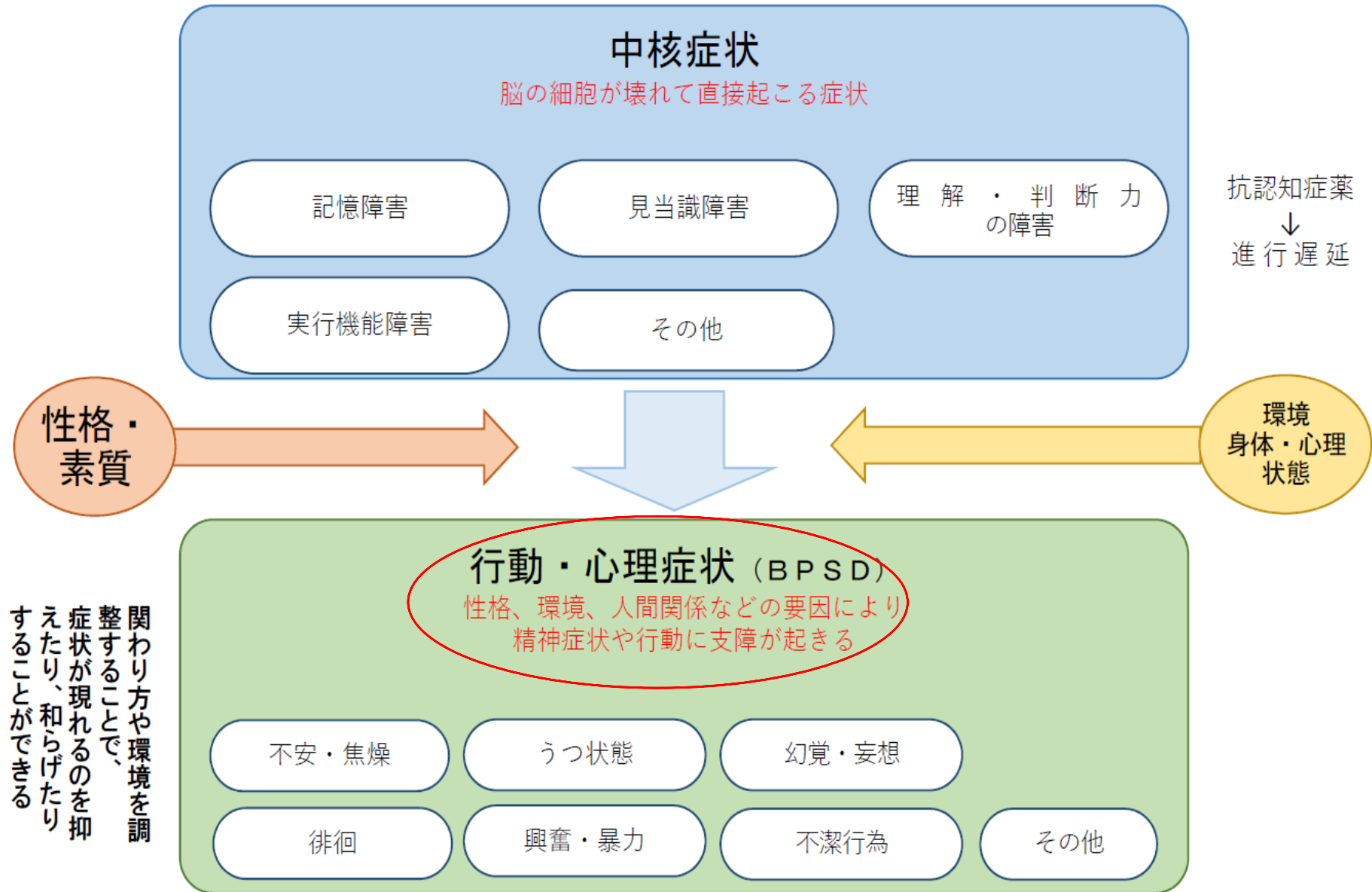
※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

② 認知症行動・心理症状緊急対応加算（200単位）

- 1 認知症の行動や症状が見られ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した者に対して、介護支援専門員や受け入れ事業所等が連携し、ご利用者およびご家族の同意のもとに短期入所生活介護が行われた時
- 2 病院や診療所への入院、介護保険施設等に入院または入所、認知症対応共同生活介護等のご利用者が短期入所生活介護の利用を開始していないこと
- 3 医師が定めた日または次の日に利用を開始している
- 4 利用開始日から7日までを限度として算定できる
- 5 判断した医師がご利用者の症状や判断した内容などを診療録に記録する
- 6 介護サービス計画書に記録する

行動・心理症状(BPSD)①



認知症行動・心理症状緊急対応加算

- 平成21年度改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、短期入所系・施設系・グループホームにおいて「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を創設。
- 具体的には、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、緊急入所が必要と判断した者を受け入れた場合について、利用者を受け入れる際の初期の手間を評価。

<平成21年度介護報酬改定に関する審議報告> 抜粋

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(2) 認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

サービス 類型	サービス名	認知症行動・心理症状緊急対応加算（200単位／日）
		在宅で療養を行っている利用者にBPSDが認められ、 医師が緊急入所が必要と判断した場合の緊急的対応を評価 （利用した日から起算して7日を限度）
短期入所系	短期入所生活介護	○
	短期入所療養介護	○
多機能系	小規模多機能型居宅介護	-
	看護小規模多機能型居宅介護	-
居任系	認知症対応型共同生活介護	○
施設系	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	○
	介護療養型医療施設	○
	介護医療院	○

行動・心理症状(BPSD)②

- 各サービスにおける利用者の行動・心理症状の頻度によりグルーピングした結果、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設型居宅生活介護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設が「高」であった。

利用者の認知機能障害・IADL障害・ADL障害・行動心理症状によるグルーピング及び日常生活自立度(Ⅱa～M)の出現率とDASC-21による認知症高齢者の出現率

		認知機能障害	IADL障害	ADL障害	行動心理症状	日常生活自立度	DASC-21	
						Ⅱa～M	31点以上	平均点
居宅系	訪問介護	低	低	低	中	47.2%	71.7%	44.38
	訪問リハビリテーション	低	低	低	低	45.2%	83.7%	48.49
	通所介護	低	低	低	低	53.0%	79.1%	47.73
	通所リハビリテーション	低	低	低	低	44.5%	75.9%	44.25
	訪問看護	中	中	中	中	64.9%	85.5%	52.93
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	中	中	中	中	66.4%	90.9%	52.23
	認知症対応型通所介護	中	中	中	高	88.7%	98.4%	62.82
	小規模多機能居宅介護	中	中	中	高	80.7%	93.0%	56.52
施設・居住系	特定施設入居者生活介護	中	中	中	高	76.3%	93.4%	58.9
	認知症対応型共同生活介護	高	高	高	高	95.0%	99.7%	66.19
	介護老人保健施設	高	高	高	中	89.5%	99.5%	67.43
	介護老人福祉施設	高	高	高	中	94.0%	99.8%	73.04
	介護療養型医療施設	高	高	高	低	97.0%	99.9%	78.66

(上表の高・中・低の判定方法)

利用者の認知機能、IADL、ADL、行動心理症状に関する36項目の回答率に、各レベルに応じた点数(例:まったくない→1点、ときどきある→2点、頻繁にある→3点、いつもそうだと4点)を乗じ、サービスごとに認知機能、IADL、ADL、行動心理症状の合計点数を算出した。

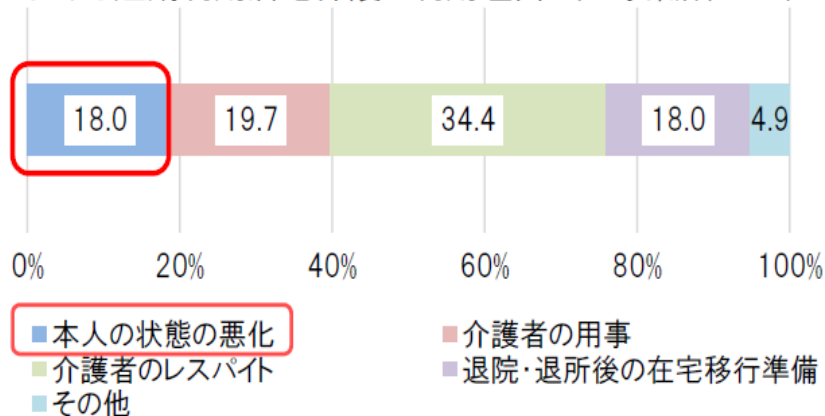
その後、調査対象13サービス間で合計点数を比較し、点数の高い順に4サービスを「高」、点数の低い順に4サービスを「低」、中間の5サービスを「中」とした。

(注) DASC-21: 認知機能、IADL、ADLを総合的に評価できるアセスメントツールであり、調査に用いた項目のうち「日常の意思決定ができるか(日常の意思決定)」「自分の名前が答えられるか(自分の名前)」以外の項目が含まれている。

調査票該当箇所: 利用者票P1、問1(7)認知機能、(8)IADL、(9)ADL、(11)行動・心理症状の現在の状況

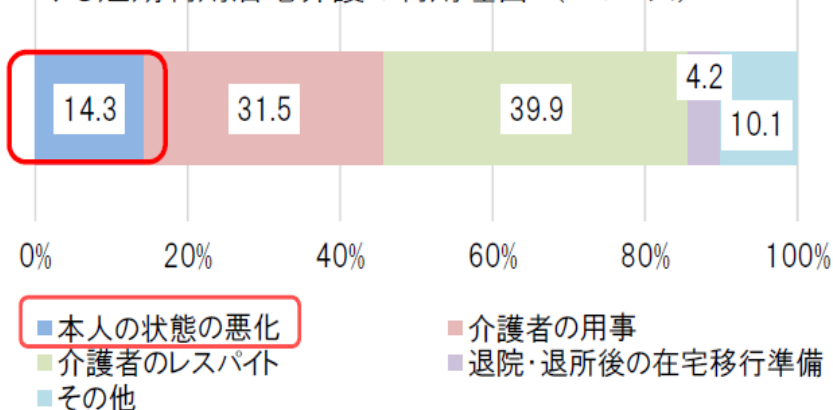
(看護)小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用者の状況

- 2018年9月1か月間の看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用理由 (25事業所、61人)



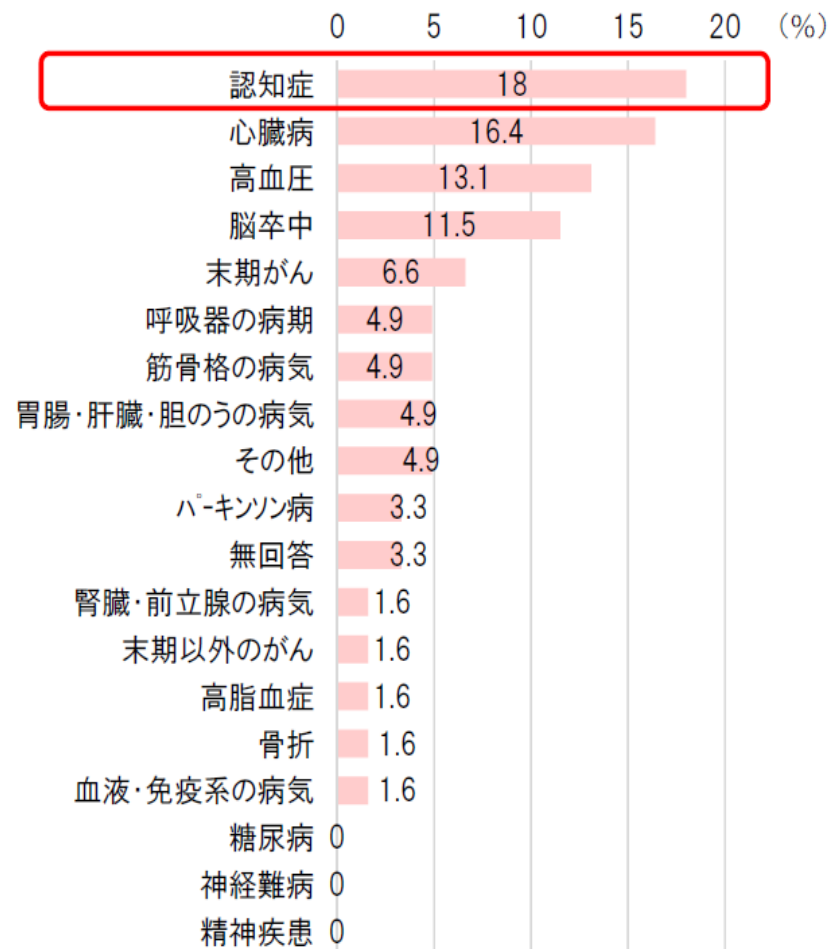
【出典】平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

- 2019年11月1か月間の小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用理由 (n=168人)



【出典】令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」(速報値)

- 2018年9月1か月間の看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護利用者の主傷病(複数回答)(n=61)



【出典】平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

2.(1)③ 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

概要

【小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 在宅の認知症高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、多機能系サービスについて、施設系サービス等と同様に、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】

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日 (新設)

算定要件等

- 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。利用を開始した日から起算して7日間を限度として算定。(※既往要件と同)

小多機、看多機
でも算定可能と
なった

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開催

<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

(2) 看取りへの対応の充実

①ACPへの対応

②死亡前30日以前の看取りに係る加算

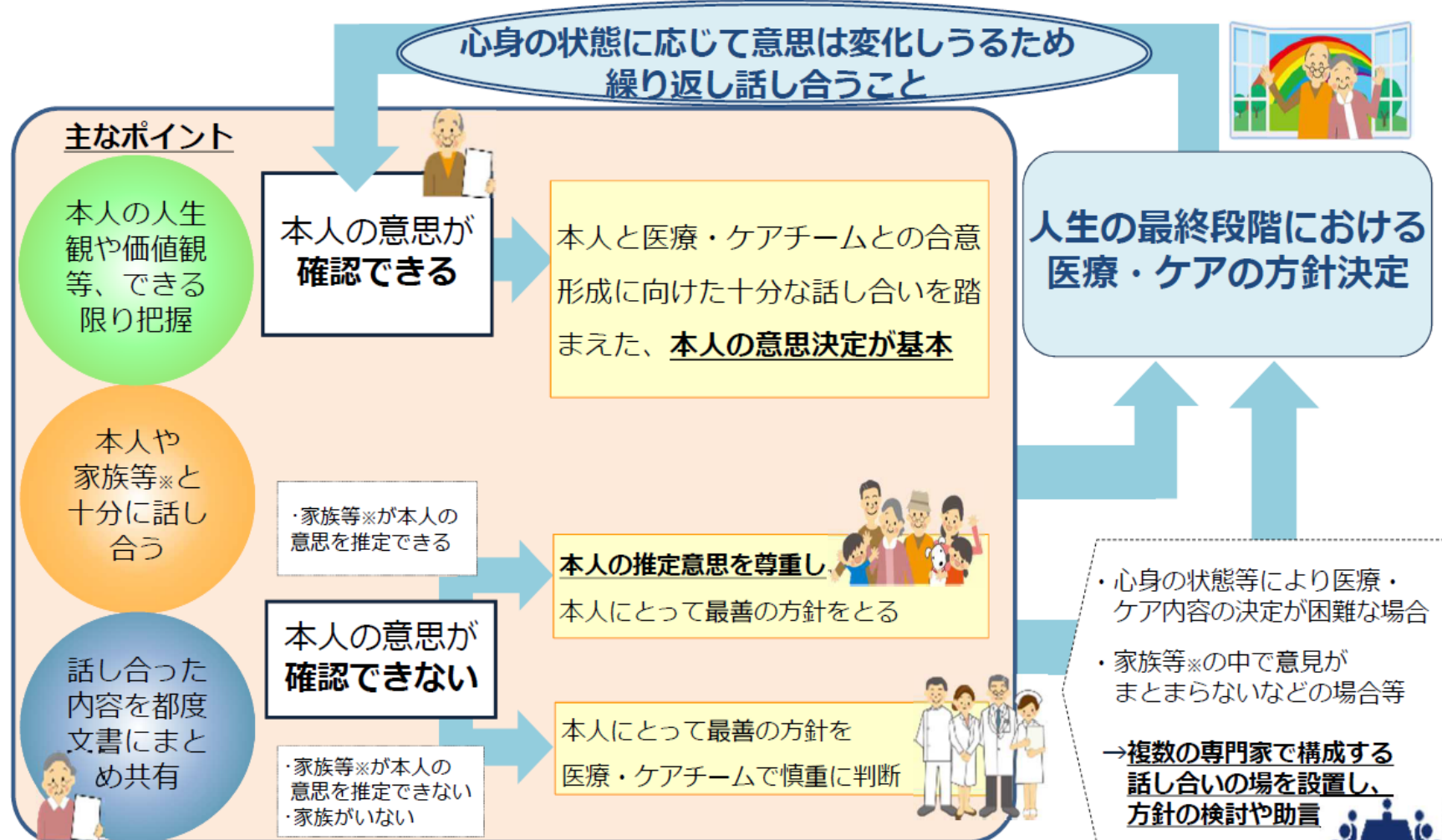
③訪問介護の2時間ルールの弾力化

① ACPへの対応



「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(イメージ図)(平成30年版) 2018年

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。



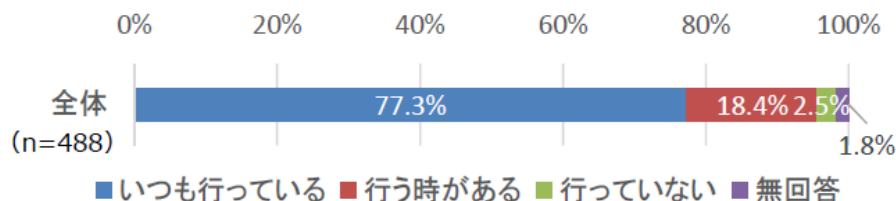
※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
 ※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



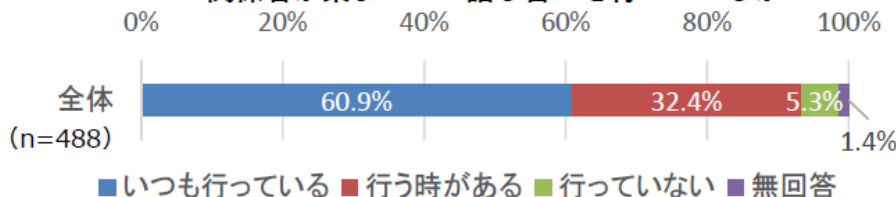
人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い等 (介護老人福祉施設)

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思確認又は推定を行っているかについて、「いつも行っている」が77.3%、「行う時がある」が18.4%。
- 本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行っているかについて、「いつも行っている」が60.9%、「行う時がある」が32.4%。
- 人生の最終段階における医療・ケアについて話し合いを繰り返し行っているかについて、「いつも行っている」が42.6%、「行う時がある」が49.0%。
- 話し合いに参加する施設関係者等の職種について、「施設の看護職員」は98.8%、「生活相談員」は84.1%。

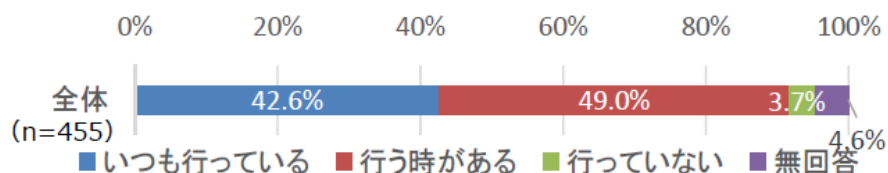
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認又は推定を行っているか



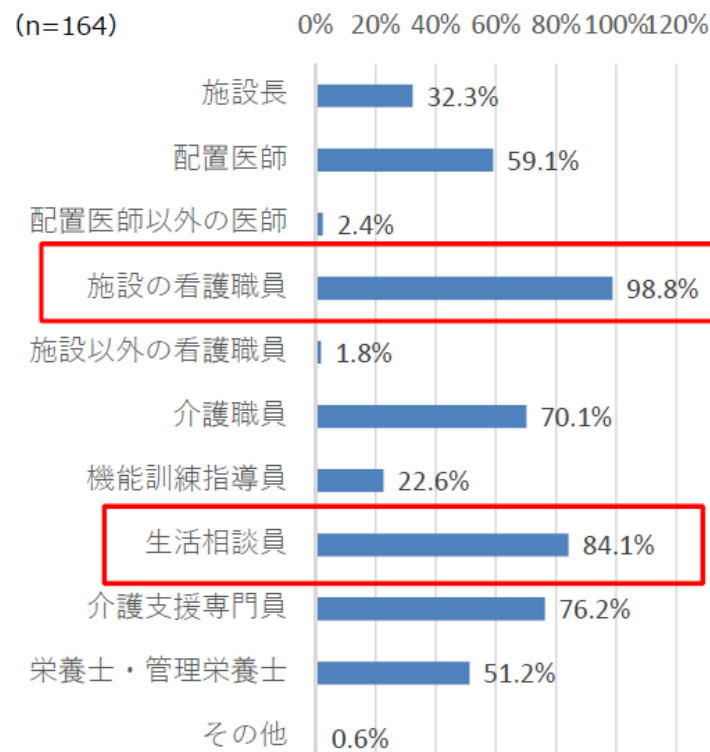
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行っているか



人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し(複数回)行っているか



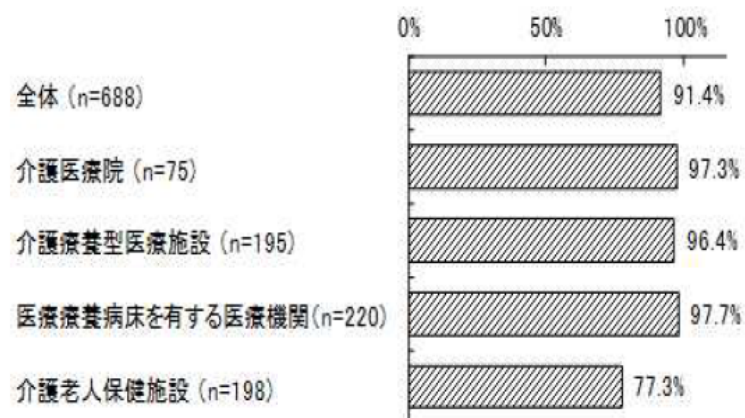
話し合いに参加する施設関係者等の職種



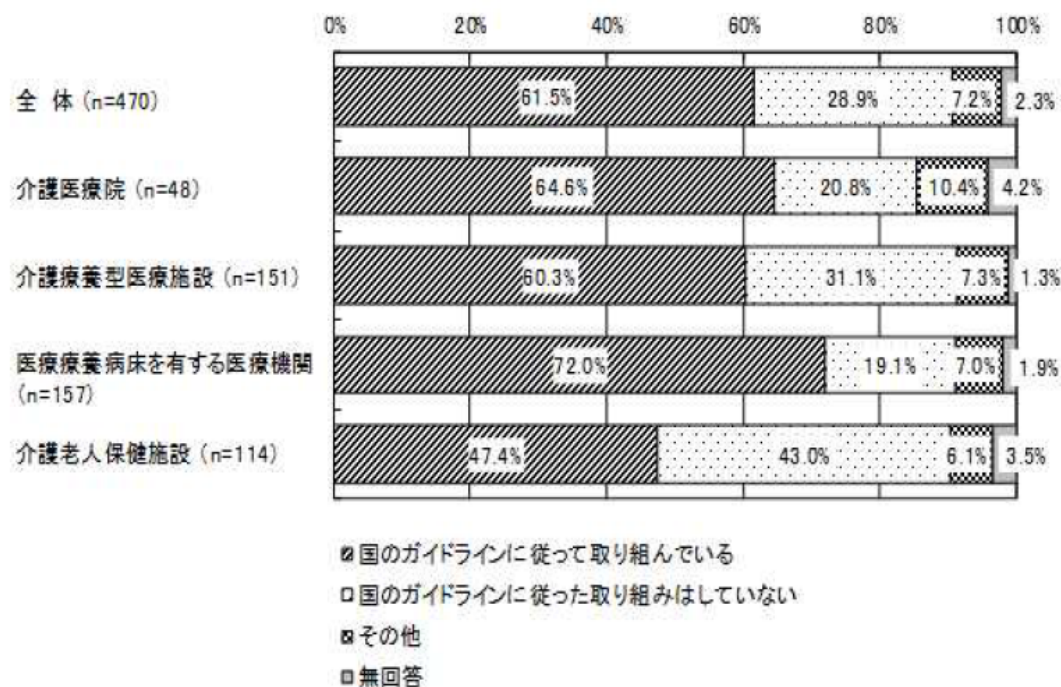
介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設における看取りの状況②

- 最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者の有無については、「あり」と回答した施設が介護医療院では97.3%、介護療養型医療施設では96.4%、介護老人保健施設では77.3%であった。
- 「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」に従って取り組んでいる割合は、介護医療院では64.6%、介護療養型医療施設では60.3%、介護老人保健施設では47.4%であった。

最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者がいた施設・病院の割合



「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」に従った取組の有無



出典: 令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その1)

ガイドラインの取組推進

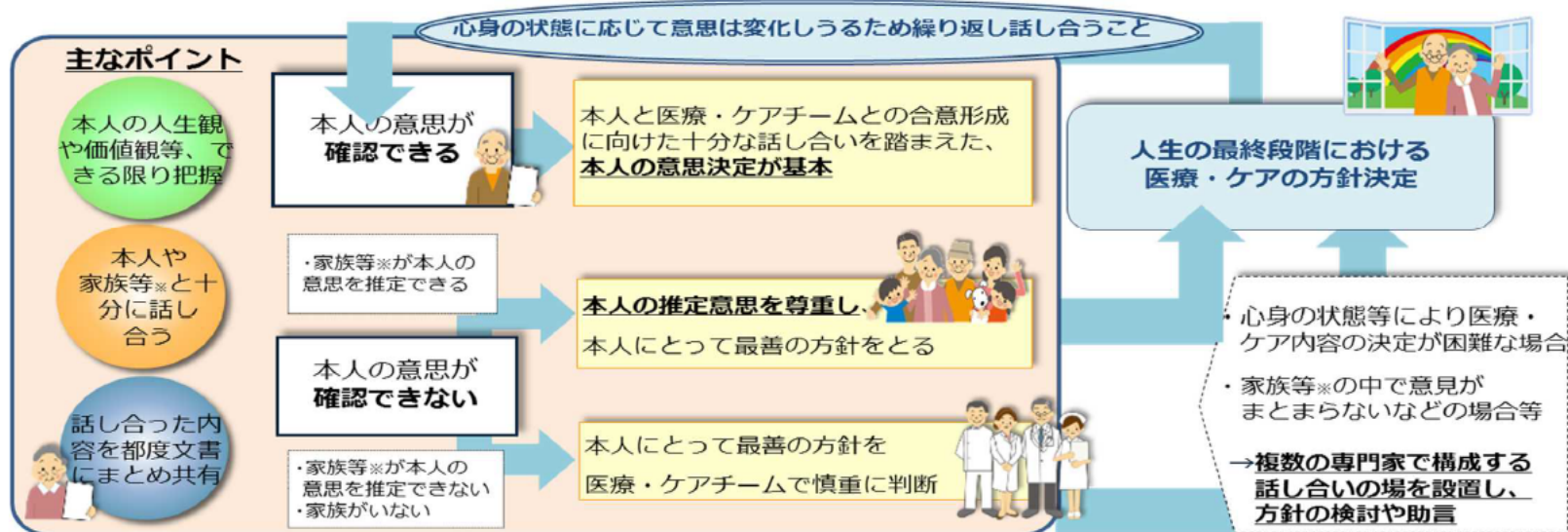
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

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。

看取りに関する加算

		看取り介護加算			ターミナルケア加算		看取り連携体制加算	ターミナルケア マネジメント加算
対象サービス		特養	特定施設	認知症GH	老健	訪看、定期巡回、看多機	小多機	居宅介護支援
単 位 数	死亡日以前 4日以上30 日以下	(Ⅰ)144単位/日 (Ⅱ)144単位/日	144単位/日	144単位/日	160単位/日(療養老健) 160単位/日(上記以外)	「死亡日」、「死亡日 前14日以内」に2日以上ター ミナルケアを行った場合 2000単位/月	死亡日及び死亡日以 前30日以下 64単位/日	400単位/月
	死亡日前日 及び前々日	(Ⅰ)680単位/日 (Ⅱ)780単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日(療養老健) 850単位/日(上記以外)			
	死亡日	(Ⅰ)1280単位/日 (Ⅱ)1580単位/日	1280単位/日	1280単位/日	1650単位/日(療養老健) 1700単位/日(上記以外)			
対象者要件		医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者				末期の悪性腫瘍その他大 臣が定める者	医師が一般に認められて いる医学的知見に基づき 回復の見込みがないと判 断した者	末期の悪性腫瘍で ある者
提供体制要件		・常勤の看護師を 1名以上配置 ・当該施設の職員 又は病院等の 看護職員との 連携により、24 時間連絡できる 体制を確保 ・配置医師緊急時 対応加算の要 件に該当 ((Ⅱ))(※1)	・夜間看護体 制加算(※) を算定 (※)夜間看護 体制加算 看護師確保、 看護師による24時間連 絡できる体制確保、重 度化した場合の指針作 成、同意	・医療連携体 制加算(※) を算定 (※)医療連携 体制加算 看護師確保、 看護師による24時間連 絡できる体制確保、重 度化した場合の指針作 成、同意	—	・24時間連絡できる体制を 確保 ・必要に応じて、訪問看護 を行うことができる体制 を確保。	・看護職員配置加算 (Ⅰ)(常勤専従看護 師1以上配置)を算 定 ・看護師により24時間 連絡ができる体制を 確保	・24時間連絡がと れる体制を確保 ・必要に応じて、指 定居宅介護支援 を行うことができ る体制を整備
利用者への説明・ 同意		必要	必要	必要	必要	必要	必要	必要
看取り指針の作 成		必要	必要	必要	必要	—	— (対応方針)	—
身体状況の変化 等の記録		必要	必要	必要	必要	必要(人生の最終段階に おける医療の決定プロセ スにおけるガイドライン対 応)	必要	必要(訪問により把握した 利用者の心身の状況等の 情報を記録し、主治の医 師等及びケアプランに位 置付けた居宅サービス事 業者へ提供)
看取りの研修		必要	必要	必要	必要	—	—	—

※ 特養の(Ⅱ)は、入所者が施設内で死亡した場合

看取り関連加算の主な加算の算定率(算定施設割合)

	種類	加算名称	平均算定率(12か月)
訪問系	訪問看護	ターミナルケア加算	8.2%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算	1.1%
短期滞在系	小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	0.3%
	看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算	5.9%
居住系	認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算1	2.5%
		看取り介護加算2	2.6%
		看取り介護加算3	2.6%
	特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	8.6%
		看取り介護加算2	9.1%
		看取り介護加算3	9.2%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	4.2%
		看取り介護加算2	4.6%
		看取り介護加算3	4.7%
施設サービス	介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ1	16.7%
		看取り介護加算Ⅰ2	17.8%
		看取り介護加算Ⅰ3	17.9%
		看取り介護加算Ⅱ1	5.4%
		看取り介護加算Ⅱ2	5.7%
		看取り介護加算Ⅱ3	5.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ1	6.9%
		看取り介護加算Ⅰ2	7.5%
		看取り介護加算Ⅰ3	7.6%
		看取り介護加算Ⅱ1	1.9%
		看取り介護加算Ⅱ2	2.0%
		看取り介護加算Ⅱ3	2.1%
	介護老人保健施設(療養型老健)	ターミナルケア加算1	1.2%
		ターミナルケア加算2	1.2%
		ターミナルケア加算3	1.3%
	介護老人保健施設	ターミナルケア加算1	22.9%
		ターミナルケア加算2	24.1%
		ターミナルケア加算3	24.4%
居宅介護支援	居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	0.9%

(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(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)

②死亡前30日以前の 看取りに係る加算



特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(平成30年度介護報酬改定)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位/回 (早朝・夜間の場合) **(新設)**
 1300単位/回 (深夜の場合) **(新設)**

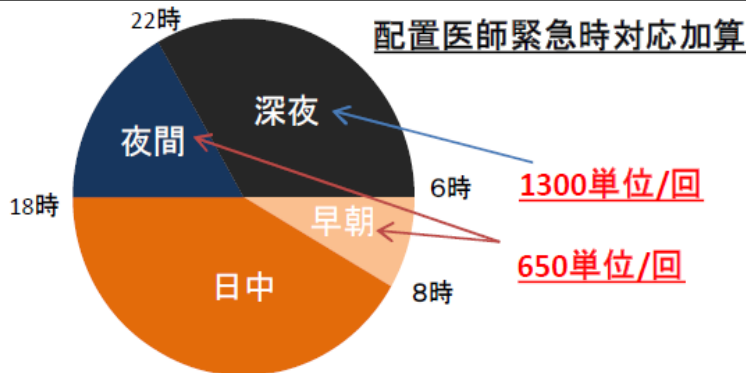
- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<改定前>
 看取り介護加算
 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 680単位/日
 死亡日 1280単位/日

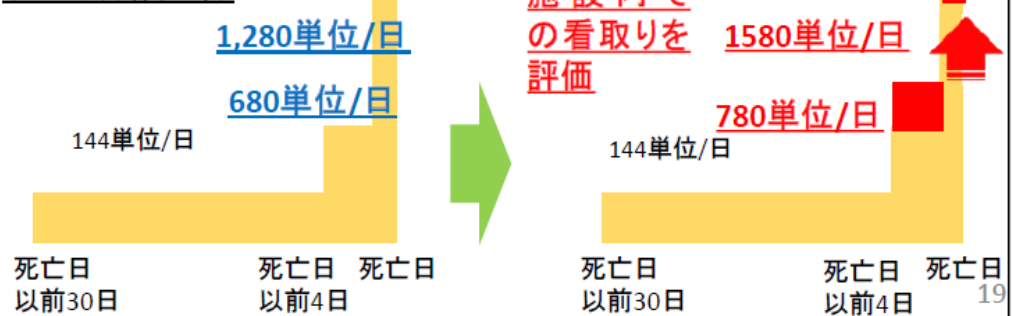


<改定後>
 看取り介護加算(I)
 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 680単位/日
 死亡日 1280単位/日
 看取り介護加算(II) **(新設)**
 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 780単位/日
 死亡日 1580単位/日

看取り介護加算は
 30日まで



看取り介護加算



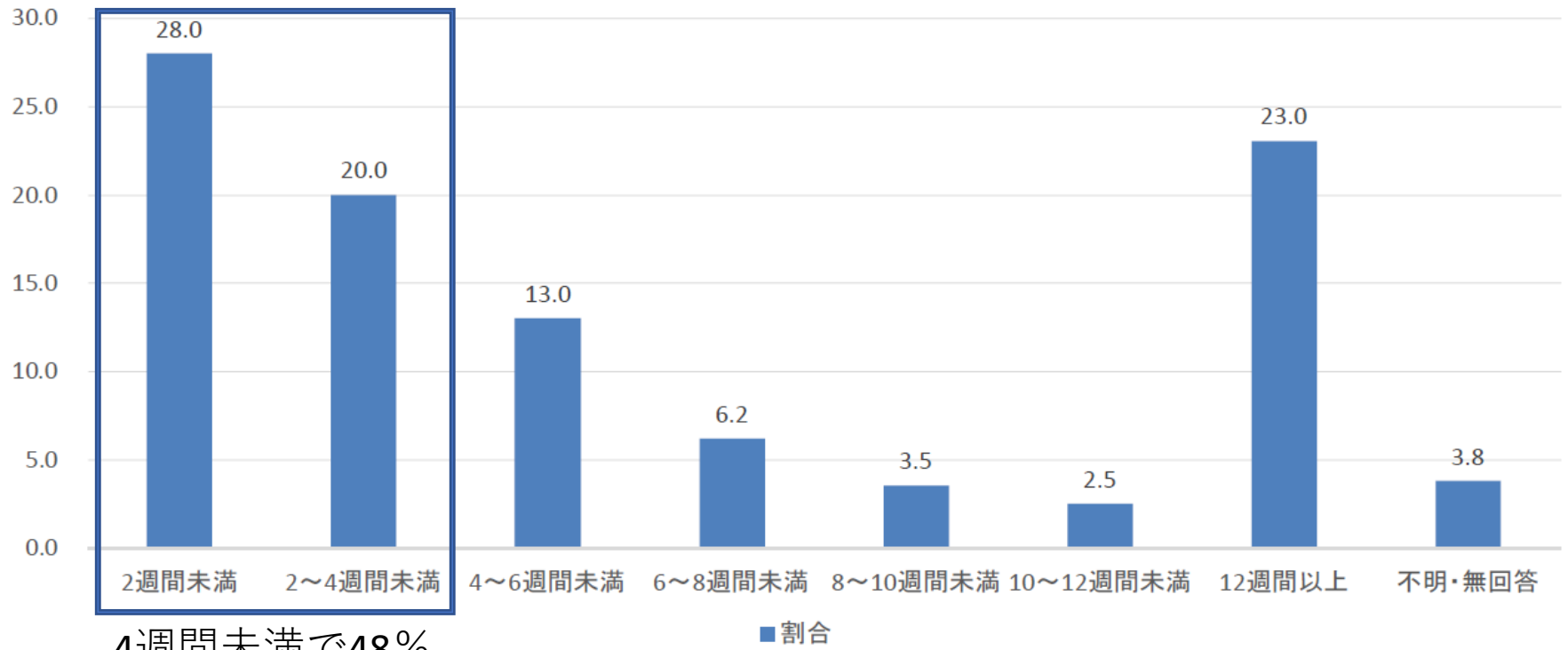
介護老人福祉施設における看取りの状況①

○ 看取りと判断された時期から死亡日までの日数について、「2週間未満」は28.0%、「2～4週間未満」は20.0%、「4～6週間未満」は13.0%、「6～8週間未満」は6.2%であった。「12週間以上」の入所者も23.0%存在。

(N=2,435)

※施設より回答のあった該当入所者数

看取りと判断された時期(死亡日から遡って)



4週間未満で48%

【出典】「特別養護老人ホームの医療や看取りのあり方に関するアンケート調査」(速報値)(令和2年度老人保健健康増進等事業)

2.(2)② 特別養護老人ホームにおける看取りへの対応の充実

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】

- 特別養護老人ホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける【告示改正】。
- あわせて、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こととする。【通知改正】

単位数

<現行>	<改定後>
看取り介護加算(Ⅰ)	看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日	⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)
死亡日前々日、前日 680単位/日	変更なし
死亡日 1,280単位/日	変更なし
看取り介護加算(Ⅱ)	看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日	⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)
死亡日前々日、前日 780単位/日	変更なし
死亡日 1,580単位/日	変更なし

<看取り介護加算(Ⅰ)>

算定要件等

45日～31日を新設

- 看取り介護加算の要件として、以下の内容等を規定する。
 - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知)
 - ・看取りに関する協議の場の参加者として、生活相談員を明記する。(告示)
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
 - ・施設サービス計画の作成にあたり、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。

③訪問介護の 2時間ルール弾力化

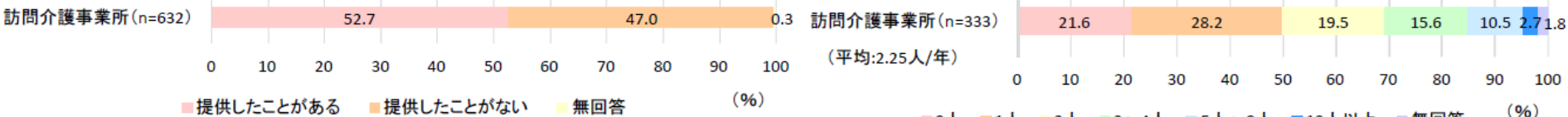


訪問介護における看取り期の利用者に対するサービス提供状況

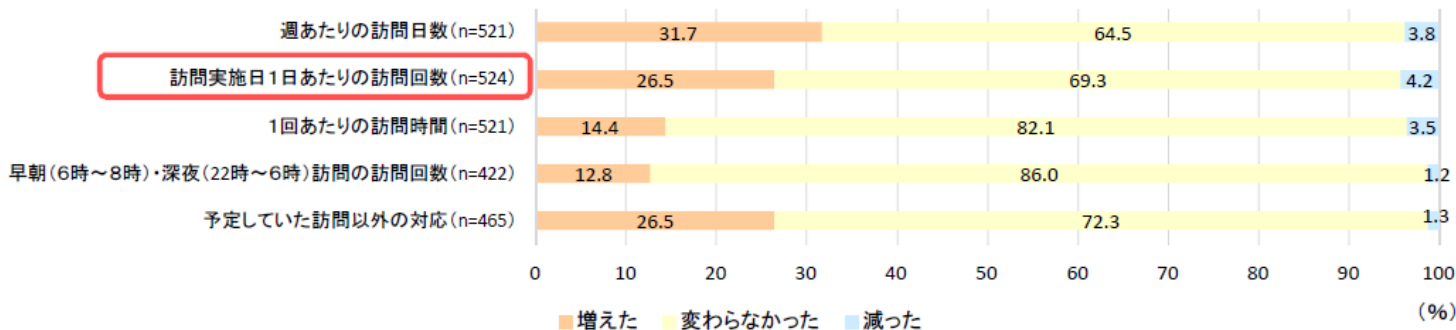
- 看取り期の利用者に対するサービス提供をした訪問介護事業所は約5割であり、1事業所あたり1年間で平均2.25人。
- 看取り期の訪問回数の変化については、1日あたりの訪問回数が増えた事業所は約3割。
- 訪問回数が増えたタイミングとしては、利用者が亡くなる3週間前～1か月前から回数が増える場合が多い。

【これまでの看取り期(※)の利用者に対するサービス提供の実施状況】

【直近1年間でサービス提供した看取り期(※)の利用者数】



【「看取り期(※)」の訪問日数・回数等の変化】(無回答を除く)



看取り期に
1日あたり
の訪問回数
が増える

【訪問日数・回数等が増えたタイミング】(無回答を除く)

訪問日数・回数等が増えたタイミング	亡くなった日～亡くなる3日前	亡くなった日の4日前～1週間前	亡くなった日の1週間前～2週間前	亡くなった日の2週間前～3週間前	亡くなった日の3週間前～1か月前	それ以前
週あたりの訪問日数 (n=164)	13.4%	18.9%	16.5%	8.5%	28.7%	15.9%
訪問実施日1日あたりの訪問回数 (n=134)	14.2%	17.9%	20.1%	14.2%	21.6%	14.9%
1回あたりの訪問時間 (n=70)	17.1%	20.0%	18.6%	5.7%	25.7%	14.3%
早朝(6時～8時)・深夜(22時～6時)訪問の訪問回数 (n=51)	19.6%	23.5%	13.7%	9.8%	17.6%	17.6%
予定していた訪問以外の対応 (n=118)	26.3%	21.2%	14.4%	7.6%	16.1%	15.3%

(※) 「看取り期」とは、「医師の診断に基づき、総合的に在宅での看取りを意識したケアを行った期間」を指す。なお、最終的に自宅で亡くなった場合だけでなく、「看取り期」のケアを在宅において行い、自宅から医療機関等に移った後概ね1週間以内に亡くなった場合も、調査の対象に含む。

出典：平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問系サービスにおける看取り期の利用者に対する支援のあり方に関する調査研究事業」(株式会社浜銀総合研究所)

看取り期の利用者の訪問介護のニーズの例

- 平時には、朝・昼・夜 1日3回の水分補給を含む食事介助を基本としながら、独居の場合は生活援助サービスも実施。
- さらに看取り期には、自身で行うことが困難になる水分補給（特に夏場の場合）や、痛みの緩和のための体位変換・部分浴を行う目的で、食事介助の合間にもサービス提供を実施。

※ 凡例 ■: 平時での訪問介護の提供 ■: 新たに看取り期において追加になった訪問介護の提供

事例①: 利用者の概況		独居・癌末期、医師から数日で看取りになると連絡を受けた後、訪問看護も利用している状況。		事例②: 利用者の概況		独居（同一敷地内に親族）、要介護度が悪化した頃から訪問回数が増加している。	
午前	8:00	食事介助・服薬介助・排泄介助		午前	8:00	食事介助	
	9:00				9:00		
	10:00	訪問看護			10:00	訪問看護	
	11:00				11:00	水分補給・体位変換・排泄介助	
午後	12:00	食事介助・服薬介助		午後	12:00		
	13:00				13:00	食事介助・清拭	
	14:00	水分補給・体位変換・排泄介助			14:00		
	15:00				15:00	水分補給・体位変換・排泄介助又は買い物	
	16:00	水分補給・体位変換・部分浴			16:00		
	17:00				17:00	食事介助・ゴミ出し	
	18:00				18:00	訪問看護	
夜間	19:00	食事介助・服薬介助・排泄介助		夜間	19:00		
	20:00				20:00	水分補給・排泄介助	
	21:00				21:00		
	22:00	水分補給・体位変換・ゴミ出し			22:00		
深夜	23:00			深夜	23:00		
	0:00				0:00		
	1:00				1:00		
	2:00 ～	水分補給・排泄介助			2:00 ～		

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間ルールがある

2.(2)⑦ 訪問介護における看取り期の対応の評価

概要

【訪問介護】

- 看取り期における対応の充実と適切な評価を図る観点から、看取り期には頻回の訪問介護が必要とされるとともに、柔軟な対応が求められることを踏まえ、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^{※1}の運用を弾力化し、2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、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。【通知改正】

単位数

- 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。

<単位数>

身体介護中心型	20分未満	167単位
	20分以上30分未満	250単位
	30分以上1時間未満	396単位
	1時間以上1時間30分未満	579単位
	+以降30分を増すごとに	84単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位
	45分以上	225単位

2時間ルールでは、1回25分で2回の間隔が2時間未満だと、合算して50分で、396単位

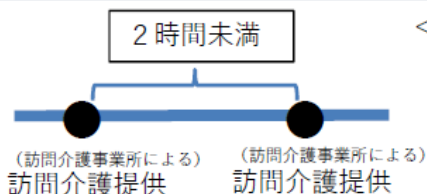
※単位数はすべて1回あたり。

※今回改定後の単位数

算定要件等

※追加する利用者は下線部

- 訪問介護は在宅の要介護者の生活パターンに合わせて提供されるべきであることから、単に1回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切ではない。したがって、前回提供した指定訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算するものとする（緊急時訪問介護加算を算定する場合又は医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に訪問介護を提供する場合を除く。）。



<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>

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

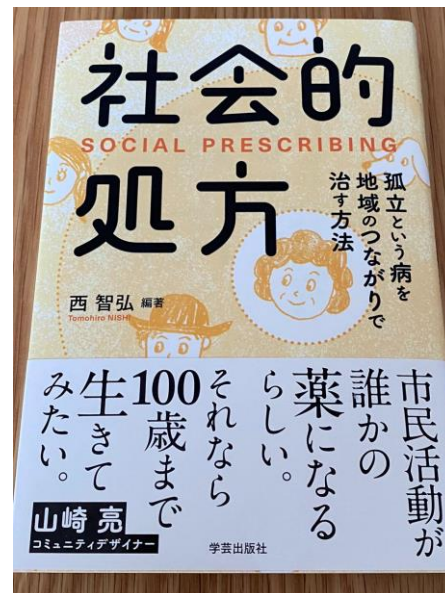
※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。

※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。

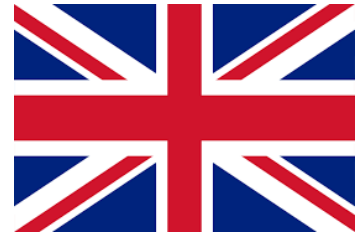
(3) 医療と介護の連携推進

- ①医師による居宅療養管理指導（社会的処方）
- ②短期入所
- ③退所前連携加算
- ④老健の所定疾患施設療養費とかかりつけ医連携薬剤調整加算
- ⑤介護医療院

① 医師による居宅療養管理指導 (社会的処方)



社会的処方（NHS）



Social prescribing is a way for local agencies to refer people to a link worker. Link workers give people time, focusing on ‘what matters to me’ and taking a holistic approach to people’s health and wellbeing. They connect people to community groups and statutory services for practical and emotional support.

「社会的処方とは、GPなどの地域医療機関が（ニーズのある）人々をリンクワーカーに紹介する行為である。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとることで、人々に余裕を与える。リンクワーカーは実践的、感情的な支援のためのコミュニティグループと法定サービスに結びつける（一部筆者意識）。」

イギリスにおけるGPによる 社会的処方

アルツハイマー型認知症に罹患している独居老人を診察している一般医（GP）が、当該患者が診療日以外は自宅に閉じこもりがちであり、それが心身の状況に悪影響を及ぼしていると診断した場合、リンクワーカーである自治体のケースワーカーや地区看護師（district nurse）に「日中の居場所確保および日常生活支援の必要性」を「処方」し、その総合的な対応を図る。

社会的処方

「社会的処方を受けた患者の
80%が救急外来、外来診察、入
院の使用を減らした」



2.(3)② 医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実

概要

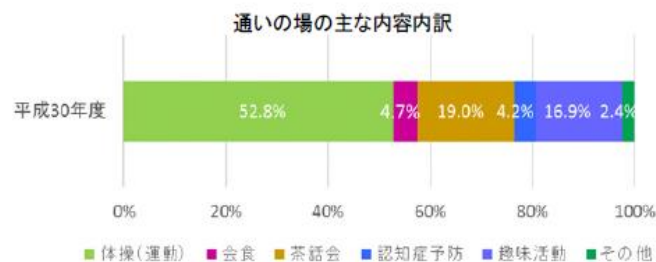
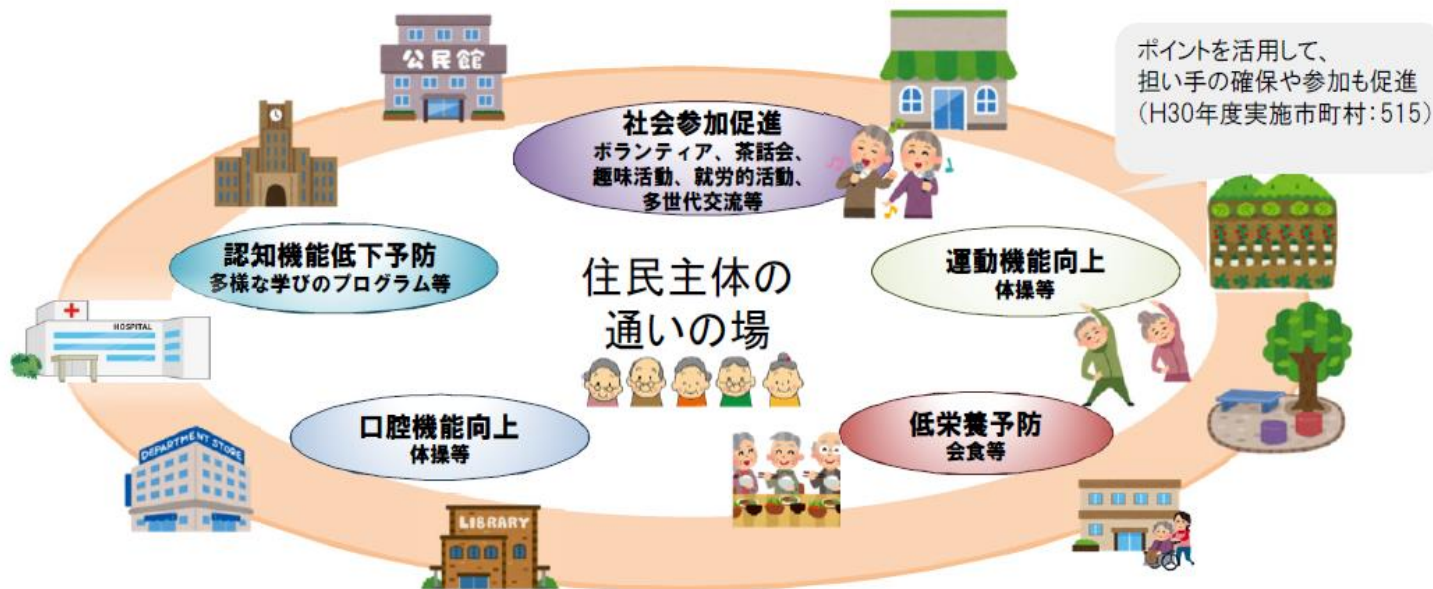
【居宅療養管理指導★】

- 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 医師：主治医意見書の様式を踏まえた新たな様式を設定。
 - ・ 歯科医師：歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた新たな様式を設定。
- ※ 様式には、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、関連の記載欄を設定。（※2（3）①参照）

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ージャー等に提供するよう努めることとする

住民主体の通いの場等(地域介護予防活動支援事業)

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。



(参考) 事業の位置づけ: 介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国: 25%、都道府県: 12.5%、市町村12.5%
1号保険料: 23%、2号保険料: 27%

(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 515市町村
うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与 426市町村
(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

②短期入所の看護師配置



論点①看護職員に係る配置基準

対応案

短期入所生活介護の看護職員については、

- ① 併設型かつ定員20人以上の事業所は、現行規定上「常勤」で配置することとしており、
 - ・「専従」やサービス提供時間帯を通じての配置を求めているものではなく、単に勤務時間を必要時間数分確保すればよいとしていること
 - ・類型・定員により、必要とされる医療的ケアに差はないことから、単独型・併設型かつ定員19人以下の事業所と同様の人員配置基準とすることとしてはどうか。
- ② 単独型・併設型かつ定員19人以下の事業所は、現行規定上配置の必要はないが、
 - ・医療的ケアの必要な要介護者が、一定数事業所を利用していること
 - ・その一方、看護職員が不足している事業所は約4割、そのうち採用が困難である事業所は約9割であり、必要な看護職員を確保することが難しい事業所もあることから、利用者の状態像に応じて、密接かつ適切な連携（※）により確保することとしてはどうか。

看護職員の配置の考え方

常勤	現行：併設型かつ定員20人以上	①
利用者の状態像に応じ 密接かつ適切な連携により確保	類型・定員の別によらず、同一の基準を設置	
未配置	現行：単独型／併設型かつ定員19人以下	②

① 看護職員の有効活用の観点から、単独型・併設型かつ定員19人以上と同一の基準に見直し。

② 一定数医療的ケアの必要な要介護者が利用していること等をふまえ、利用者の状態像に応じ、密接かつ適切な連携により確保。

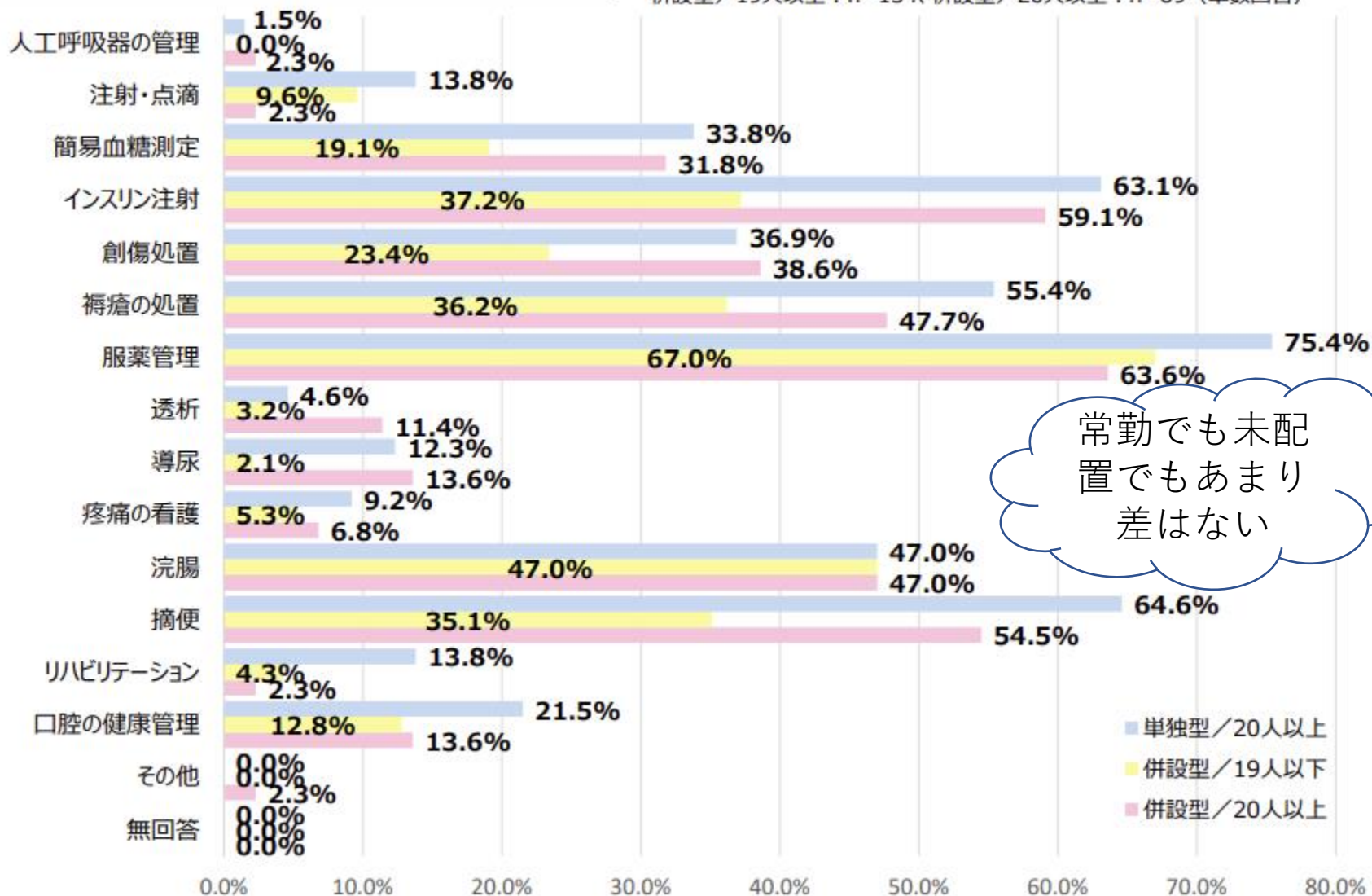
（※）通所介護における同様の規定を参照し、以下をもって密接かつ適切な連携により確保されていることとしてはどうか。

- ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員がサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと。
- ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの間で、当該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構築すること。

短期入所生活介護 類型別・定員別医療的ケアの状況②

類型別・定員別 看護職員が対応している医療的ケア②

単独型/20人以上：n=86、
併設型/19人以上：n=134、併設型/20人以上：n=69（単数回答）

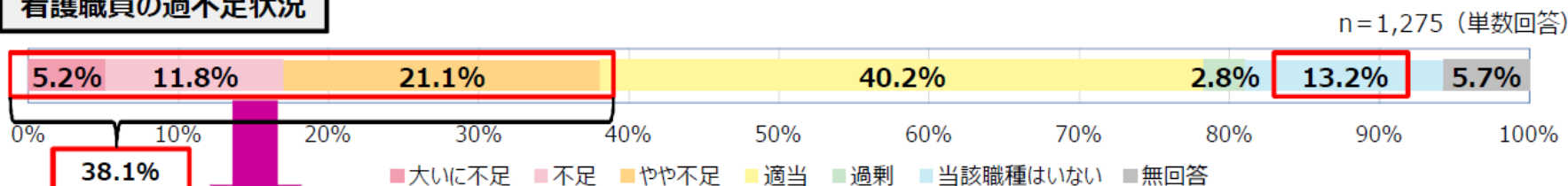


常勤でも未配置でもあまり差はない

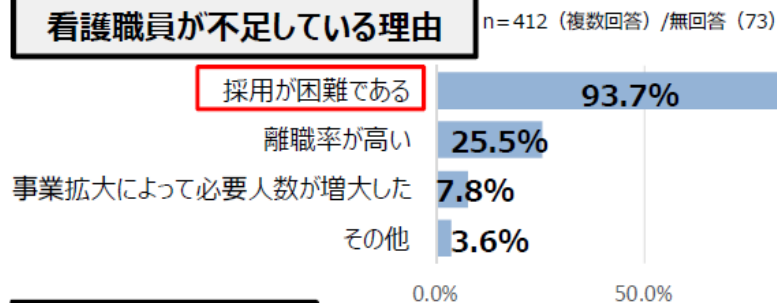
(介護予防)短期入所生活介護 看護職員の採用状況

- (介護予防)短期入所生活介護事業所における看護職員の過不足状況をみると、看護職員が不足している事業所は合計で約4割であった。また看護職員を配置していない事業所は13.2%であった。
- 看護職員が不足している事業所について、その理由をみると、「採用が困難である」が93.7%であった。
- 採用が困難であると回答した事業所について、その理由をみると、「同業他社との人材獲得競争が激しい」(66.4%)が最も多く、次いで「他産業に比べて、労働条件等が良くない」(54.1%)が多かった。
- (介護予防)短期入所生活介護事業所職員の定着状況をみると、「定着率が低く困っている」は26.7%であった。

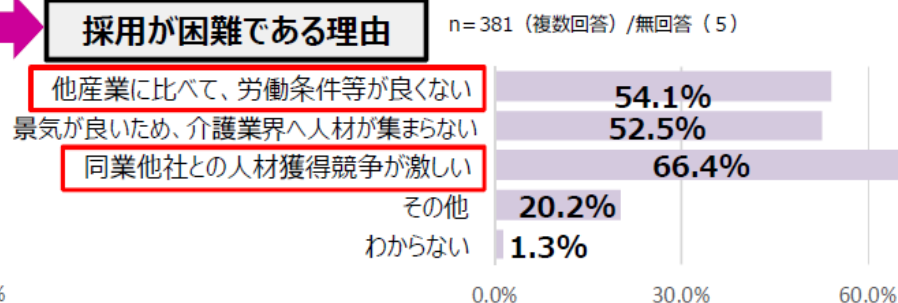
看護職員の過不足状況



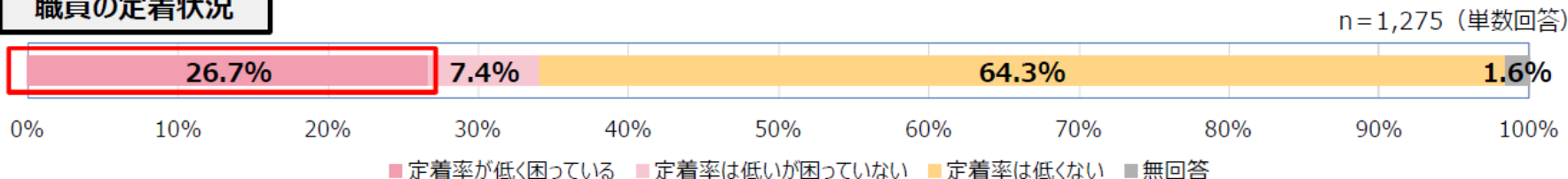
看護職員が不足している理由



採用が困難である理由



職員の定着状況



4.(2)⑫ 看護職員の配置基準の見直し

概要

【短期入所生活介護★】

- (介護予防) 短期入所生活介護における看護職員の配置基準について、看護職員の確保が困難な状況がある中で、地域において人材を有効活用しながら医療的ケアを行う体制の充実を図る観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

基準・算定要件等

- 看護職員の配置が必須ではない単独型及び併設型かつ定員19人以下の事業所について、看護職員を配置しなかった場合であっても、医療的ケアの必要な利用者への対応の充実を図るため、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、看護職員を病院、診療所又は訪問看護ステーション等との密接かつ適切な連携により確保すること（当該連携により、看護職員が必要に応じてサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと、当該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こと）を求めることとする。
- 看護職員の常勤1名以上の配置が求められている併設型かつ定員20人以上の事業所について、類型・定員により必要とされる医療的ケアに差はないことを踏まえ、人材の有効活用を図る観点から、単独型及び併設型かつ定員19人以下の事業所と同様の人員配置とする。

	現行	改定後
単独型・併設型共通	・介護職員又は看護職員 常勤換算方法で、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1人以上	
単独型 併設型・定員19名以下	・配置規定なし	・看護職員を配置しなかった場合でも、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、看護職員を病院、診療所又は訪問看護ステーション等との密接かつ適切な連携により確保すること。（当該連携により、看護職員が必要に応じてサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと、当該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こと。）
併設型・定員20名以上	・常勤で配置	

介護老人保健施設



③退所前連携加算の 見直し

退所前連携加算

概要

- 退所前連携加算は、介護老人保健施設等の入所者が居宅等へ退所するにあたり、退所後の居宅等での介護サービスの利用等が円滑なものとなるよう相談支援等を行うことを評価する。

単位数

500単位／日（1回につき）

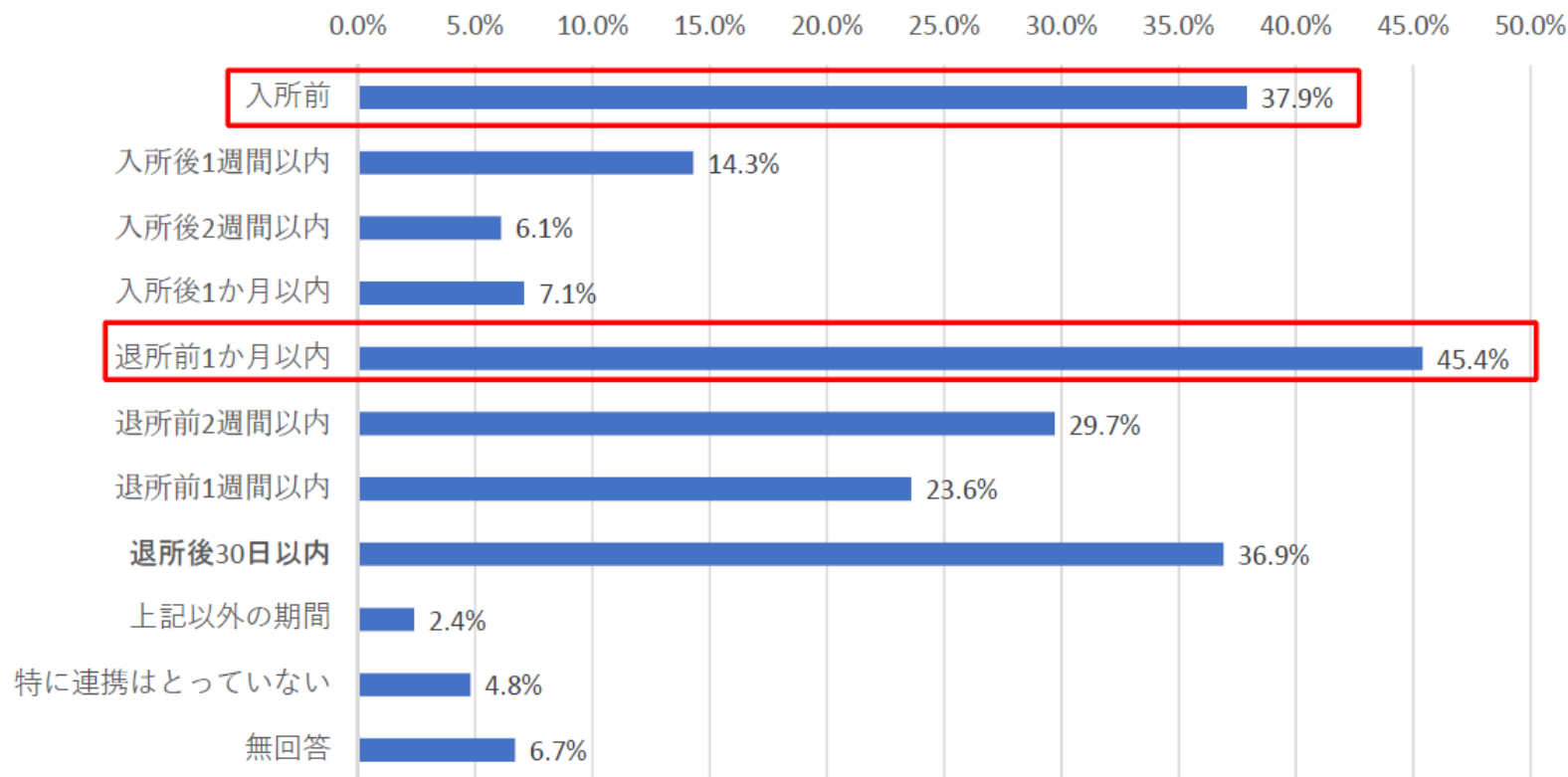
算定要件等

- 退所前連携加算
入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、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て、入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて入所者の居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定

居宅ケアマネジャーと連携をとった時期

- 退所後のケアプランを作成した居宅ケアマネジャーと連携を取った時期は退所前1ヶ月以内が45.4%で最も多く、次いで入所前が37.9%であった。

居宅ケアマネと連携をとった時期（複数回答）（n=4,436）

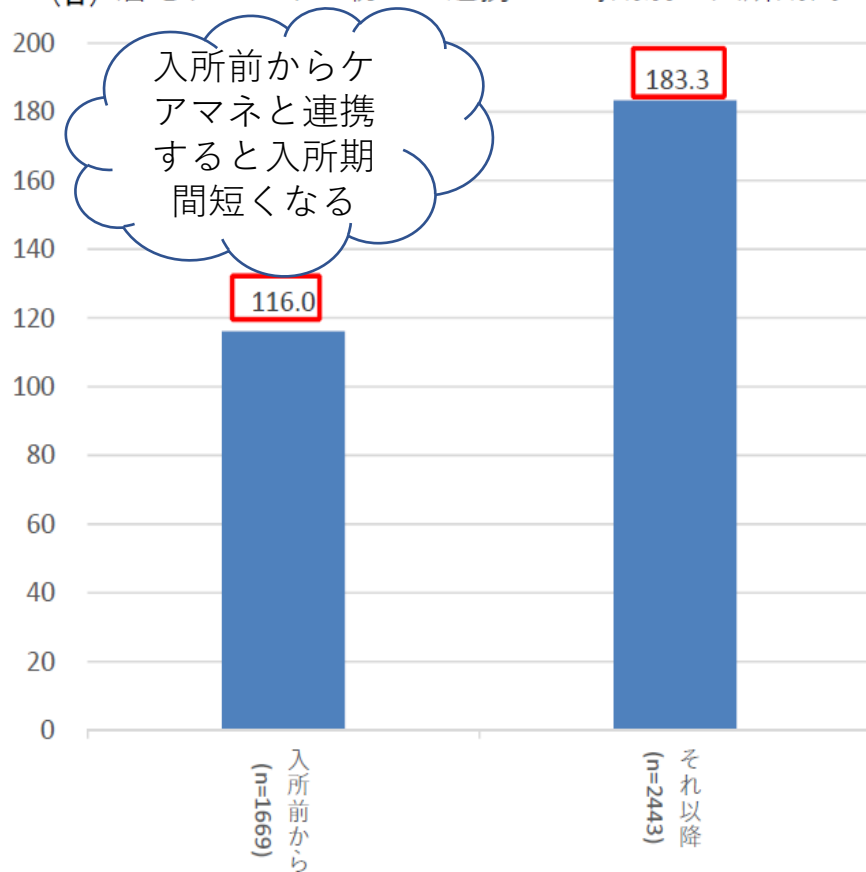


※複数回答。連携をとった時期ごとに最も当てはまる選択肢。

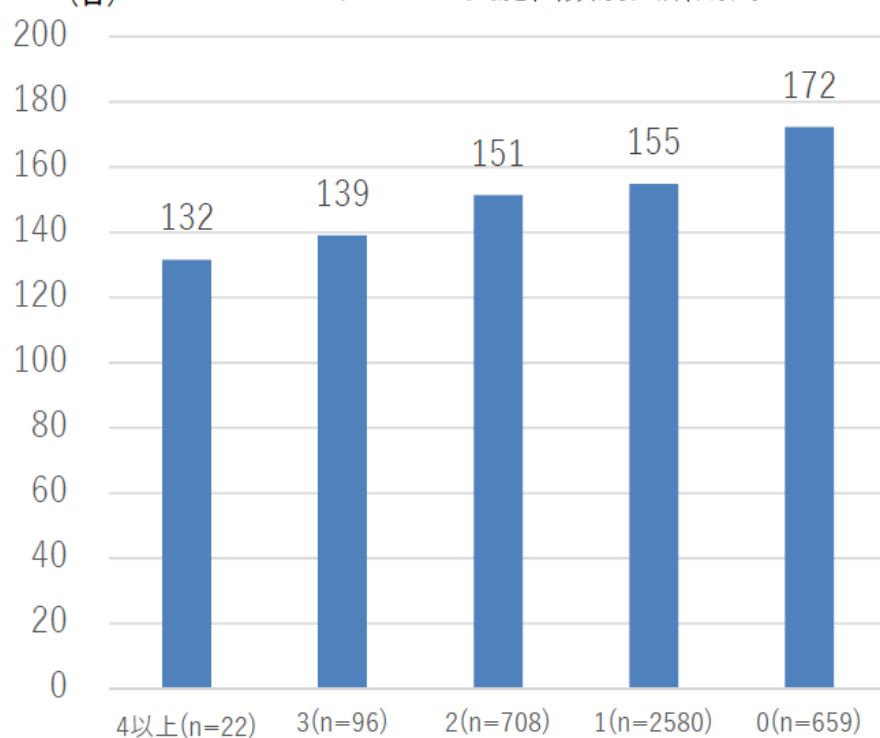
居宅介護支援事業所との連携

- 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。
- 居宅介護支援事業所とのカンファレンス実施回数が1回以上の場合、0回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



(日) カンファレンス実施回数別入所期間



論点④居宅介護支援事業者との連携(退所前連携加算)

検討の方向(案)

- 入所時から退所後の生活を念頭に置いて対応することで、より早期の在宅復帰を促進する観点から、入所時からの、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の連携を評価することを検討してはどうか。
- 一方、上記の取組を促す観点から、退所前だけの連携については、現行の単位数を見直すことを検討してはどうか。

入所時からの早期
在宅復帰のための
ケアマネ連携を評
価する

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>

退所前連携加算 500単位

⇒

<改定後>

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。

診療報酬における
入退院支援加算に相当

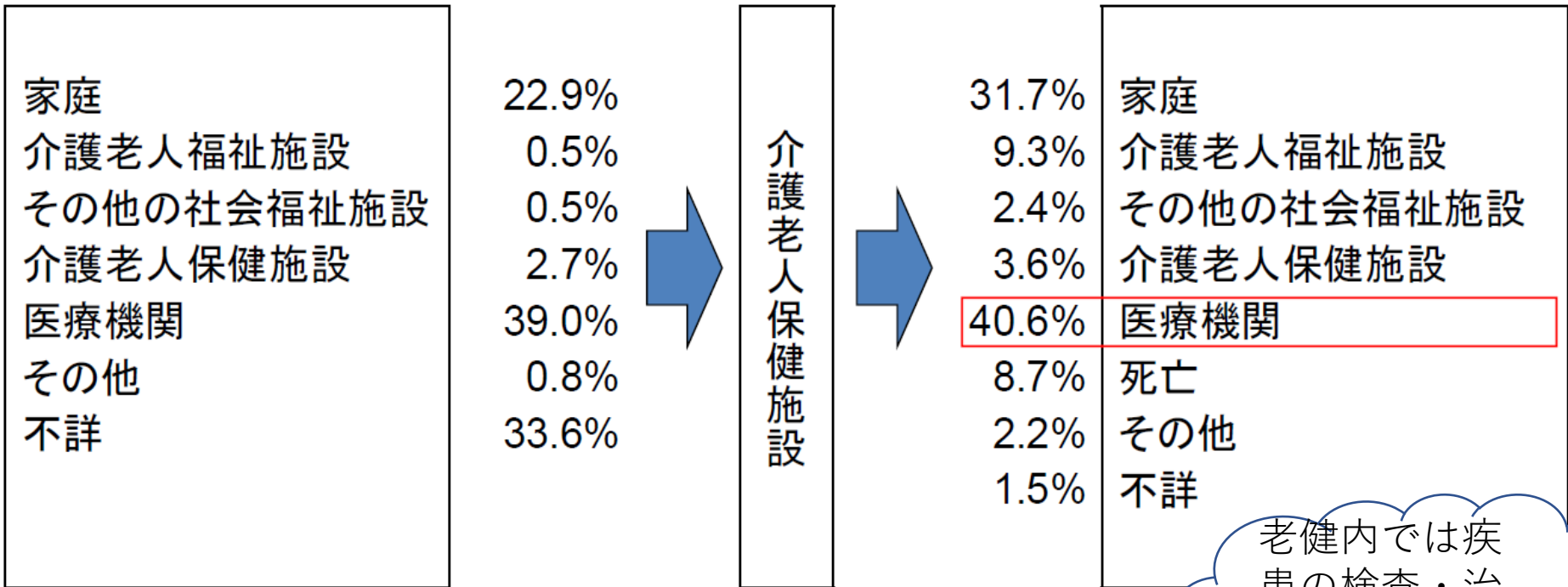
④老健の所定疾患施設療
養費とかかりつけ医連携
薬剤調整加算

所定疾患施設療養費



介護老人保健施設における入所者・退所者の状況

(退所者: 18,569人)



平均在所日数 311.3日 (329.2日)

医療機関	→	医療機関	19.1 (%)
家庭	→	家庭	23.5
家庭	→	医療機関	2.9

老健内では疾患の検査・治療を行うと持ち出しになる

2013年調査

平成25年介護サービス施設・事業所調査結果

介護老人保健施設における医療の充実（平成24年度介護報酬改定資料）

2012年改定

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日

（1月に1回、連続する7日に限る）

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹（抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る）

○算定要件

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

（出典）

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20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適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

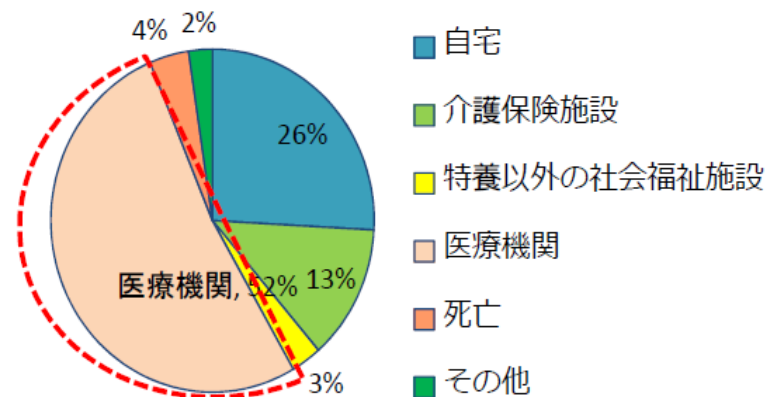
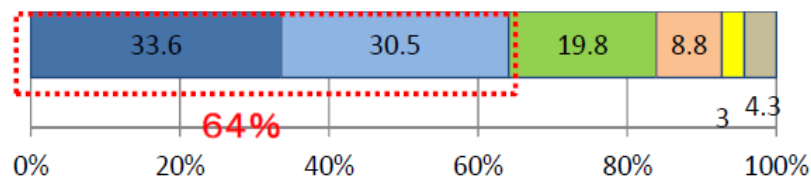


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設

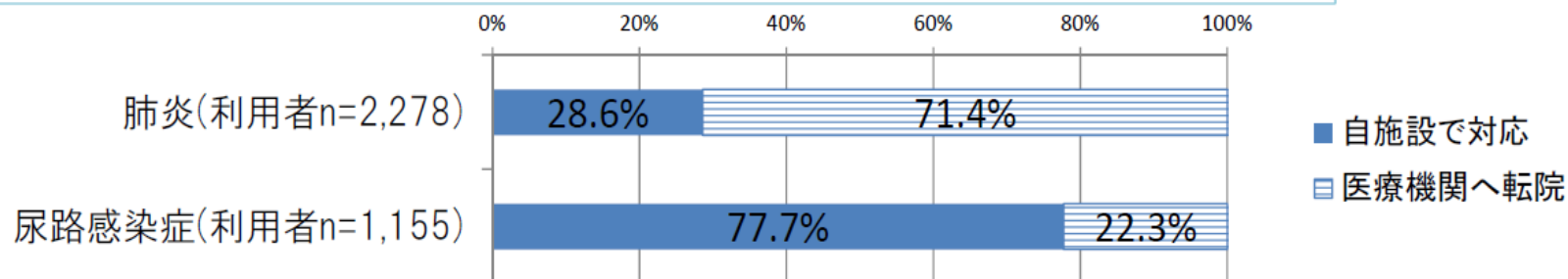


- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

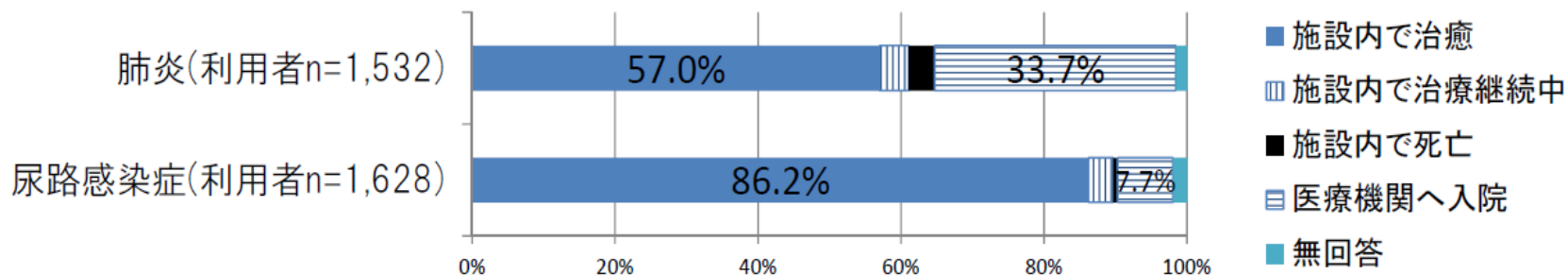
介護老人保健施設における医療の充実（効果検証）

○ 介護老人保健施設入所者の肺炎・尿路感染症に対して、施設内での対応は充実しつつある。

平成20年10～11月の間に
2008年
肺炎と診断された入所者のうち71.4%が、医療機関へ転院していた。
尿路感染症と診断された入所者のうち22.3%が、医療機関へ転院していた。



平成24年11月中に
2012年
肺炎と診断された入所者のうち57.0%が、施設内で治癒していた。
尿路感染症と診断された入所者のうち86.2%が、施設内で治癒していた。



○施設内での発生率が30%を超えるもののうち、介護老人保健施設で対応したほうがよい不測の事態は、「感染性胃腸炎」「インフルエンザ」「急性気管支炎」「蜂窩織炎、膿傷等」と考える。

平成20年度「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」報告書より

【施設内での発生率が高い「不測の事態」】

回答施設数 (n=1,388)	不測の事態への対応が 必要となった入所者が「いた」割合
肺炎(誤嚥性を含む)	70.5
褥瘡	58.4
認知症の行動障害	56.3
尿路感染症 (急性腎盂炎等)	47.3
骨折	45.2
貧血	39.9
意識障害	35.8
急性気管支炎	34.7
頭部打撲	33.9
脱水	32.6
慢性心不全の急性増悪	32.3
誤嚥	32.3
脳出血・脳梗塞等	31.8
蜂窩織炎、膿傷等	31.6
外傷	31.5
悪性腫瘍	31.2
不整脈	27.6
急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪	24.9
消化管出血	22.4
带状疱疹	21.9
急性心不全 (心筋梗塞含む)	19.8

【調査結果に見る「老健で対応した方がよい不測の事態」】

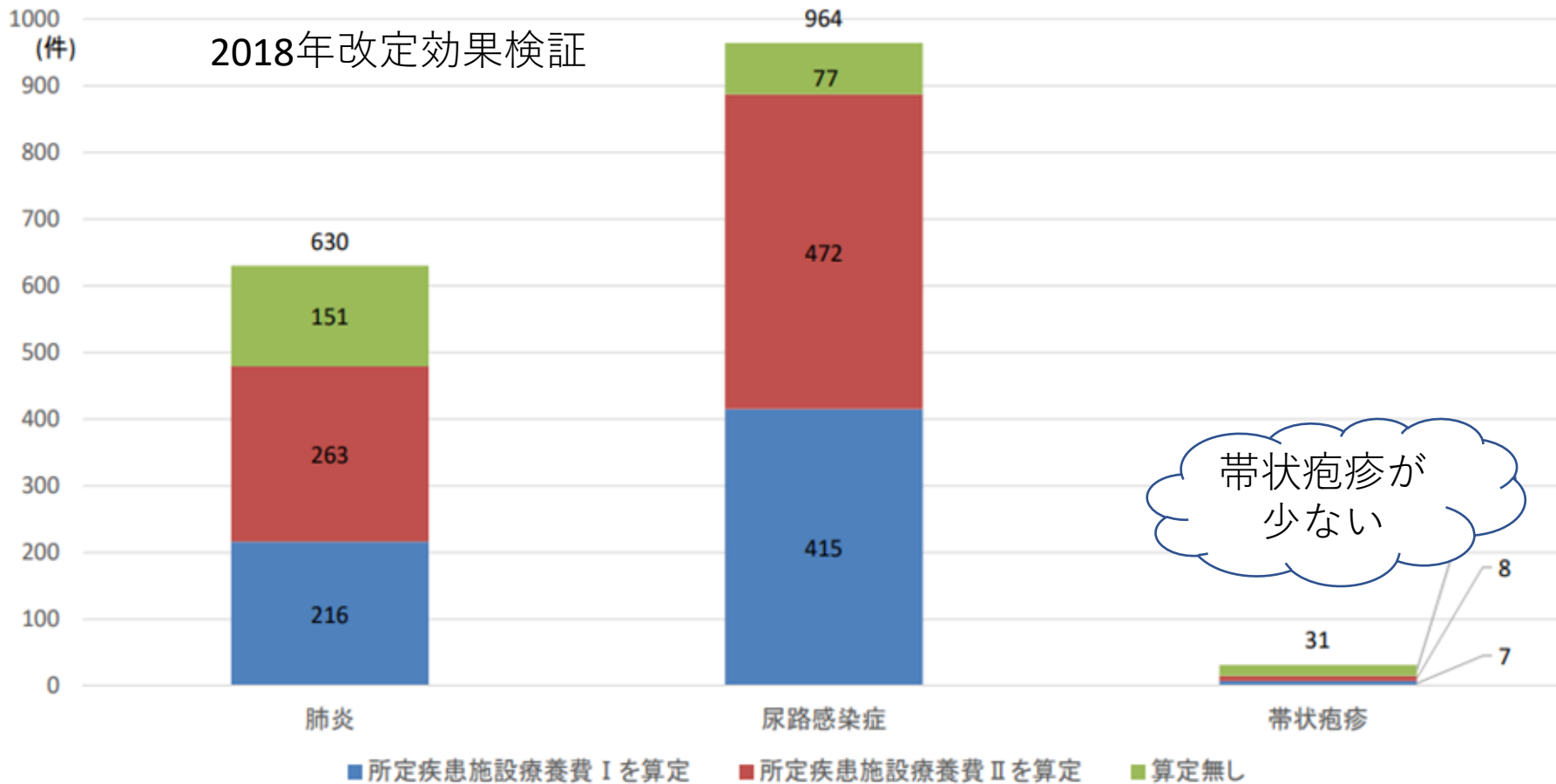


緑＝所定疾患施設療養費の対象疾患

赤＝施設内での発生率が30%を超え、かつ介護老人保健施設で対応したほうがよいと考える不測の事態

介護老人保健施設における疾患の発症状況

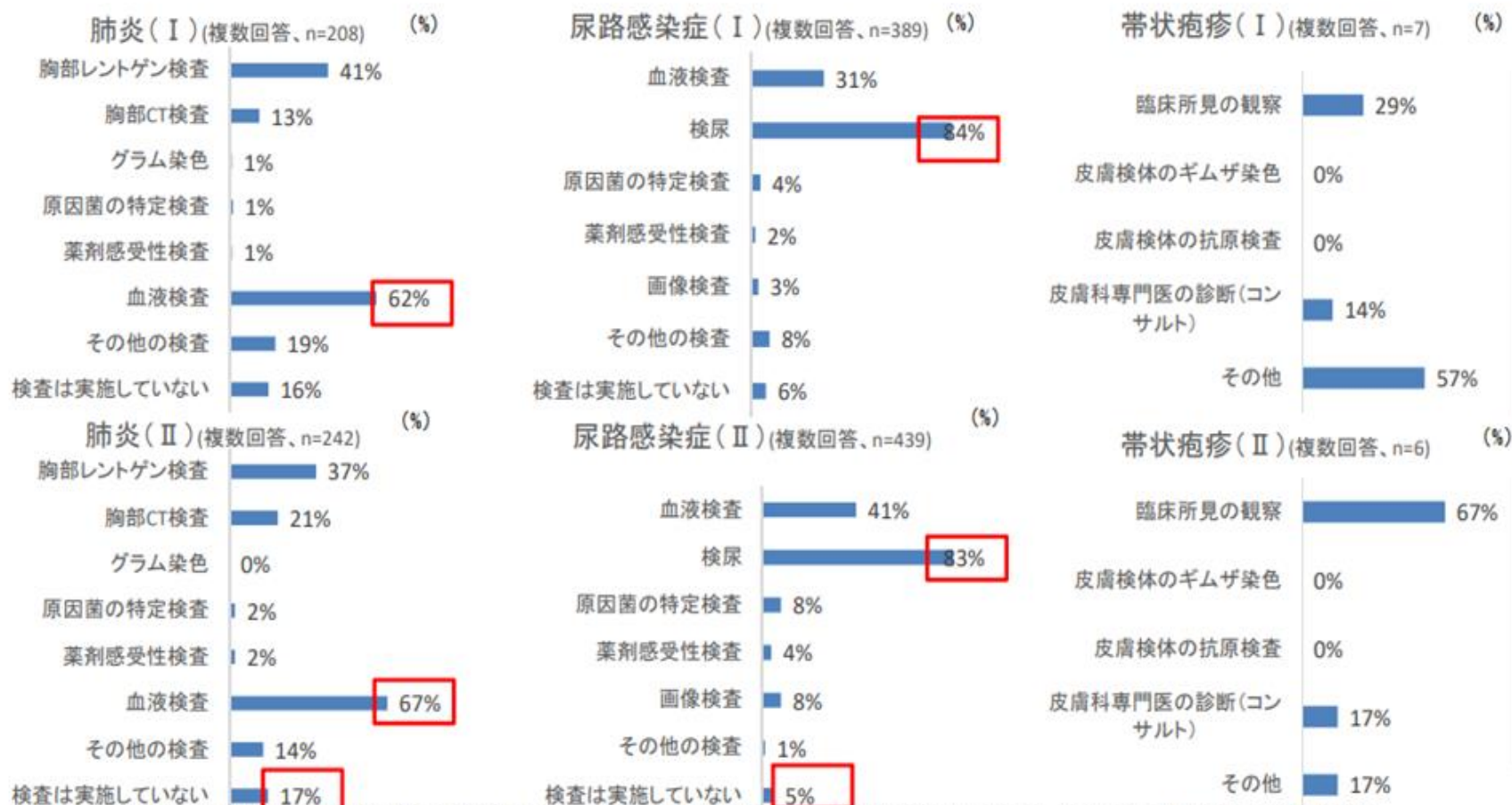
○介護老人保健施設で発症した肺炎、尿路感染症、带状疱疹のうち、所定疾患施設療養費ⅠまたはⅡを算定したものの件数は、肺炎で630件中479件・尿路感染症で964件中887件・带状疱疹で31件中15件となった。



検査実施なしで
治療実施？

所定疾患施設療養費の検査について

- 所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が62%、尿路感染症については検尿が84%であった。
- 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が67%、尿路感染症については検尿が83%であった。一方で、検査を実施していない割合が肺炎は17%、尿路感染症は、5%であった。



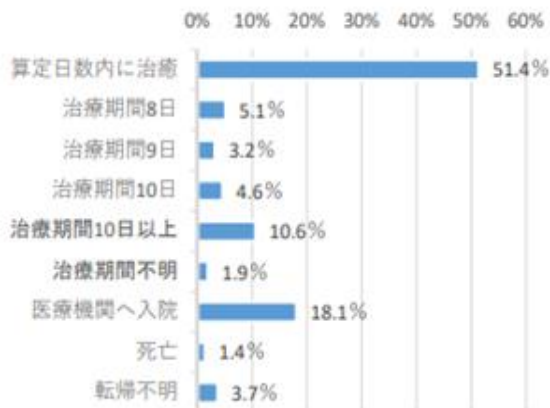
【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

所定疾患施設療養費の治療期間について

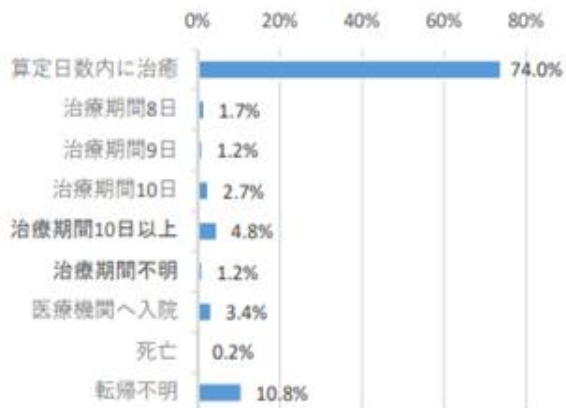
治療期間7日
超が一定数
ある

○ 算定日数を超えて治療を行い治癒した入所者が一定数存在した。

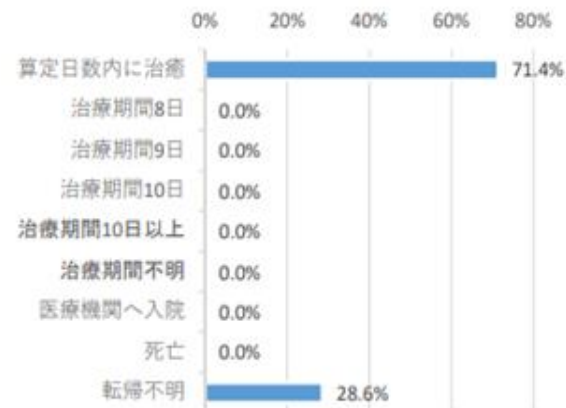
肺炎（Ⅰ）（n = 216）



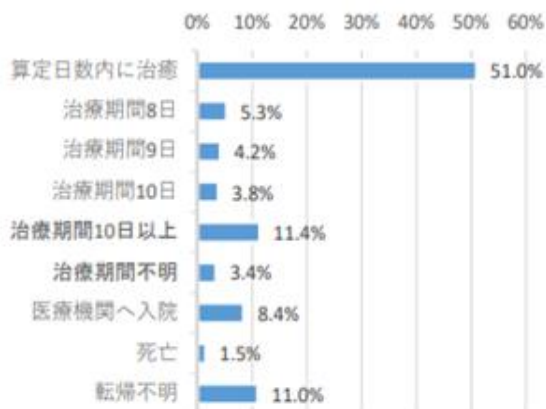
尿路感染症（Ⅰ）（n = 415）



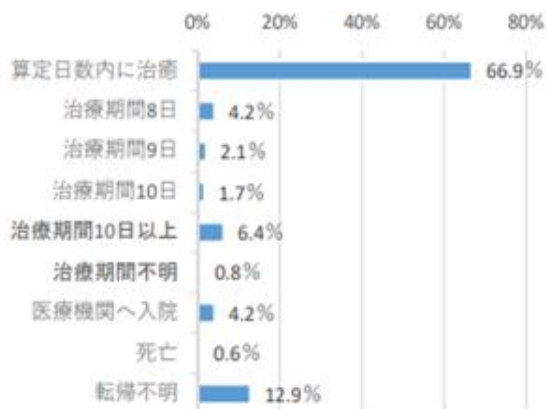
带状疱疹（Ⅰ）（n = 7）



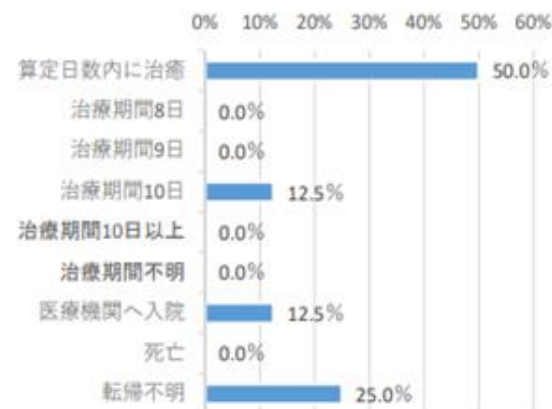
肺炎（Ⅱ）（n = 263）



尿路感染症（Ⅱ）（n = 472）



带状疱疹（Ⅱ）（n = 8）



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>

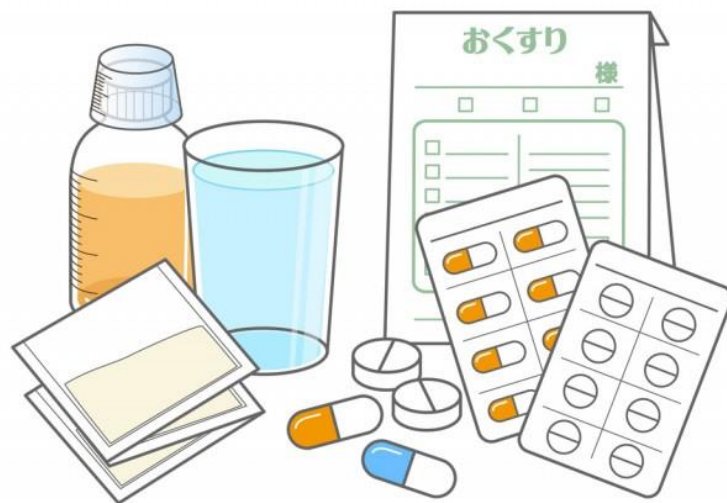
- ・1月に1回、連続する 7日を限度

<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】

かかりつけ医 連携薬剤調整加算



在宅等における医療・介護連携の強化に関する事項(施設での連携)

○ かかりつけ医との連携【介護老人保健施設】

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて評価を新設。

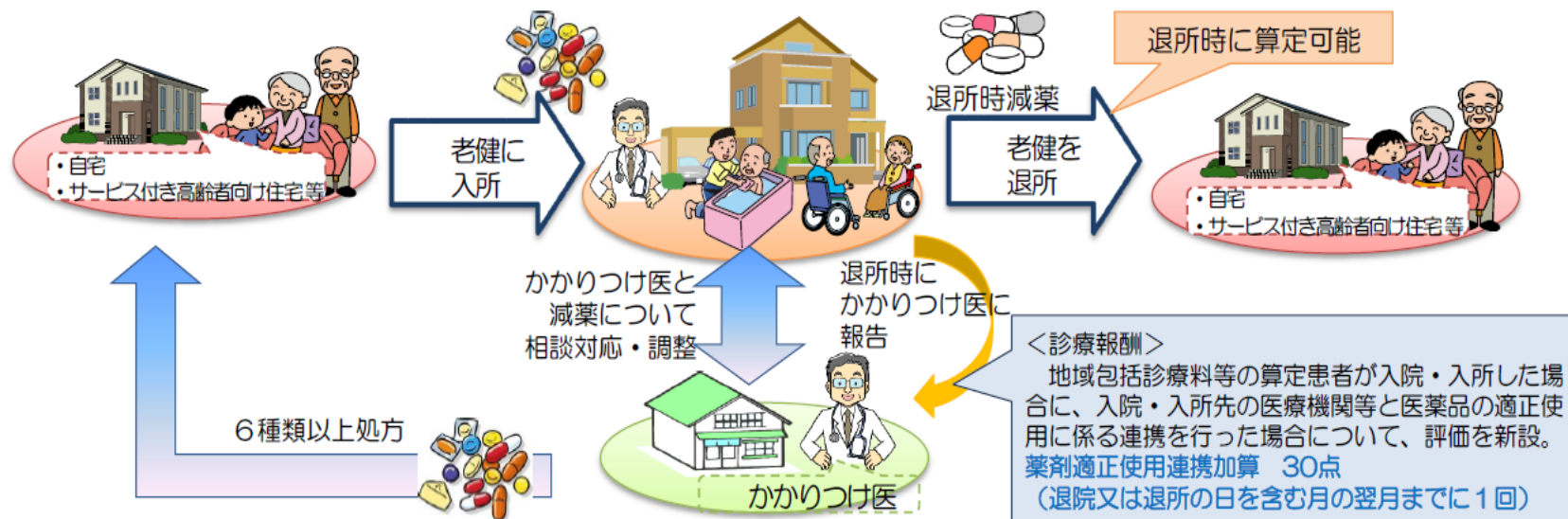
(新設) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ※入所者1人につき1回を限度として、退所時に加算

(要件) 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。

イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者

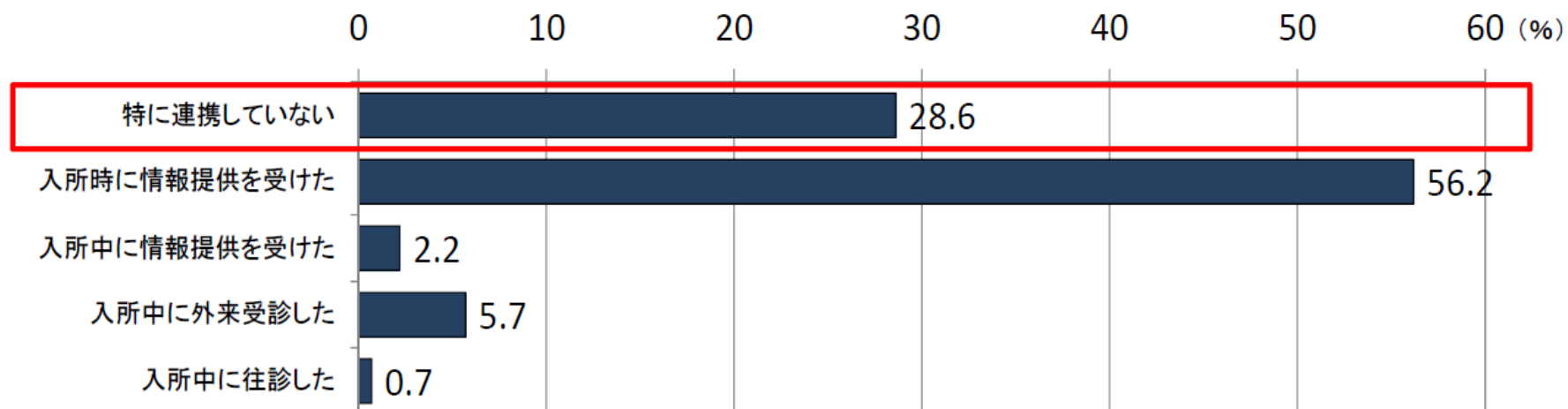
ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者

ハ 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者

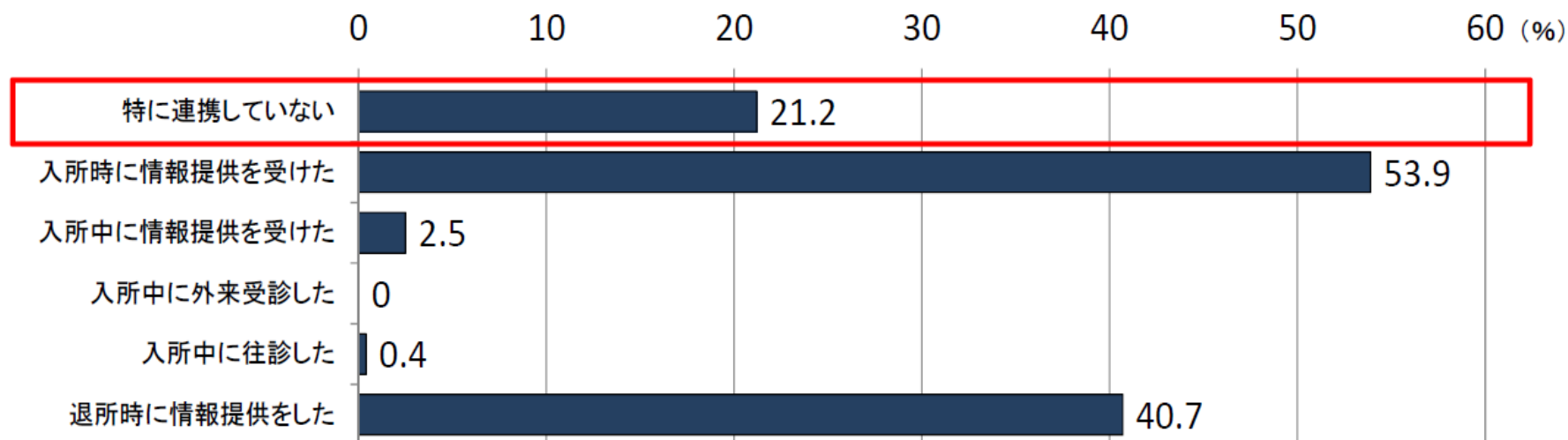


介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について

入所時における、利用者のかかりつけ医との連携内容について



退所時における、利用者とかかりつけ医との連携内容について



かかりつけ医連携薬剤調整加算について

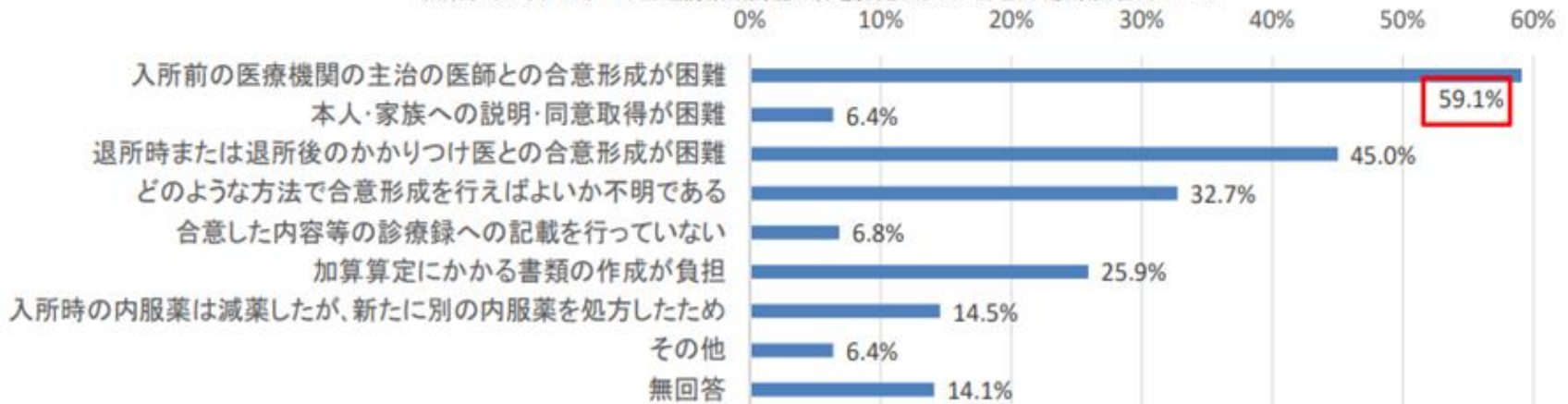
- 退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されており、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人の割合は11.3%、このうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人の割合は6.9%であった。
- 減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由は「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」が59.1%であった。

退所者の処方等の状況 (回答数425施設)

	合計人数：人	退所者数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人に対する割合	該当者がいた施設数：施設	回答施設数に対する割合
退所者数 (死亡を除く)	19,226	100.0%		425	100.0%
退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人数	6,929	36.0%		310	72.9%
うち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人数	2,172	11.3%		227	53.4%
うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	149	0.8%		21	4.9%

算定率は
6.9%と低調

減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由 (複数回答)(n=220)



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>	<改定後>
かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位	⇒ 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。

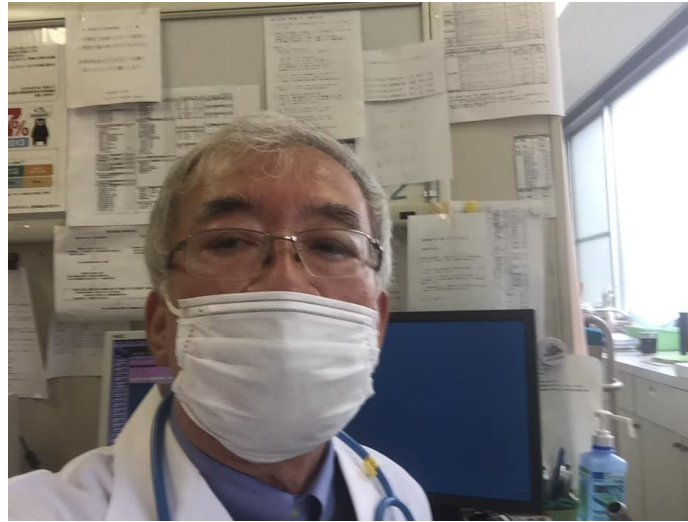
老健では減薬が進められている



- 老健施設では薬剤費が包括評価されている
- このため「減薬へのインセンティブが内包されている」と考えられる(薬を多く使うほど、施設側の収益は悪くなる)
- 「かかりつけ医に連絡・連携せずに減薬をすすめている」施設などもあることを真鍋老人保健課長は紹介している

真鍋馨老人保健課長

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

連携実務者が知ってほしい 介護報酬改定速報② 介護医療院、特養など

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

講義の全体目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 感染症や災害への対応力強化
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 自立支援・重症化防止
- パート 6
 - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 7
 - 介護人材の確保・介護現場の革新



講義②の目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 感染症や災害への対応力強化
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 自立支援・重症化防止
- パート 6
 - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 7
 - 介護人材の確保・介護現場の革新



パート 4

地域包括ケアシステムの推進

- (1) 認知症への対応力向上に向けた取り組みの推進
- (2) 看取りへの対応の充実
- (3) 医療と介護の連携の推進
- (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

(3) 医療と介護の連携推進

- ①医師による居宅療養管理指導（社会的処方）
- ②短期入所
- ③退所前連携加算
- ④老健の所定疾患施設療養費とかかりつけ医連携薬剤調整加算
- ⑤介護医療院

⑤介護医療院



2018年改定
介護医療院
3.2万床へ

高知県黒潮町出口の介護医療院「ことぶき」

療養病床問題と介護医療院



療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

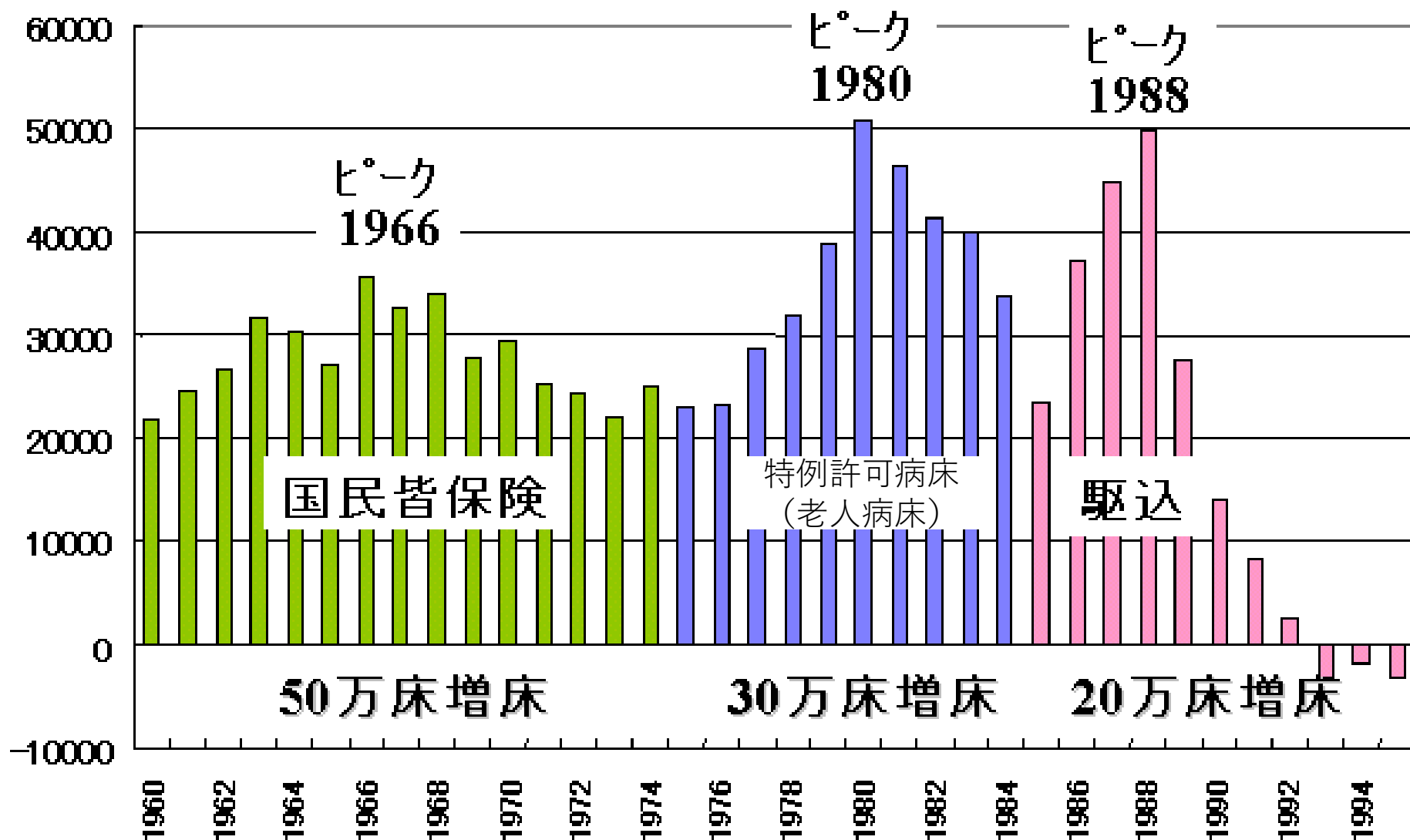
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

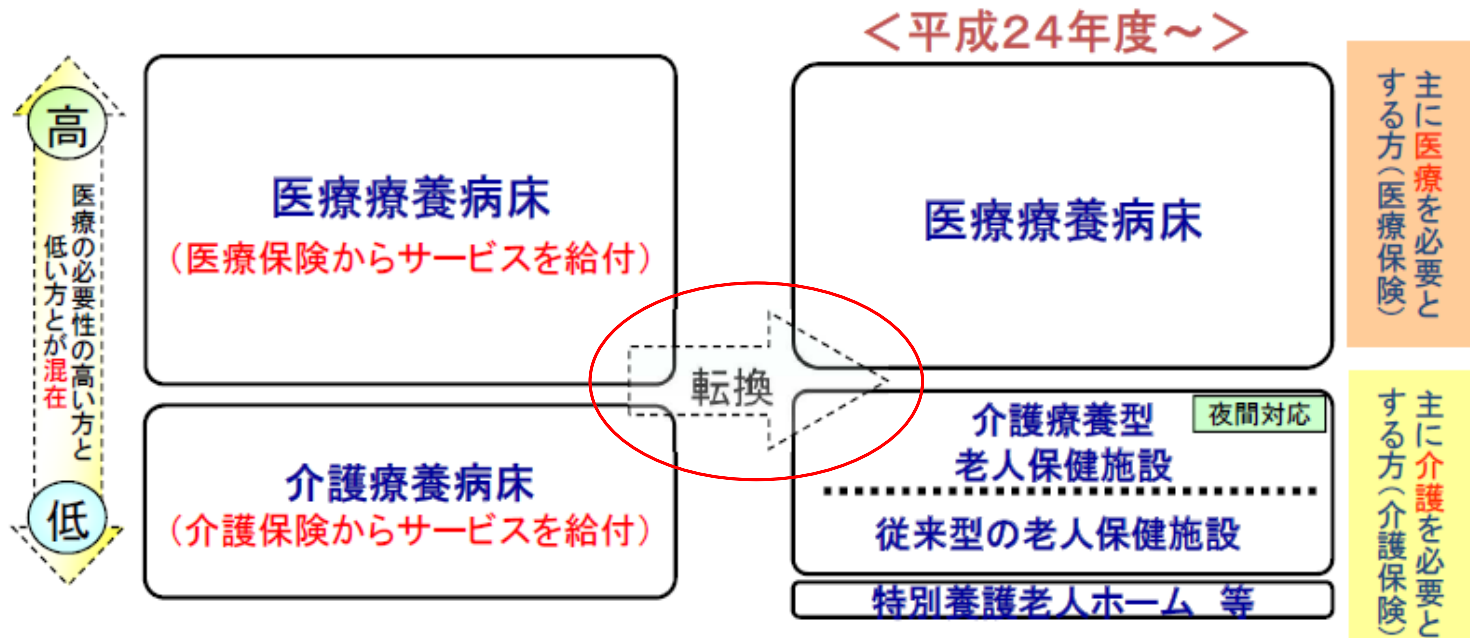
日本の増床三つのピーク



療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
介護医療院		
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 } 3対1</p> <p>介護 } ※ うち看護2/7程度</p> </div> <p>～</p>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
 - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院



療養室

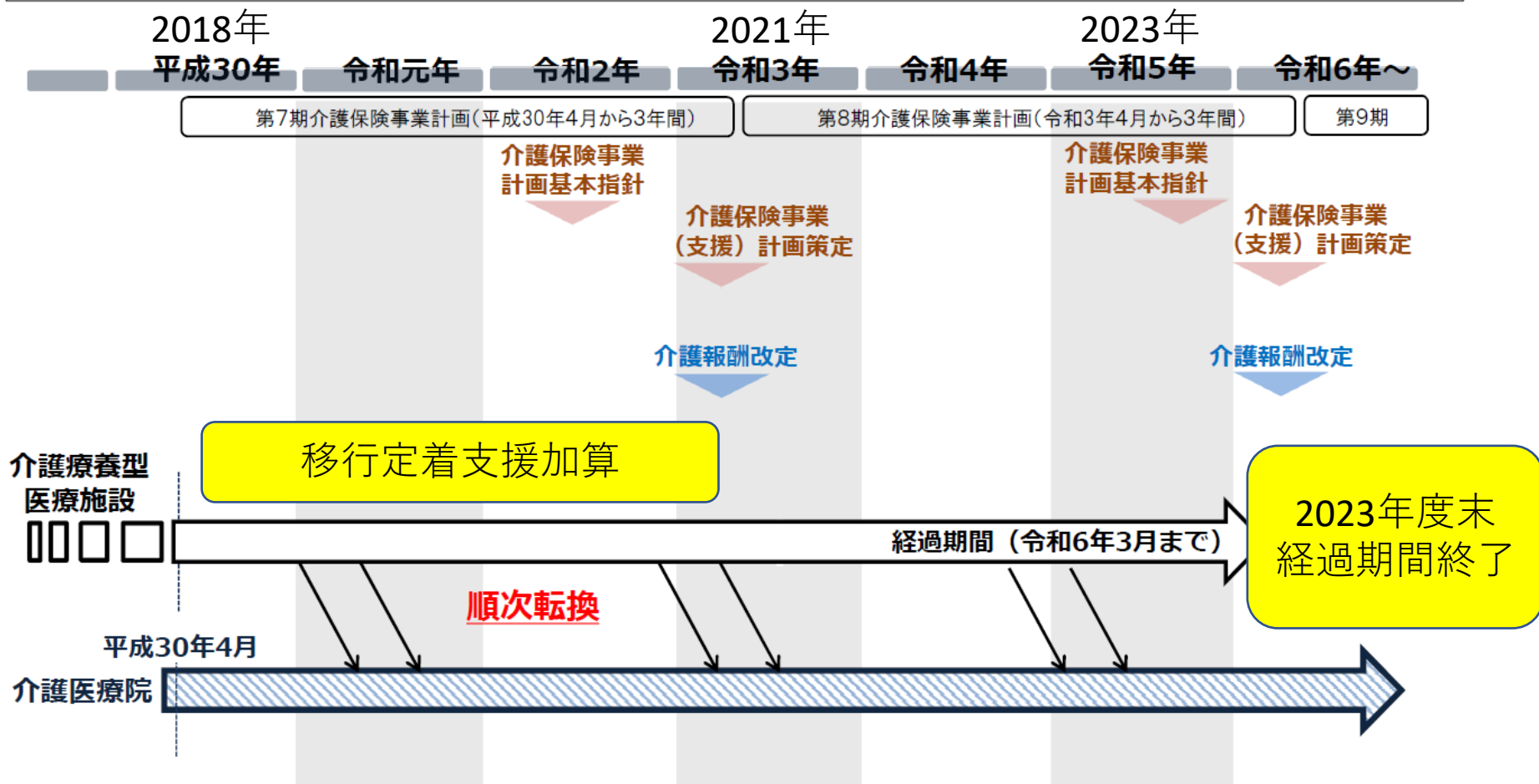


食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)
福島県いわき市

介護療養型医療施設等に関するスケジュールのイメージ

- 平成30年4月、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する施設として、介護医療院が創設された。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を令和5年度末まで延長することとされた。



介護医療院開設状況(20.6)

全国 515施設 32634床

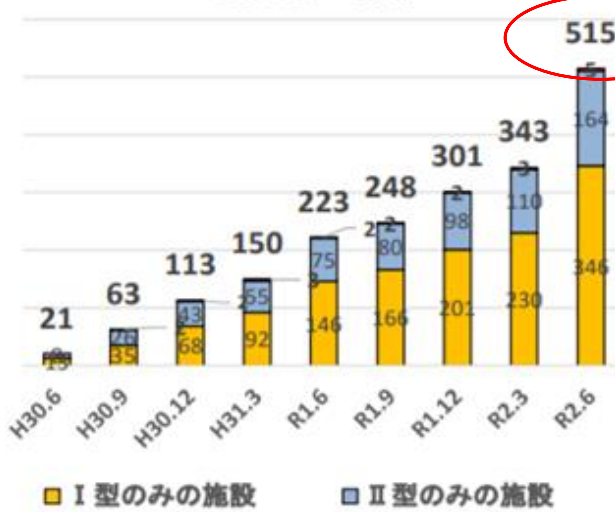


日本介護医療院協会、鈴木会長作成図表より

介護医療院等(開設状況)について

○ 令和2年6月末時点での介護医療院開設数は、515施設、32,634療養床であった。

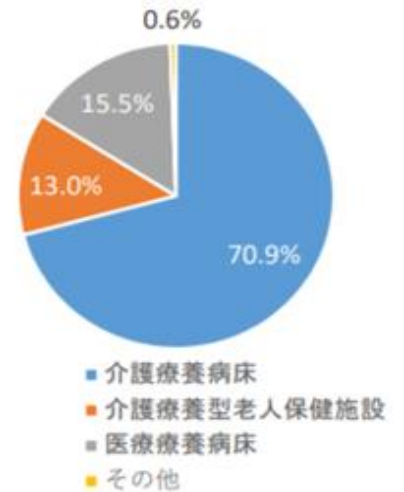
施設数の推移



療養床数の推移



転換元の病床割合 (令和2年6月末時点)



令和2年6月末時点での都道府県別の療養床数



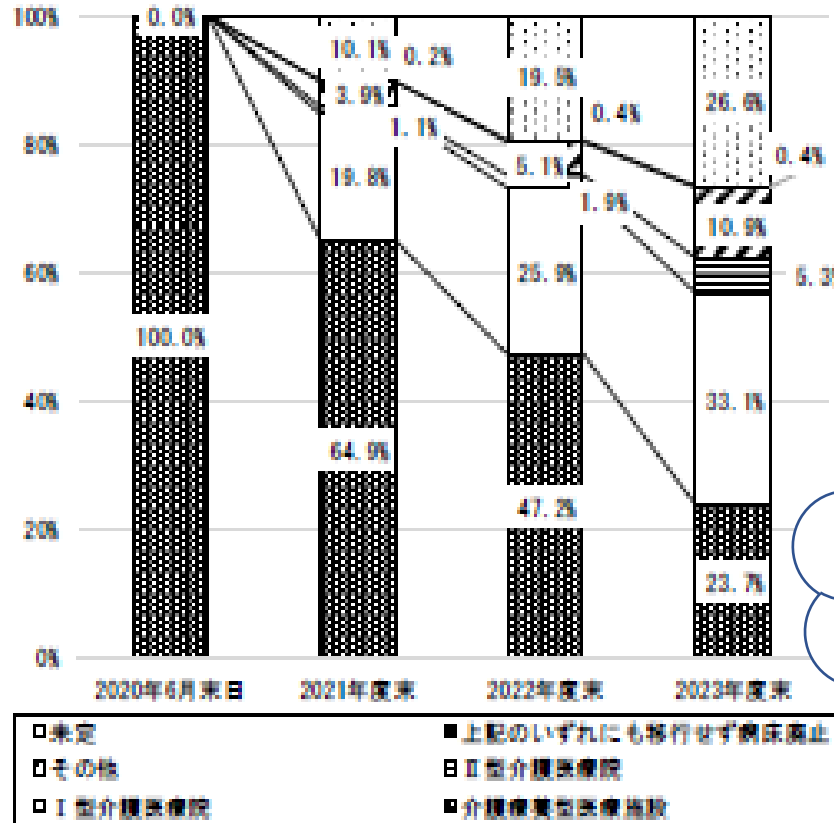
出典：介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業（令和2年6月30日時点）

介護医療院の開設状況(2020年6月末)(介護給付費分科会資料より)

社保審一介護給付費分科会	
第187回 (R2.10.9)	資料1-4
介護給付費分科会一介護報酬改定検証・研究委員会	
第20回 (R2.10.9)	資料1-4

**(4) 医療提供を目的とした介護保険施設等の
サービス提供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)(案) 2020年10月9日**

図表25 介護療養型医療施設の移行予定
(172施設、6,263床)



2023年度末まで移行予定未定がなんと
23.7%

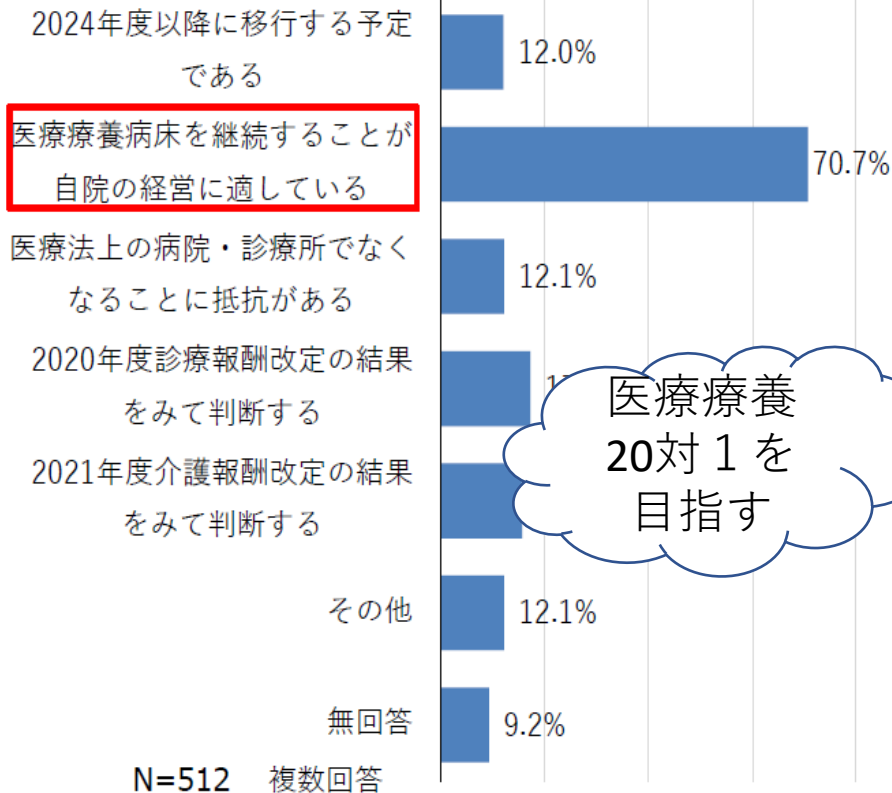
介護給付費分科会資料
平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査

移行しない理由

- 2023年度末の予定病床数が2019年11月30日時点の医療療養病床から変更がない施設のうち、移行しない理由として「医療療養病床を継続することが自院の経営に適している」と回答した割合が70.7%であった。介護療養型医療施設では「介護療養型医療施設を継続することが自院の経営に適している」と回答した割合が52.6%であった。

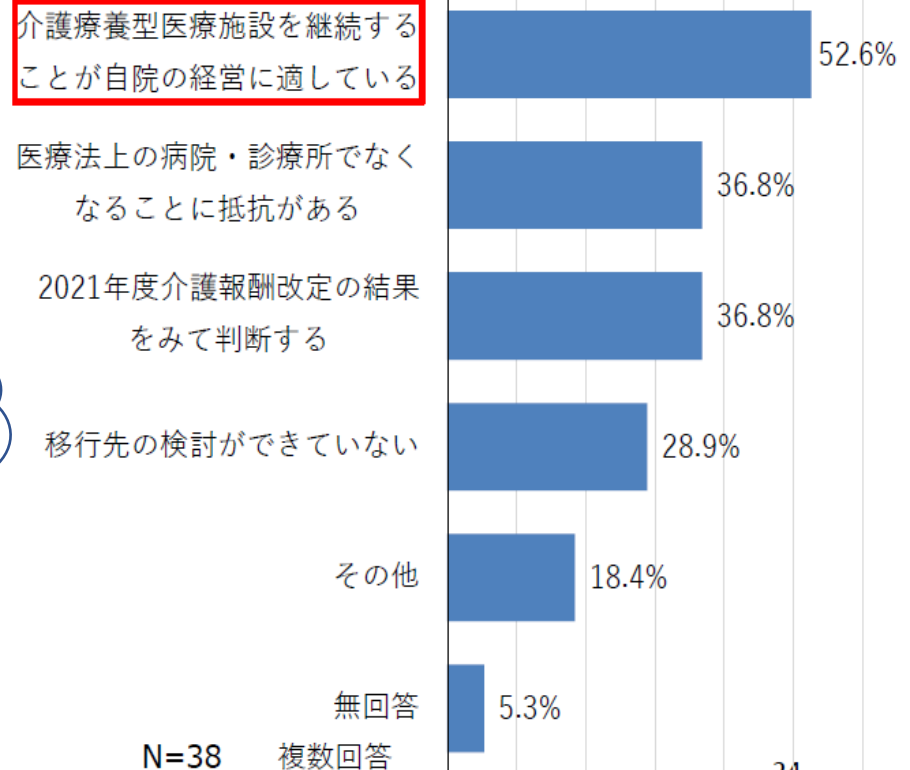
2023年度末に医療療養病床から
介護医療院に移行しない理由

0% 20% 40% 60% 80%



2023年度末に介護療養型医療施設から
介護医療院に移行しない理由

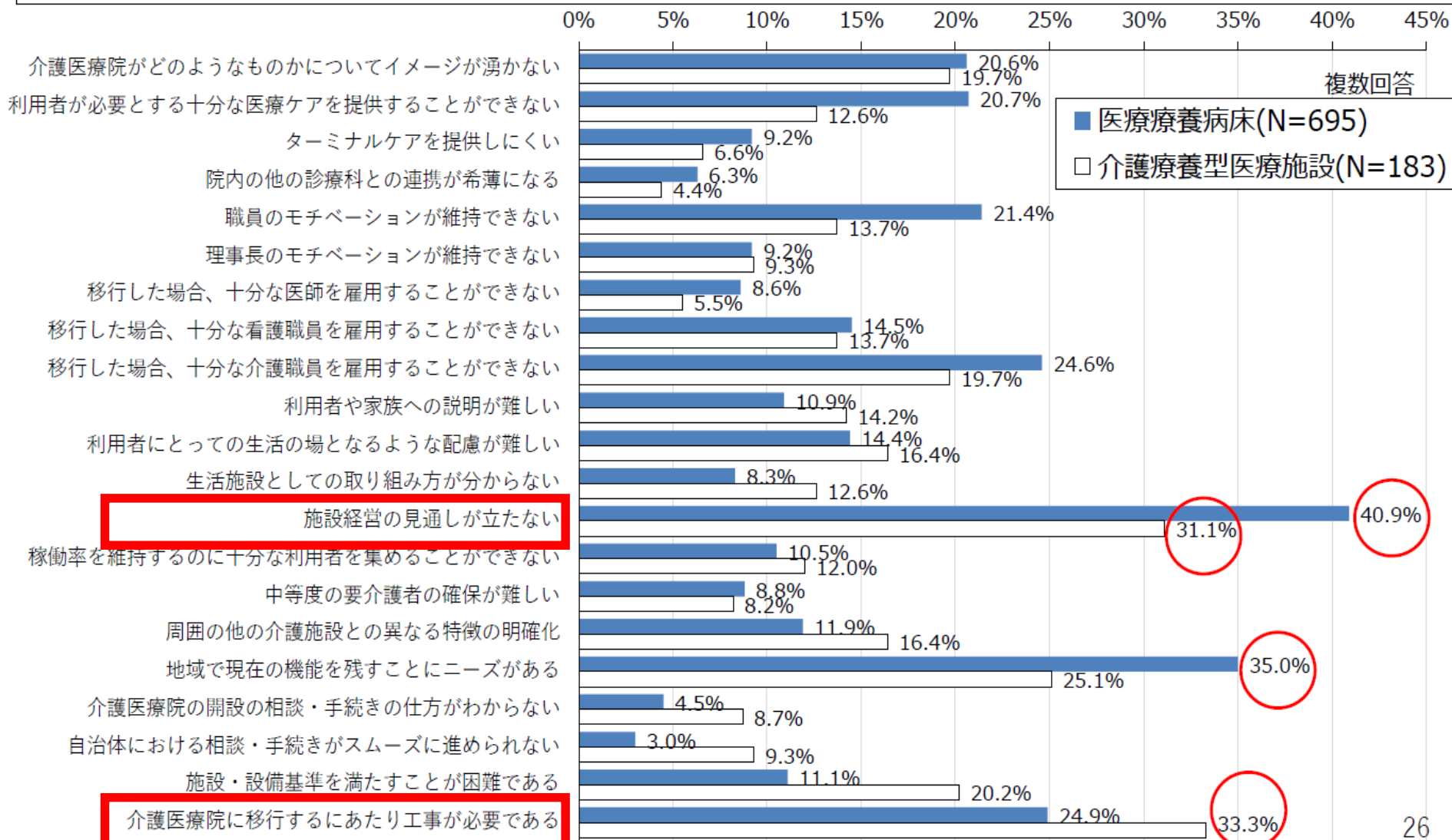
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



医療療養
20対1を
目指す

介護医療院に移行すると仮定した場合の課題

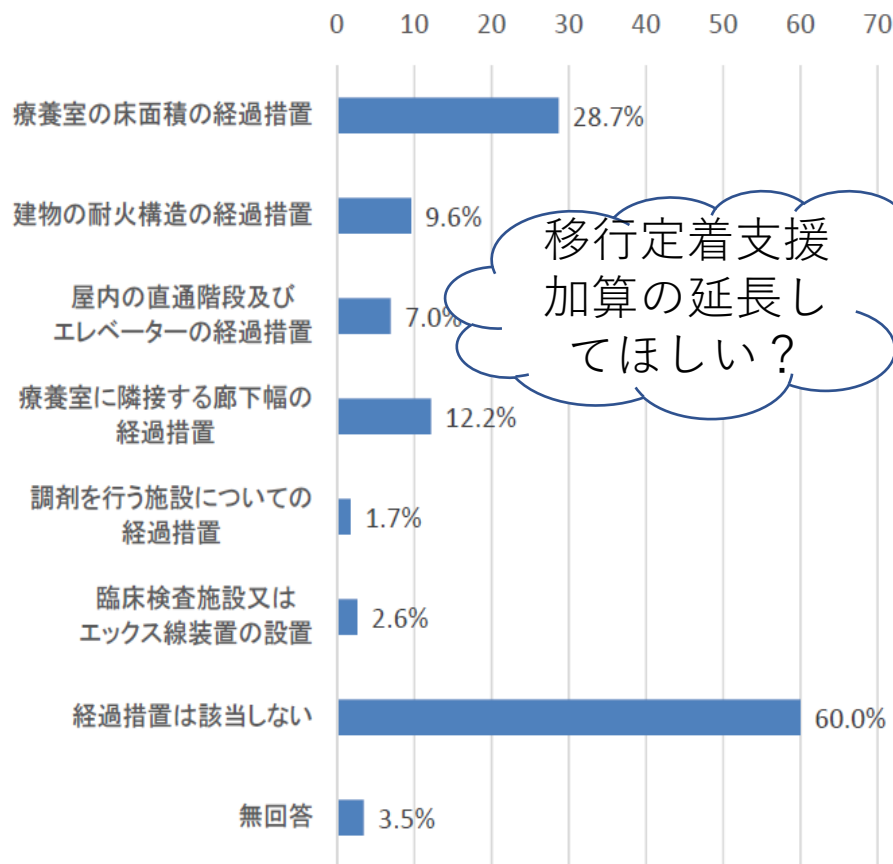
- 医療療養病床では、「施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）」が最も多く40.9%、次いで「地域で現在の機能を残すことにニーズがある」が35.0%であった。
- 介護療養型医療施設では、「介護医療院に移行するにあたり工事が必要である」が最も高く33.3%、次いで「施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）」が31.1%であった。



介護医療院開設にあたり活用した経過措置、有用だと感じた支援策

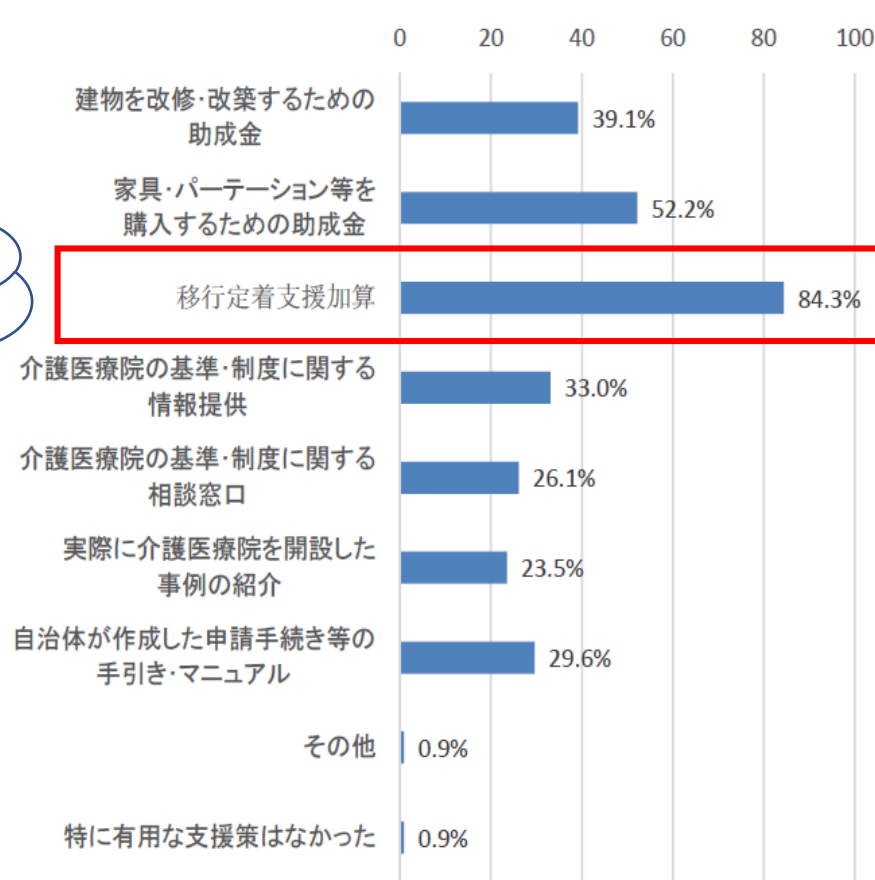
- 介護医療院開設にあたり活用した経過措置は、「経過措置は該当しない」が60.0%、「療養室の床面積の経過措置」が28.7%であった。
- 開設にあたって有用だと感じた支援策は、「移行定着支援加算」が84.3%、「家具・パーティション等を購入するための助成金」が52.2%であった。

活用した経過措置（複数回答）（n=115）



移行定着支援加算の延長してほしい？

開設にあたって有用だと感じた支援策（複数回答）（n=72）



論点③介護医療院への移行支援

論点③

- 平成30年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設等から介護医療院への移行を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和、報酬上の支援（移行定着支援加算の創設）等が行われた。
- 移行定着支援加算については、算定期限が令和3年3月31日までとされている。
- 介護療養型医療施設の令和5年度末の廃止期限に向け、円滑かつ早期の移行を促進する観点から、介護医療院への移行状況等を踏まえ、どのような移行支援が考えられるか。

対応案

- 介護療養型医療施設の令和5年度末の廃止期限に向け、円滑かつ早期の移行を促進する観点から、介護医療院への移行状況等を踏まえ、引き続き、基準や報酬、地域医療介護総合確保基金や予算事業等を組み合わせた移行支援を進めてはどうか。
- 移行定着支援加算については、平成30年度介護報酬改定において、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、移行前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みに対する加算として新設され、介護医療院の認知度が高まると考えられる令和3年3月末までの期限が設けられたものである。
- 令和2年9月30日現在、介護医療院は全国都道府県で開設されており、一定の認知度は有していると考えられることから、期限どおりとしてはどうか。

移行定着支援加算
は予定通り今年度
で廃止

2.(3)⑬ 介護療養型医療施設の円滑な移行

概要

【介護療養型医療施設】

- 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、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】

単位数

<現行> なし ⇒ <改定後> 移行計画未提出減算 10%/日減算 (新設)

算定要件等

- 次の要件を満たさない場合、基本報酬から所定単位数を減算。
- ・ 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。
 - ※ 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（令和5年9月30日まで）。
 - ※ 減算期間は、次の提出期限まで

療養病床で移行計画
を出さなければ、移
行計画未提出減算

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】

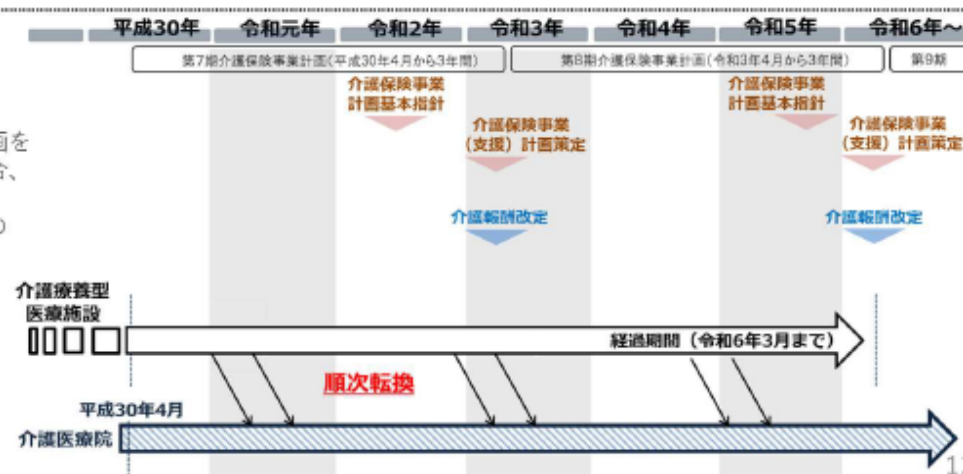
介護療養型医療施設

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>



日本介護医療院協会2020年度調査

実施: 2020年8月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院396施設

(会員218施設、非会員178施設)

回答: 143施設(回答率 36% 療養床計9688床)

日本介護医療院協会2019年度調査

実施: 2019年9月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院199施設 会員98施設、非会員101施設

回答: 79施設(回答率 39.7% 療養床計6318床)

介護医療院の開設は収益上良かったか(問14)

	施設数2020	比率2020(%)
1.よかった	83	61
2.変わらず	30	22
3.悪かった	11	8
4.わからない	12	9
5.無回答	7	5

「収益上良かったか」は2020年度初めての設問良かった61%と好評。悪かったが8%あるが、これは移行定着加算が終了した施設が含まれるためかもしれない。

介護医療院の開設は総合的に良かったか(問15)

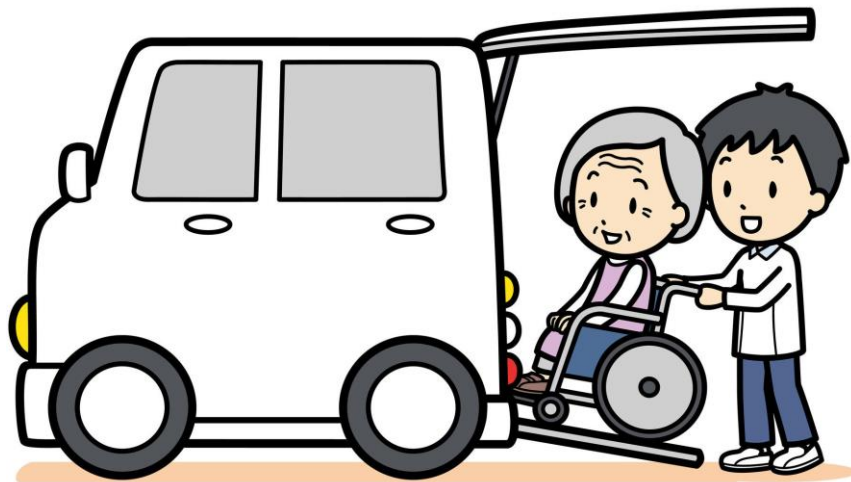
	比率2019 (%)	施設数 2020	比率 2020(%)
1.よかった	70	98	71
2.変わらず	15	22	16
3.悪かった	0	1	1
4.わからない	14	17	12
5.無回答	1	5	3

「総合的に良かったか」
 昨年良かったが70%で悪かったが0件と概ね好評と。今年もよかった71%と好評である。
 診療所からの移行の1件のみ悪かったとの回答であった。介護医療院の創設は好意的に受け止められており、利用者、職員、施設経営にも利点が多く、早いうちの積極的な移行が期待される。

(4) 在宅サービスの機能と 連携の強化

- ①在宅介護の通院等乗降介助
- ②訪問入浴介助
- ③緊急ショート

①在宅介護の 通院等乗降介助



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

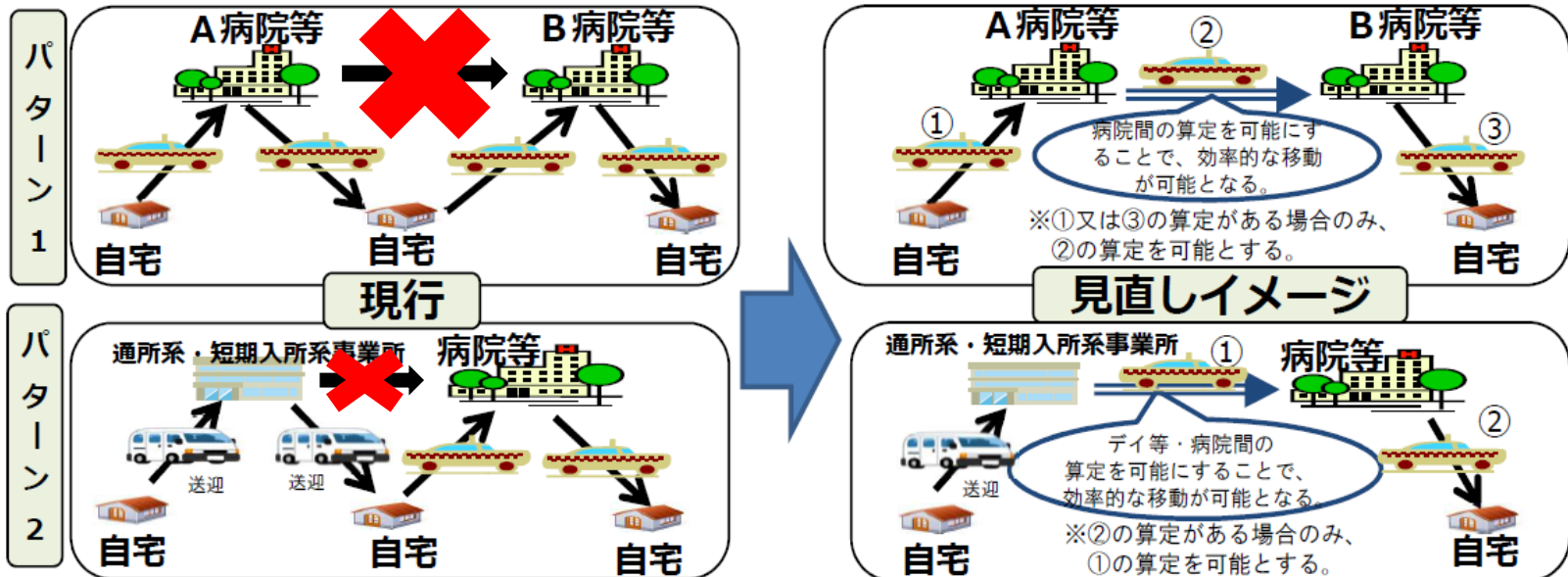
通院等乗降介助

99単位/片道

※今回改定後の単位数

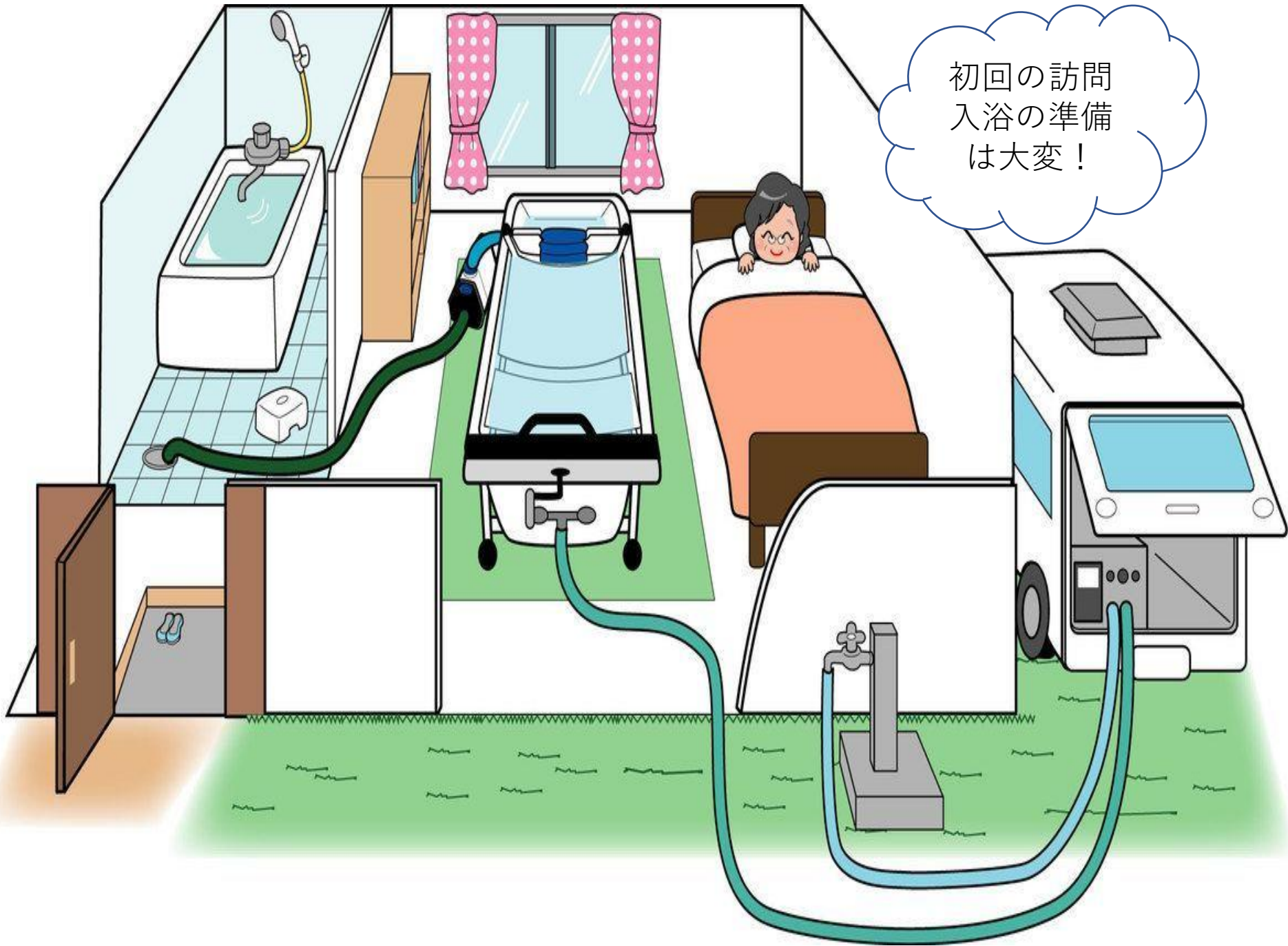
算定要件等

・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



②訪問入浴介護





初回の訪問
入浴の準備
は大変！

訪問入浴介護に関連する各種意見

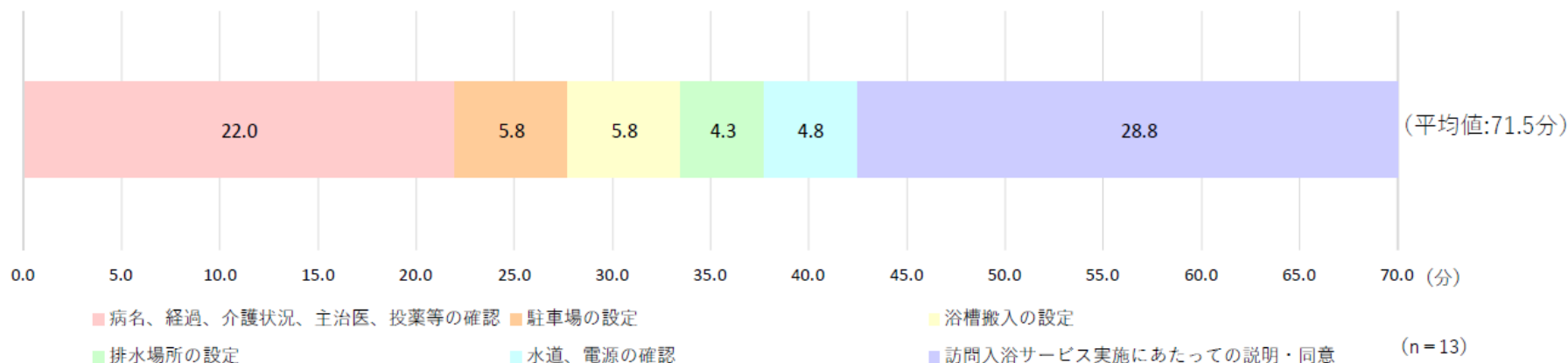
令和3年4月 介護報酬改定に関する要望書

(令和2年10月9日 一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会) 抜粋

(初期加算の創設について)

- 訪問入浴においては、サービスを提供する前に利用者の状態について情報収集を行うとともに、室内における浴槽の設置場所や給排水の方法、利用者がベッドから浴槽へ移動する方法等の確認が必要になり、依頼があった場合は初回の利用前に看護師を含め3名で訪問する。
- この事前訪問については、当然、職員の賃金が発生する一方で利用料は発生せず、事業所の「持ち出し」が生じてしまうことになる。サービス提供の初期段階において上記のような費用が生じている点を考慮し、初期加算の創設を求める。

[初回の訪問入浴介護提供前に実施する標準的な一連の行為 (平均延べ時間数別)]



※ 移動時間は含まない。

※ 一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会における調査結果。

初回・初期加算

- 初回に係る手間については、主な訪問系・多機能系サービスでは、初回・初期加算として評価されている。
- 一方で、（介護予防）訪問入浴介護については、初回・初期に着目した介護報酬上の特別な評価はない。

	初回加算			初期加算			(参考)
サービス	訪問介護	(介護予防)訪問看護	(介護予防支援)居宅介護支援	定期巡回	(介護予防)小多機	看多機	(介護予防)訪問入浴
単位数	200単位/月	300単位/月	300単位/月	30単位/日	30単位/日	30単位/日	—
算定要件	<p>新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合</p> <p>又は</p> <p>当該指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は算定(※)</p>	<p>新規に(介護予防)訪問看護計画を作成した利用者に対して、初回の指定(介護予防)訪問看護を行った場合は算定(※)</p>	<p>新規に(介護予防)居宅サービス計画を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合</p> <p>又は</p> <p>要支援者が要介護認定を受けた場合に指定居宅介護支援を行った場合</p> <p>又は</p> <p>要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合は算定</p>	<p>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を再び開始した場合も同様)</p>	<p>指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も同様)</p> <p>※ 短期利用は除く</p>	<p>指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定看護小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も同様)</p> <p>※ 短期利用は除く</p>	—

(※)利用者が過去2月間(暦月)に、初回加算を算定しようとする事業所からサービス提供を受けていない場合に算定されるものである。

2.(4)② 訪問入浴介護の報酬の見直し

概要

【訪問入浴介護★】

- 訪問入浴介護について、利用者への円滑な初回サービス提供と、利用者の状態に応じた臨機応変なサービス提供に対し適切な評価を図る観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 新規利用者へのサービス提供に際して、事前の居宅訪問を行うなど、事業者に一定の対応が生じていることを踏まえ、新規利用者に対して、初回のサービス提供を行う前に居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整（浴槽の設置場所や給排水の方法の確認等）を行った場合を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】
 - イ 清拭又は部分浴を実施した場合の減算について、サービス提供の実態を踏まえ、減算幅を見直す。【告示改正】

単位数

<現行>

<改定後>

ア なし

初回加算 200単位/月 (新設)

イ 清拭又は部分浴を実施した場合は
30%/回を減算

清拭又は部分浴を実施した場合は
10%/回を減算

算定要件等

ア 初回加算

- 訪問入浴介護事業所において、新規利用者の居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整を行った上で、利用者に対して、初回の訪問入浴介護を行うこと。
- 初回加算は、初回の訪問入浴介護を実施した日に算定すること。

イ 清拭又は部分浴を実施した場合の減算（現行と同様）

- 訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合であって、当該利用者の希望により清拭又は部分浴（洗髪、陰部、足部等の洗浄をいう。）を実施したとき。

③訪問看護

退院時の訪問看護、看護体制強化加算



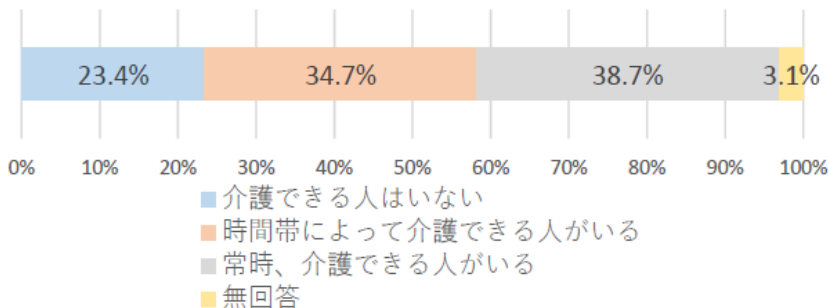
退院当日の算定のルール

	医療保険	介護保険	
対象者	小児等40歳未満の者、 要介護者・要支援者以外	要支援者・要介護者	※1：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7） 末期の悪性腫瘍 多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 プリオン病 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発 神経炎 後天性免疫不全症候群 頸髄損傷 人工呼吸器を使用している状態
退院日の 訪問看護	原則、算定不可		
例外として 算定できる 場合	厚生労働大臣が 定める疾病等 (別表第7※1)		※2：厚生労働大臣が定める状態（別表第8） イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態 ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理（別表第8のみ） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理 ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 ニ 真皮を超える褥瘡の状態 ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ⁵ を算定している者）
	退院日の訪問看護が 必要と認められた者	厚生労働大臣が定める状態 (別表第8※2)	
算定方法	退院日の翌日以降初日の 指定訪問看護を行ったとき に退院支援指導加算を 算定	訪問看護費を算定	

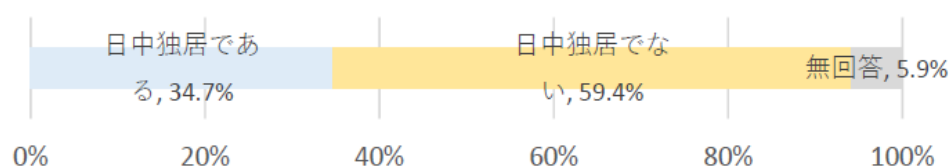
退院当日に訪問の必要があった利用者の介護の状況

- 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護状況は「介護できる人はいない」23.4%、世帯の状況は「独居」が26.4%であった。
- また、日中の状況については「日中独居」は34.7%、利用者・家族の困りごとは、「体調・病状」80.5%、「緊急時の対応」54.2%、「服薬」51.3%であった。

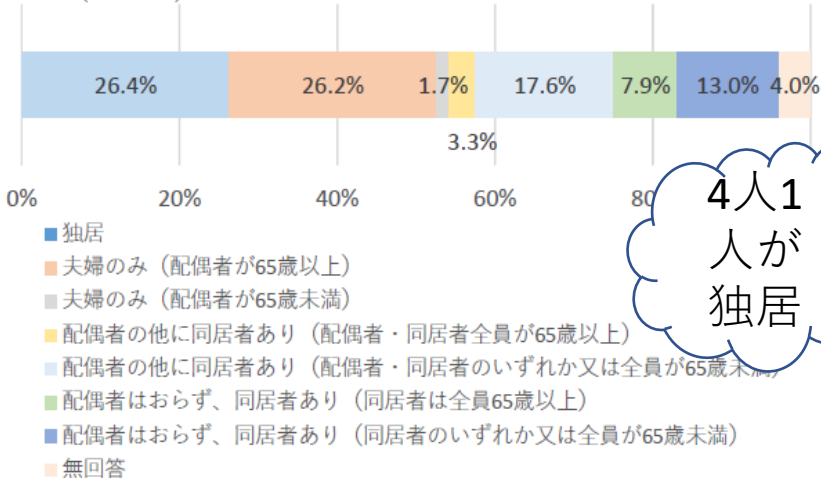
■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護者の状況 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の日中の状況 (n=478)

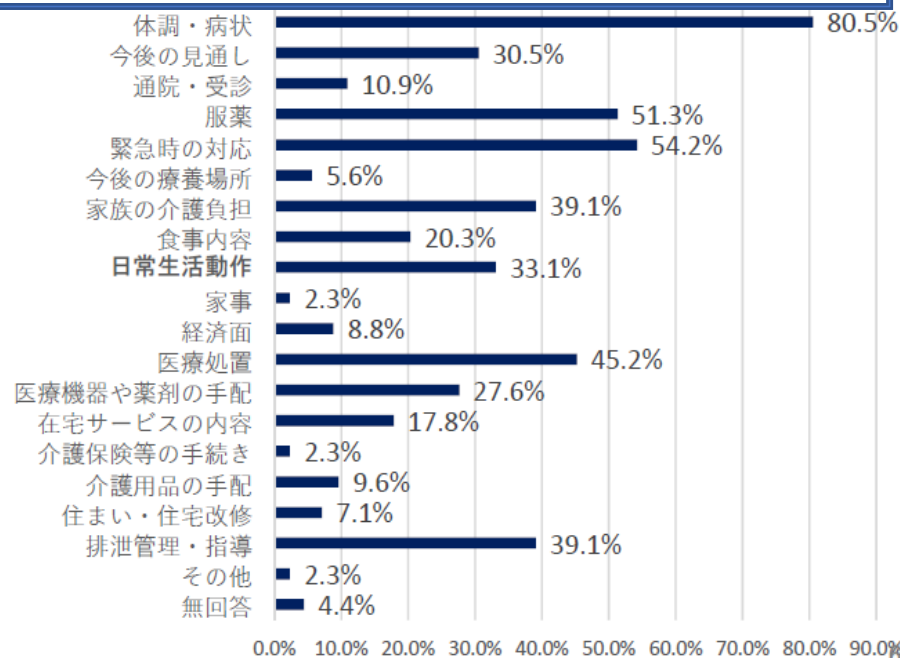


■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の世帯の状況 (n=478)



4人1人が独居

■ 退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとや心配ごと (n=478)



2.(4)③ 退院当日の訪問看護

概要

【訪問看護★】

- 退院当日の訪問看護について、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、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】

算定要件等

- 医療機関、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院を退院・退所した日について、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）にある利用者に加え、主治の医師が必要と認めた利用者に訪問看護費を算定できることとする。
※短期入所療養介護サービス終了日（退所・退院日）も同様の取扱い。

参考：厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）

- イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

論点②在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化(看護体制強化加算)

論点②

- 訪問看護サービスは、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支えるサービスの1つであり、今後増加が見込まれる利用者の医療ニーズに対応するため、訪問看護ステーションにおける体制の一層の強化が必要となる。
- 医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える観点から、訪問看護体制の強化についてどのような対応が考えられるか。

中重度者対応を評価する
看護体制強化加算の
要件緩和

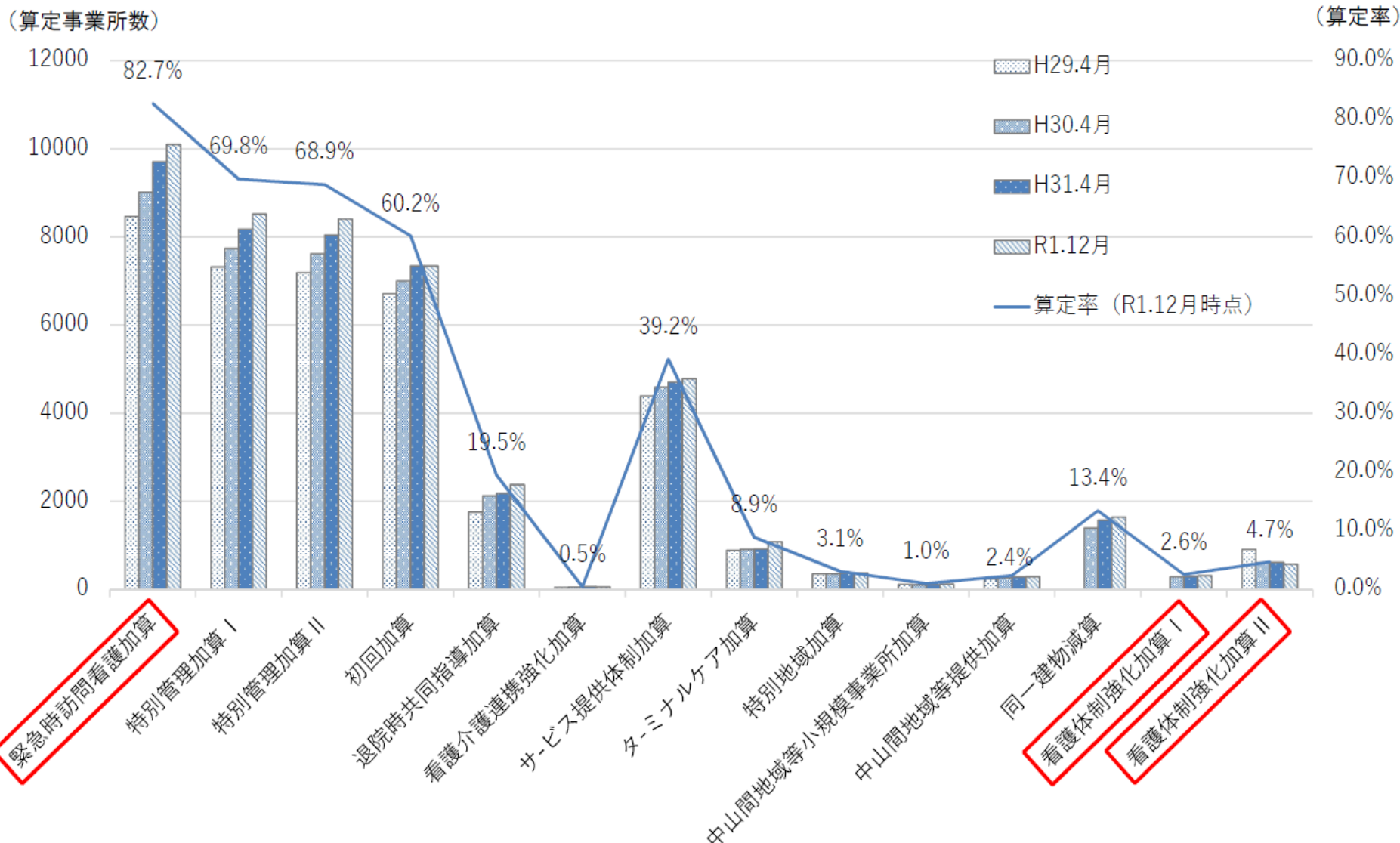
訪問看護の提供体制の評価

	看護体制強化加算		緊急時訪問看護加算
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
概要	要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所を評価		利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制を評価
単位数	600単位（1月につき）	300単位（1月につき）	574単位（1月につき）
要件	① 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		利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合
	② 算定月の前6月間における利用者総数のうち、 特別管理加算※を算定した割合が30%以上		
	③ 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が5人以上	③ 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が1人以上	

※特別管理加算の対象：厚生労働大臣が定める状態（第六号）

- イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

訪問看護における主な加算等の算定状況



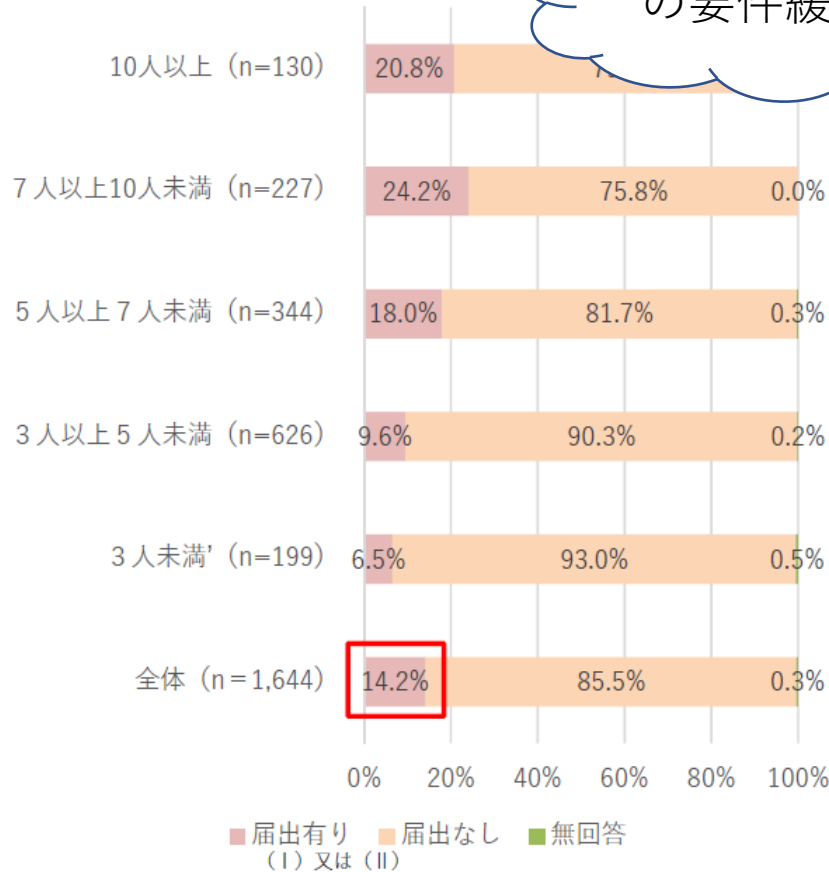
※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから集計
 ※算定率は、各審査月の加算算定事業所／請求事業所数により算出した
 ※算定事業所数には、訪問看護ステーション、病院・診療所を含む。

看護体制強化加算の届出状況

- 看護体制強化加算は、約14%で届出されており、看護職員が多くなるほど届出をしている事業所の割合が高い。
- 算定できない理由については、「特別管理加算の対象となる利用者が少ない」が55.0%であった。

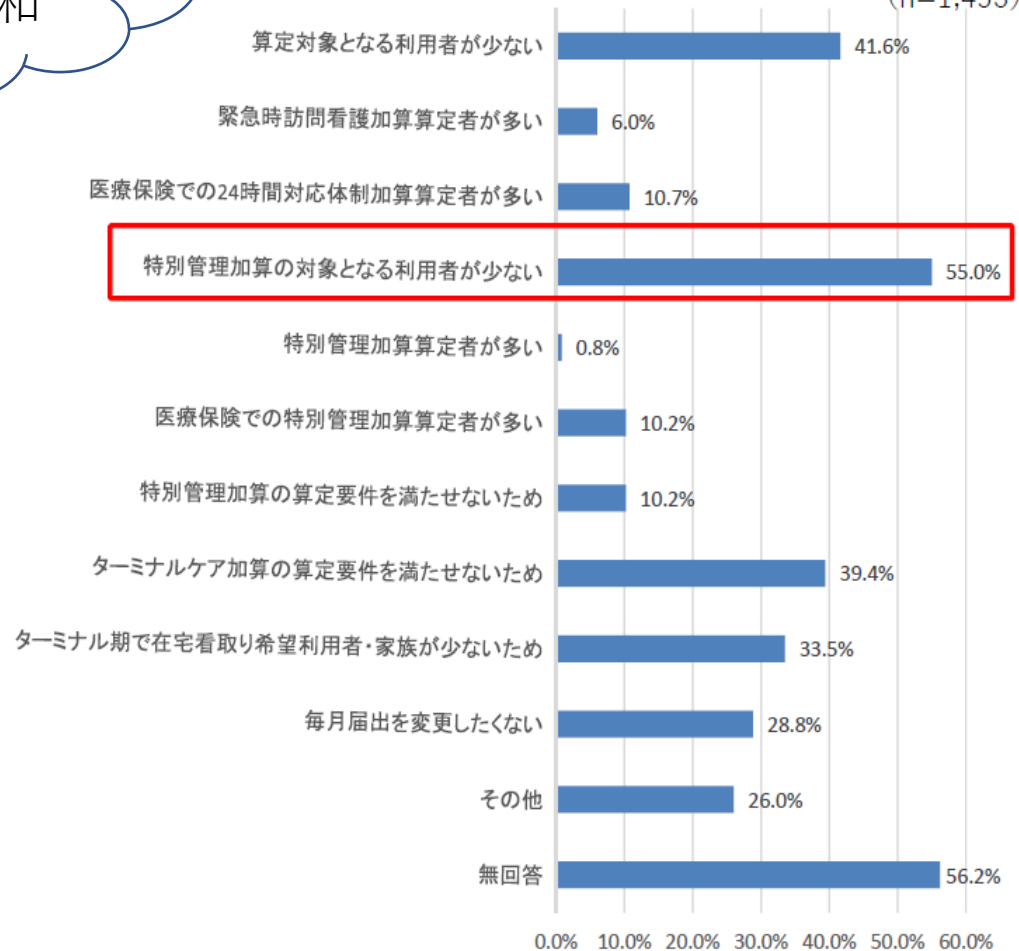
■ 看護体制強化加算の届出状況

特別管理加算
の要件緩和



看護体制強化加算を算定できない理由 (複数回答)

(n=1,453)



(出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービスの実態に関する超研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(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)「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究」

2.(4)④ 看護体制強化加算の見直し

概要

【訪問看護★】

- 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見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

(訪問看護の場合)

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

<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

(介護予防訪問看護の場合)

看護体制強化加算 300単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

算定要件等

- 要件について、以下の見直しを行う（訪問看護、介護予防訪問看護共通）

- ・ 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について、「100分の30以上」から「100分の20以上」に見直し
- ・ (介護予防) 訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上であることとする要件を設定（令和5年4月1日施行）

※ 令和5年3月末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。

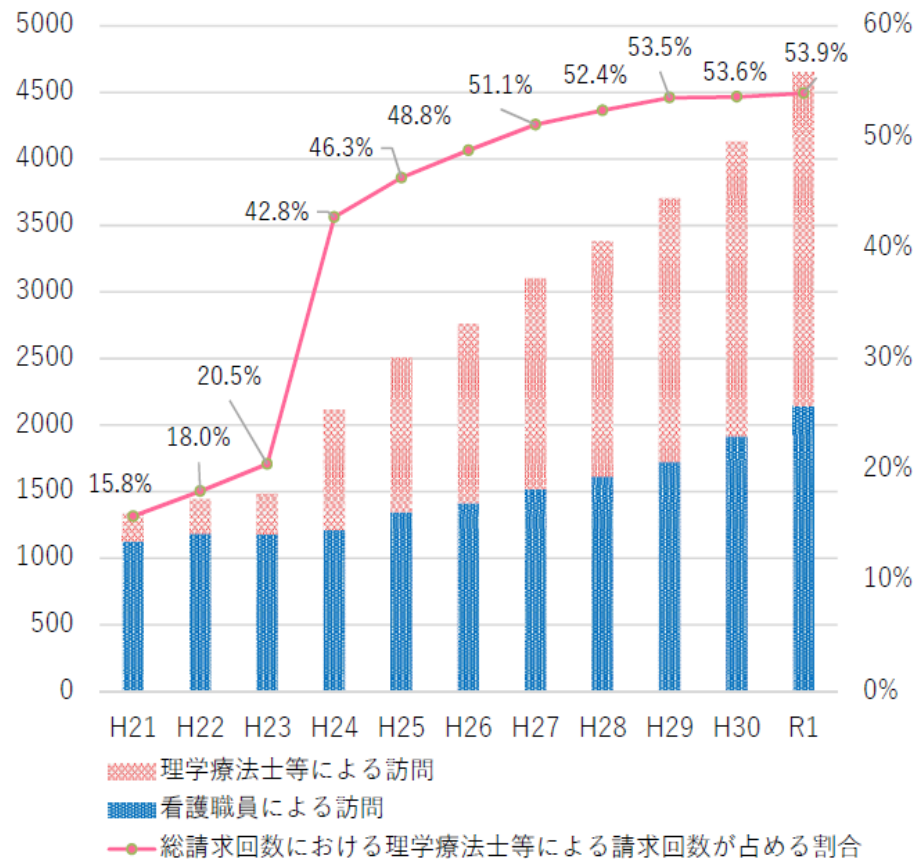
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の訪問



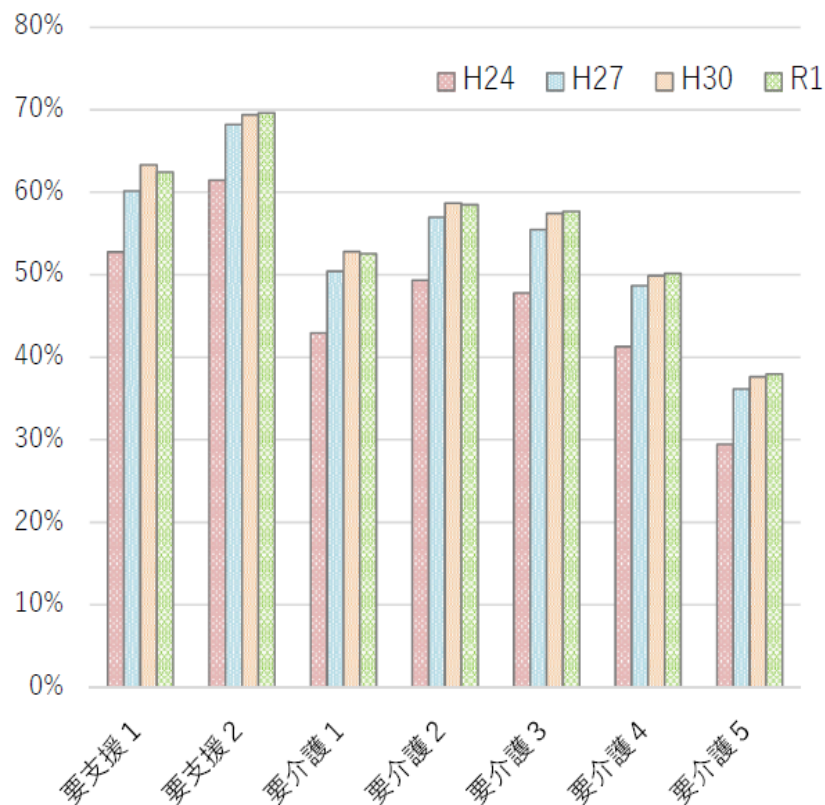
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 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) (PT等訪問の請求が占める割合)



■ 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。

【出典】介護給付費等実態統計 (旧調査) (各年5月審査分)

理学療法士による訪問看護

- 介護給付費分科会において、訪問看護については一部に「スタッフのほとんどが理学療法士等のリハビリ専門職である訪問看護ステーションがある。中には『訪問リハビリステーション』を名乗る事業所までである」ことが指摘されていた。
- こうした理学療法士を中心とした訪問看護ステーションは訪問看護に求められる重度者対応・医療的ケア・夜間や24時間の対応をほとんど行わず、「軽度者（主に要支援者）に対して日中にリハビリを提供している」点が問題視された。
- 介護給付費分科会で、当初は「人員配置基準に看護師6割要件を求めているかどうか」との方向で議論まで行われた。
- しかし「看護師確保ができない事業所では介護保険指定を受けられなくなり、結果的に利用者が不利益を被ることになってしまう」ことから、看護体制強化加算の要件に「看護師6割要件」を設ける方向で決着した経緯がある。

5.(1)③ 訪問看護の機能強化

概要

【訪問看護★】

- 訪問看護の機能強化を図る観点から、理学療法士等によるサービス提供の状況や他の介護サービス等との役割分担も踏まえて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護や介護予防訪問看護について評価や提供回数等の見直しを行う。【告示改正】

単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（1回につき）
＜現行＞ ⇒ ＜改定後＞
297単位 293単位

(介護予防)
287単位 283単位
- 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の評価
＜現行＞ ⇒ ＜改定後＞
1回につき100分の90に 1回につき100分の50に
相当する単位数を算定 相当する単位数を算定

訪問看護に
おける理学
療法士等による訪問単
価引き下げ

利用開始日の属する月から12月超の利用者に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)

算定要件等

- 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
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「通所リハビリテーション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。



➤ 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ **保健師、助産師又は看護師**による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

➤ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

[算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- **訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。**

この背景には、リハビリ専門職の独立開業が認められていないという根本問題がある

独立開業が認められているのは・・・
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師・助産師・柔道整復師・鍼灸師(はり師・きゅう師)・あん摩マッサージ指圧師

④緊急ショートへの対応

介護者に何かあった場合に備えよう



家族介護者が病気、緊急ショートの手当は多い
しかしスタッフは大変

2.(4)⑤ 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実②

概要

【短期入所療養介護】

- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、短期入所療養介護の緊急短期入所受入加算について、短期入所生活介護における同加算と同様に、「7日以内」とされている受入日数の要件について、「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」とする。【告示改正】

単位数

<現行>

緊急短期入所受入加算 90単位/日 ⇒

<改定後>

変更なし

算定要件等

※追加は下線部

- 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日 (利用者の上日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日) を限度として、1日につき90単位を所定単位数に加算する。

論点②緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実(短期利用居宅介護費)

論点②

- 看護小規模多機能型居宅介護については、事業所の登録定員に空きがあること等を要件に、登録者以外の短期利用も可能となっている。
- このため、宿泊室に空きがあるだけでは利用できず、登録者以外の緊急時の宿泊ニーズに適時適切に対応できない。
- 空床があるにも関わらず短期利用居宅介護を利用できない現状や、介護保険部会の意見も踏まえて、看護小規模多機能型居宅介護事業所において、在宅要介護高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境をより一層推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

<介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）（抜粋）>

1 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

- ・「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。（看護）小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。

※下線は、事務局において追加。

看多機の緊急
ショートのをわく
を広げては？

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。

(5) 介護保険施設や 高齢者住まいにおける 対応の強化

①個室ユニット化と職員配置

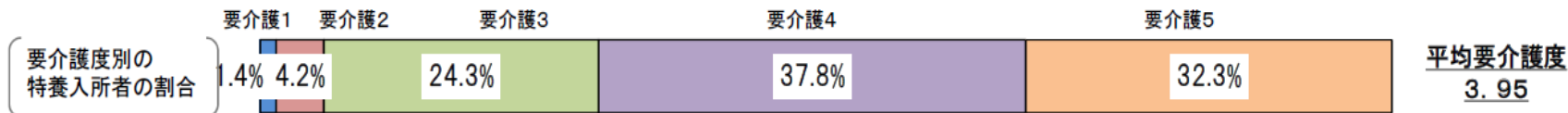
①ユニット型特養普及と 定員緩和

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)について

【根拠法:介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)と呼ばれる。

≪ 施設数: 10,502施設 サービス受給者数: 61.96万人 (令和元年10月審査分) ≫ ※介護給付費等実態統計



※平成30年度介護給付費等実態統計

≪設置主体≫

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

≪人員配置基準≫

- 医師: 必要数
- 介護・看護職員: 3:1 等

≪設備基準≫

- 居室定員: 原則1人(参酌すべき基準)
- 居室面積: 1人当たり10.65㎡ 等

多床室

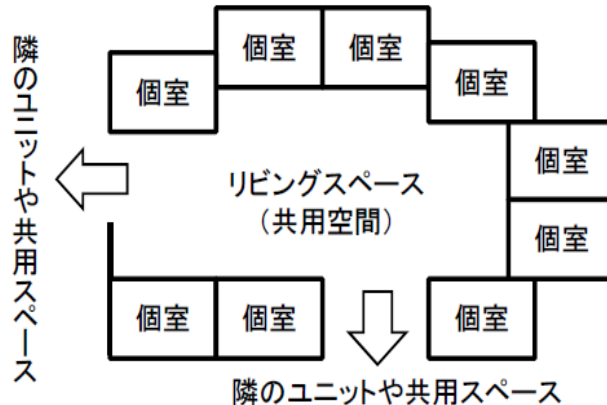
- 多床室(既設)の介護報酬: 832単位(要介護5)
- 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均2.2人(平成30年)*



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬: 913単位(要介護5)
 - 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均1.7人(平成30年)*
- *介護事業実態調査(令和元年度調査)

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係(ユニットごとに職員を配置)

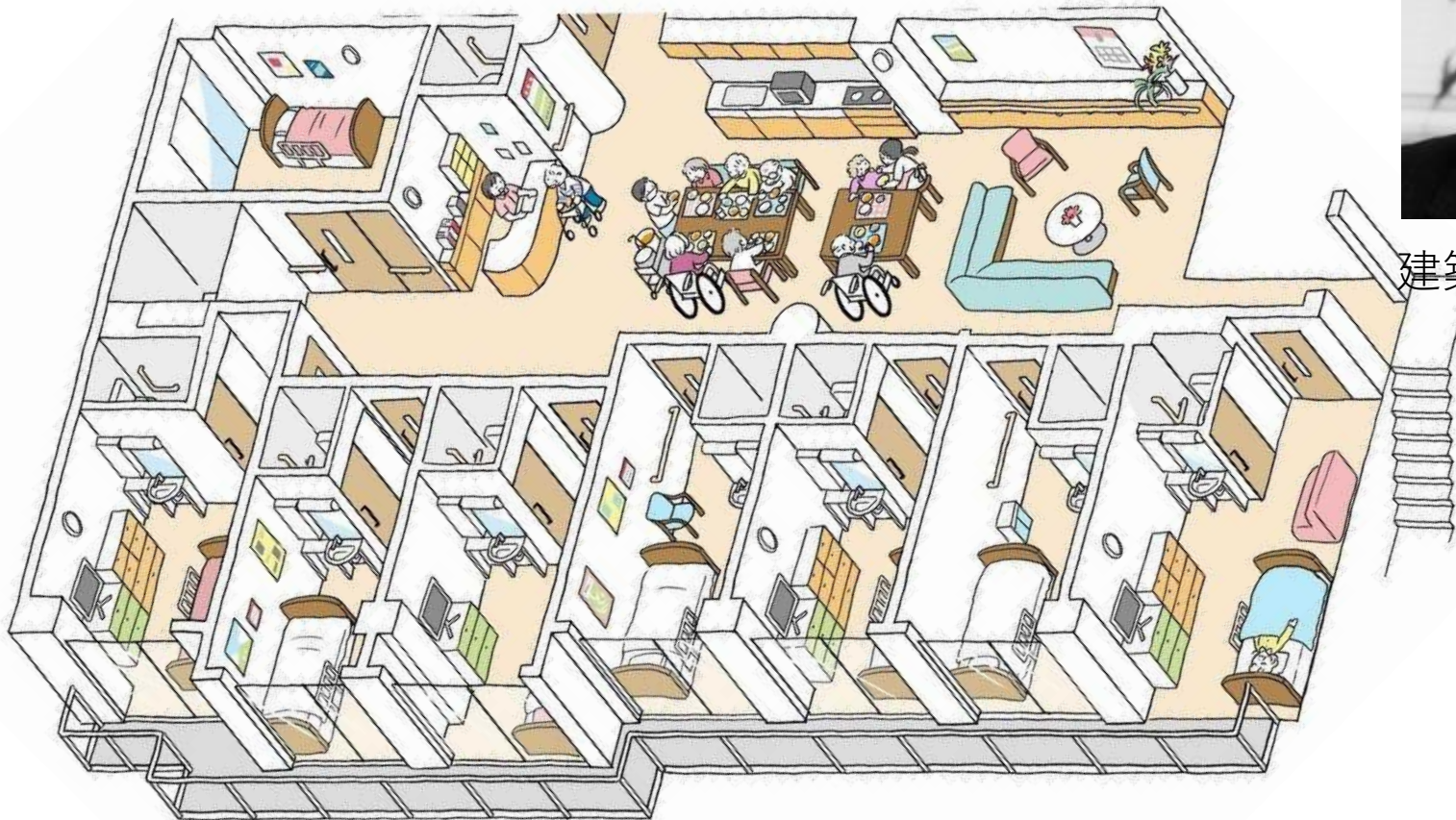


ユニット型特養

ユニットケアの理念

「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」

10人程度の少人数のグループを1つのユニットとして、常に同じメンバーで生活をし、決まったスタッフがケアにあたる



建築家 外山義
とやまただし

ユニットケアとは

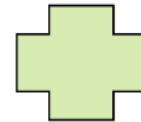
個別ケアを実現するための手法

具体的には・・・

在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う。

その実現のためには

個性や生活のリズムを保つための個室と、ほかの利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリックスペース、などのハード



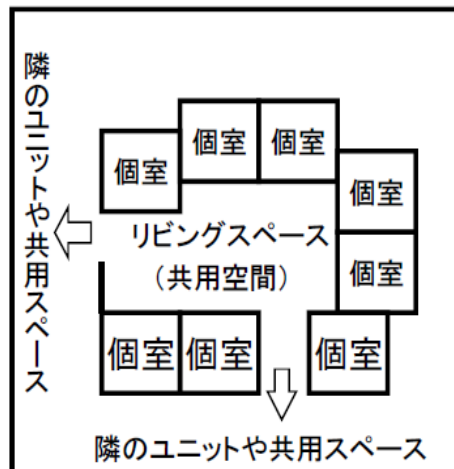
小グループごとに配置された職員による、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供、というソフト

ユニット型施設の例

ハードウェアとソフトウェア

双方で対応:

- 在宅に近い居住環境
(個室と共用空間)
- ユニットごとに職員を配置
(生活単位と介護単位的一致)



認知症高齢者ケアにも有効

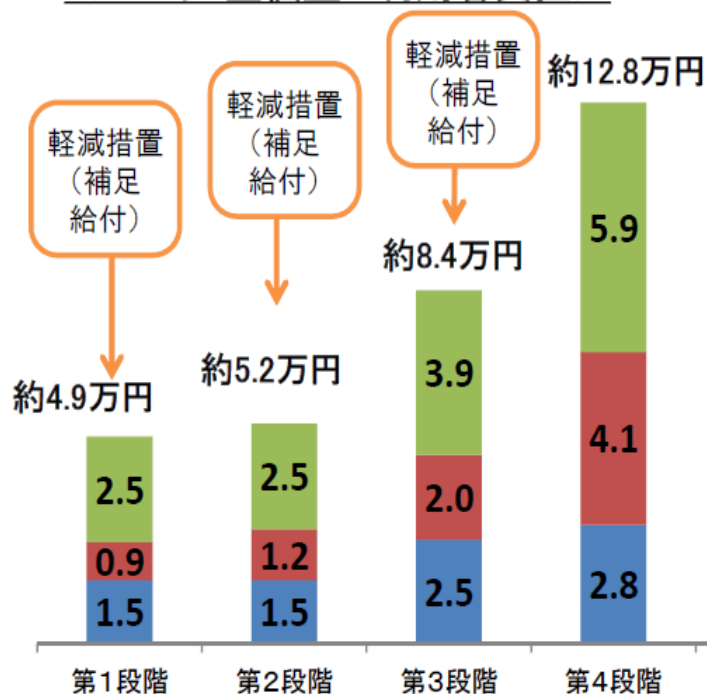
- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係

- 在宅に近い居住環境
- 入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 他人との人間関係を築く

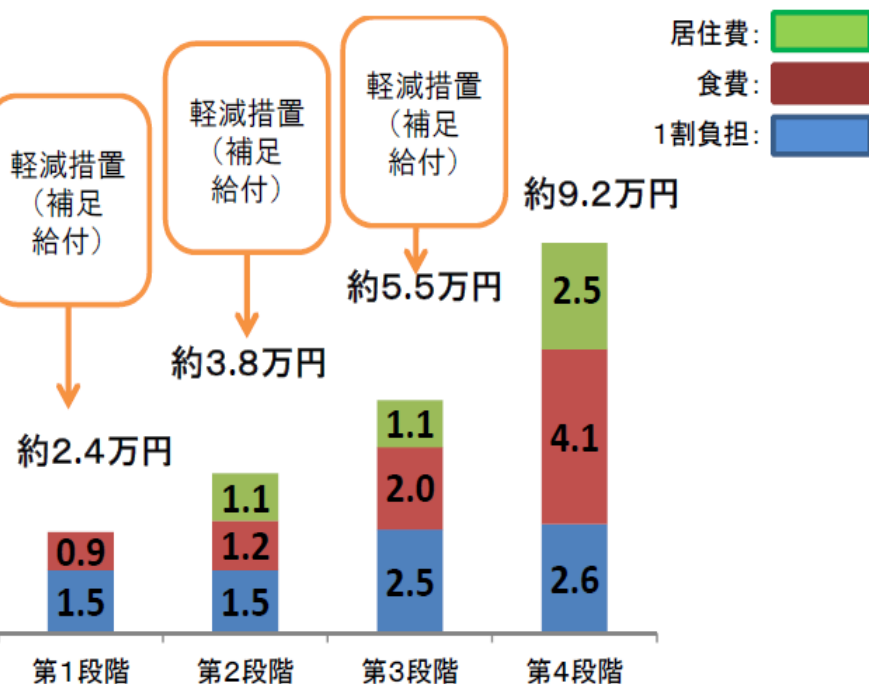
介護老人福祉施設の自己負担（ユニット型・多床室）

- 居住に要する費用については、室料及び光熱水費が利用者負担となっている。
- 一方で、低所得者対策として、介護報酬の対象外となった食費・居住費の平均的な費用額（基準費用額）から、所得に応じた負担限度額を控除した額を支給する制度として、補足給付がある。
- 自己負担限度額は、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じて設定。また、入所者の年金給付との関係を含めた所得状況を勘案して設定。

<ユニット型個室の利用者負担>



<多床室の利用者負担>



(注)

- ・グラフの値は、一月当たりの数値で、一月30日として計算。
- ・グラフの値の単位は万円で、少数点第2以下は四捨五入。
- (そのため、合計額の値は、必ずしも、居住費・食費・1割負担の額を足し合わせたものと一致しない。)
- ・補足給付の額は、変化のある分のみを特記。
- ・第4段階の食費・居住費は、基準費用額の値を記載。
- ・1割負担の額について、基本報酬に処遇改善加算を加えた額が基準。

- ・第1段階：生活保護受給者、市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者等
- ・第2段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円以下
- ・第3段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円超
- ・第4段階：市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

※平成27年8月より、入所者が世帯非課税であっても、①配偶者が課税されている場合、②単身で1000万円超、夫婦で2000万円超の預貯金を保有している場合には、補足給付の対象外（第4段階）となっている。

ユニット型個室の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成27年3月18日厚労告70号)

2025年度

2015年

都道府県は、平成37年度の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

＜介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移＞

平成18年	14.8%
平成20年	21.2%
平成22年	25.4%
平成24年	32.3%
平成26年	37.3%
2015年 <u>平成27年</u>	<u>40.5%</u>

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

2.(5)① 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し①

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、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】

- 個室ユニット型施設において、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ユニットの定員を、夜間及び深夜を含めた介護・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ことを求めつつ、現行の「おおむね10人以下」から「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。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

基準

- 個室ユニット型施設における1ユニットの定員について、以下のとおり見直しを行う。
- | | | |
|--|---|--|
| <p><現行>
おおむね10人以下としなければならない。</p> | ⇒ | <p><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。</p> |
|--|---|--|

パート5

自立支援・重症化防止

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化



リハビリ・機能訓練、 口腔、栄養の取り組みの 連携・強化

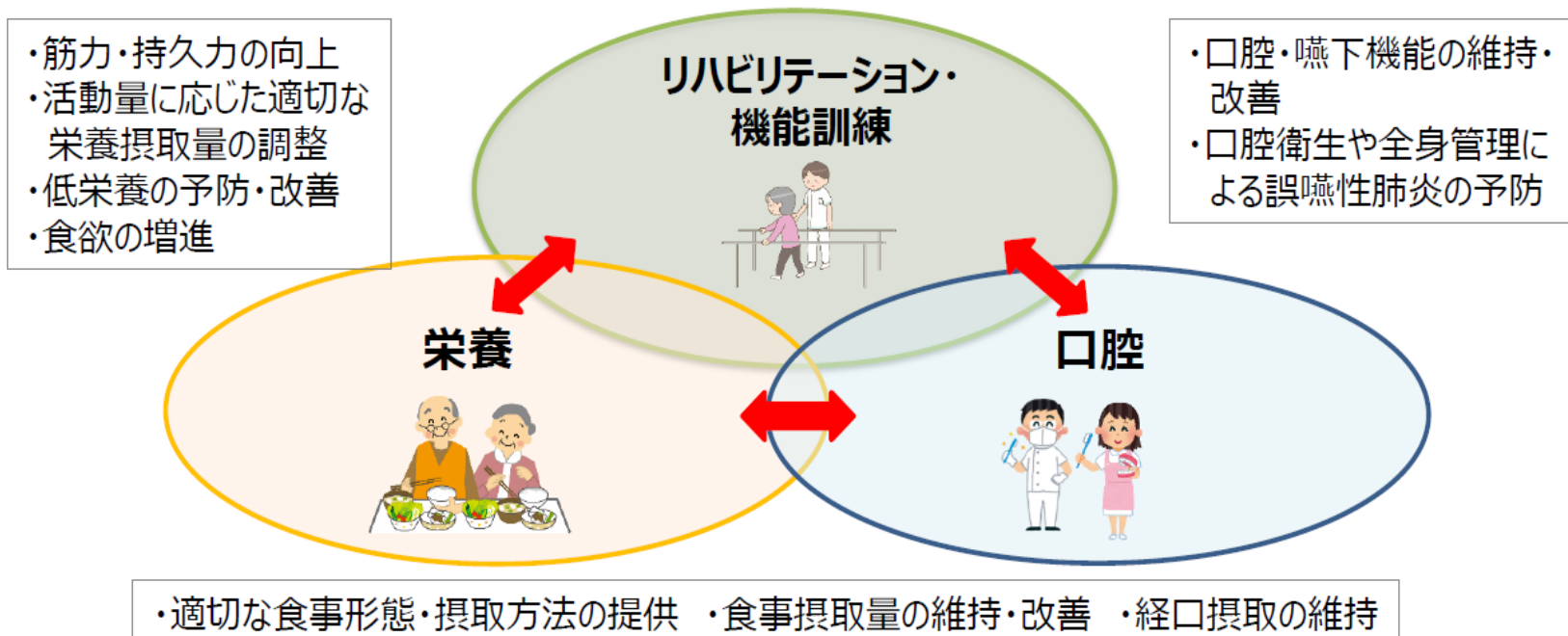
- ①計画作成や会議へのリハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士の参加
- ②リハビリテーション・マネジメント加算の見直し
- ③生活機能向上連携加算ICT活用評価
- ④通所介護の個別機能訓練加算の見直し
- ⑤施設系サービスの口腔・栄養関連加算の基本サービス化
- ⑥通所系サービスにおける口腔スクリーニングの実施

① 計画作成や会議への
リハ専門職、管理栄養士、
歯科衛生士の参加

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、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

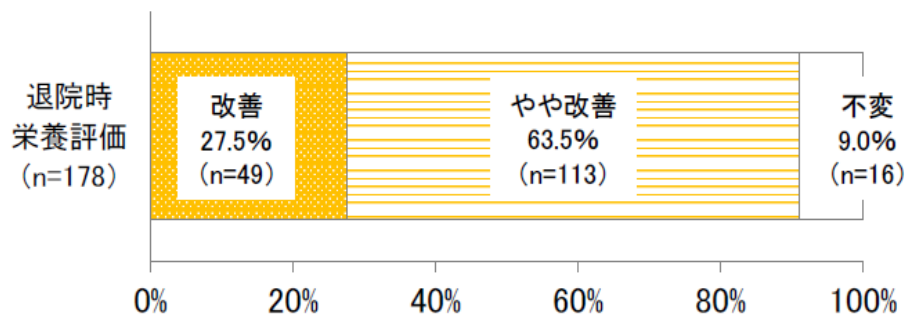


- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

中医協 総-3
29.10.25

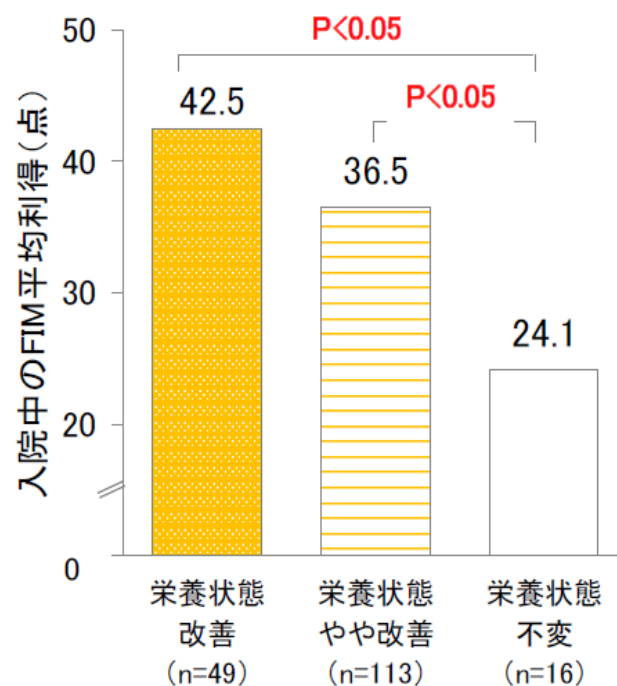
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF※を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA®-SF: 0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

出典: Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM: FIM総得点

3.(1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

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、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】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

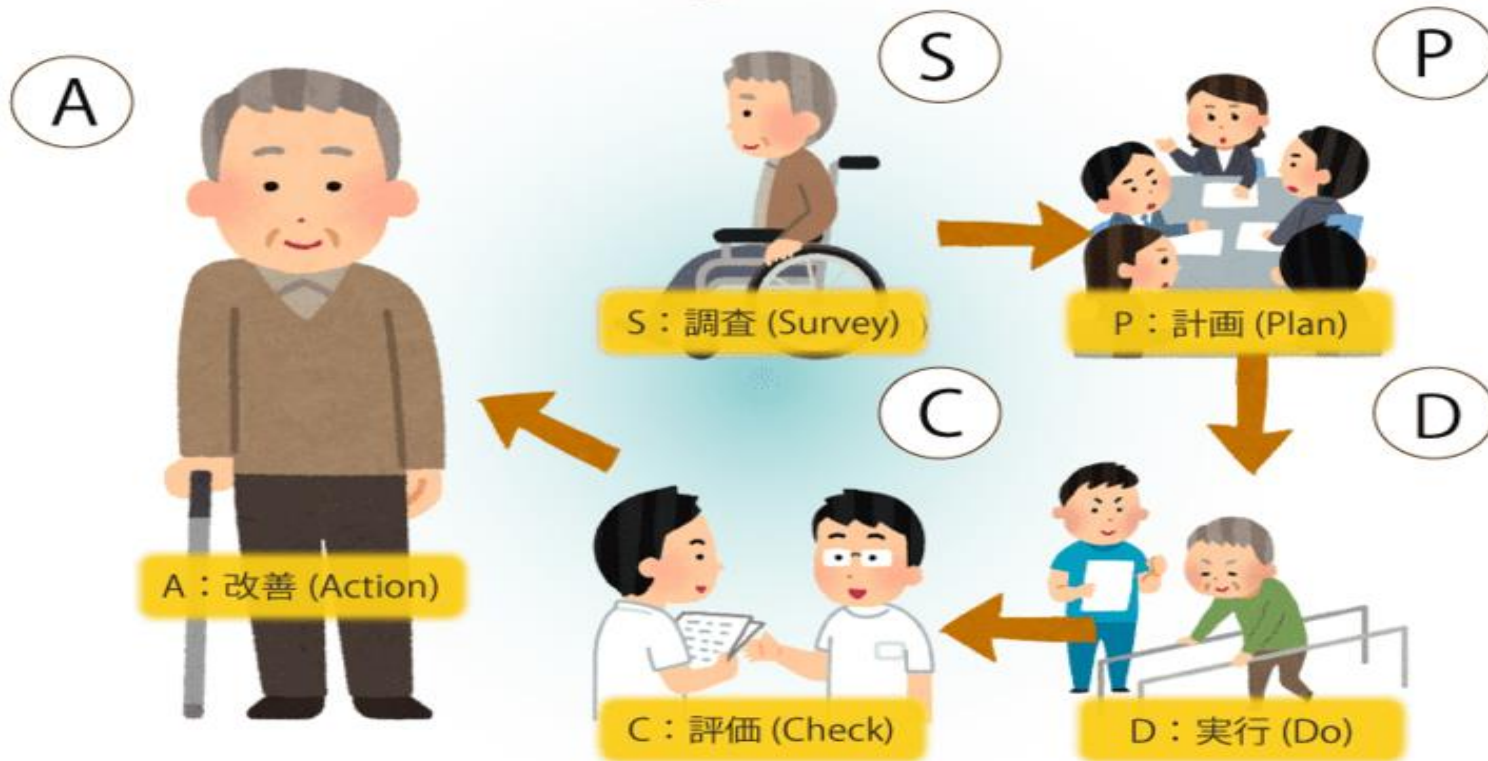
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

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

②リハビリテーション・
マネジメント加算の見直し

リハビリテーションマネジメント加算

「SPDCA」サイクル



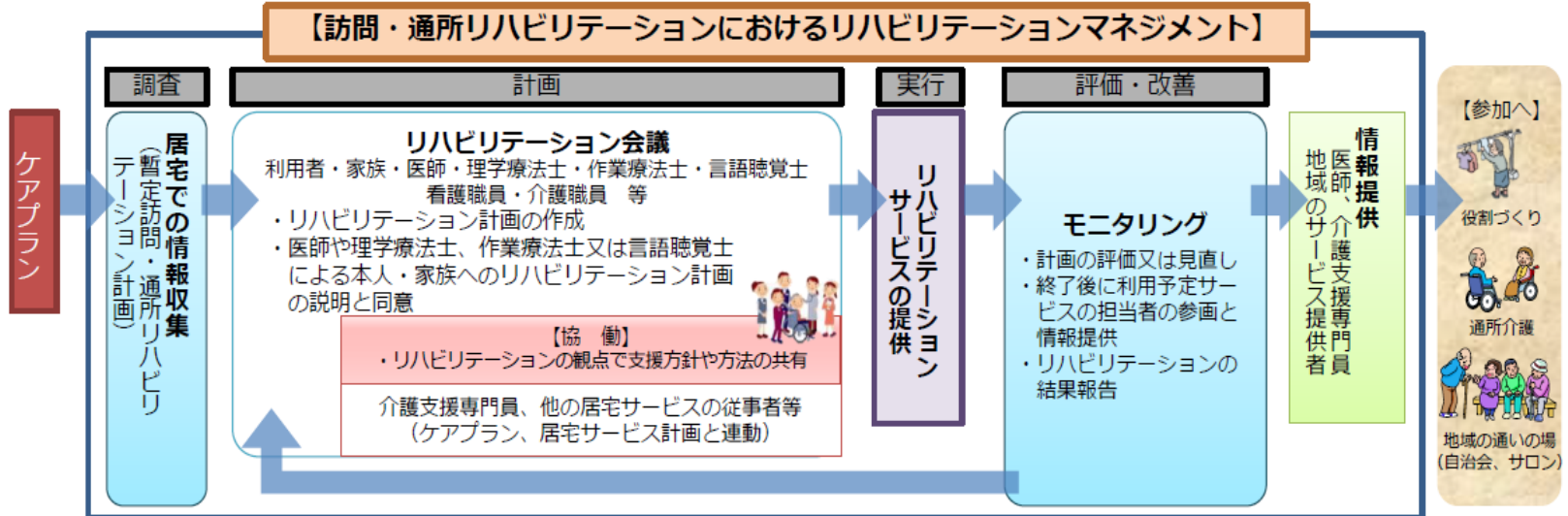
訪問・通所リハビリにおいて、SPDCAサイクルを通じて
適切なリハビリを提供できているかを継続的に管理し、
心身機能向上のアプローチをバランス良く行うこと

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

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

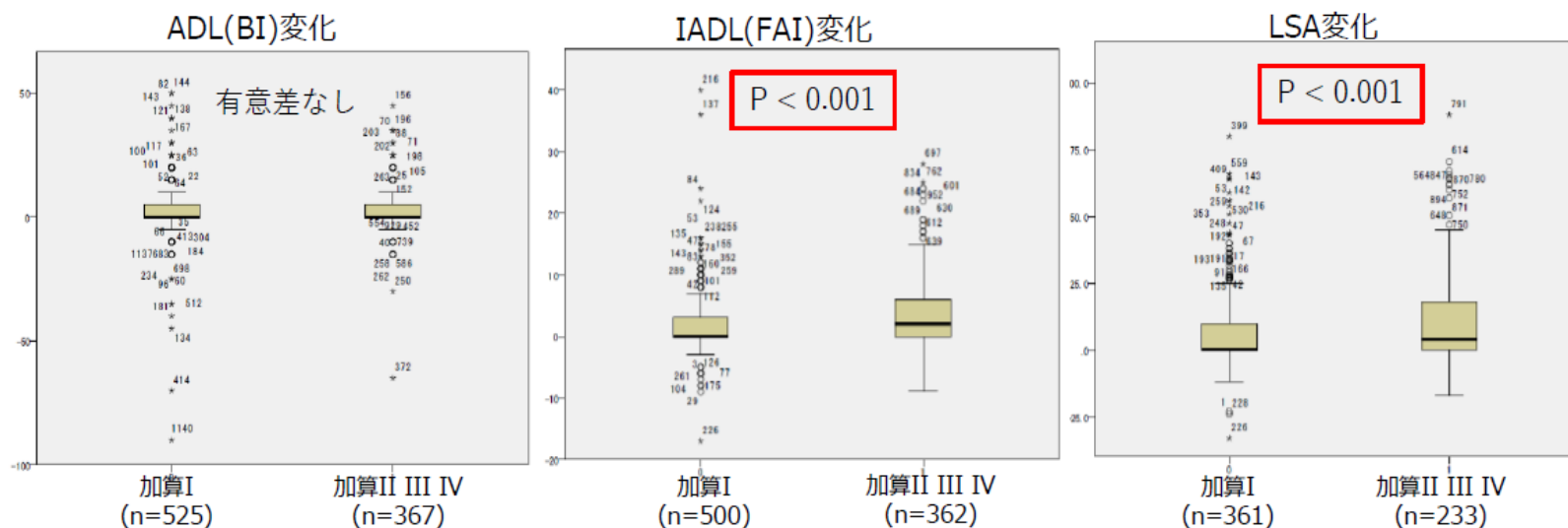
- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段の日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

※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。



(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）のデータをもとに老人保健課で集計

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

<現行>

算定要件

加算(Ⅰ) (230単位)	
(1)	リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
(2)	PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
(3)	新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

加算(Ⅱ) (6月以内の期間:1020単位) (6月を超えた期間:700単位)	
(1)	リハビリテーション会議を開催して、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
(2)	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
(3)	6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
(4)	PT、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。
(5)	以下のいずれかに適合すること
(一)	PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者と利用者の居宅を訪問し、当該従事者に対し、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
(二)	PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、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)	(1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること

<改定後>
2018年改定

算定要件

共通

加算(Ⅰ)	
現行の加算(Ⅰ)の要件 (1)から(3) 及び	
【新】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	

加算(Ⅱ)	
現行の加算(Ⅱ)の要件 (1)から(6) 及び	
【新】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	
及び	
【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。	
及び	
【現行の加算(Ⅱ)の(2)の緩和】 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。	

加算(Ⅲ)	
現行の加算(Ⅱ)の要件 (1)から(6) 及び	
【新】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	
及び	
【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。	

加算(Ⅳ)	
現行の加算(Ⅱ)の要件 (1)から(6) 及び	
【新】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	
及び	
【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。	
及び	
【新】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	

リハビリテーション等関連の主な加算の算定率(算定事業所割合)

(生活機能向上連携加算、リハビリテーションマネジメント加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算、事業所評価加算、社会参加支援加算、ADL維持等加算)

サービス類型		加算名称		平均算定率
訪問系	訪問介護	生活機能向上連携加算	I	0.37%
			II	0.20%
	訪問リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	I	82.86%
			II	6.41%
			III	12.32%
			IV	0.72%
	介護予防訪問リハビリテーション	社会参加支援加算	—	18.54%
リハビリテーションマネジメント加算			—	87.00%
			事業所評価加算	—
通所系	通所介護	生活機能向上連携加算	1	1.08%
			2	3.40%
		ADL維持等加算(※)	I	1.79%
			II	1.24%
	通所リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント加算	I	89.80%
			II 1	11.64%
			II 2	12.29%
			III 1	24.53%
			III 2	25.30%
			IV 1	1.02%
			IV 2	1.04%
			介護予防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
	2	0.54%		
	社会参加支援加算	—		7.75%
リハビリテーションマネジメント加算		—		87.63%
居住系	特定施設入居者生活介護	生活機能向上連携加算	1	2.45%
			2	2.72%
	小規模多機能型居宅介護	生活機能向上連携加算	I	2.46%
			II	1.91%
			施設サービス	介護老人福祉施設
2	3.38%			

(出典)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)

※ADL維持等加算については、同集計方法により、平成31年4月～令和元年12月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、9ヶ月間の平均算定率を集計

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3)

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)

リハビリテーションマネジメント加算の見直し

- 「加算I」を廃止し、加算要件であった医師による「介護予防のリハビリテーション加算」を廃止し、加算要件であった訪問リハビリテーションにおける「基本報酬」の要件を組み込むことなど、「通所リハビリテーション」の「医師による詳細な指示」などの実施がなければ加算はおろか、基本報酬を算定できなくなるというものだ。
- 現行の「加算 (II)」「加算 (III)」について要件を整理し直すとともに、評価体系の組み換えを行う。
- これまでの後述するVISITへのデータ提出等を評価する「加算 (IV)」を廃止し、後述するCHASE・VISITの統合したデータの提出を要件とする加算項目を設ける。
- 同時に定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされているリハビリテーションマネジメント加算 (II) 及び (III) それぞれにおいて、事業所がCHASE・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。
- この組み換えの結果、リハビリテーションマネジメント加算は、
 - リハビリテーションマネジメント加算 (A)
 - リハビリ専門職がリハビリテーション計画の説明や、計画作成に関与して行う場合
 - リハビリテーションマネジメント加算 (B)
 - 同説明を医師が行なう場合

社会参加支援加算

平成27年
介護報酬改定時資料

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の体制を評価する。

※ 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。

リハの理念は
参加と活動

点数

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すること。

① 社会参加への移行状況

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

② リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

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

評価対象期間

【評価対象期間】
1月1日～12月31日
【届出】
翌年3月15日まで
【算定期間】
翌年4月1日～
翌々年3月31日



社会参加に資する
取組へ移行

訪問して確認

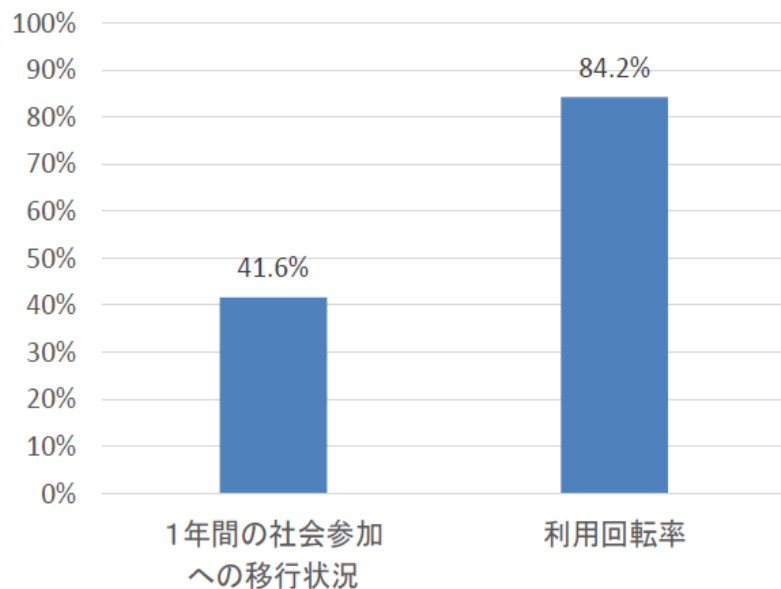


※ 終了後14日～44日以内に訪問にて
3月以上参加が継続することを確認

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。

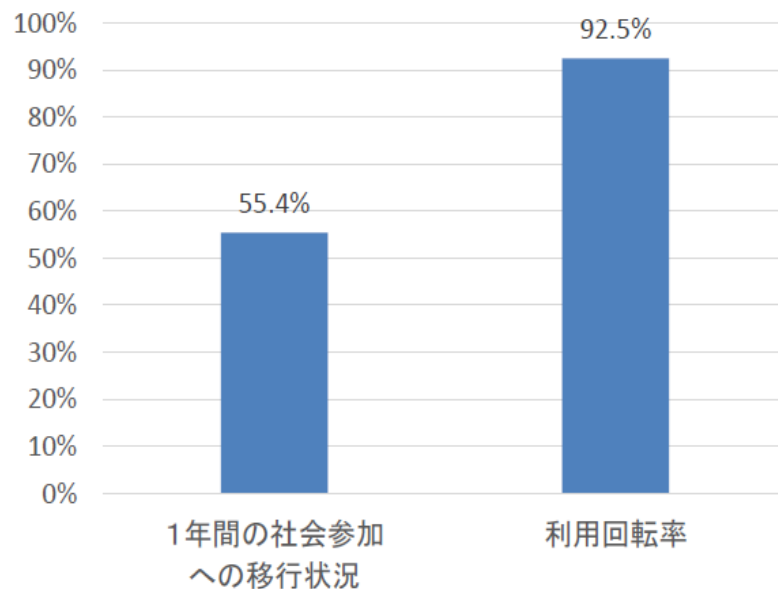
通所リハビリテーション事業所における
社会参加支援加算の要件の達成割合



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%

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>
【訪問リハビリテーション】	社会参加支援加算 17単位/日
【通所リハビリテーション】	社会参加支援加算 12単位/日
	⇒
	<改定後>
	移行支援加算（※単位数は変更なし）
	⇒
	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 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq 27\%$ 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。	
・ <u>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。</u>	

移行支援加算
と名称変更

生活行為向上リハビリテーションとは？



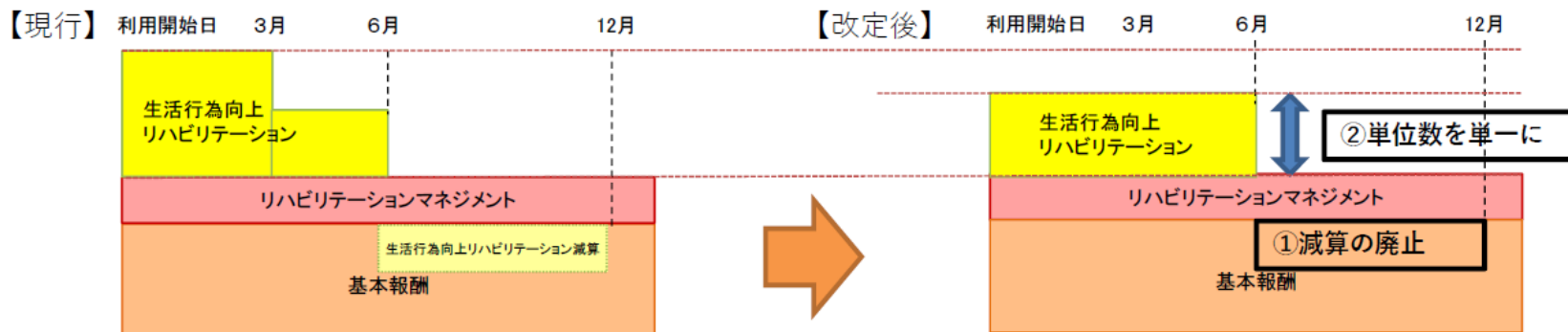
3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し②

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リ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)】



③生活機能向上連携 加算のICT活用評価

生活機能向上連携加算

2012年
改定

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

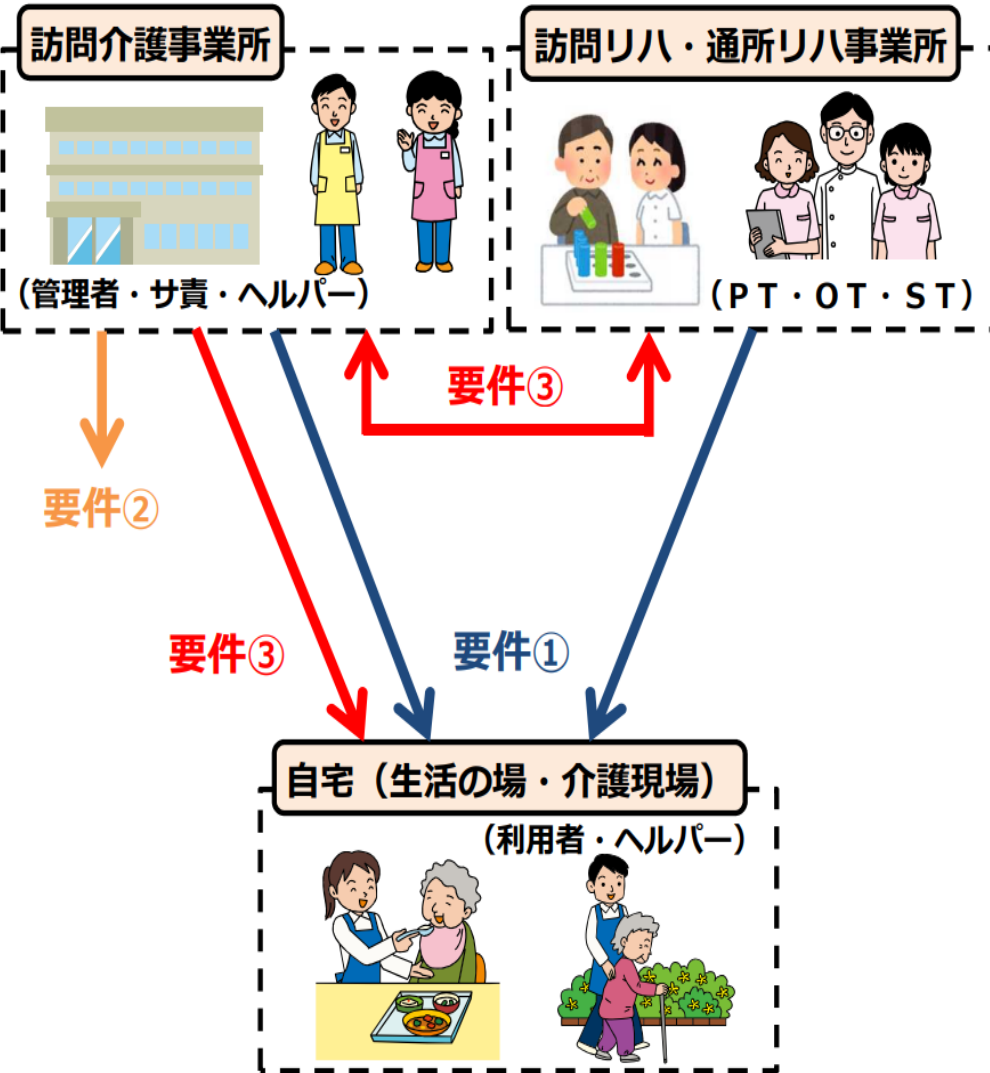
生活機能向上連携加算 200単位/月（新設）

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

算定要件等

- 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（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、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
- 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。

生活機能向上連携加算



(要件①)

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

(要件②)

- サ責が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
- (例) 達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

(要件③)

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等へ報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

通所介護の加算算定率

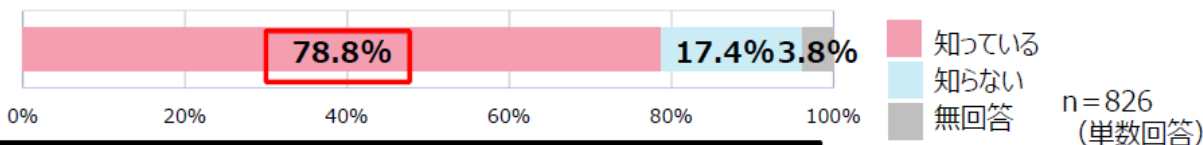
	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：回・日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：1単位)
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 *	5/100	295	1.2%	2,700	0.0%	790,000
入浴介助加算 *	50	22,517	94.5%	8,802,400	71.5%	440,104,000
中重度者ケア体制加算 *	45	4,487	18.8%	2,789,200	22.6%	125,515,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算なし)	200	295	1.2%	51,000	0.4%	5,772,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算あり)	100	923	3.9%			
個別機能訓練加算 (I) *	46	6,768	28.4%	3,153,500	25.6%	145,059,000
個別機能訓練加算 (II) *	56	9,480	39.8%	3,466,900	28.1%	194,145,000
新 ADL維持等加算 (I)	3	36	0.2%	2,000	0.0%	6,000
新 ADL維持等加算 (II)	6	26	0.1%	1,400	0.0%	9,000
認知症加算 *	60	1,920	8.1%	371,700	3.0%	22,299,000
若年性認知症利用者受入加算 *	60	181	0.8%	2,800	0.0%	170,000
栄養改善加算	150	141	0.6%	1,500	0.0%	231,000
新 栄養スクリーニング加算	5	347	1.5%	3,600	0.0%	18,000
口腔機能向上加算	150	2,419	10.2%	92,700	0.8%	13,898,000
同一建物減算 *	-94	-	-	1,792,700	14.6%	-168,517,000
送迎減算	-47	-	-	577,300	4.7%	-27,162,000
サービス提供体制強化加算 (I) イ	18	8,356	35.1%	4,386,600	35.6%	78,959,000
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	12	2,053	8.6%	1,149,700	9.3%	13,796,000
サービス提供体制強化加算 (II)	6	5,177	-	2,698,100	21.9%	16,188,000
介護職員処遇改善加算 (I)	59/1000	18,310	76.9%	997,500	8.1%	465,027,000
介護職員処遇改善加算 (II)	43/1000	2,254	9.5%	102,500	0.8%	35,685,000
介護職員処遇改善加算 (III)	23/1000	1,676	7.0%	67,000	0.5%	13,275,000
介護職員処遇改善加算 (IV)	90/100	106	0.4%	4,400	0.0%	784,000
介護職員処遇改善加算 (V)	80/100	128	0.5%	5,400	0.0%	890,000
生活相談員配置等加算 *	13	22	0.1%	600	0.0%	8,000

- ※ *は日数を算定
- ※ 算定事業所数：介護保険総合データベースについて任意集計を実施。
- ※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／通所介護算定事業所数
- ※ 算定回数・日数：介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分）
- ※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／通所介護算定総回数

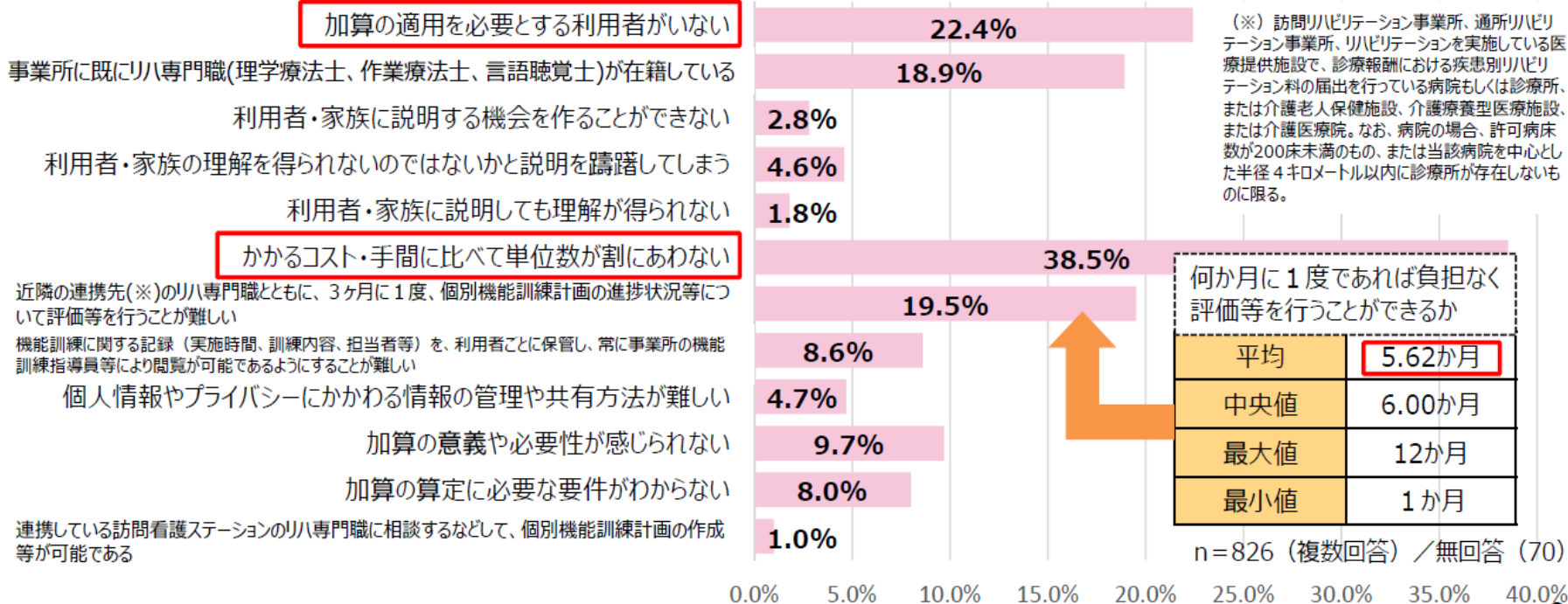
通所介護・地域密着型通所介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由①)

- 生活機能向上連携加算を算定していない事業所における同加算の認知状況は、「知っている」(78.8%)が最も多く、「知らない」は17.4%であった。
- 生活機能向上連携加算を算定していない理由(事業所・利用者における理由、制度上の課題等)は「かかるコスト・手間に比べて単位数が割にあわない」(38.5%)が最も多く、次いで「加算の適用を必要とする利用者がいない」(22.4%)が多かった。
- また、「近隣の連携先のリハ専門職と個別機能訓練計画の進捗状況等について評価等を行うことが難しい」を選択した事業所に対して、何か月に1度であれば負担なく評価等を行うことができるか問うと、平均「5.62か月に1度」であった。

生活機能向上連携加算の認知状況



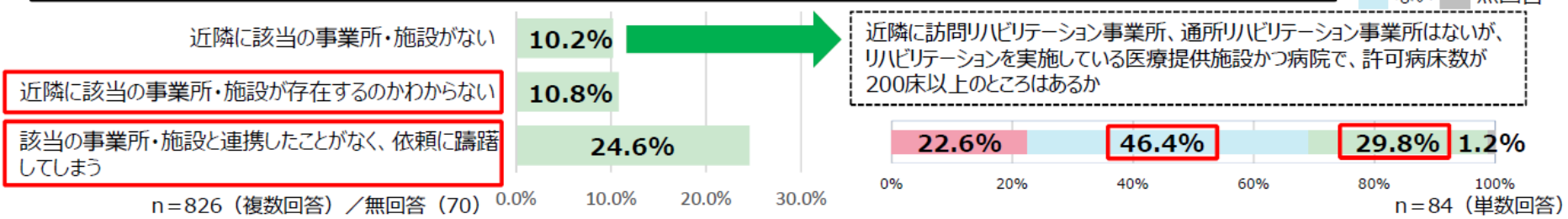
生活機能向上連携加算を算定していない理由(事業所・利用者における理由、制度上の課題等)



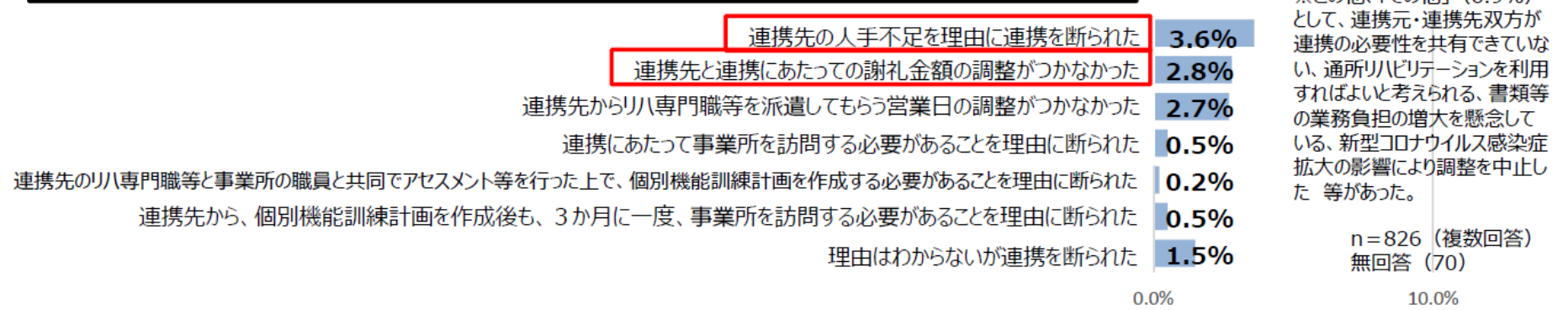
通所介護・地域密着型通所介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由②)

- 生活機能向上連携加算を算定していない理由（連携先の存在・認知状況や連携しやすさ等に関する理由）は、「該当の事業所・施設と連携したことがなく、依頼に躊躇してしまう」（24.6％）が最も多く、次いで「近隣に該当の事業所・施設が存在するのかわからない」（10.8％）が多かった。また、「近隣に該当の事業所・施設がない」と回答した事業所に対し、近隣に訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所はないが、リハビリテーションを実施している医療提供施設かつ病院で、許可病床数が200床以上のところはあるかを問うたところ、「ない」（46.4％）が最も多く、次いで「わからない」（29.8％）が多かった。
- 生活機能向上連携加算を算定していない理由（連携先との連携に関わる調整上の理由）は「連携先の人手不足を理由に連携を断られた」（3.6％）が最も多く、次いで「連携先と連携にあたっての謝礼金額の調整がつかなかった」（2.8％）が多かった。

生活機能向上連携加算を算定していない理由（連携先の存在・認知状況や連携しやすさ等に関する理由）



生活機能向上連携加算を算定していない理由（連携先との連携に関わる調整上の理由）

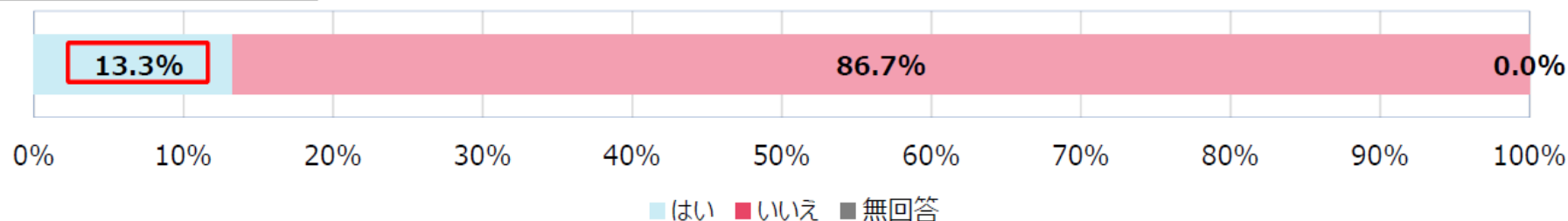


生活機能向上連携加算(参考:ICTを活用した利用者の状態把握)

- 小規模多機能型居宅介護におけるICTの活用状況について、生活機能向上連携加算（I）の算定にあたりICTを活用した割合は13.3%であった。
- ICTの活用の効果としては、「利用者の自宅を訪問する必要がないので、調査対象事業所・施設との連携がしやすくなった」「利用者の状態が気になったときにすぐに確認できるようになった」（75.0%）が最も多かった。

ICTを活用した割合

n = 30 (単数回答) / 小規模多機能型居宅介護



ICT活用の効果

n = 4 (複数回答) / 小規模多機能型居宅介護

利用者の自宅を訪問する必要がないので、調査対象事業所・施設との連携がしやすくなった

75.0%

利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった

75.0%

訪問の回数が減って貴事業所・貴施設の職員の負担が軽減された

50.0%

利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる

25.0%

動画等では十分な確認ができなかった

0.0%

その他

0.0%

無回答

0.0%

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0%

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数（ア）

<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。

算定要件等（ア）

<生活機能向上連携加算（Ⅰ）>（**新設**）

- 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ものに限る。）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。

<生活機能向上連携加算（Ⅱ）>（現行と同じ）

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、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た半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

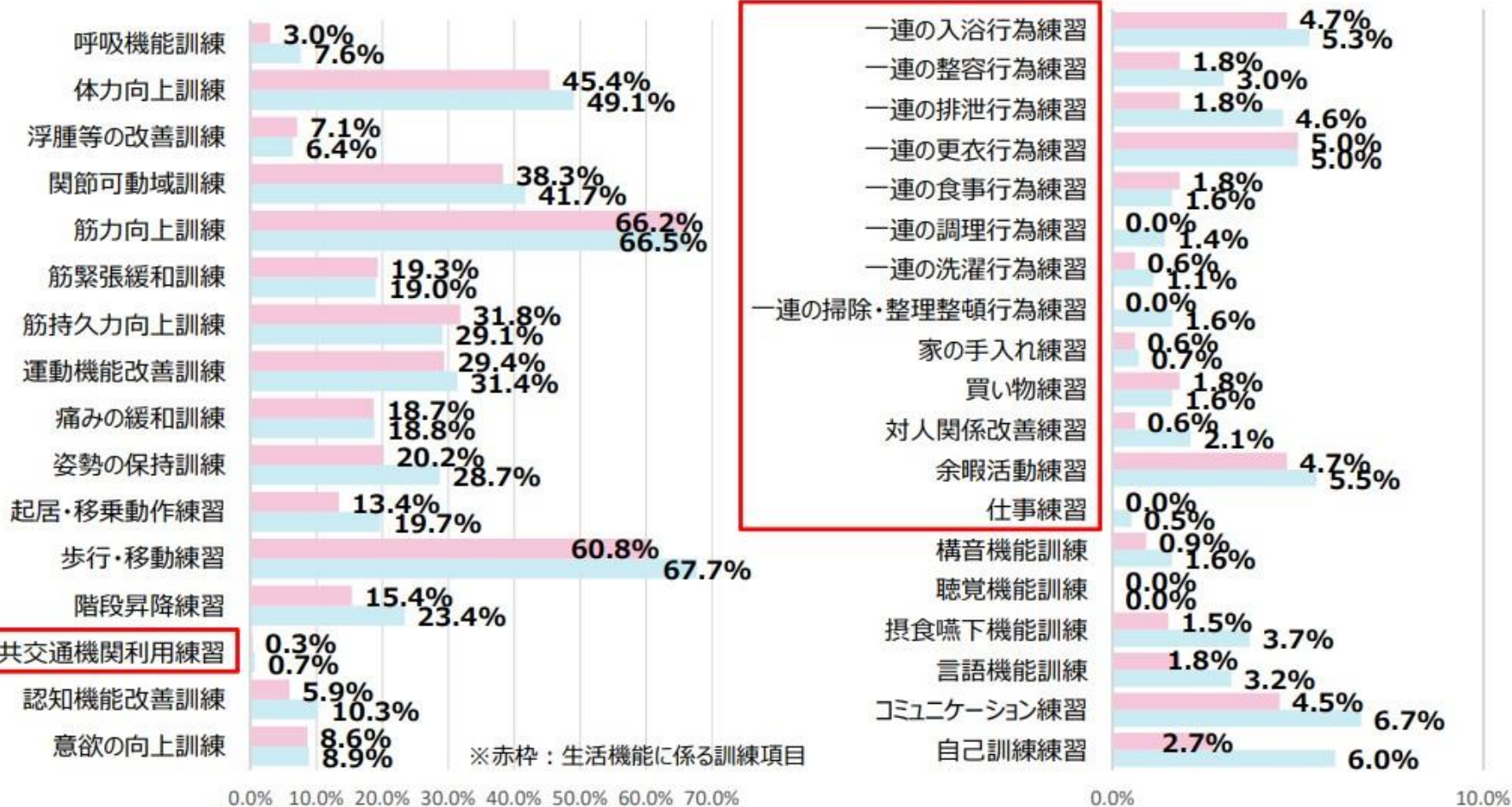
ICT活用した動画
等による利用者の
状態把握

④通所介護の個別機能訓練加算の見直し

個別機能訓練加算とは、**機能訓練指導員**を配置し、利用者（入所者）に対して個別機能訓練計画書を作成、その計画に基づき機能訓練を実施して、効果や実施方法を評価する取組により算定できる加算。

通所介護 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定している利用者の機能訓練内容

○ 通所介護において個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定している利用者の機能訓練内容をみると、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合・個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している場合で、訓練内容にほとんど差はなかった。また個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している場合でも生活機能に関する訓練はほとんど実施されていなかった。



1. 現在の各個別機能訓練加算の相違要件 ※2020年時点

【個別機能訓練加算(Ⅰ)】

- 常勤・専従の機能訓練指導員を1名以上配置（サービス提供時間を通じての配置）
- 訓練項目：身体機能向上を目的とする複数種類の機能訓練項目
- 訓練対象者：人数制限なし
- 訓練実施者：制限なし（機能訓練指導員の管理の下に別の従事者が実施した場合でも算定可）

関連記事：[よくわかる個別機能訓練加算Ⅰ](#)

【個別機能訓練加算(Ⅱ)】

- 専従の機能訓練指導員を1名以上配置（配置時間の定めなし）
- 訓練項目：生活機能向上を目的とする機能訓練項目
- 訓練対象者：5人程度以下の小集団又は個別
- 訓練実施者：機能訓練指導員が直接実施

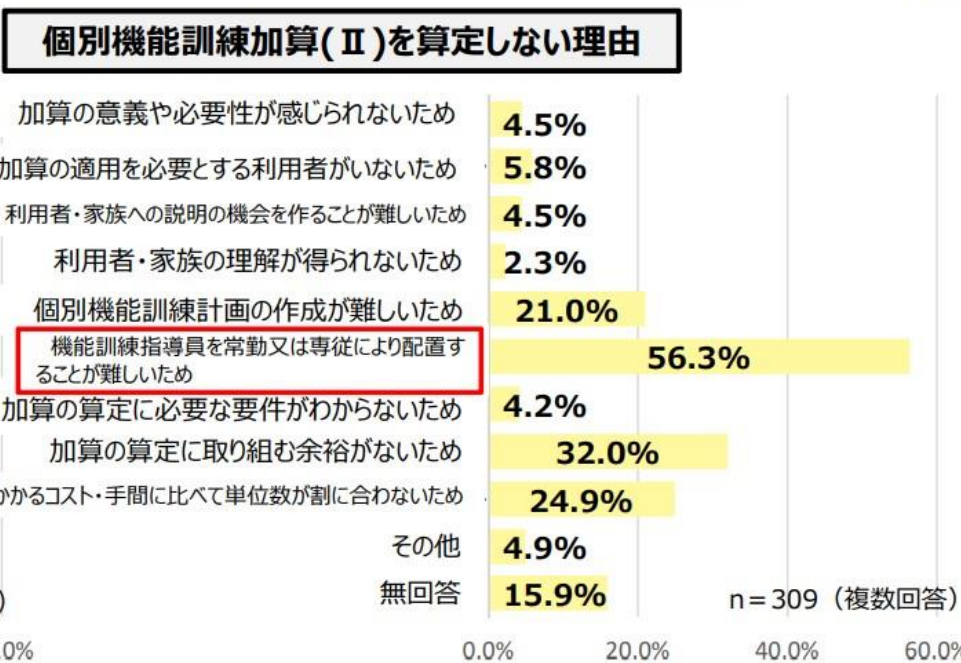
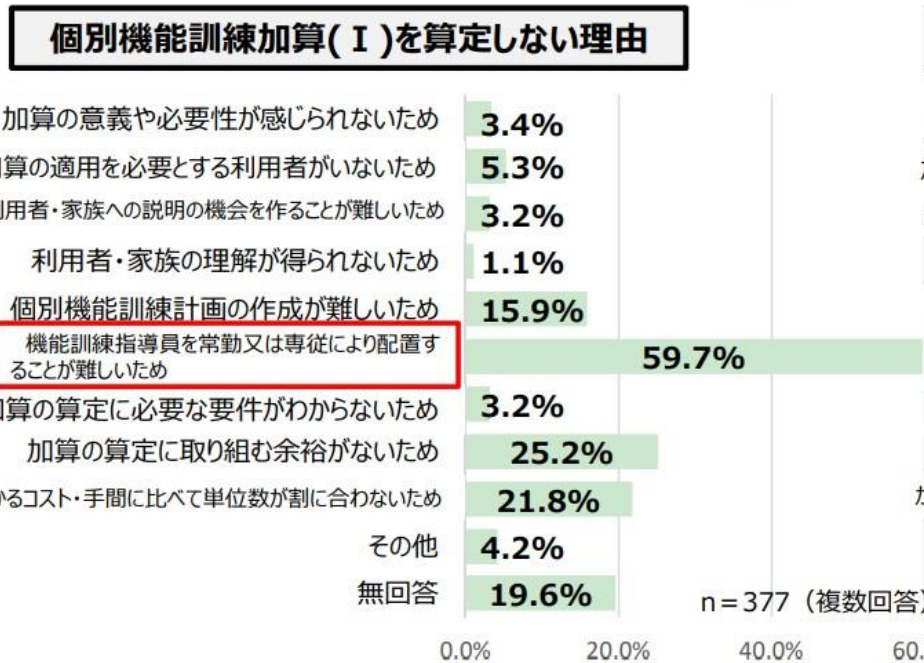
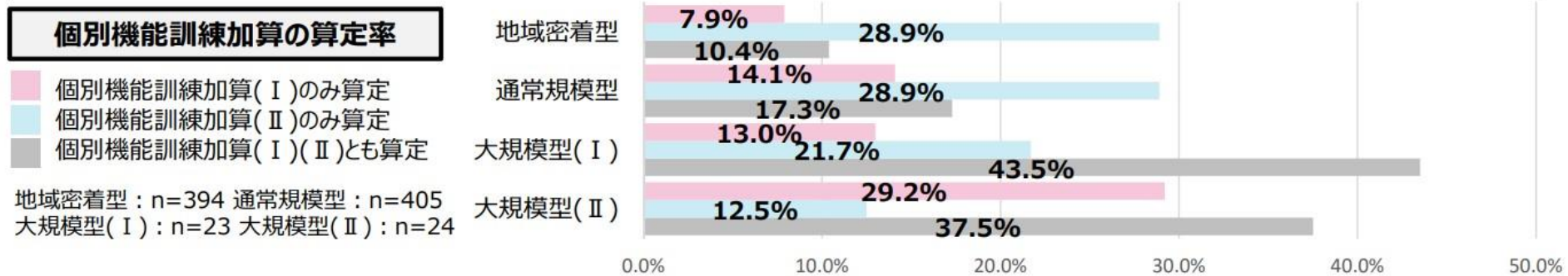
関連記事：[よくわかる個別機能訓練加算Ⅱ](#)

身体機能向上の加算(Ⅰ)は
人員配置要件が厳しく、
生活機能向上の加算(Ⅱ)は
対象者・実施者が厳しい

※機能訓練指導員が2名以上配置されていれば、同一日に同一の利用者に対して両加算を算定することも可能。

通所介護・地域密着型通所介護 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定率・算定しない理由

- 個別機能訓練加算の算定率は、規模の小さい事業所ほど低い傾向にあった。
- 個別機能訓練加算を算定しない理由をみると、加算(Ⅰ)・加算(Ⅱ)とも「機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため」が最も多く、それぞれ59.7%、56.3%であった。



上段：令和2年度老人保健健康増進等事業「通所介護における人材活用等の実態把握に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）による調査（速報値）
下段：令和元年度「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業」報告書より作成

上記の算定していない理由や両方算定している場合の課題等を鑑みて、現行の個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)を統合する

人員配置要件	小規模事業所でも必要な人員を確保できるよう、 専従1名以上(配置時間の定めなし)
機能訓練項目	利用者の心身の状況に応じて項目設定を行うことができるよう、 身体機能向上・生活機能向上 のいずれかを目的として設定するのではなく、 両者を柔軟に組み合わせて目標設定できること
訓練対象・訓練実施者	「個別」機能訓練であることを踏まえ、5人程度以下の小集団又は個別に機能訓練指導員が直接実施する ※現行の個別機能訓練加算(Ⅱ)の要件にあたる

ただし、これまで個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)を両方算定している事業所もあることを踏まえ、人員配置につき、常勤・専従1名以上(サービス提供時間を通じて配置)を要件とする

3.(1)⑨ 通所介護における個別機能訓練加算の見直し

概要

【通所介護、地域密着型通所介護】

- 通所介護・地域密着型通所介護における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個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行う。【告示改正】

単位数

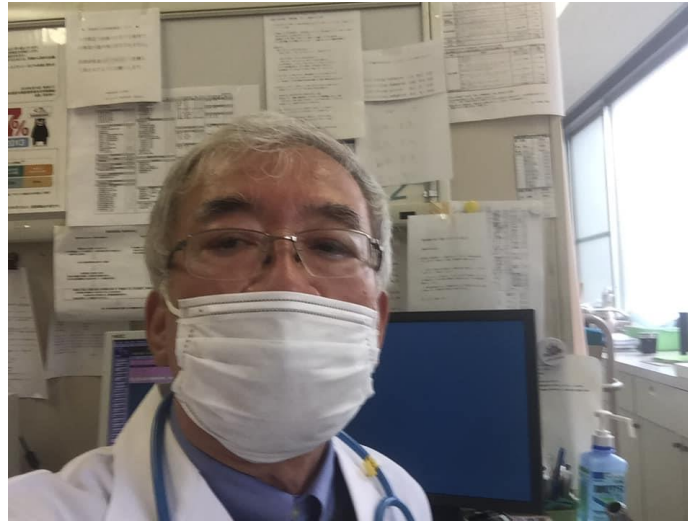
< 現行 >	< 改定後 >
個別機能訓練加算（Ⅰ） 46単位/日	⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位/日
個別機能訓練加算（Ⅱ） 56単位/日	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 85単位/日 ※イとロは併算定不可
	個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月（新設） ※加算（Ⅰ）に上乘せして算定

算定要件等

ニーズ把握・情報収集	通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。			
機能訓練指導員の配置	(Ⅰ) イ	専従1名以上配置 (配置時間の定めなし)	(Ⅰ) ロ	専従1名以上配置 (サービス提供時間帯通じて配置)
	※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で1名以上配置する。			
計画作成	居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。			
機能訓練項目	利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。 訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。			
訓練の対象者	5人程度以下の小集団又は個別			
訓練の実施者	機能訓練指導員が直接実施（介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない）			
進捗状況の評価	3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行う。			

<加算(Ⅱ)>加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

連携実務者が知ってほしい 介護報酬改定速報③ 科学的介護の推進

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

講義③の目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 感染症や災害への対応力強化
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 自立支援・重症化防止
- パート 6
 - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 7
 - 介護人材の確保・介護現場の革新



パート5

自立支援・重症化防止

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの連携・強化

リハビリ・機能訓練、 口腔、栄養の取り組みの 連携・強化

- ①計画作成や会議へのリハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士の参加
- ②リハビリテーション・マネジメント加算の見直し
- ③生活機能向上連携加算ICT活用評価
- ④通所介護の個別機能訓練加算の見直し
- ⑤施設系サービスの口腔・栄養関連加算の基本サービス化
- ⑥通所系サービスにおける口腔スクリーニングの実施

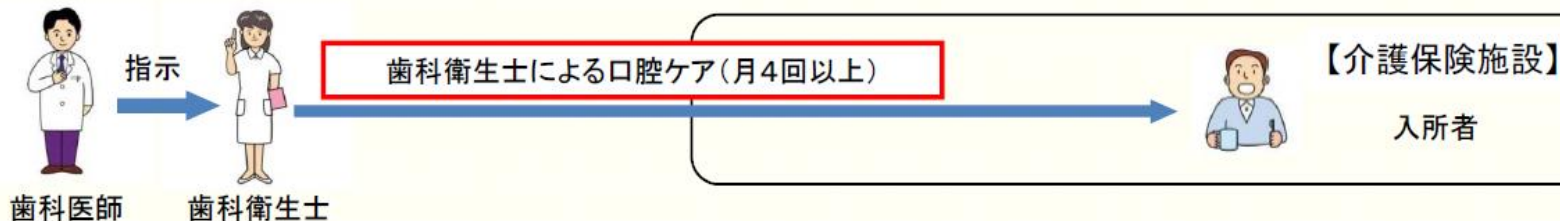
⑤施設系サービスにおける口腔・栄養関連加算の基本サービス化



口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理加算】110単位/月

- 口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者又は入院患者に対する口腔ケアを月4回以上行っていること。



算定基準告示

口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合に、1月につき所定点数を加算する。ただし、この場合において、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

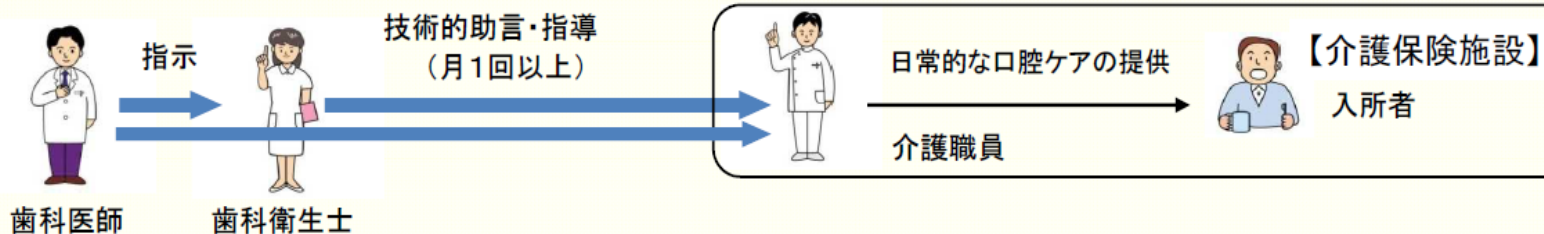
留意事項通知

- ①口腔機能維持管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能維持管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施した場合において、当該利用者ごとに算定するものである。
- ②当該施設が口腔機能維持管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。また、別紙様式1を参考として入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔機能維持管理に関する実施記録」という。)を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること。
- ③歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔機能維持管理に関する実施記録に記入すること。また、当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を的確に行うこと。
- ④本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、算定できない。

口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理体制加算】30単位/月

- 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ケアに係る技術的助言及び指導を月一回以上行っていること。



算定基準告示

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する(施設名称)において、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ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

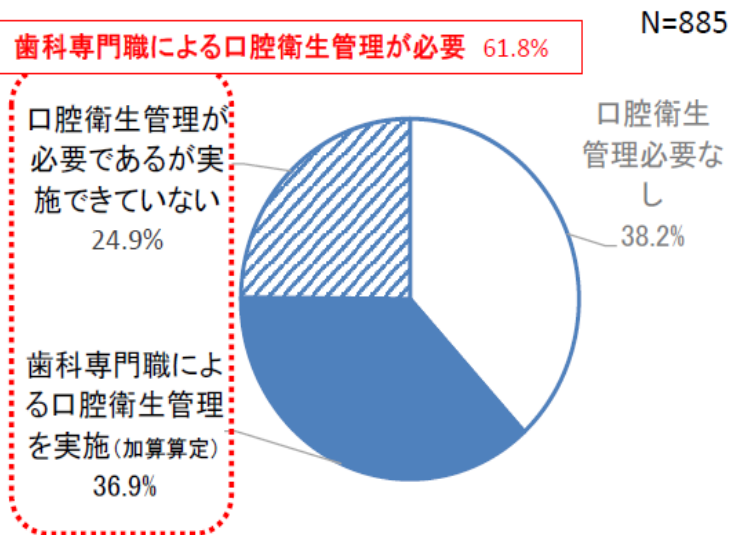
留意事項通知

- ①「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ②「入所者の口腔衛生管理計画」には、以下の事項を記載すること。
 - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
 - ロ 当該施設における目標
 - ハ 具体的方策
 - ニ 留意事項
 - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
 - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
 - ト その他必要と思われる事項
- ③医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔衛生管理に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

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

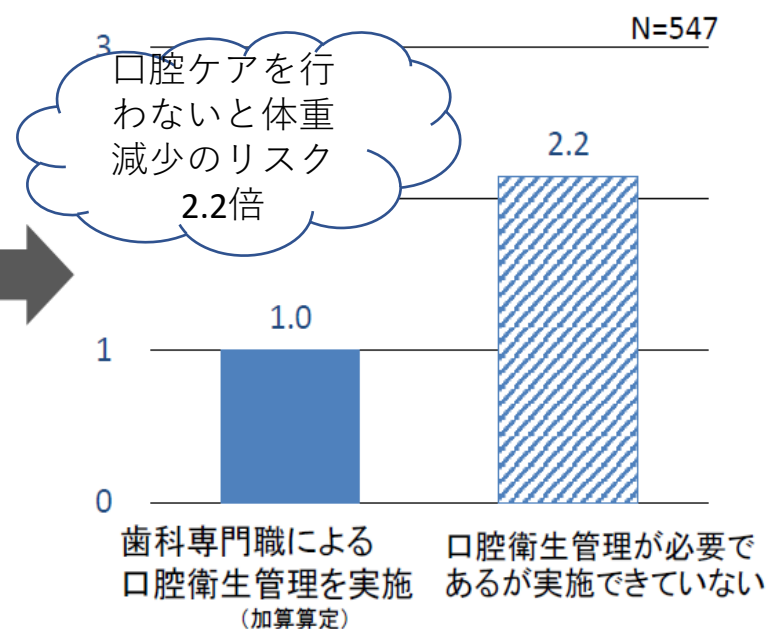
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

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



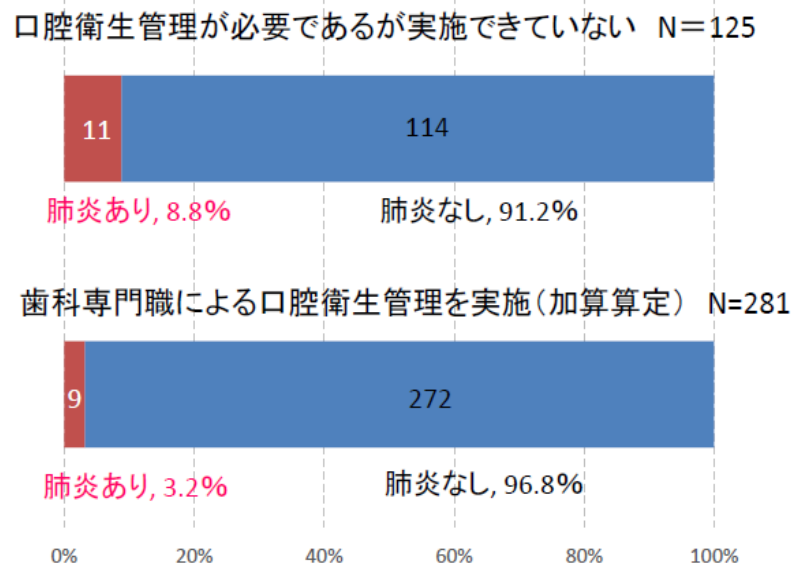
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

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

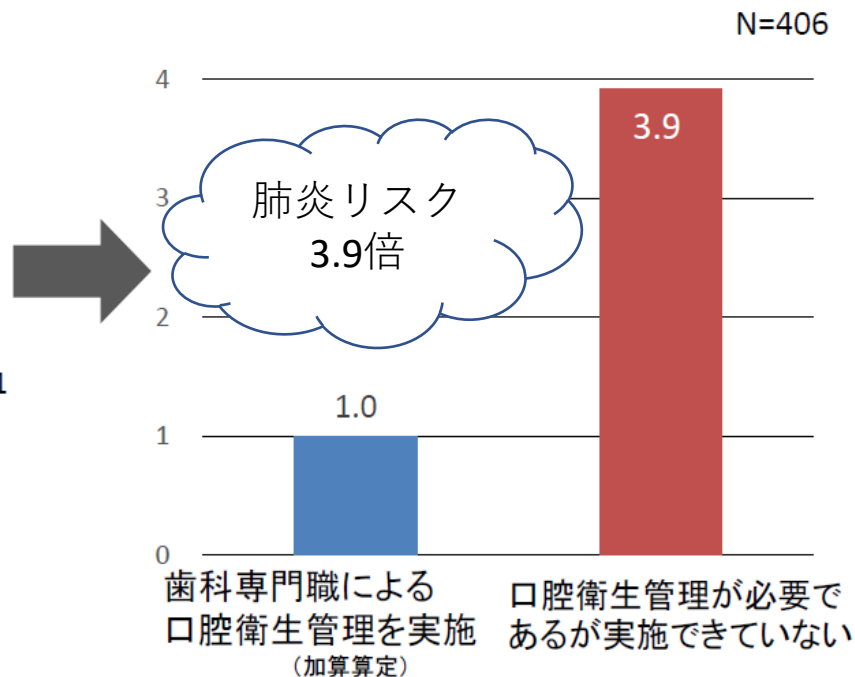
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症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

口腔衛生管理体制加算・口腔衛生管理加算の算定回数状況

	口腔衛生管理体制加算 (千回)	口腔衛生管理加算 (千回)
総数	509.2 施設サービス受給者の 54.6%に算定	60.8 施設サービス受給者の 6.5%に算定
介護老人福祉施設	279.2	29.0
介護老人保健施設	204.6	27.8
介護療養型医療施設	25.4	4.0

(介護給付費等実態調査平成28年4月審査分)

施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算の基本サービス化

- 施設系サービスにおける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、基本サービスとして行うこととする。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制を整備し、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。
- その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 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。

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

⇒ 廃止

口腔衛生管理加算 90単位/月

⇒ 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）

< 改定後 >

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。

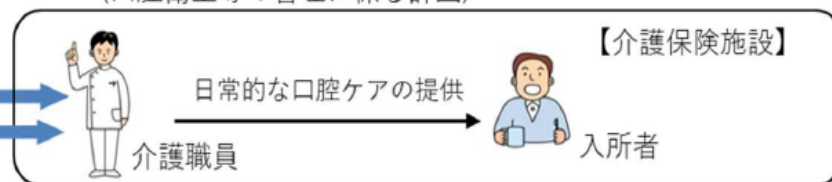
< 口腔衛生管理加算（Ⅱ） >

- ・ 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 >



< 口腔衛生等の管理に係る計画 >

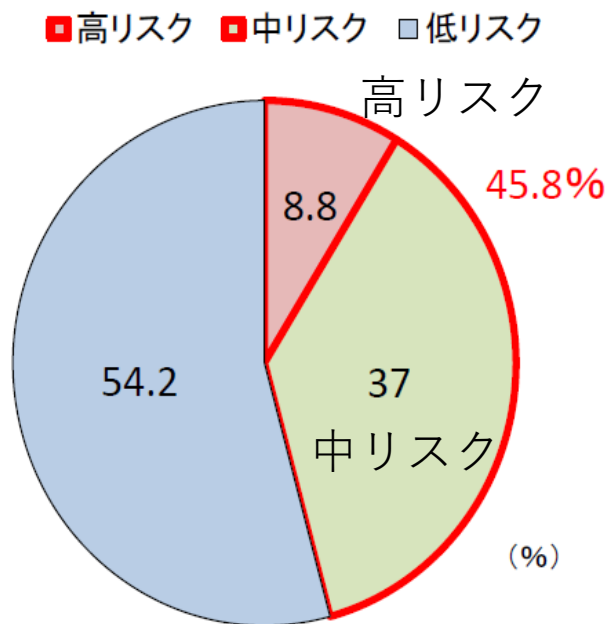


施設サービスにおける 栄養マネジメント充実



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



(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

※対象者: 全国464施設(老健・特養)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)

※「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)

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関連

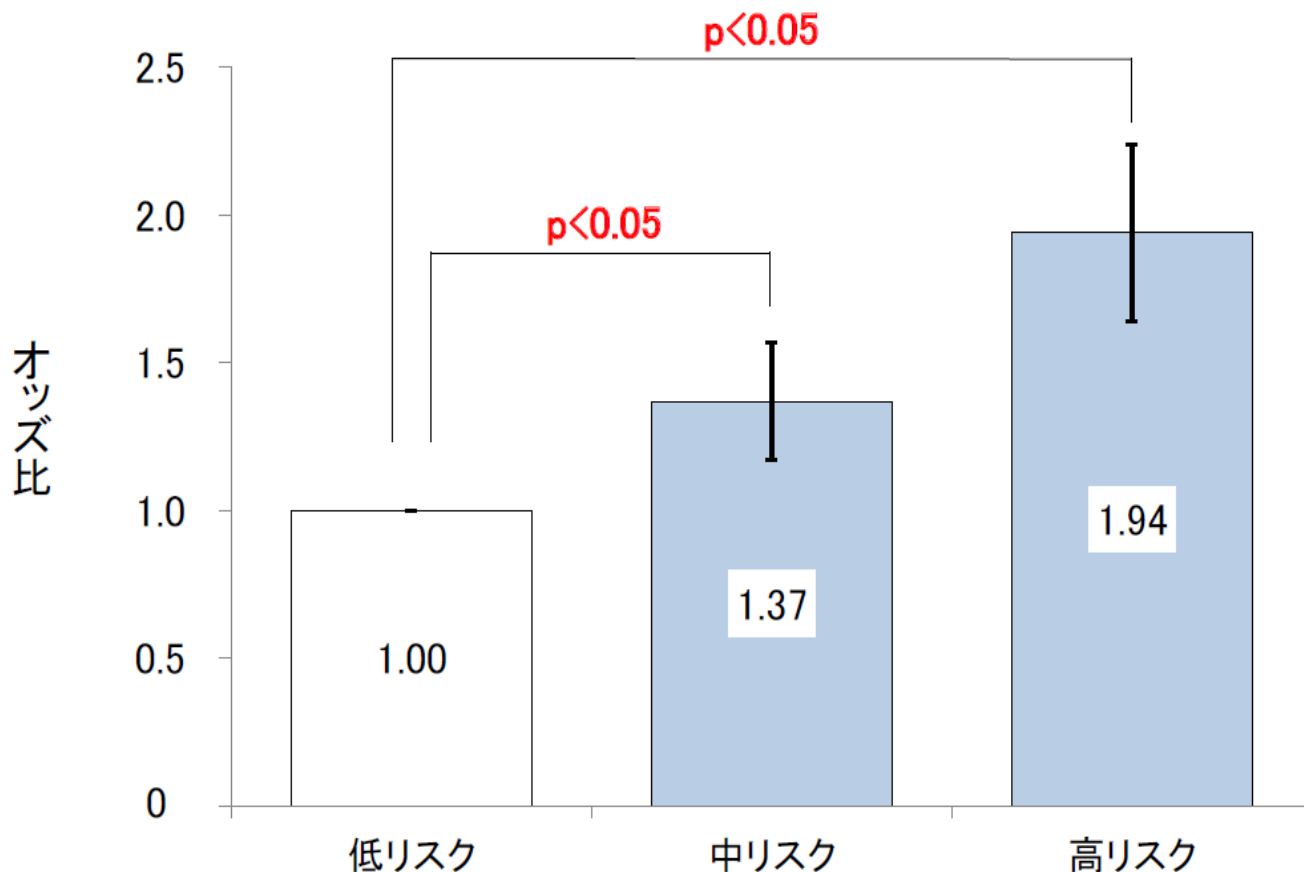


図 低栄養リスクが予後(入院・死亡)に及ぼす影響(低リスクを基準とした場合)

対象施設: 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設(141施設)

値: オッズ比及び95%信頼区間

対象人数: 9,812人

平均追跡期間: 392日間

調整因子: 性、年齢階級、BMI、日常生活自立度、要介護度

栄養マネジメント加算の概要

栄養マネジメント加算

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：14単位/日

【概要】

- 常勤の管理栄養士を1名以上配置し、入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、入所者ごとの栄養ケア計画を作成し、計画に従い栄養管理を行い、入所者の栄養状態を定期的に記録するとともに、定期的に評価し必要に応じて計画を見直している場合に算定

【実施手順】

- ① 施設入所時に低栄養状態のリスクを把握(栄養スクリーニング)
- ② 解決すべき課題を把握(栄養アセスメント)
- ③ 多職種が共同して栄養ケア計画を作成し、入所者本人又はその家族に同意確認
- ④ 栄養ケア計画に基づき栄養管理を実施し、栄養ケア計画を適宜修正
- ⑤ 栄養状態に応じて定期的に栄養状態をモニタリング

栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



➤ 栄養マネジメント加算

1.39 算定状況 (n=1,070)

	施設数	割合
算定している	903	84.4%
算定していない	167	15.6%

1.40 1.39 で算定している施設の管理栄養士の配置形態 (n=903)

	施設数	割合
当該施設に常勤で配置	858	95.0%
同一敷地内の介護保険施設との兼務（双方で栄養マネジメント加算を算定）	45	5.0%

施設系サービスにおける栄養マネジメント加算の基本サービス化

- 施設系サービスにおける栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うこととする。
- このため、現行の栄養士に加えて、管理栄養士の配置を位置付ける（栄養士又は管理栄養士の配置を求める）とともに、入所者ごとの状態に応じた栄養管理を計画的に行うことを求める。
- 栄養ケア・マネジメントが実施されていない場合は、基本報酬を減算する。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 低栄養リスクが高い者のみを対象とする低栄養リスク改善加算について、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や栄養ケアに係る体制の充実を評価する加算に見直す。
- その際、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要件の一つとする

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

<現行>		<改定後>	
栄養マネジメント加算	14単位/日	⇒	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)
なし		⇒	栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)
低栄養リスク改善加算	300単位/月	⇒	廃止
経口維持加算	400単位/月	⇒	変更なし

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。

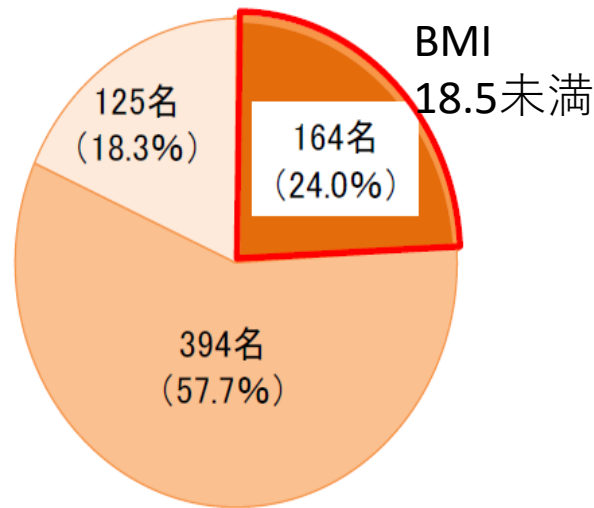
<経口維持加算>

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

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%

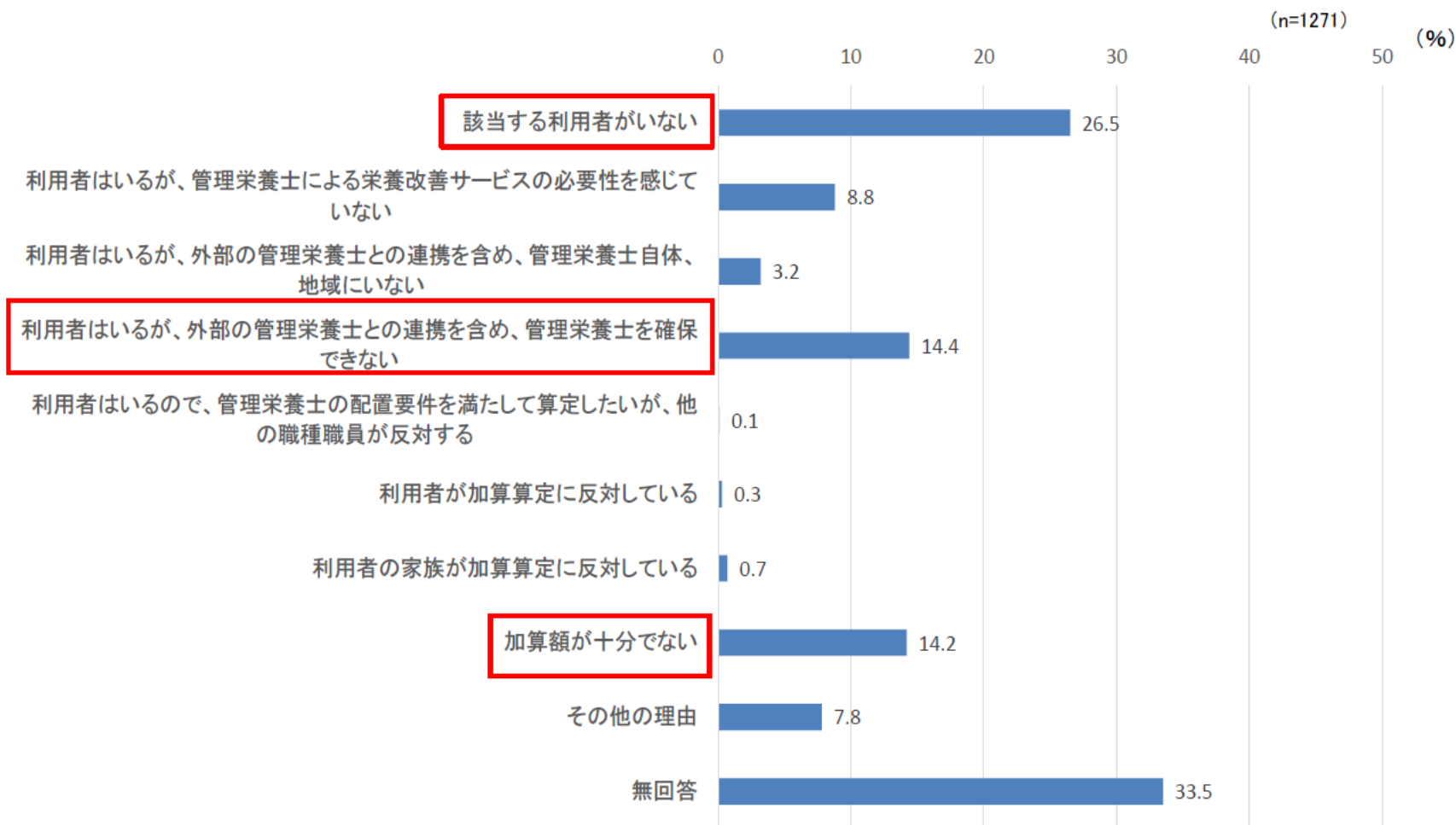
38.7% (括弧内)

※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】

栄養改善加算:算定していない理由(通所介護)

○ 通所介護事業所における栄養改善加算を算定していない理由としては、「該当する利用者がいない」が最多。次いで、「利用者はあるが、外部の管理栄養士との連携を含め、管理栄養士を確保できない」、「加算額が十分ではない」。



出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業

「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

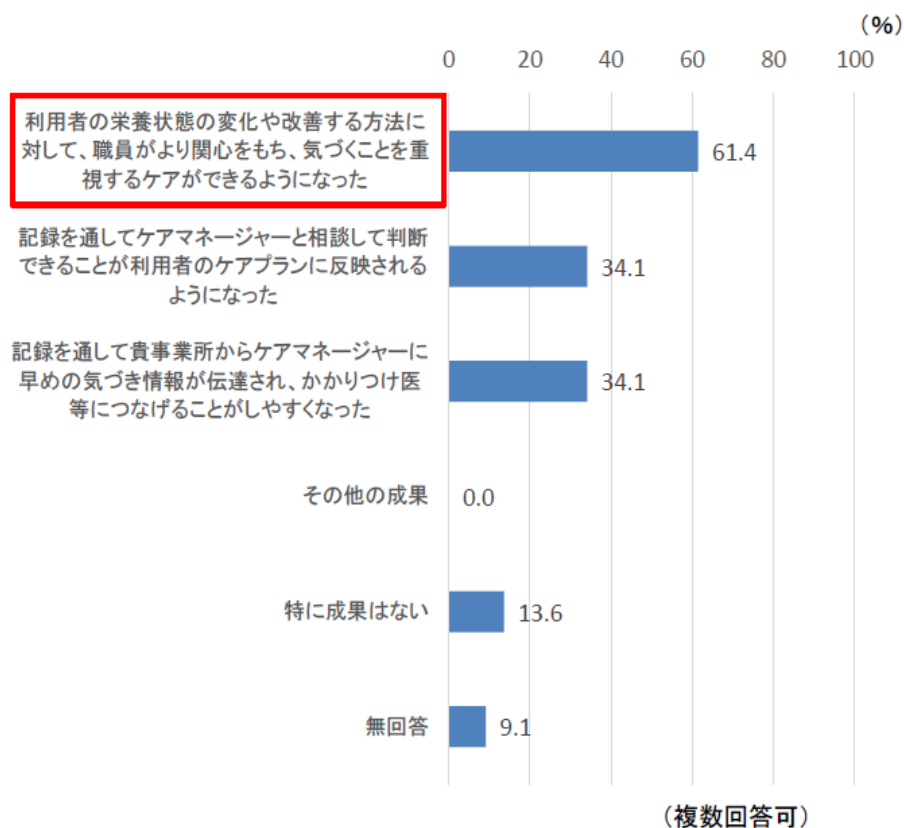
(複数回答可)

栄養スクリーニング加算：算定による成果及び算定していない理由（通所介護）

- 通所介護事業所において、栄養スクリーニング加算の算定による成果として、「利用者の栄養状態の変化や改善する方法に対して、職員がより関心をもち、気づくことを重視するケアができるようになった」が最多。
- 一方、算定しない理由としては、「利用者の栄養状態について6ヶ月ごとの確認を行う」体制が構築できないから」、「加算算定に必要な記録文書の作成が職員の負担となるから」が多く挙げられた。

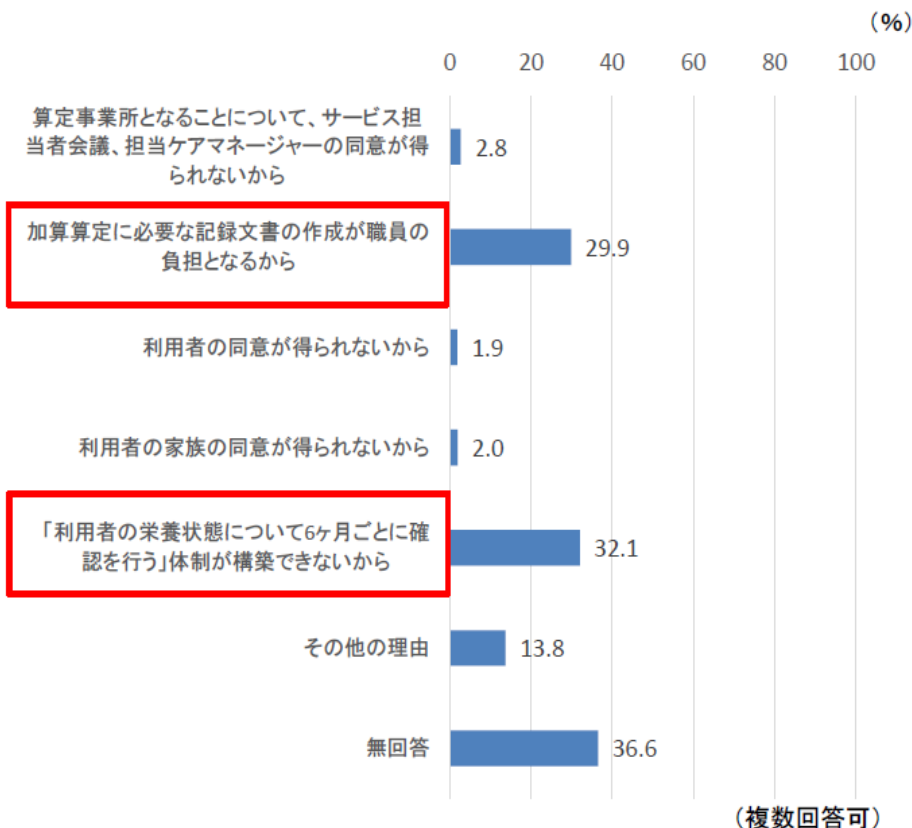
栄養スクリーニング加算：算定による成果

(n=44)



栄養スクリーニング加算：算定しない理由

(n=1228)



出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

「通所介護の平成30年度介護報酬改定等の検証に関する調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

通所系サービスの栄養ケアマネジメントの充実

- 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評価する新たな「栄養アセスメント加算」を創設する。
- その際、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要件の一つとする。
- 栄養改善加算について、栄養改善が必要な者に適切な栄養管理を行う観点から、事業所の管理栄養士が必要に応じて居宅を訪問しての栄養改善サービスの取組を行うことを求めるとともに、評価の充実を図る。
- 管理栄養士については、外部（他の介護事業所、医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）との連携による配置を可能とする。

3.(1)⑱ 通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実

概要

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

- 通所系サービス等について、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、見直しを行う。【告示改正、通知改正】

単位数

		※ 通所系サービスに加え看護小規模多機能型居宅介護も対象とする
<現行> なし	⇒	<改定後> 栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設)
栄養改善加算 150単位/回	⇒	栄養改善加算 200単位/回 (※原則3月以内、月2回を限度)

算定要件等

- <栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算(1)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。
- ※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。
- <栄養改善加算>
- 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。

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

パート 6

科学的介護の取り組みの推進

- ①科学的介護とは？
- ②介護データベース
- ③VISIT
- ④CHASE
- ⑤LIFE
- ⑥ADL維持等加算
- ⑦老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標
- ⑧寝たきり防止・重度化予防
- ⑨排泄・褥瘡アウトカム

①科学的介護とは？

表1:科学的介護に関する主な経緯

年月	科学的介護に関する主な出来事
2016年11月	➤ 政府の未来投資会議（議長・安倍晋三首相）で科学的介護が論点に。
2017年4月	➤ 塩崎恭久厚生労働相が未来投資会議で、「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現」の実現に向けてデータベースをゼロベースで構築すると表明。
2017年6月	➤ 政府の「骨太方針2017」。自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護に関するデータベースを構築し、2020年度の本格運用開始を目指す方針を規定。
2017年10月	➤ 有識者で構成する厚生労働省の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」が発足。
2017年12月	➤ 2018年度政府予算でデータベース構築の必要経費として約3億円を計上→翌3月の国会で予算成立。
2018年3月	➤ 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会が中間取りまとめ。リハビリテーションと通所介護でのデータ収集に力点を置くことなどを規定。
2018年6月	➤ 政府の「骨太方針2018」。科学的介護の推進とともに、AI（人工知能）を活用した科学的なケアプランの実用化の推進を規定。
2018年12月	➤ 2019年度予算でデータベース構築に必要な費用として約5億円計上→翌3月の国会で予算成立
2019年2月	➤ 社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会で2021年度制度改正の議論がスタート。科学的介護の推進が主要議題の一つに位置付けられる。
2019年6月	➤ 政府の「骨太方針2019」でAIを活用した科学的なケアプランの実用化などを規定。
2020年度（予定）	➤ データベース構築。
2021年度（予定）	➤ 介護保険の制度改正と会合報酬改定。収集したデータを活用？

出典：首相官邸、内閣府、厚生労働省、財務省ホームページを基に作成

2016年

第2回未来投資会議（平成28年11月10日）での総理発言（抜粋）

団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『予防・健康管理』と『自立支援』に軸足を置いた新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働させていきます。



医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。

本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。

見守りセンサーやロボット等を開発し、そして導入し、介護に携わる方々の負担を軽減するとともに、介護現場にいる皆さんが自分たちの努力や、あるいは能力を生かしていくことによって、要介護度が下がっていく達成感を共に味わうことができるということは『専門職としての働きがい』につながっていくということではないか、とこのように思います。

スピード感をもってパラダイムシフトを起こすため、特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革に踏み込んでいきます。目標時期を明確にし、そこから逆算して実行計画を決めます。

データ分析を通じた 科学に裏付けられた介護に変えていきたい



「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現する」

「実現へ向けてデータベースをゼロベースで構築する」

2016年11月未来投資会議
塩崎恭久厚生労働相（当時）

2017年 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- CHASEの初期仕様（265項目）について中間とりまとめを実施
- 2019年3月よりデータベースにおける収集項目等について更に整理を行い、同年7月に取りまとめを実施

検討の経緯

- 第一回（2017年10月12日）**
 - ・検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
 - ・既存のエビデンスの確認及び整理
- 第二回（2017年10月26日）**
 - ・既存のデータベース※2)についての整理
 - ・今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
 - ・「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第三回（2017年11月7日）**
 - ・「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第四回（2017年12月21日）**
 - ・「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
- 第五回（2018年3月9日）**
 - ・第4回までの議論の取りまとめ
- 中間とりまとめ（2018年3月30日）**
- 第六回（2019年3月7日）**
 - ・中間とりまとめに示された今後の課題に関する整理の仕方（案）について議論
（収集項目の整理の仕方について・各事業者からのデータ抽出に対する動機付けについて・データベースの活用等にかかる事項について・その他）
- 第七回（2019年5月9日）**
 - ・今後の課題の整理の方向性（案）について議論
（CHASEで収集する項目の選定に関する基本的事項について・収集すべき分析・比較可能なサービス行為等の介入に係る情報について・フィードバックのあり方について・モデル事業等のあり方について・その他）
- 第八回（2019年6月21日）**
 - ・収集項目の選定等に向けたヒアリング等
（ヒアリング対象：「総論」松田構成員、「認知症」鳥羽座長、「口腔」海老原構成員、「栄養」利光構成員）
- 第九回（2019年7月4日）**
 - ・科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ（案）について
- 取りまとめ（2019年7月16日）**

構成員

構成員	
秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科 教授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原寛	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科 教授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部 部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野 教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科 教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室 准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部 長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎ 鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室 教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学科 准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学 教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授

◎は座長

※上記の他、葛西参与、松本顧問、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

座長 鳥羽研二 国立長寿医療研究センター理事特任補佐



2017年10月12日

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。



(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。



- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。

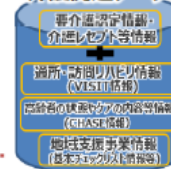


- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

介護関連データ



科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

高齢者個々人に関するデータ

高齢者の状態

従来取得していたデータ

- ・ 要介護認定情報
- ・ 日常生活動作 (ADL)
- ・ 認知機能

新たに取得していくデータ

- ・ 身長、体重
- ・ 血液検査
- ・ 筋力、関節可動域
- ・ 骨密度
- ・ 開眼片脚起立時間
- ・ 握力計測
- ・ 心機能検査
- ・ 肺機能検査
- ・ …

提供されたサービス

従来取得していたデータ

- ・ 介護サービスの種別

新たに取得していくデータ

- ・ 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容

科学的分析に必要なデータを新たに収集

検討会ではこの部分を詰めていくイメージ



科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- ・ 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- ・ 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

(分析のイメージ)

脳卒中に伴う左足の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



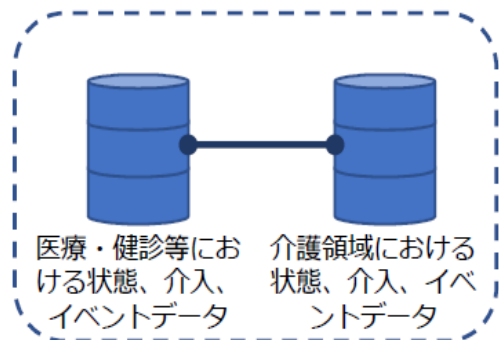
屋内で自由に歩行が可能に

サービス提供後の状態

国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

データベースを用いた介護領域のエビデンス構築の流れ（イメージ）



介入に係る仮説の構築

- (例) データ分析の結果、〇〇という条件に合致する利用者について、
- 介入Aを受けていると状態Bが高い傾向にあった
→ 介入Aを行うと状態Bを改善できるのではないか（仮説の構築）

- (留意点)
データ分析では相関は見いだせても、因果関係であるかは分からない。
- (例) 歩行器のレンタルを受けた利用者で栄養状態の改善がみられた
→ 歩行器を使って歩けば栄養状態が改善する？
それとも、疾病からの回復過程にある利用者では、栄養状態の改善と歩行の開始が同時期に起きやすい？

データベースを用いた研究の強み

仮説を立ててから、個々の仮説に応じてデータ収集を行う方法に比べ、

- 仮説を多量かつ効率的に構築できる。
- 「予期せぬ発見」が期待できる。
- AI等の情報処理技術がより活用できる可能性あり。

実地検証

- (例) 条件に合致する利用者を実験的に介入群と対照群に割り付け、介入群にのみ介入Aを行って、対照群より有意に状態Bが改善するかを観察。

エビデンス

- (例) 〇〇という条件に合致する者に対して、介入Aを行うと、行わない場合に比べて、状態Bが改善しやすい。

介護領域のデータベースの内容



介護保険総合データベース **介護DB**

- 要介護認定情報、介護保険レセプト情報が格納
- 要介護認定及び請求・支払いの際に保険者が収集。平成30年度よりデータ提供義務化予定

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データ

- 通所リハビリテーション事業所、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。（現時点で100カ所弱。今後事業所数を拡大予定。）
- **通称"VISIT"** (monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care)
- 収集経路は今後検討（現時点では、匿名化の上でインターネットを通じ収集）

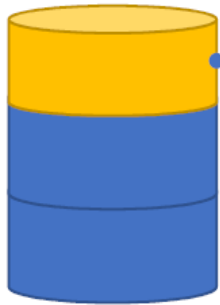
上記を補完する介入、状態等のデータ

- 新たに構築。収集内容は主に本検討会で議論。
- **通称"CHASE"** (Care, HeAlth Status & Events)
- 収集経路は、今後、収集内容を踏まえて検討。
- 2020年度からの本格運用を目指す。

※ 医療や健診のデータとの連結についても、IDの突合等の諸問題を解決しつつ進めていく。

②介護保険総合 データベース（介護DB）

介護領域のデータベースの内容



介護保険総合データベース

- 要介護認定情報
 - 要介護認定の期間
 - 要介護度
 - 要介護認定調査（74項目）の結果
 - 5群 + 1 の分野
 - 第1群：身体機能・起居動作
 - 第2群：生活機能
 - 第3群：認知機能
 - 第4群：精神・行動障害
 - 第5群：社会生活への適応
 - 過去14日間に受けた特別な医療
 - 3種類の評価軸
 - 能力
 - 介助の方法
 - 障害や現象の有無 等
- 介護保険レセプト情報
 - 利用したサービス種別
 - 利用回数
 - 加算の算定の有無 等

留意点

- 市町村の職員等が標準化された方法で評価
- 長い場合2年に1度の更新
- 各項目2-6段階の評価
- 「介護の手間」を反映する要介護基準時間へ換算可能

留意点

- 提供されたケア等の内容は、報酬請求の範囲内で類推可能

介護保険総合データベース(介護DB)の概要

①介護DBとは 2013年より

介護給付費明細書(介護レセプト)等の電子化情報を収集し、厚生労働省が管理するサーバー内へ格納(平成25年度から運用開始)。

<収集目的> 介護保険事業計画等の作成・実施等及び国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため

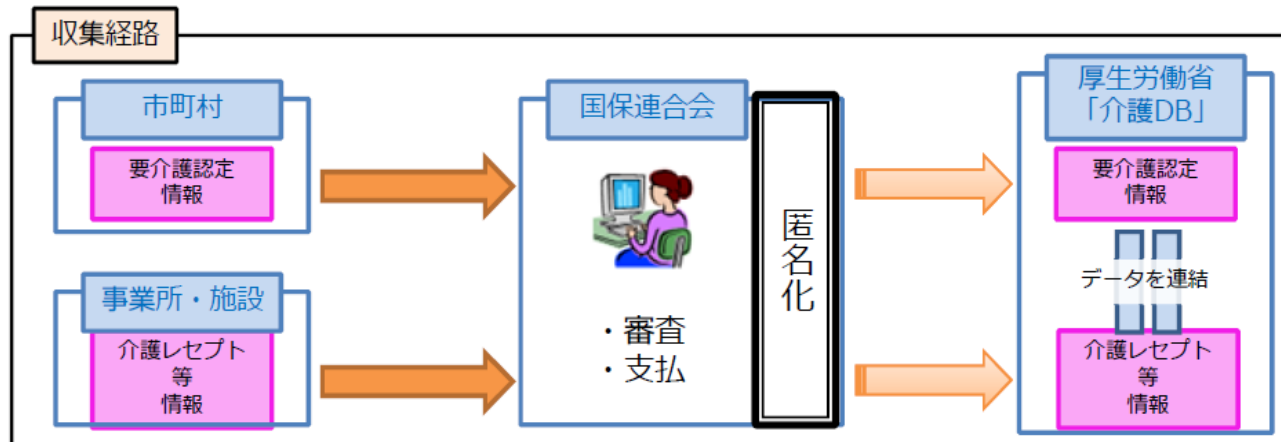
<保有主体> 厚生労働大臣

②保有情報

要介護認定情報、介護レセプト等情報

③平成28年7月よりこれまでの利用状況

- 全国の介護保険者の特徴や課題、取組等を始めとする、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有する「地域包括ケア『見える化』システム」において利用
- 平成30年度より、「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」に基づきデータの第三者提供を実施



NDB、介護DBの連結解析等

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。
《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

NDB : National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan
(レセプト情報・特定健診等情報データベース)
介護DB : 介護保険総合データベース

(1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

- ・相当の公益性を有する研究等を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に対して両データベースの情報を提供することができることを法律上明確化する。

※相当の公益性を有する研究等の例：国や自治体による施策の企画・立案のための調査、民間事業者による医療分野の研究開発のための分析等（詳細については関係者の議論を踏まえて決定）
特定の商品又は役務の広告、宣伝のための利用等は対象外

※提供する情報は、特定個人を識別できないものであることを法律上明記。その他、具体的な提供手続等については別途検討。

- ・NDBと介護DBの情報を連結して利用又は提供することができることとする。
- ・情報の提供に際しては、現行と同様に、申請内容の適否を審議会で個別に審査する。

(2) 情報の適切な利用の確保

- ・情報の提供を受けた者に対し、安全管理等の義務を課すとともに、特定の個人を識別する目的で他の情報との照合を行うことを禁止する。
- ・情報の提供を受けた者の義務違反等に対し厚生労働大臣は検査・是正命令等を行うこととする。また、義務違反に対しては罰則を科すこととする。

(3) 手数料、事務委託

- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。
※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。
- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

2. DPCデータベース【健康保険法】

- ・NDBや介護DBと同様に、情報の収集、利用及び情報の提供の根拠規定等を創設するとともに、NDBや介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることとする規定を整備。

③VISIT

通所・訪問リハの質の評価収集等事業

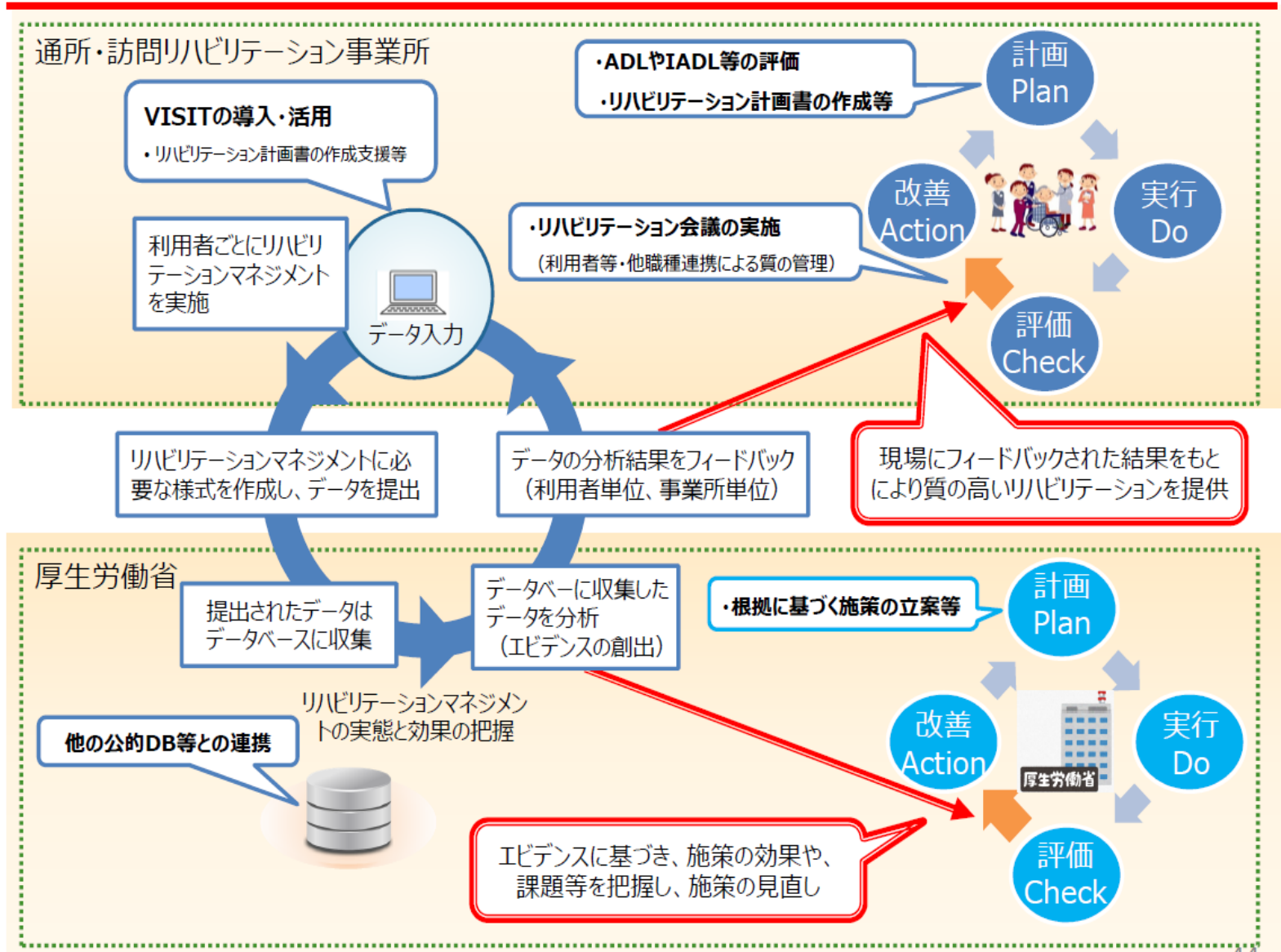
介護領域のデータベースの内容



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データ

- 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの介護報酬において、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のSPDCAサイクルを通じて、心身機能、活動及び参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションが提供されるよう継続的に管理することを評価した「リハビリテーションマネジメント加算」等が存在。
 - 事業所がリハビリテーションマネジメント加算等を算定する場合、以下の文書を定められた様式で作成することが必要。
 - 様式1：興味・関心チェックシート
 - 様式2：リハビリテーション計画書 (アセスメント)
 - 様式3：リハビリテーション計画書
 - 様式4：リハビリテーション会議録
 - 様式5：プロセス管理票
 - 様式6：生活行為向上リハビリテーション実施計画
- リハマネ加算(I)を算定する場合
- リハマネ加算(II)を算定する場合
- 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合
- 通所・訪問リハビリテーションの質のデータ収集等事業においては、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、かつその内容を国に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。
 - 現在、100カ所弱の事業所が参加。今後、参加事業所数を拡大していく予定。

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



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)

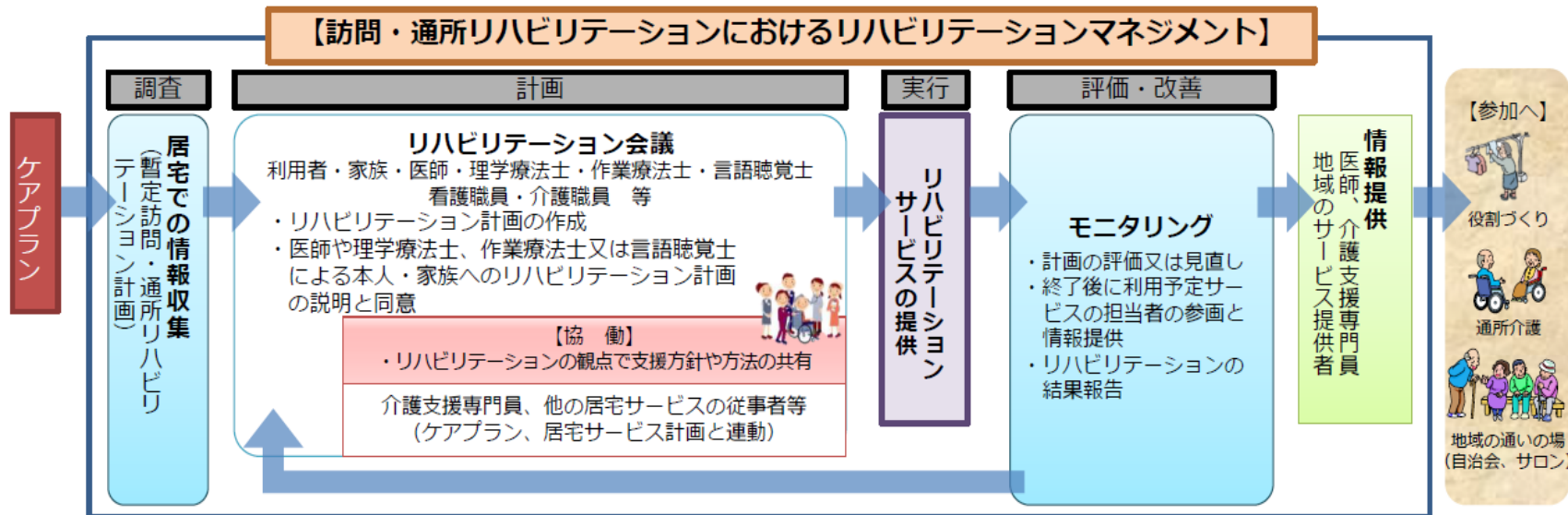
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料1 改変

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

11. 通所リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

単位数

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

6月以内 1020単位/月

6月以降 700単位/月

⇒

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

6月以内 1220単位/月(新設)

6月以降 900単位/月(新設)

※3月に1回を限度とする

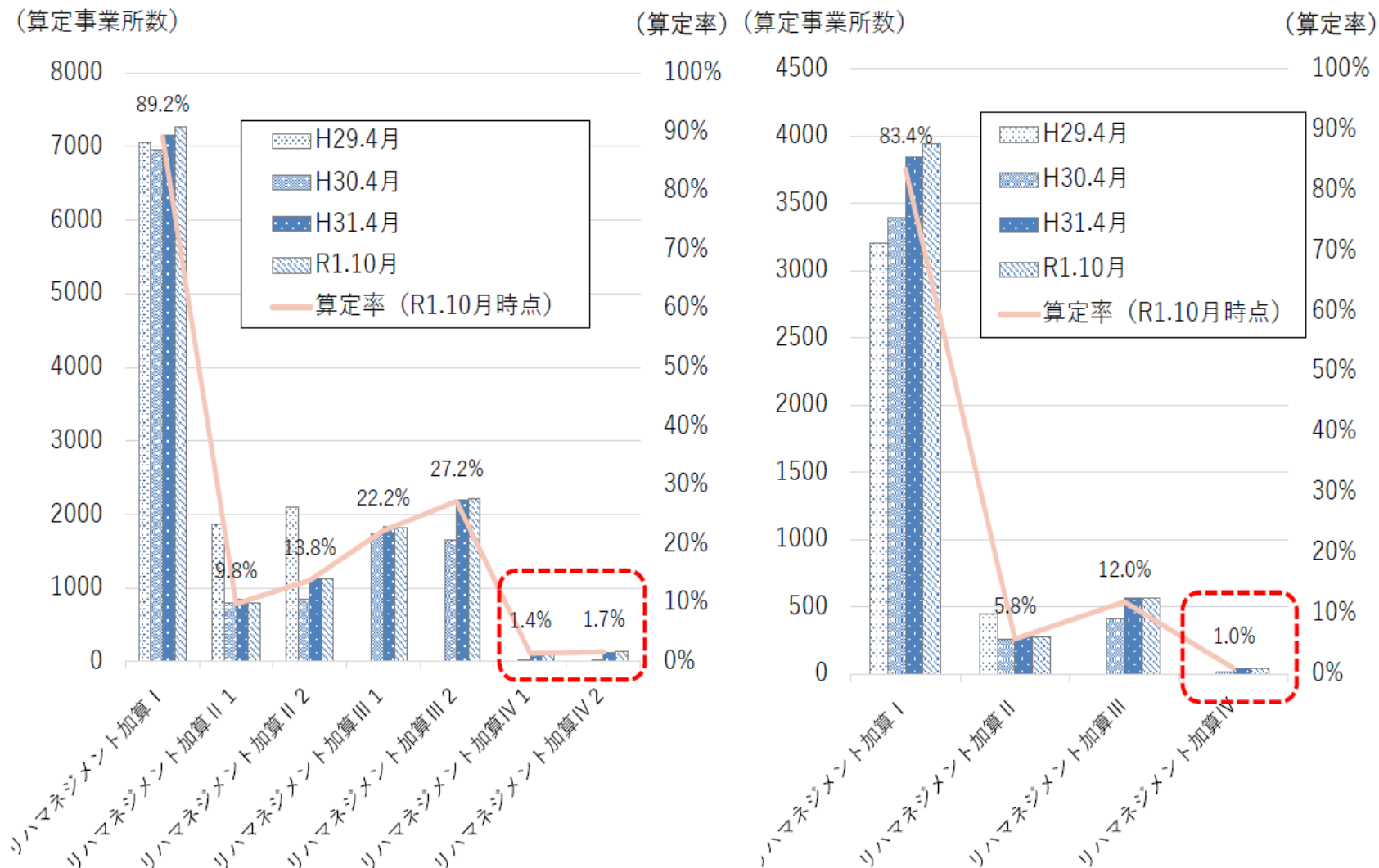
算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、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に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定状況

通所リハビリテーション

訪問リハビリテーション

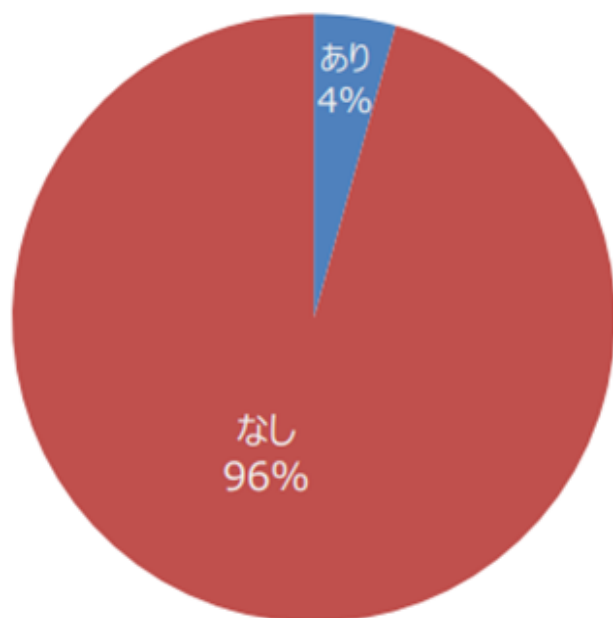


※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから任意集計
 ※算定率は、当該月の加算算定事業所/請求事業所数により算出した

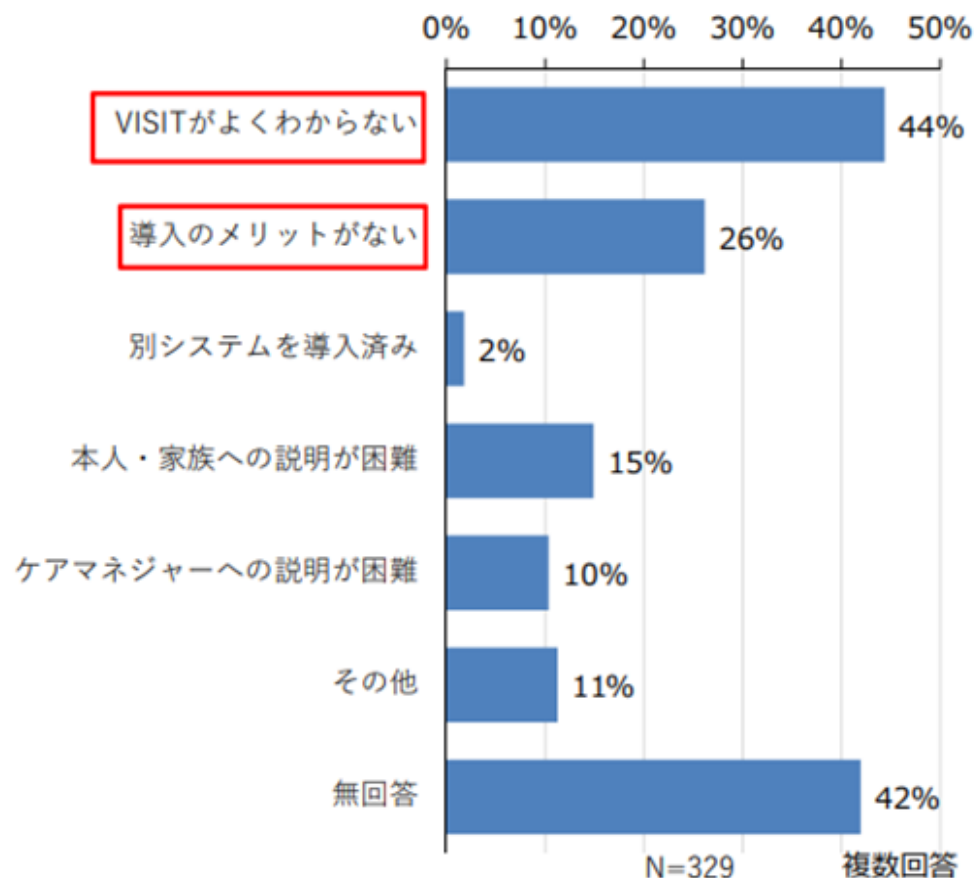
訪問リハビリテーション事業所におけるVISITシステムの導入状況

- 訪問リハビリテーション事業所におけるVISIT導入の割合は4%にとどまっている。導入していない理由とし、VISITがよくわからない、導入のメリットがない、などが挙げられた。

VISIT導入の有無



VISITを導入していない理由



VISITの利用促進等における課題

利用者の情報をVISITに入力する負担

事業所数	大きい	大きい どちらかといえば	どちらでもない	小さい どちらかといえば	小さい	無回答
111	62	36	8	-	2	3
100.0%	55.9%	32.4%	7.2%	-	1.8%	2.7%



入力する負担を感じる理由（複数選択可）

事業所数	理解 VISITについての	PC 端末等の準備	VISIT に入力する	入力 する利用者の情報の 収集	VISIT へのデータ 入力作業	その他	分からない
98	13	18	40	97	9	-	-
100.0%	13.3%	18.4%	40.8%	99.0%	9.2%	-	-

介護記録ソフトからのデータ連携機能の活用状況

事業所数	活用している	活用していない
111	26	85
100.0%	23.4%	76.6%



データ連携機能未活用の理由（複数選択可）

事業所数	知らな なかったため	イン ポート機能があることを 分から なかったため	イン ポート機能の操作 方法が 分から なかったため	使用 している介護ソフトがVISIT のインポート機能に 対応して いなかったため	その他	特に理由はない	分からない
85	17	27	39	18	5	-	-
100.0%	20.0%	31.8%	45.9%	21.2%	5.9%	-	-

フィードバックの利活用について

○ VISIT を活用している目的

図表 11 VISIT 活用の目的（複数選択可）

事業所数	フィードバック機能を利用するため	利用者の帳票を作成するため	利用者の情報を記録・保存するため	リハビリテーションマネジメント加算を取得するため	その他	分からない
111	33	11	28	108	5	-
100.0%	29.7%	9.9%	25.2%	97.3%	4.5%	-

○ 利用者フィードバック機能の活用目的

図表 25 利用者フィードバック機能の活用目的（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を「活用している」と回答した事業所のみ対象）

事業所数	リハビリ会議の資料として活用している	職員の振り返りの資料として活用している	利用者や家族と共有している	介護支援専門員と共有している	主治医と共有している	その他
26	7	14	8	3	2	4
100.0%	26.9%	53.8%	30.8%	11.5%	7.7%	15.4%

図表 27 どのような分析機能があれば活用したいと思うか（複数選択可）


（利用者フィードバック機能を活用していない理由として「活用したい分析がないため」と

回答した事業所のみ対象）

事業所数	時系列分析の拡充	事業所の他の利用者との比較分析	他の施設の利用者との比較分析	その他	分からない	無回答
29	11	5	10	9	7	2
100.0%	37.9%	17.2%	34.5%	31.0%	24.1%	6.9%

④CHASE

介護に関するサービス・状態等を収集する
データベース



第3のデータベースCHASEの項目
が決まる！
2020年からの運用開始を目指す

2019年7月4日
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

CHASE 初期仕様で収集する「基本項目」

分類	項目名称
総論	保険者番号
	被保険者番号
	事業所番号
	性別
	生年月日
	既往歴（※1）
	服薬情報（※2）
ADL	同居人等の数・本人との関係性
	在宅復帰の有無
	褥瘡の有無・ステージ
認知症	バーセルインデックス
	認知症の既往歴等（※3）
	DBD13（認知症行動障害尺度）（※4）
口腔	Vitality Index（※4）
	食事の形態（※5）
栄養	誤嚥性肺炎の既往歴等（※6）
	身長（※7）
	体重（※7）
	栄養補給法
	提供栄養量_エネルギー（※8）
	提供栄養量_タンパク質（※8）
	主食の摂取量（※9）
	副食の摂取量（※9）
	血清アルブミン値（※10）
	本人の意欲（※11）
	食事の留意事項の有無（※11）
	食事時の摂食・嚥下状況（※11）
	食欲・食事の満足感（※11）
	食事に対する意識（※11）
多職種による栄養、ケアの課題（※11）	

（※1）新規診断を含む。主治医意見書等からの情報と連携できるように今後検討していく必要性あり

（※2）主たる介護者等についても記載を検討する必要あり

（※3）新規診断を含む

（※4）前提として、モデル事業等において更なる項目の整理を行う

（※5）前提として、主食、副食、モデル事業等において形態の分類を整理

（※6）新規発症を含む

（※7）計測が容易にできる場合のみ

（※8）給食システムとの連携等で自動取得が望ましい

（※9）原則、給食システム等と連携できる場合や、取得している加算の様式例等に含まれる場合のみ

（※10）検診等の情報を取得できる場合のみ

（※11）取得している加算の様式例等に含まれる場合のみ

CHASEにおける基本的な項目と関連する現行の加算等

総論 (ADL等)

項目名称
保険者番号
被保険者番号
事業所番号
性別
生年月日
既往歴
服薬情報
同居人等の数・本人との関係性
在宅復帰の有無
褥瘡の有無・ステージ
Barthel Index

- 関連する加算等
- ・(各サービスの基本報酬)
 - ・リハビリテーションマネジメント加算
 - ・個別機能訓練加算
 - ・ADL維持等加算
 - ・排せつ支援加算
 - ・褥瘡マネジメント加算

等

栄養

項目名称
身長
体重
栄養補給法
提供栄養量_エネルギー
提供栄養量_タンパク質
主食の摂取量
副食の摂取量
血清アルブミン値
本人の意欲
食事の留意事項の有無
食事時の摂食・嚥下状況
食欲・食事の満足感
食事に対する意識
多職種による栄養ケアの課題

- 関連する加算等
- ・栄養マネジメント加算
 - ・低栄養リスク改善加算
 - ・再入所時栄養連携加算
 - ・栄養スクリーニング加算
 - ・栄養改善加算
 - ・居宅療養管理指導費(管理栄養士)

等



口腔・嚥下

項目名称
食事の形態
誤嚥性肺炎の既往歴等

- 関連する加算等
- ・口腔衛生管理体制加算
 - ・口腔衛生管理加算
 - ・居宅療養管理指導費(歯科衛生士)
 - ・口腔機能向上加算
 - ・経口維持加算
 - ・経口移行加算

等

認知症

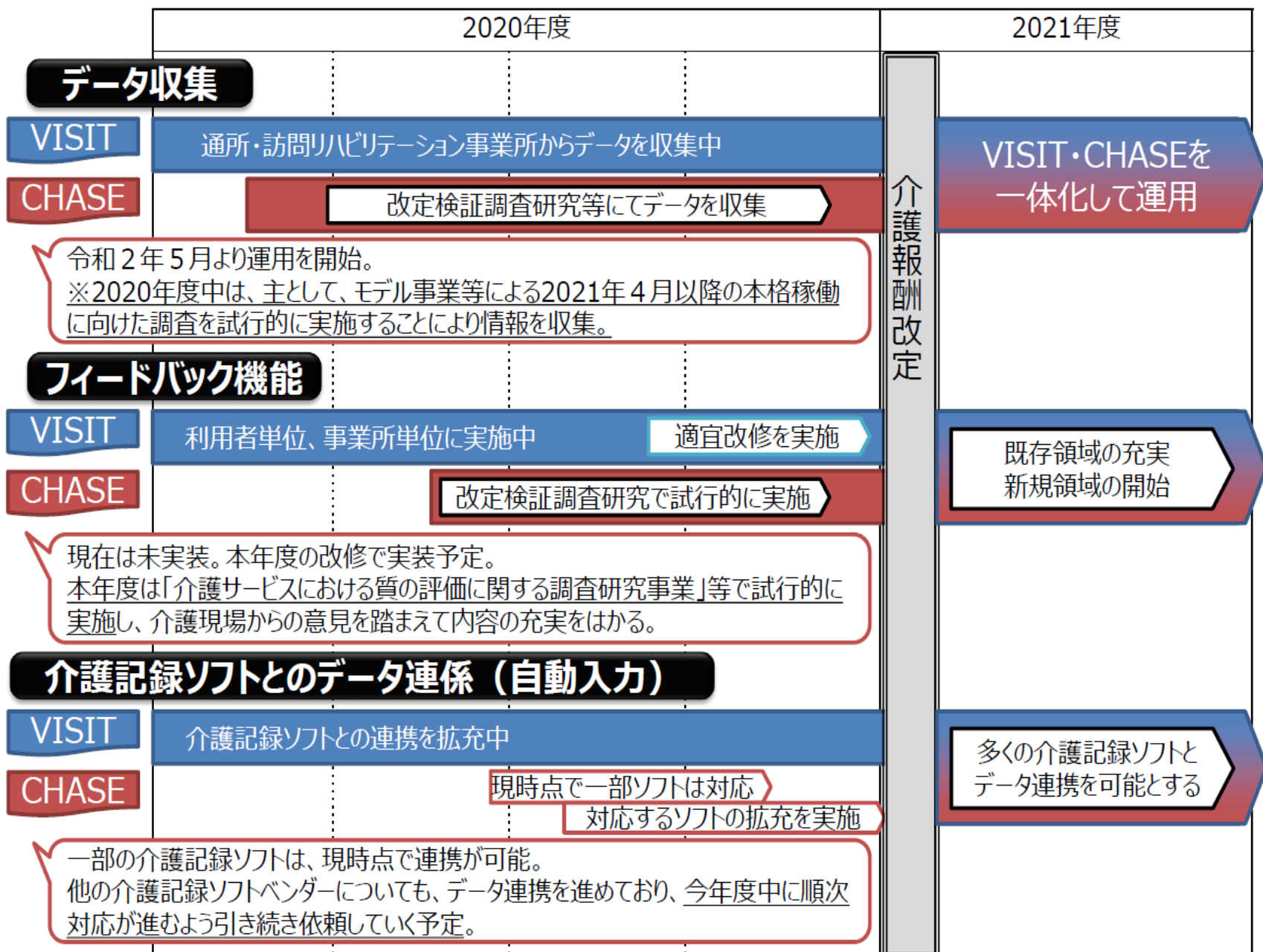
項目名称
認知症の既往歴等
DBD13※
Vitality Index※

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

- 関連する加算等
- ・認知症加算
 - ・若年性認知症利用受入加算
 - ・認知症行動・心理症状緊急対応加算
 - ・認知症情報提供加算
 - ・重度認知症疾患療養体制加算
 - ・認知症ケア加算
 - ・認知症専門ケア加算
 - ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

等

VISIT・CHASEの現状と今後のスケジュール(イメージ)



介護報酬改定

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。

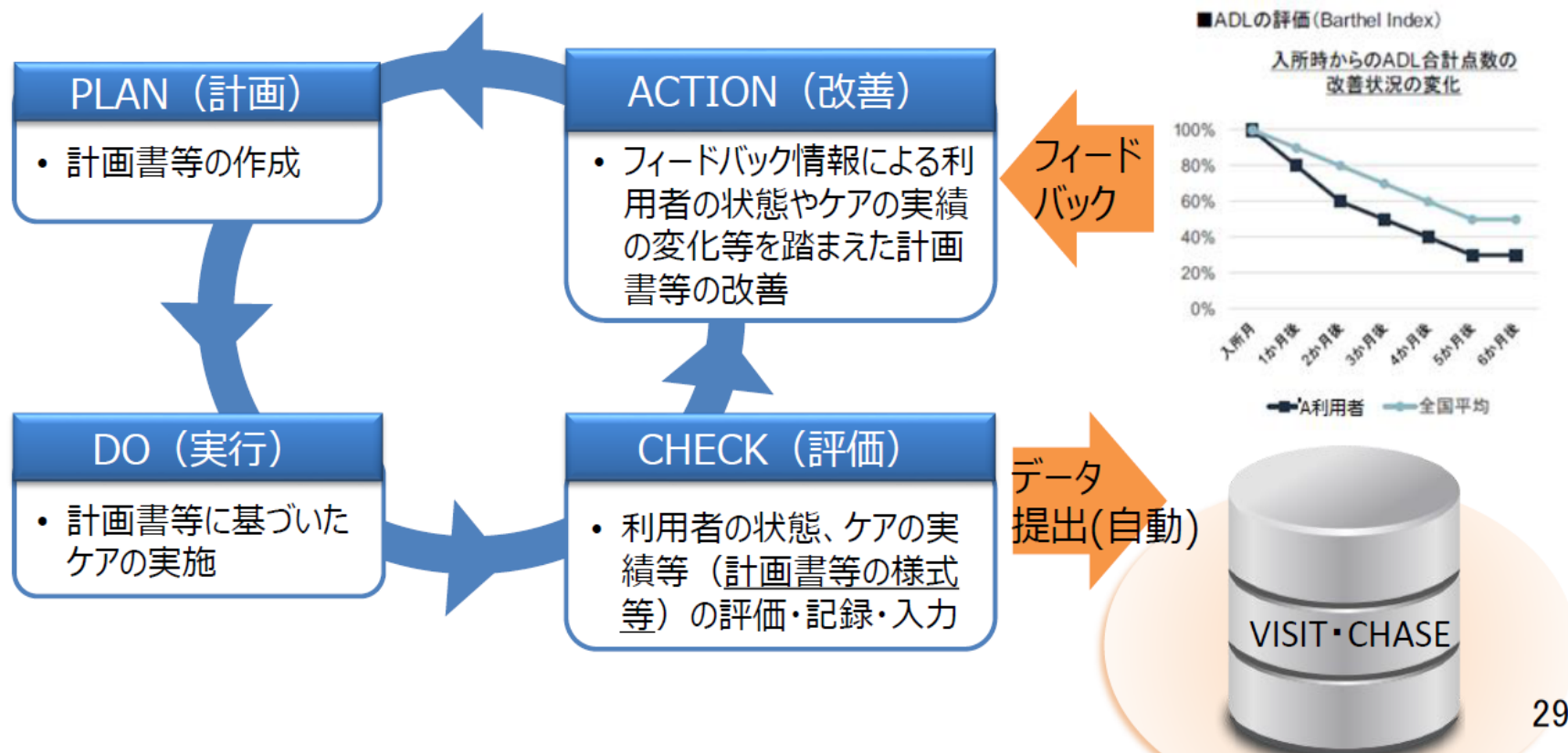
(基本的な項目)

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

- ※ 「基本的な項目」以外に、「目的に応じた項目」、「その他の項目」
- ※ 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による科学的介護の推進(イメージ)

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



⑤ LIFE

VISIT と CHASE の一体的運用

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

概要

【全サービス★】

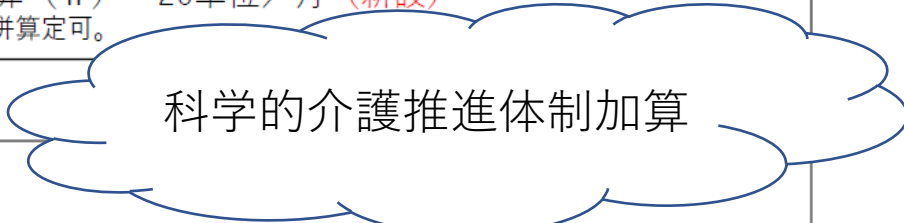
- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスについて、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価する加算を創設する。
その際、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行う区分を設定する。【告示改正】
※ 提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目を設定。
 - イ CHASEの収集項目に関連する加算等において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくPDCAサイクルの取組に加えて、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・ケアの質の向上を図ることを評価・推進する。【告示改正】
※ 認知症対応型通所介護について記載。このほか、通所介護や特別養護老人ホーム等の個別機能訓練加算における新たな区分の創設や、リハビリ、栄養関係の加算における要件化を実施。
 - ウ 介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルによる科学的介護を推進していく観点から、全てのサービス（居宅介護支援を除く）について、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を推奨する。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨する。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

※ 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 ; LIFE ライフ）

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 ※予防サービスを含む
○ 以下のいずれの要件も満たすことを求める。	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。	

LIFE(CHASE・VISIT) へのデータ提出とフィードバックの活用

- 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り組みの推進
- 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスにおいて、事業所のすべ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、事業所単位のPDCAサイクル・ケアの質向上の取り組みを推進することを評価
- 既存の加算等に、CHASE・VISITへのデータ提出フィードバックの活用によるPDCAサイクルの取り組みに加えて、CHASE等を活用したさらなる取り組みを新たに評価である「科学的介護推進体制加算」を設ける
- 全ての事業者に、LIFEへのデータ提出おフィードバックの買うようによるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。

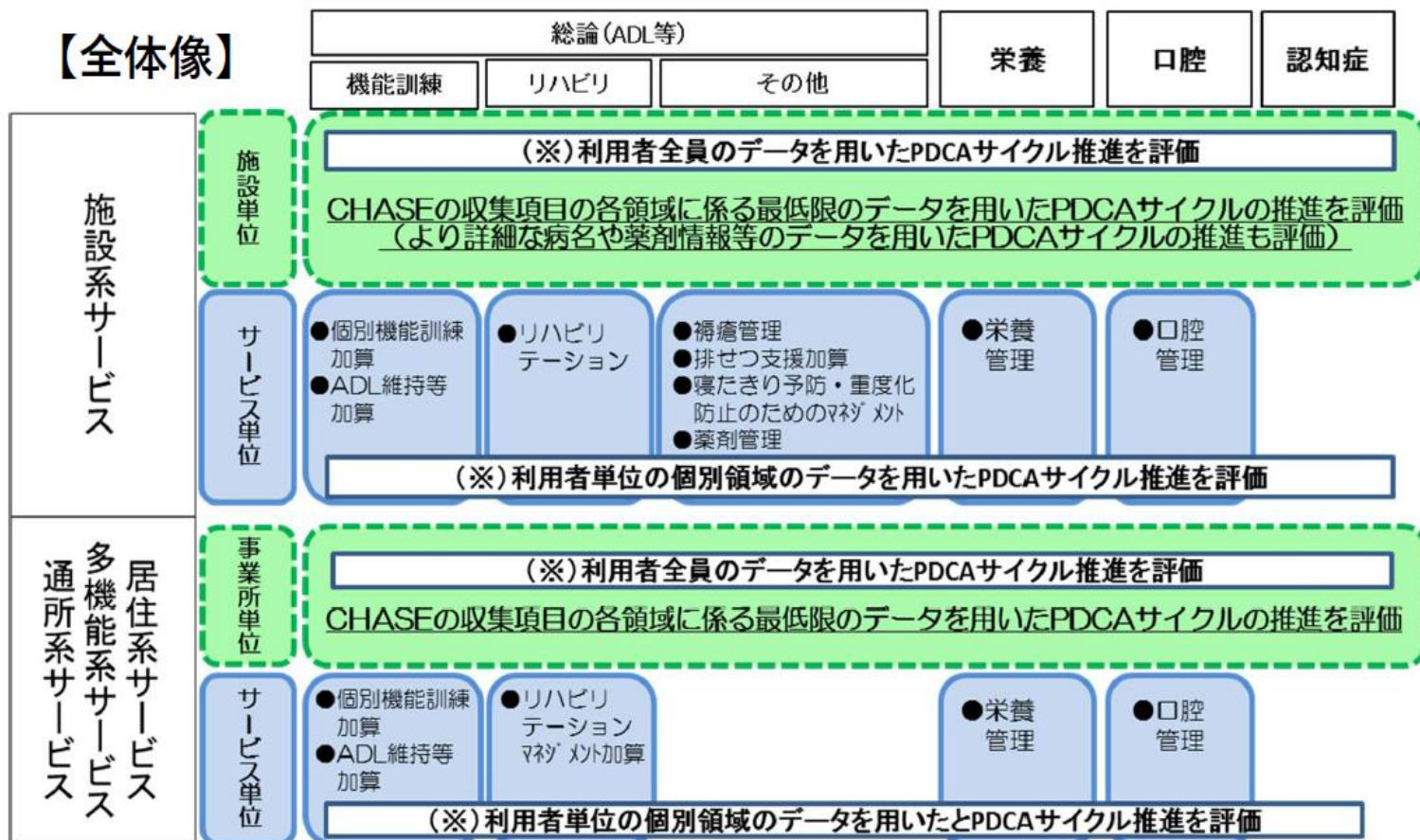
3.(2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進③

基準（ウ）

< 運営基準（省令） >

○ サービス毎に、以下を規定。（訪問介護の例）

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施しなければならない。



(※ 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。)

⑥ADL維持等加算

ADLの維持・改善に与えられるアウトカム加算

ADL維持等加算(平成30年度介護報酬改定)

社保審-介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したBarthel Indexから評価対象利用開始月に測定したBarthel Indexを控除して得た値。

注5 端数切り上げ

ADL維持等加算(Ⅰ) **3単位/月（新設）**

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（(Ⅰ)(Ⅱ)は各月でいずれか一方のみ算定可。）

ADL維持等加算(Ⅱ) **6単位/月（新設）**

評価には
Barthel Indexを
測定

9割以上の
利用者を評価

初月と6ヶ月後の
評価比較

BI利得算出が
計0点以上が
要件に



Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

BI (バーセルインデックス) の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
整容	0点	全介助
	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にてできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

通所介護の加算算定率

	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：回・日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：1単位)
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 *	5/100	295	1.2%	2,700	0.0%	790,000
入浴介助加算 *	50	22,517	94.5%	8,802,400	71.5%	440,104,000
中重度者ケア体制加算 *	45	4,487	18.8%	2,789,200	22.6%	125,515,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算なし)	200	295	1.2%	51,000	0.4%	5,772,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算あり)	100	923	3.9%			
個別機能訓練加算 (Ⅰ) *	46	6,768	28.4%	3,153,500	25.6%	145,059,000
個別機能訓練加算 (Ⅱ) *	56	9,480	39.8%	3,466,900	28.1%	194,145,000
新 ADL維持等加算 (Ⅰ)	3	36	0.2%	2,000	0.0%	6,000
新 ADL維持等加算 (Ⅱ)	6	26	0.1%	1,400	0.0%	9,000
認知症加算 *	60	1,920	8.1%	371,700	3.0%	22,299,000
若年性認知症利用者受入加算 *	60	181	0.8%	2,800	0.0%	170,000
栄養改善加算	150	141	0.6%	1,500	0.0%	231,000
新 栄養スクリーニング加算	5	347	1.5%	3,600	0.0%	18,000
口腔機能向上加算	150	2,419	10.2%	92,700	0.8%	13,898,000
同一建物減算 *	-94	-	-	1,792,700	14.6%	-168,517,000
送迎減算	-47	-	-	577,300	4.7%	-27,162,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	18	8,356	35.1%	4,386,600	35.6%	78,959,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	12	2,053	8.6%	1,149,700	9.3%	13,796,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6	5,177	-	2,698,100	21.9%	16,188,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	59/1000	18,310	76.9%	997,500	8.1%	465,027,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	43/1000	2,254	9.5%	102,500	0.8%	35,685,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	23/1000	1,676	7.0%	67,000	0.5%	13,275,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	90/100	106	0.4%	4,400	0.0%	784,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ)	80/100	128	0.5%	5,400	0.0%	890,000
生活相談員配置等加算 *	13	22	0.1%	600	0.0%	8,000

※ *は日数を算定

※ 算定事業所数：介護保険総合データベースについて任意集計を実施。

※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／通所介護算定事業所数

※ 算定回数・日数：介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分）

※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／通所介護算定総回数

論点③ADL維持等加算

アウトカム評価
を通所介護事業
所以外にも拡大
しては？

検討の方向（案）

- 現行のADL維持等加算は、自立した日常生活を営むための自立支援・重度化防止に資する機能訓練等の取組を行い、その効果としてADLの維持等につながった利用者が多い通所介護事業所を評価するものであるが、対象サービスについて、通所介護事業所に限らず、同様の取組を行い、ADLの維持等を目的とするようなサービスにも拡大することを検討してはどうか。
- 現行のADL維持等加算は、算定要件が複雑であるとともに、評価開始時点のADLによって、ADLの変化の傾向が異なる。こうした点を踏まえ、クリームスキミングを防止する観点も含め、評価開始時点のADLを考慮できる仕組みや、算定要件を簡略化する等の見直しを検討してはどうか。
- 居宅系のサービスで通所・訪問リハビリテーションを併用している場合、併用していない場合と比べて、ADLの維持・改善の傾向が見られており、居宅系サービスにおける機能訓練に加えて、併用するリハビリテーションサービスの効果も含まれていることについてどのように考えるか。
- 現行のADL維持等加算では、ADLを提出している（加算取得を目指す）事業所については、ADL利得の要件を満たしている（実際に加算を取得できる）事業所が大半であることを踏まえ、より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業所を高く評価していくことを検討してはどうか。

ADL維持等加算の対象拡大

- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認知症デイ、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て要件見直しを行う。
- 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

ADL維持等加算の見直し案

現行	変更案
対象サービス：通所介護、地域密着型通所介護	対象サービス： <u>通所介護、地域密着型通所介護、 認知症対応型通所介護、特定施設入 居者生活介護、介護老人福祉施設、 地域密着型介護老人福祉施設</u>
<ul style="list-style-type: none"> 5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数が20名以上 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の総数が〇名以上（一定の緩和）
<ul style="list-style-type: none"> 評価対象利用期間の初月において要介護度が3以上である利用者が15%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 緩和
<ul style="list-style-type: none"> 評価対象利用期間の初月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内の者が15%以下 	<ul style="list-style-type: none"> 緩和（計算式等で調整）
<ul style="list-style-type: none"> 評価対象利用期間の初月と6月目にADL値（Barthel Index）を測定し、報告されている者が90%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 評価可能な者は原則全員報告
<ul style="list-style-type: none"> ADL利得が上位85%の者について、各々のADL利得を合計したものが、0以上 	<ul style="list-style-type: none"> 初月のADL値に応じて調整式で得られた利用者の調整済ADL利得が、一定の値以上
	<ul style="list-style-type: none"> CHASEを用いて利用者のADLの情報を提出し、フィードバックを受ける

※ 既存のADL維持等加算の体制届出を申請した事業所については、一定期間の経過措置を検討。

ADL維持等加算の要件見直し方向（介護給付費分科会2020年11月26日）

3. (2)④ ADL維持等加算の見直し①

概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

- ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた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】
 - ・ 通所介護に加えて、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を対象とする。
 - ・ クリームスキミングを防止する観点や、現状の取得状況や課題を踏まえ、算定要件について、以下の見直しを行う。
 - 5時間以上が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数を20名以上とする条件について、利用時間の要件を廃止するとともに、利用者の総数の要件を10名以上に緩和する。
 - 評価対象期間の最初の月における要介護度3～5の利用者が15%以上、初回の要介護認定月から起算して12月以内の者が15%以下とする要件を廃止。
 - 初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得たADL利得（調整済ADL利得）の平均が1以上の場合に算定可能とする。
 - 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。
 - ※ ADL利得の提出率を9割以上としていた要件について、評価可能な者について原則全員のADL利得を求めつつ、調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者をその平均の計算から除外する。また、リハビリテーションサービスを併用している者については、加算取得事業者がリハビリテーションサービスの提供事業者と連携して機能訓練を実施している場合に限り、調整済ADL利得の計算の対象にする。
 - ※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、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において、利用者の調整済ADL利得を算出する場合は、さらに一定の値を付加するものとする。
- ・ より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する新たな区分を設ける。

単位数

<現行>

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月

ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月

<改定後>

ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (新設)

ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

※ (Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定不可。現行算定している事業所等に対する経過措置を設定。

3.(2)④ ADL維持等加算の見直し②

算定要件等

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- 以下の要件を満たすこと
 - イ 利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること。
 - ロ 利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
 - ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。

< ADL維持等加算(Ⅱ) >

- ADL維持等加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

⑦老健施設の在宅復帰・ 在宅療養支援等評価指標

在宅復帰・在宅療養 支援機能の強化

2018年改定の基本サービス費類型（5類型）への影響

21. 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 (続き)

算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		(左記以外)
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サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 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	

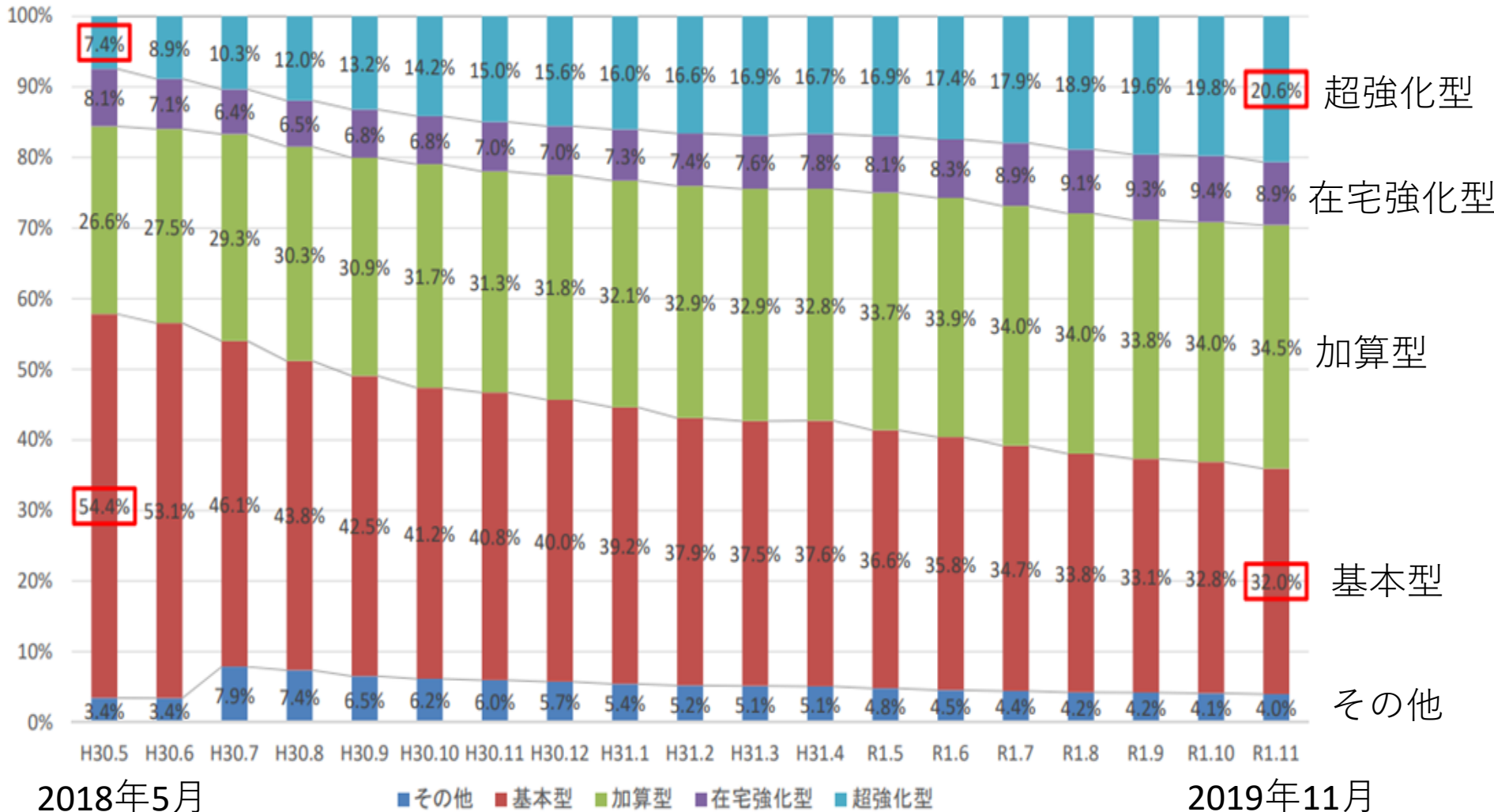
評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日[※]以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月[※]以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	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



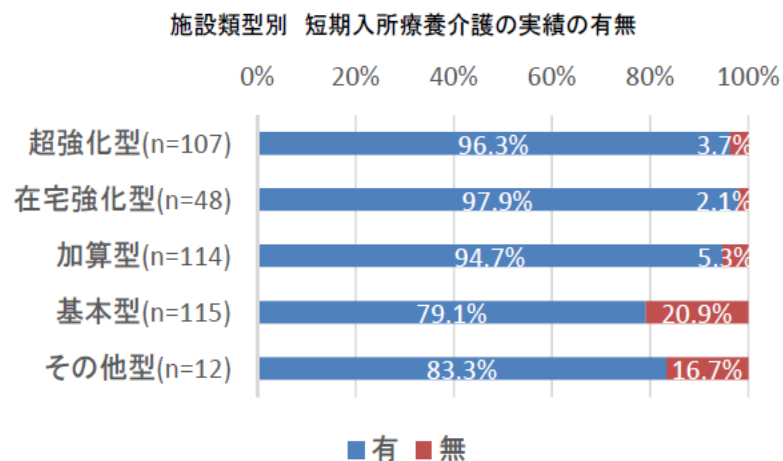
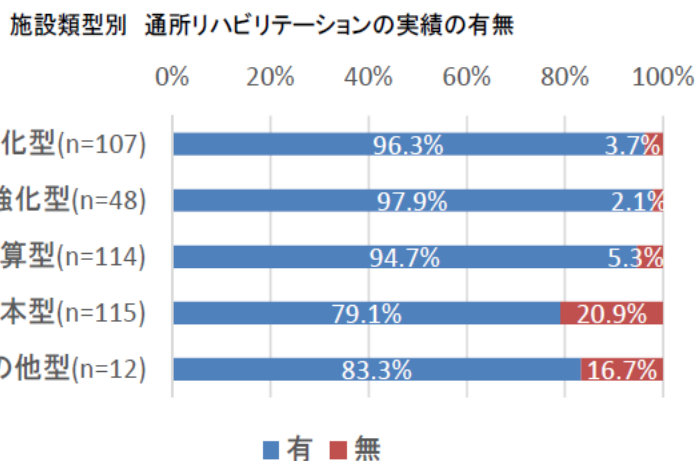
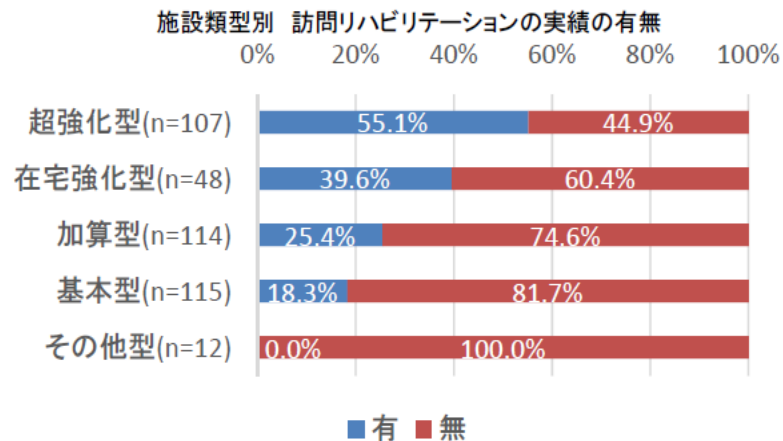
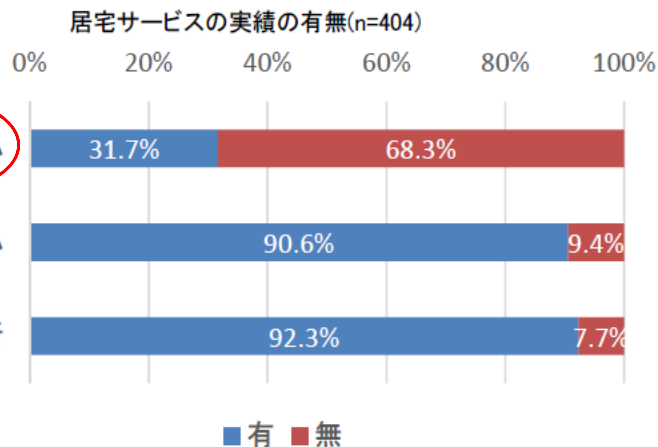
2018年5月

2019年11月

(出典：介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査))

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

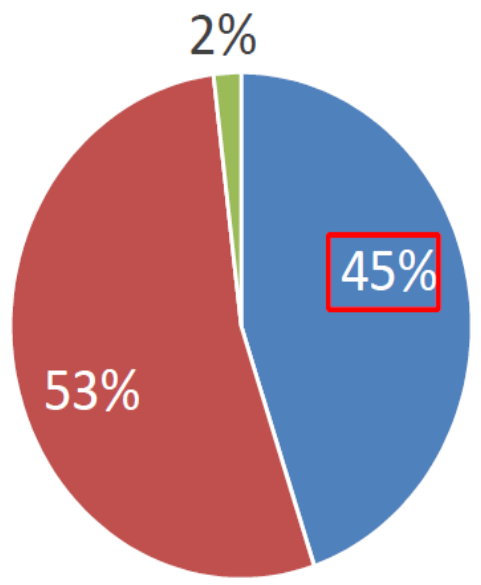
介護老人保健施設における人員配置状況・リハビリテーションの内容

- 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

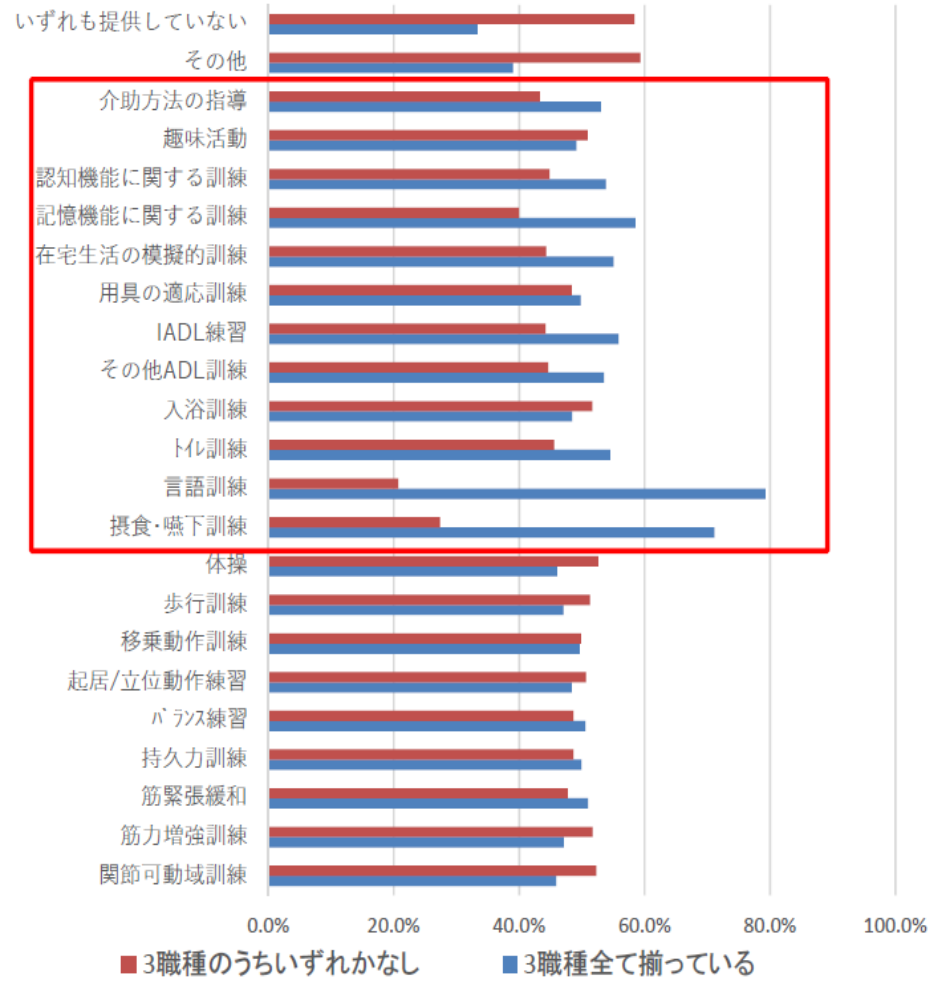
3職種割合

- 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



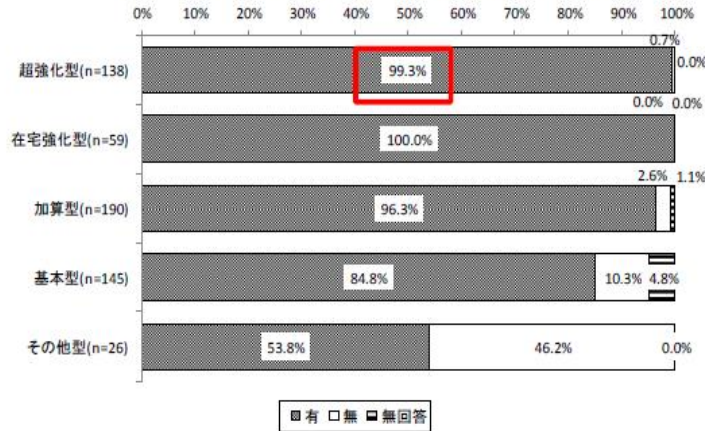
N=913

N=770

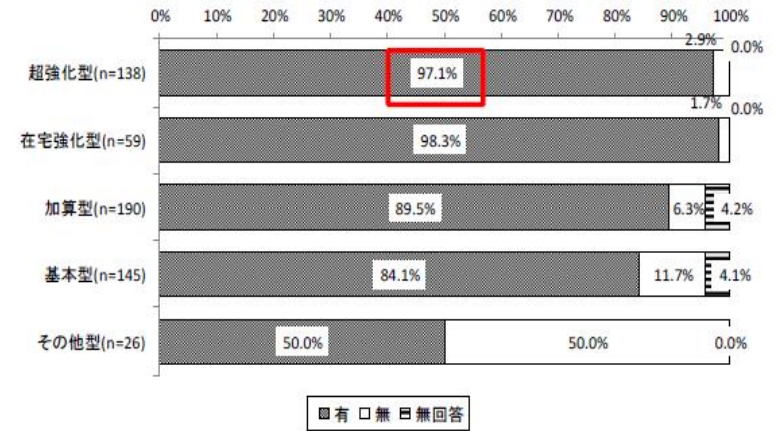
在宅復帰・在宅療養支援機能の算定要件について

- 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。

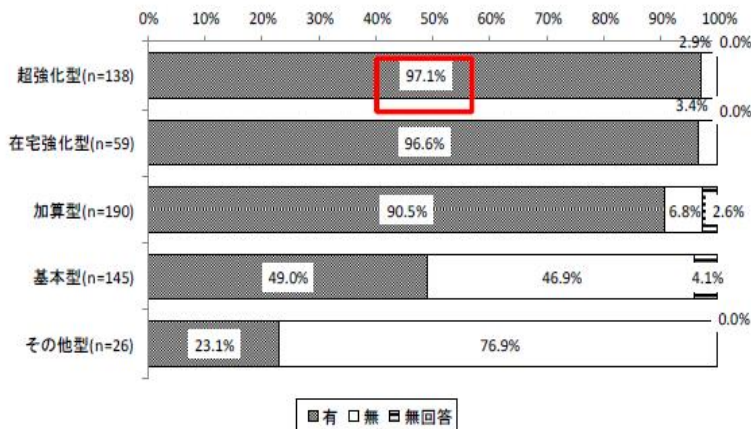
施設類型別 退所時指導等の取組状況(n=558)



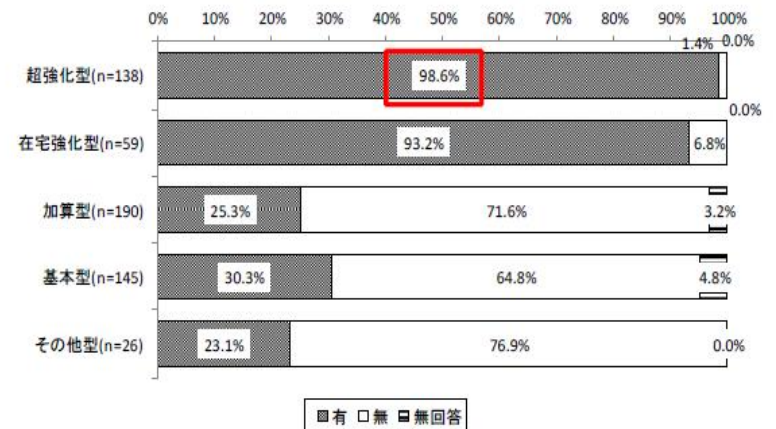
施設類型別 リハビリテーションマネジメントの取組状況(n=558)



施設類型別 地域貢献活動取組状況(n=558)



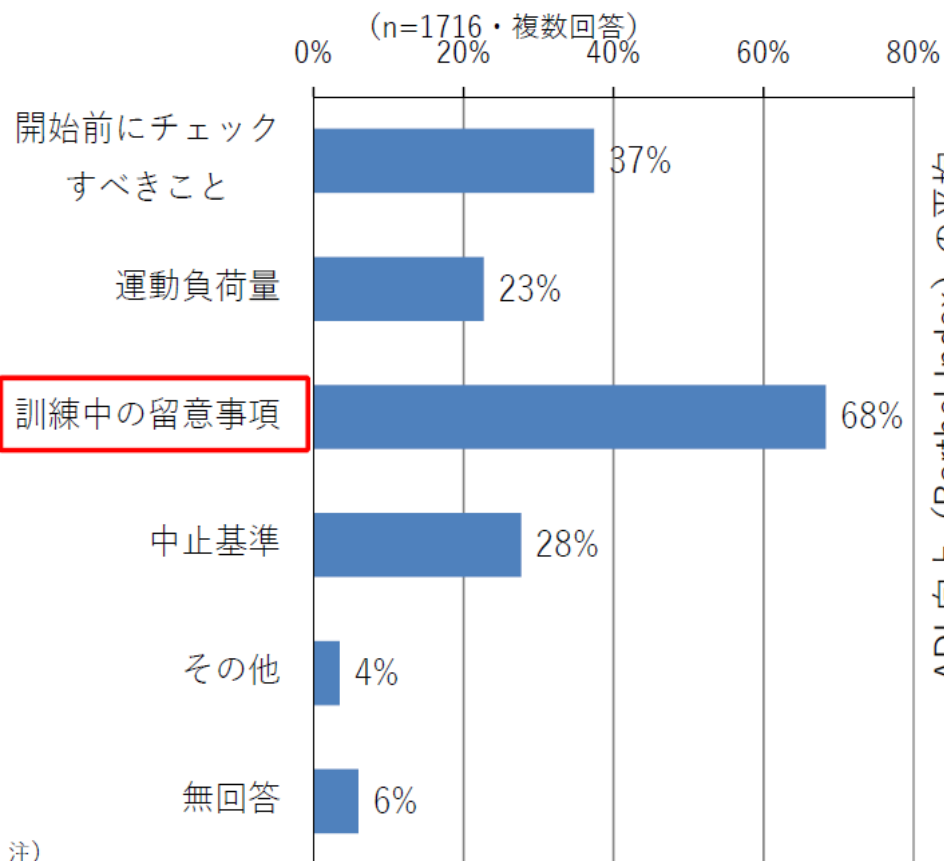
施設類型別 充実したリハビリテーション(n=558)



介護老人保健施設における医師の関与

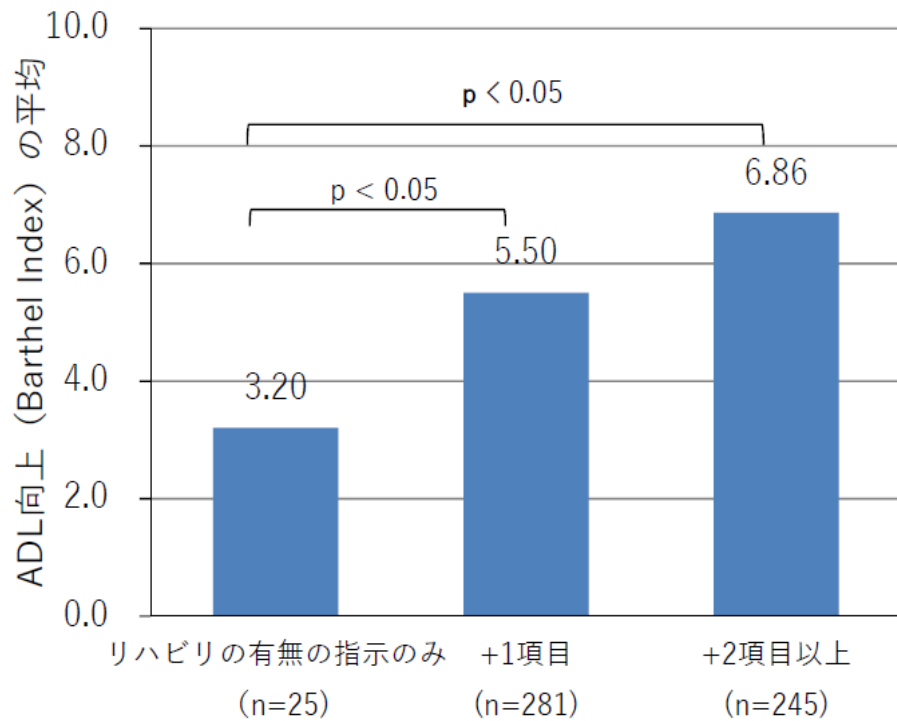
- 医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示や留意事項の内容



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

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週間に自宅等へ退所した者を対象として集計。

論点①介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

検討の方向（案）

（1）リハビリテーション機能の強化

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、
 - 訪問リハビリテーションの実施を更に促進するために、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**ことを検討してはどうか。
 - 入所者の状態に応じたより多様なリハビリテーション提供体制を評価するため、**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**の配置を評価することを検討してはどうか。
- より入所者の状態にあったリハビリテーションを提供するため、**医師の指示に関する事項**を明確化することを検討してはどうか。

（2）認知症の人への対応

- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設としての機能を推進し、認知症の人への対応力を向上する観点から、認知症に係る事項を追加することを検討してはどうか。
- 上記の検討にあたっては、入所者像に係る指標である「要介護度4・5の割合」「喀痰吸引の実施割合」「経管栄養の実施割合」と合わせて検討してはどうか。

3.(2)⑤ 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①

概要

【介護老人保健施設】

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標と要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進するため、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設ける。【告示改正】
- ・ 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。

算定要件等

※下線部が見直し箇所

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)

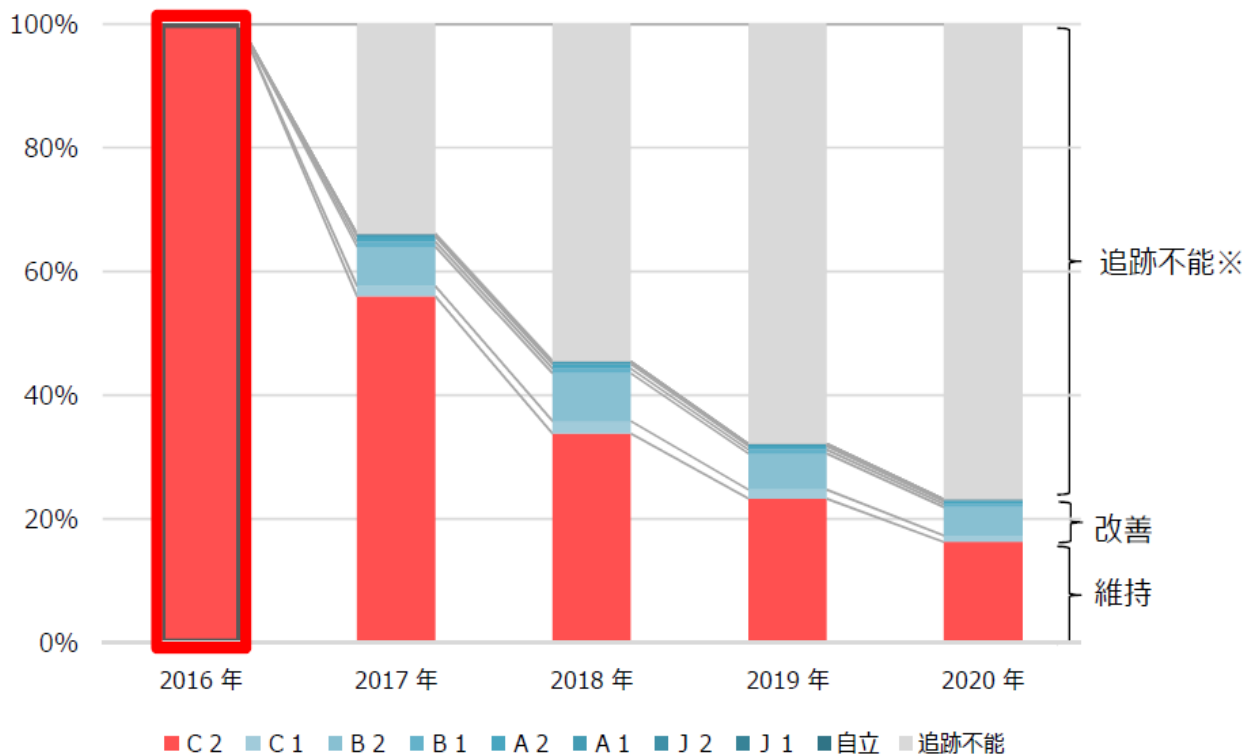
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス3 ⇒2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	1サービス2 ⇒2サービス1 0サービス0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 ⇒5以上(PT, OT, STいずれも配置) 5	3以上 3 ⇒5以上 3	(設定なし) ⇒3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3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

⑧寝たきり予防・
重度化防止

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

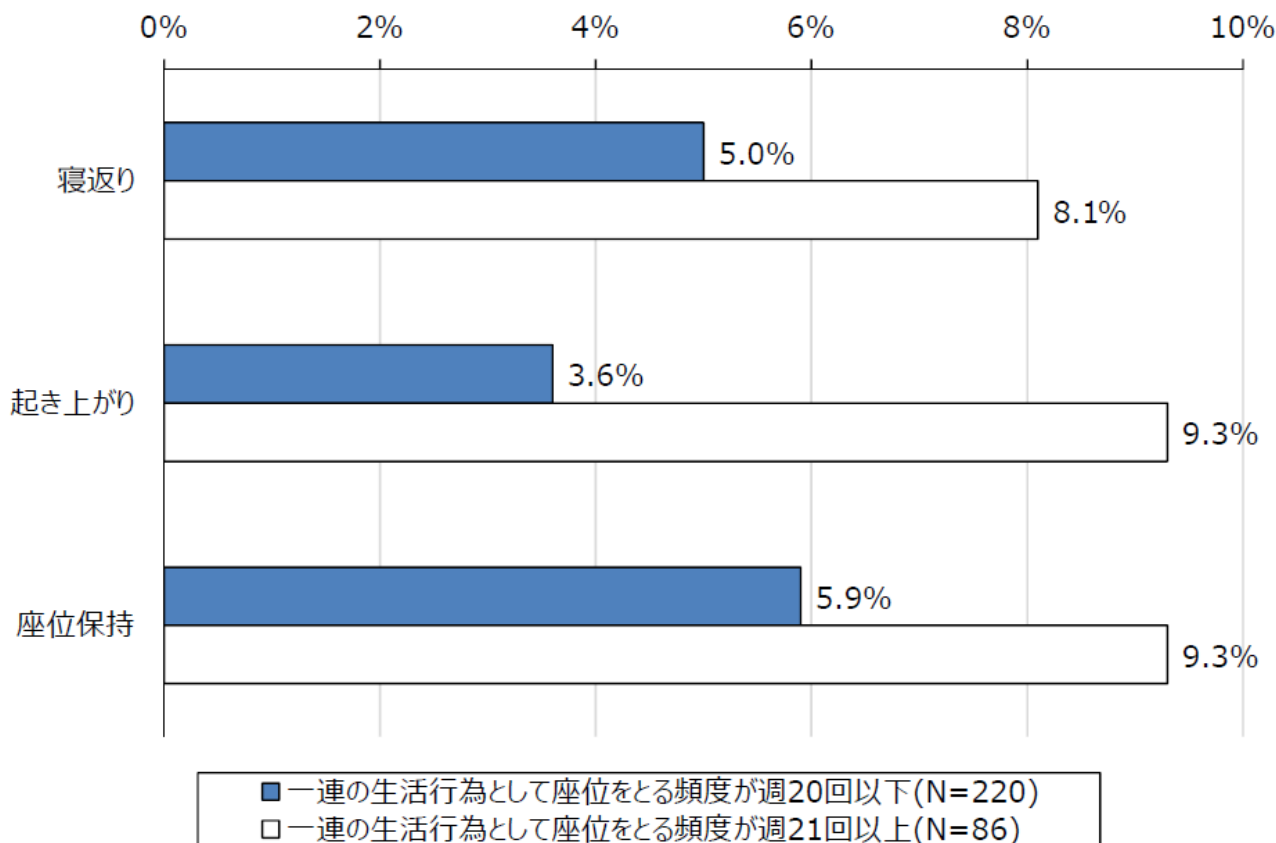
(※ 死亡や転居等により、日常生活自立度の追跡ができなかった者)

(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



適切な介入による寝たきりの改善について

○ 離床に向けたチームによる介入について

離床はリハビリ時間のみではなく、実生活場面での生活範囲の拡大を目標としており、本人・家族と多職種からなる『チーム協働での取り組み』が必須であり、チームメンバーが連携し、それぞれの専門分野におけるアセスメントや評価を行い、それらの結果を踏まえた目標を設定した上で、それぞれ専門職としての計画を立案し実践する。

○ 離床の効果について

適切な離床による効果としては、意識障害の改善、褥瘡予防、拘縮の予防、起立性低血圧の予防、嚥下障害の予防、排せつ障害の予防等が挙げられる。

これらの二次障害の予防にとどまらず、活動と参加に向けた離床の目標を立案し、日常的に離床を実践することで、「本人の主体性」が促され、「QOLの向上」とともに身体機能や精神機能にも良い影響を与えることが期待される。

チームによる介入が不可欠



改善の事例

介入開始直前



病棟スタッフによる移乗動作の介助量が軽減し、実生活での離床が可能になり、安楽な車椅子で、テレビ鑑賞が楽しめるようになった。

介入2カ月後



3.(3)① 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進

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】

- 介護保険施設において、入所者の尊厳の保持、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、医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を推進するため、
 - ・ 定期的に全ての入所者に対する医学的評価と、それに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、
 - ・ 介護支援専門員やその他の介護職員が、日々の生活において適切なケアを実施するための計画を策定し、日々のケア等を行う取組を評価する加算を創設する。【告示改正】
- その際、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。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

⇒ <改定後>
自立支援促進加算

300単位/月（新設）

算定要件等

- 以下の要件を満たすこと。
 - 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、少なくとも六月に一回、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の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、少なくとも三月に一回、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。

⑨排泄、褥瘡アウトカム

排泄支援加算、褥瘡マネジメント加算

排せつ支援加算の概要 (平成30年度介護報酬改定)

- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者（※1）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※2）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※3）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
 - ・排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

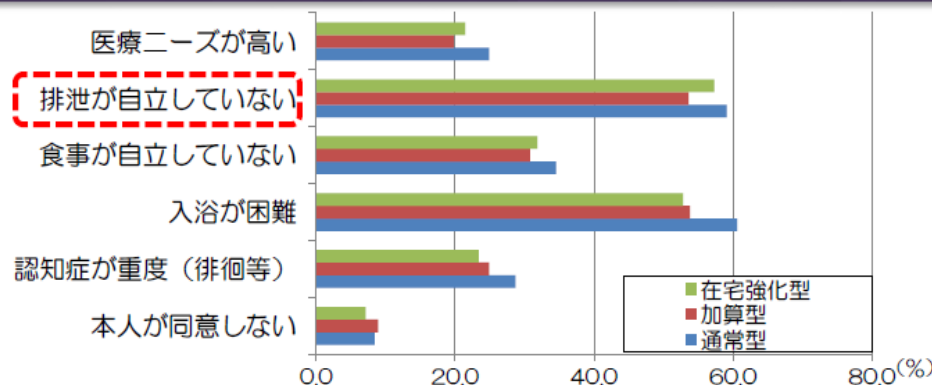
（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※2）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

（※3）看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 **100単位/月（新設）**

介護老人保健施設における退所困難者の在宅復帰阻害要因 (n:10,928)



排泄に係るガイドライン(例)

- EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン
(平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班)
- 男性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)
- 女性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)
- 便失禁診療ガイドライン(平成29年 日本大腸肛門病学会)



排せつ支援加算の算定状況

- 平成30年度介護報酬改定で新設された「排せつ支援加算」は、介護老人保健施設では加算を算定したことがある施設が一定割合認められたが、介護老人福祉施設および介護療養型医療施設では算定したことがある施設は少ない。

【平成30年4月～令和2年3月を通して存在する施設のうち、同期間内に排せつ支援加算を算定したことがある施設】

	対象施設数	算定施設数	算定率
介護老人福祉施設	7,789	559	7.2%
地域密着型介護老人福祉施設	2,189	138	6.3%
介護老人保健施設	4,156	1,265	30.4%
介護療養型医療施設	660	45	6.8%

褥瘡マネジメント加算の概要 (平成30年度介護報酬改定)

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡（床ずれ）発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。

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

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
 - ① 入所者全員に対する要件
入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
 - ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
 - ・関連職種の方が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
 - ・褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
 - ・①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

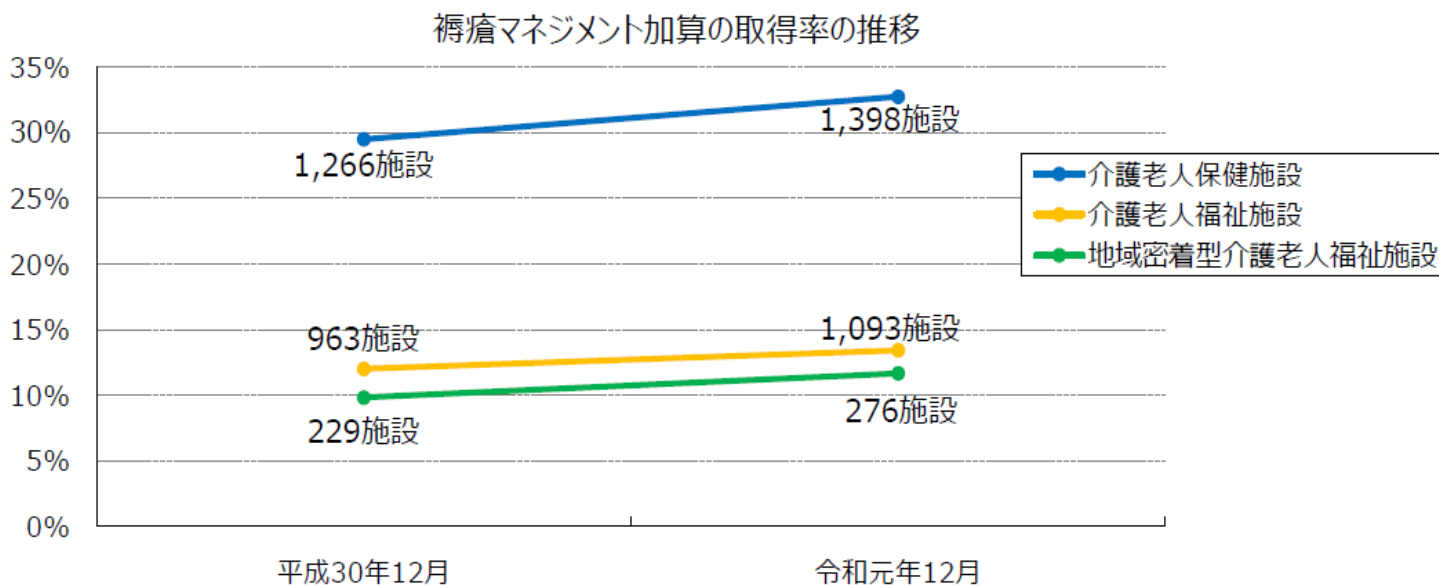
褥瘡マネジメント加算 **10単位/月（新設）**
(※ 3月に1回を限度とする)

※ 介護医療院、介護療養型医療施設については、特定診療費として、「褥瘡対策指導管理（6単位/日）」を設けており、「障害高齢者の日常生活自立度」がランクB以上の利用者について、常時褥瘡対策を行う場合に算定が可能。

褥瘡マネジメント加算の算定状況

○ 平成30年度介護報酬改定で新設した褥瘡マネジメント加算の算定施設数、取得率は増加傾向にある。

	平成30年12月サービス提供分		令和元年12月サービス提供分	
	算定施設数	取得率	算定施設数	取得率
介護老人保健施設	1,266	29.49%	1,398	32.73%
介護老人福祉施設	963	12.01%	1,093	13.43%
地域密着型介護老人福祉施設	229	9.83%	276	11.66%



3.(3)② 褥瘡マネジメント加算等の見直し①

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。

パート7

介護人材の確保・介護現場の革新

- ①介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取り組み
- ②テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和



①介護職員の処遇改善や
職場環境の改善に向けた
取り組み

介護職員処遇改善加算の仕組み

- 平成24年度に介護職員の賃金改善に充てることを目的とした処遇改善加算を創設。
- 平成27年度に上乗せ評価を行う区分（月額1.2万円相当）を設けるとともに、平成29年度に、介護職員の技能・経験等に応じた昇給の仕組みを構築した事業者について、更なる上乗せ評価（月額平均1万円相当）を行う区分を創設。
- 令和2年6月時点で、92.1%の事業所が加算（Ⅰ）～（Ⅲ）を取得している状況。

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							
	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	
	+		+		+		or			
取得要件	職場環境等要件									
	79.5%		7.2%		5.4%		0.2%		0.3%	
取得率	79.5%		7.2%		5.4%		0.2%		0.3%	

<キャリアパス要件>

※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。

- 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

介護職員処遇改善加算等の職場環境等要件

- 職場環境等要件においては、加算Ⅰ及びⅡは平成27年4月以降、加算Ⅲ及びⅣは平成20年10月以降に実施した取組について、当該年度の取組として認めることとしている。

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関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について
(老発0305第6号令和2年3月5日厚生労働省老健局長通知)

表4 職場環境等要件

資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む） 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る） その他
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入 雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 その他
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等） 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 非正規職員から正規職員への転換 職員の増員による業務負担の軽減 その他

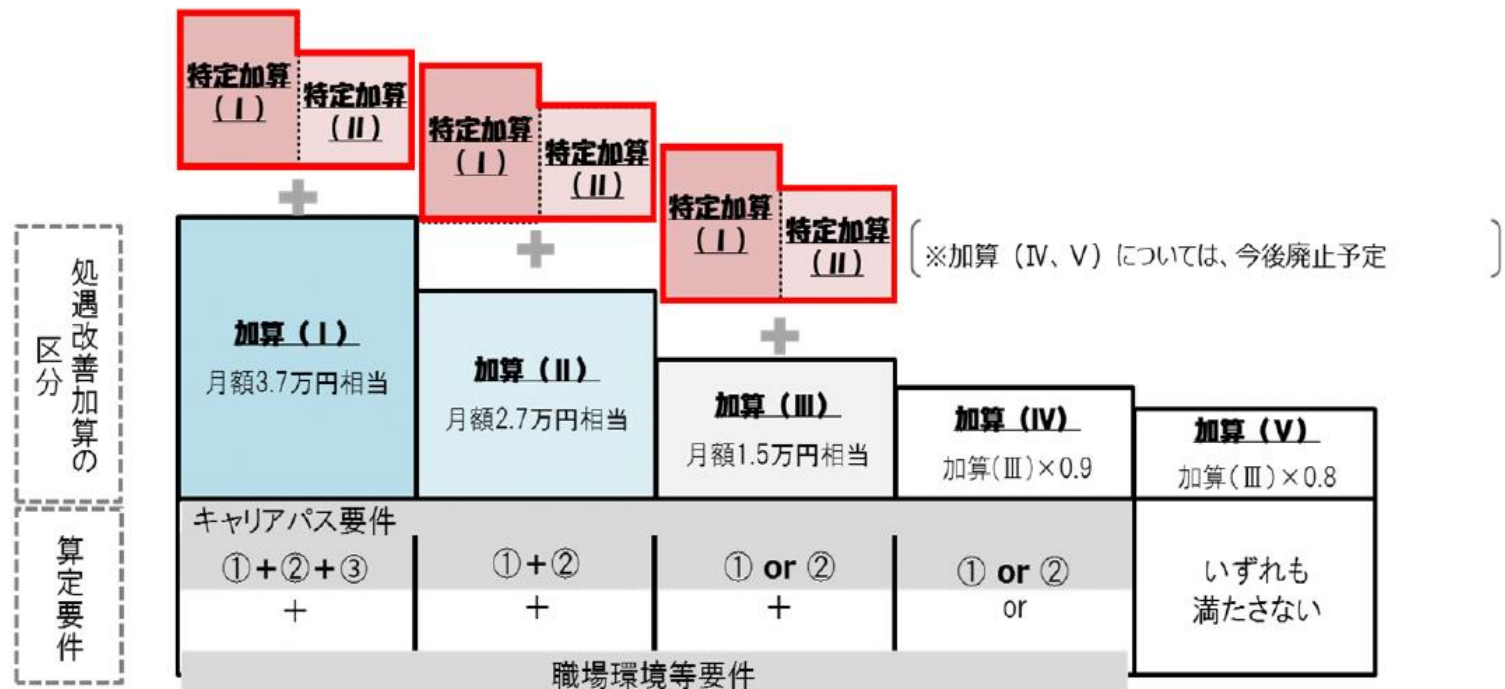
特定処遇改善加算のイメージ

<特定処遇改善加算の取得要件>

- ・ 処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること
- ・ 処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- ・ 処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

<サービス種類内の加算率>

- ・ サービス提供体制強化加算（最も高い区分）等の取得状況を加味して、加算率を二段階に設定



<キャリアパス要件>

※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。

- 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

4.(1)② 介護職員等特定処遇改善加算の見直し

概要

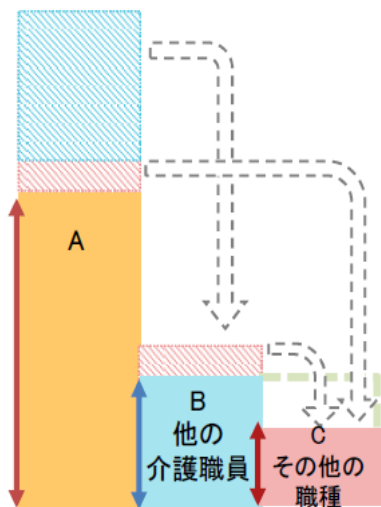
【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 介護職員等特定処遇改善加算について、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、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ・ 平均の賃金改善額の配分ルールについて、「その他の職種」は「その他の介護職員」の「2分の1を上回らないこと」とするルールは維持した上で、
 - ・ 「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」とするルールについて、「より高くすること」とする。

現行

平均賃上げ額が

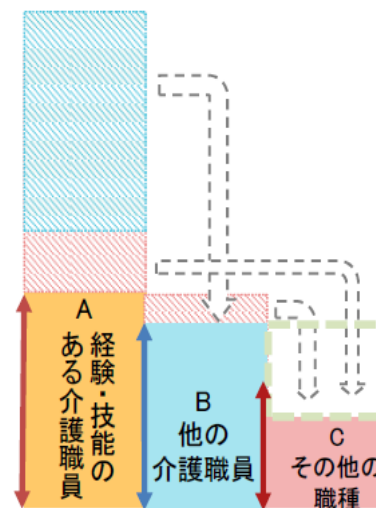
2以上 : 1 : 0.5以下



改定後

平均賃上げ額が

A > B
1 : 0.5以下



サービス提供体制強化 加算（2009年改定）

- ・ **サービス**の質が一定以上保たれた事業所を評価するため、平成21年度から設けられた**加算**
- ・ 介護福祉士の資格者、常勤職員、勤続年数が3年以上の者などが一定以上雇用されていることが、**加算**算定の条件

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 人員欠加 減算適用 無し
	I (新たな最上位区分)	II (現行の加算 I 相当)	III (現行の加算 I 口、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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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、通リハ 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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	<u>以下のいずれかを満たす。</u> 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)			○

介護福祉士割合、勤続年
数の長い介護福祉士割合
の高い区分を新設

②テクノロジーの活用や人
員基準・運営基準の緩和

20. 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

⑫介護ロボットの活用の推進

概要

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、新たに評価する。

単位数

○変更なし

※夜勤職員配置加算

・地域密着型

従来型の場合

(Ⅰ)イ：41単位/日

経過的の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ)イ：46単位/日

ユニット型経過的の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

・広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅰ)イ：22単位/日

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅱ)イ：27単位/日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

算定要件等

<現行の夜勤職員配置加算の要件>

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置していること。

<見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件>

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・ 入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- ・ 施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

夜勤職員配置加算の条件

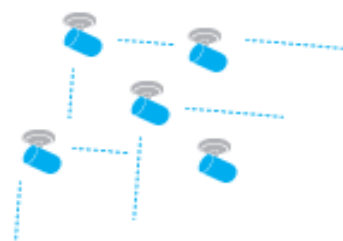
これまで



介護職員

最低基準より
1人以上多く配置

これから…？



+



介護職員	最低基準より 0.9人 多く配置
見守りロボット	入居者の 15%以上 設置

複数の介護ロボット・ICT活用によるケアの質の向上への取組例

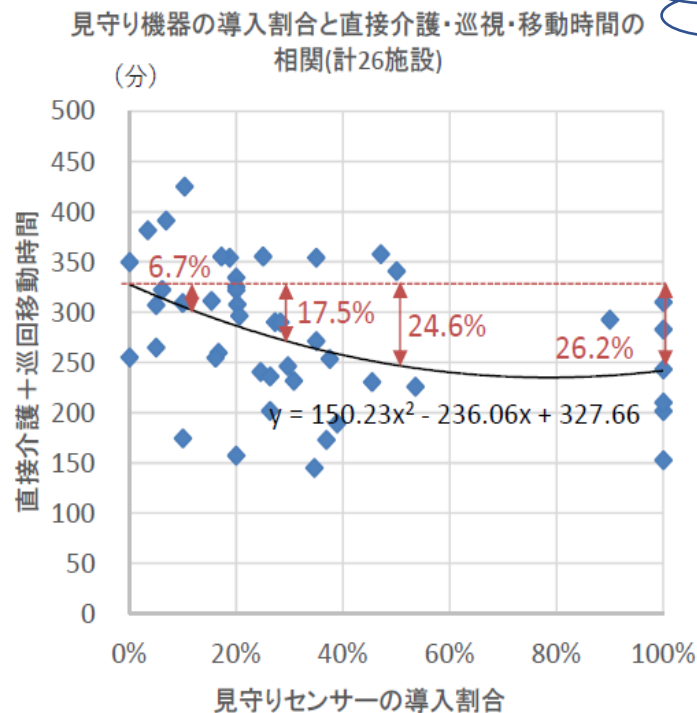
- テクノロジーの活用施設においては、介護記録の効率化やインカム等のICTの活用等により、利用者との対面時間の増加、専門職とのきめ細かな連携が可能となり、今まで以上に適切なケアが実現している。

	業務変更前	業務変更後	導入の効果	ケアの質の変化
ケース1	<ul style="list-style-type: none"> 利用者情報やケアの記録を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドサイドに持参した端末でケア記録を入力したり、音声記録したり、職員間で音声連絡。 内容はテキスト変換されて内容がそのまま管理システムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 記録の時間の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 時間短縮で得られたゆとりを使い、利用者とのコミュニケーションの時間を増やすことができた。 利用者の心身状態を観察する時間が増えて、今まで以上に適切なケアを実践できた。 データ連携により、新たな機器の導入による職員への記録作業負担を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 利用者を目視でこまめに観察し、経験に基づいて排泄を誘導。結果は手書きでメモ。 	<ul style="list-style-type: none"> 排泄支援機器を使い、タイムリーに排泄を誘導。記録はデータ連携により自動でシステムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者のQOLの向上 記録の時間の短縮 	
	<ul style="list-style-type: none"> バイタルの測定結果を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> バイタル測定器とベッドサイドに持参した端末との連動で、測定結果を入力する業務は不要。 	<ul style="list-style-type: none"> 測定及び記録の時間の短縮 	
ケース2	<ul style="list-style-type: none"> 利用者・ケアの気づき等を、ベッドサイドからステーション(事務所)に移動して専門職と相談、再び戻って実践。 	<ul style="list-style-type: none"> インカムを使って、利用者・ケアに何か気づきがあれば、ベッドサイドに居ながら専門職と相談。 アドバイス内容を即座に実践。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談のための移動時間の短縮 多職種連携の円滑な実施 	<ul style="list-style-type: none"> ケアの実践のなかで、多職種連携の成果をきめ細かく反映できた。 介護福祉士からの指導・育成の機会を創出しやすくなった。 高度なケアに取り組みやすくなった。 提供中のケアの中断を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、利用者の容体を目視でこまめに観察・確認。結果は手書きでメモし、後で記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、見守り機器によりバイタルの変動を自動で常時確認。結果はシステムと連動して記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高いケアにおける職員の負担軽減 	
	<ul style="list-style-type: none"> ユニット内で職員一人勤務の場合、排泄ケア(オムツ交換)で居室内に入る際に、フローアが無人にならないよう応援職員をPHS等で探す。 	<ul style="list-style-type: none"> 応援職員が必要な際に、インカムの同時通信機能などを使用し、即座に応援を依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> その瞬間に応援対応できる職員の速やかな把握 連絡に伴う時間の短縮 	

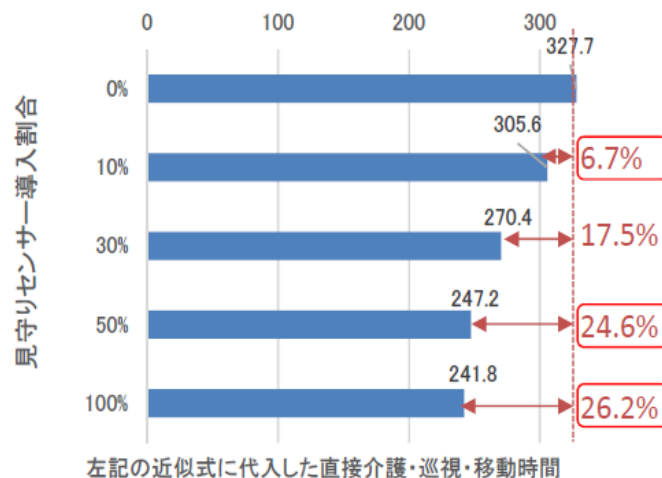
夜間における見守りセンサーの導入割合と直接介護・巡視時間の相関について

- 介護施設における業務時間（直接介護+巡視移動時間）と利用者に占める見守りセンサーの導入割合の相関を見ると、導入割合0%の場合の業務時間に対して、導入割合10%導入では6.7%減少、導入割合30%では17.5%減少、導入割合50%では24.6%減少、導入割合100%では26.2%減少する結果となった。

見守りセンサー導入で業務時間短縮



相関式からみた平均的な業務時間の減少割合



※ xに「見守り機器導入率」の値を代入したときのyの値

- ※ 調査対象施設は26施設を掲載している。20施設については導入前後の事前調査と事後調査の結果を、6施設については導入100%の実証施設であって、通常時の担当利用者数でみた場合の結果のみを用いた。
- ※ 調査対象の26施設のうち、特養が24施設、老健が2施設である。
- ※ 散布図中の1プロットは各施設の職員業務調査（タイムスタディ）の5日分を平均した値を用いた。
- ※ 一部インカム等のICTを活用している施設が含まれている。

論点⑦夜間における人員・報酬(テクノロジーの活用)①

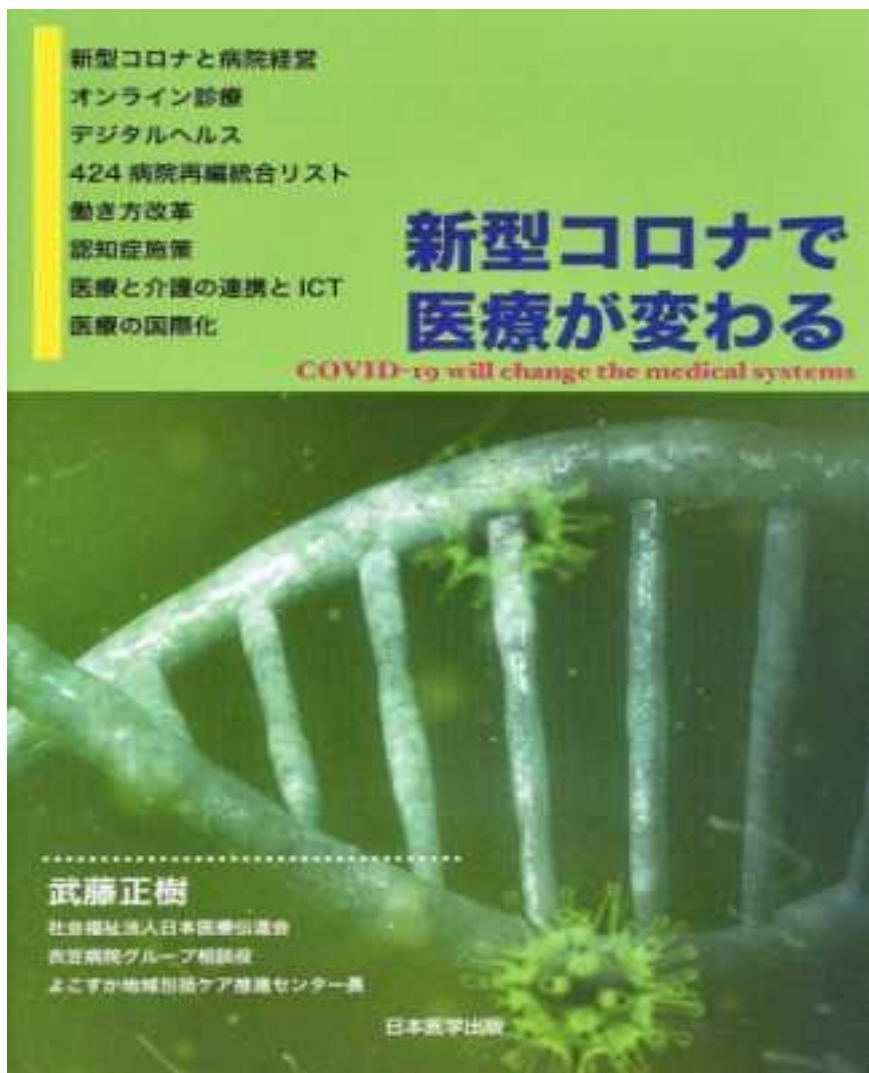
検討の方向 (案)

- 見守りセンサーやインカム等のICTを活用することによる、夜勤職員の業務効率化や睡眠の質の維持等に関する実証結果を踏まえ、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、見守りセンサーの入所者に占める導入割合の要件を緩和する（現行15%を10%とする）とともに、全ての入所者について見守りセンサーを導入した場合の新たな要件区分を設けることを検討してはどうか。

	現行要件の緩和（イメージ）	新設要件（イメージ）
夜勤職員の最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	0.5人（新規）
見守りセンサーの入所者に占める導入割合	10% <small>（緩和：見直し前15%→見直し後10%）</small>	100%
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置（現行維持）	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・委員会の設置を含めた安全体制を確保していること

- また、見守りセンサーを活用する場合の算定要件の適用について、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護だけでなく、介護老人保健施設、介護医療院及び認知症型共同生活介護についても拡大することを検討してはどうか。

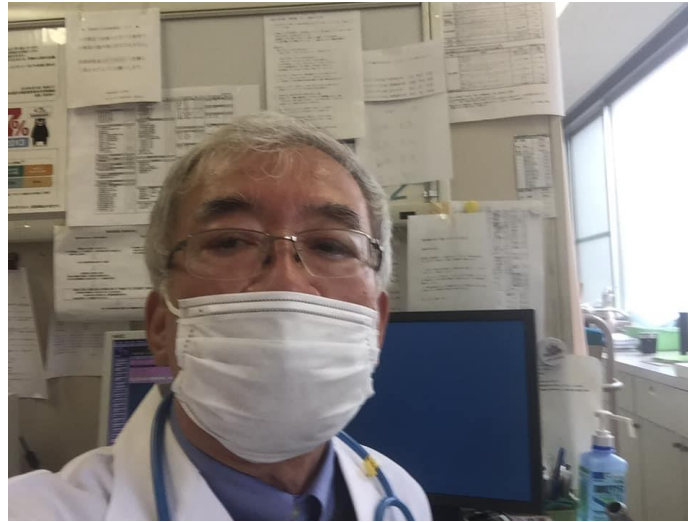
新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp