

# 令和3年度介護報酬改定に向けて （自立支援・重度化防止の推進）

# 介護報酬改定における主な論点（案）について

社保審一介護給付費分科会第176回  
(R2.3.16) 資料1（一部改編）より

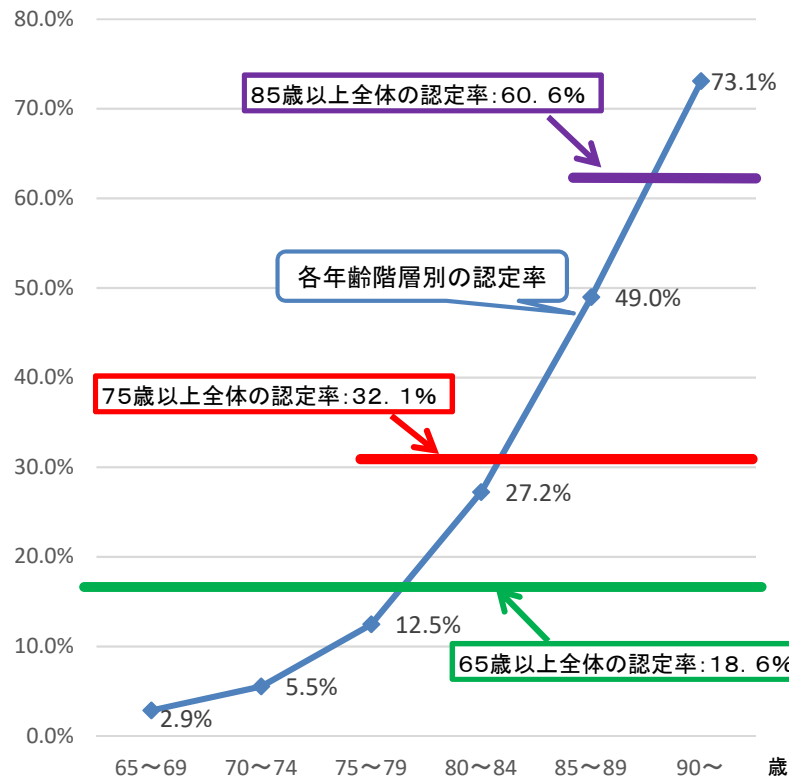
- 診療報酬と同時改定となった平成30年度介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの推進を始めとする4つの項目を柱とし、改定を行った。
  - 〔 I 地域包括ケアシステムの推進、 II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、  
III 多様な人材の確保と生産性の向上、 IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 〕
- 令和3年度介護報酬に向けては、
  - ・ 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告（平成29年12月18日社会保障審議会介護給付費分科会）における今後の課題や、
  - ・ 介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）、
  - ・ 認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）、等を踏まえ、各サービス種類毎の論点とあわせ、以下のような分野横断的なテーマについて、議論していくことが考えられるのではないか。
  - ※ 今後議論を進める中で変更することは想定される。
  - ・ 地域包括ケアシステムの推進
  - ・ 自立支援・重度化防止の推進
  - ・ 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

# 1. 高齢者を取りまく状況について

# 今後の介護保険をとりまく状況

## 年齢階級別の要介護認定率

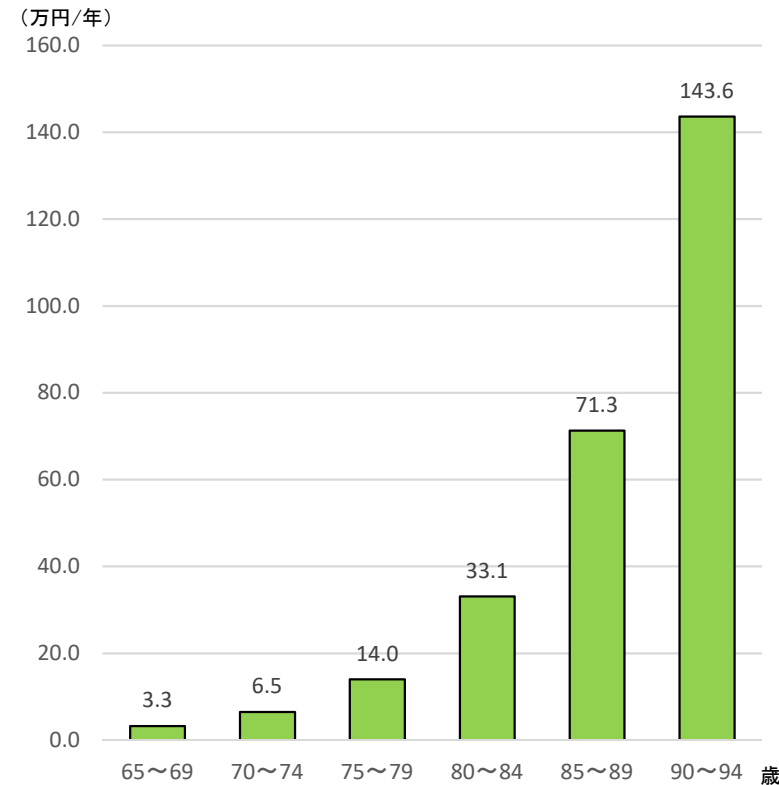
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

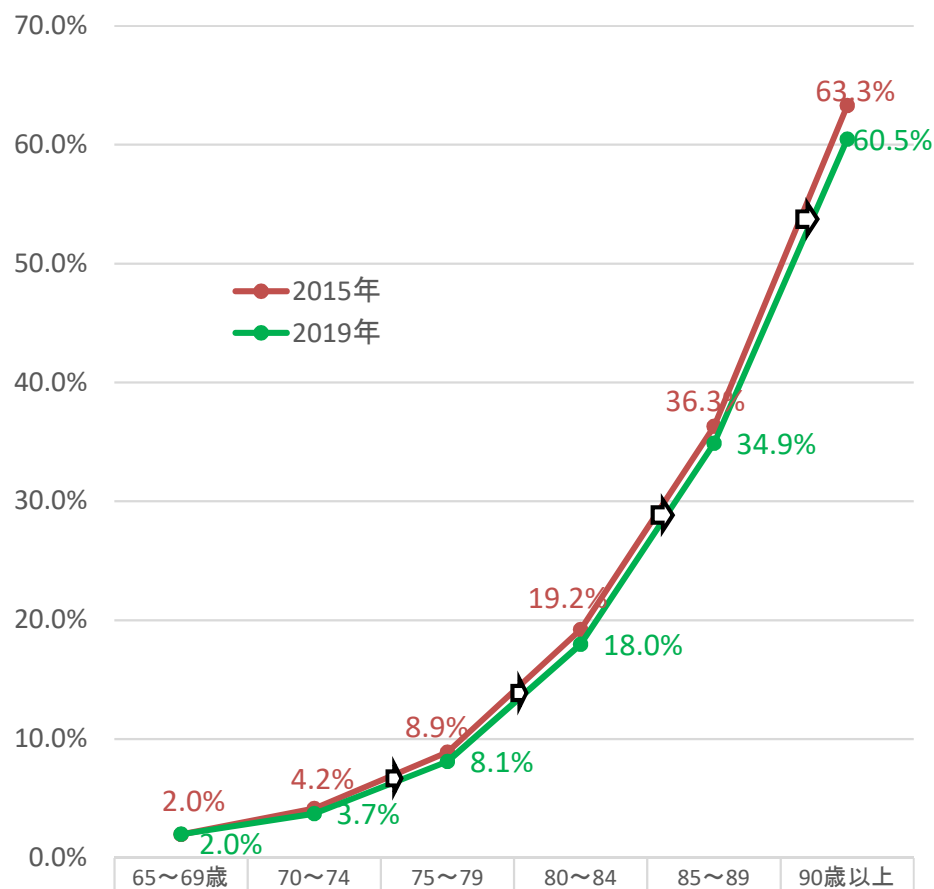


出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。  
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

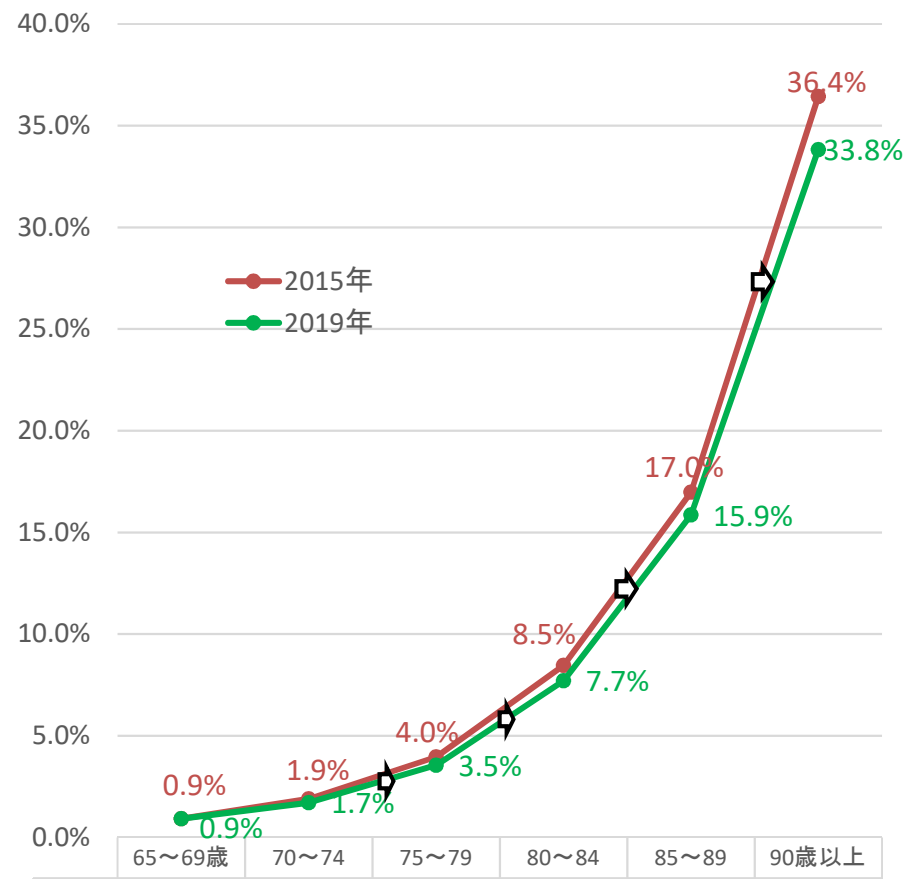
# (参考)第1号被保険者の年齢階級別認定率(人口に対する認定者数の割合)の変化 (介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)

認定率(要介護1～5)



	65～69歳	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2019年	2.0%	3.7%	8.1%	18.0%	34.9%	60.5%
②-①	0.0%	-0.4%	-0.8%	-1.2%	-1.4%	-2.8%

認定率(要介護3～5)

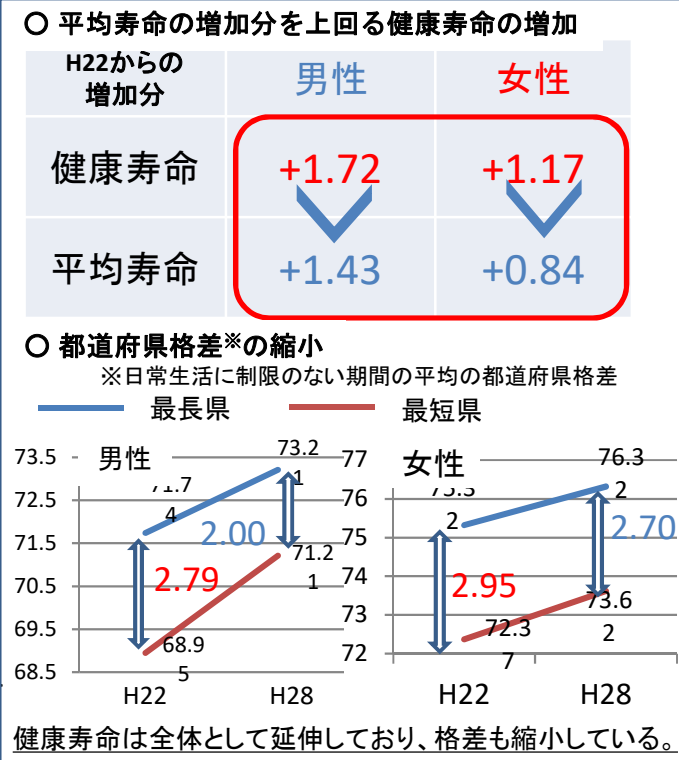
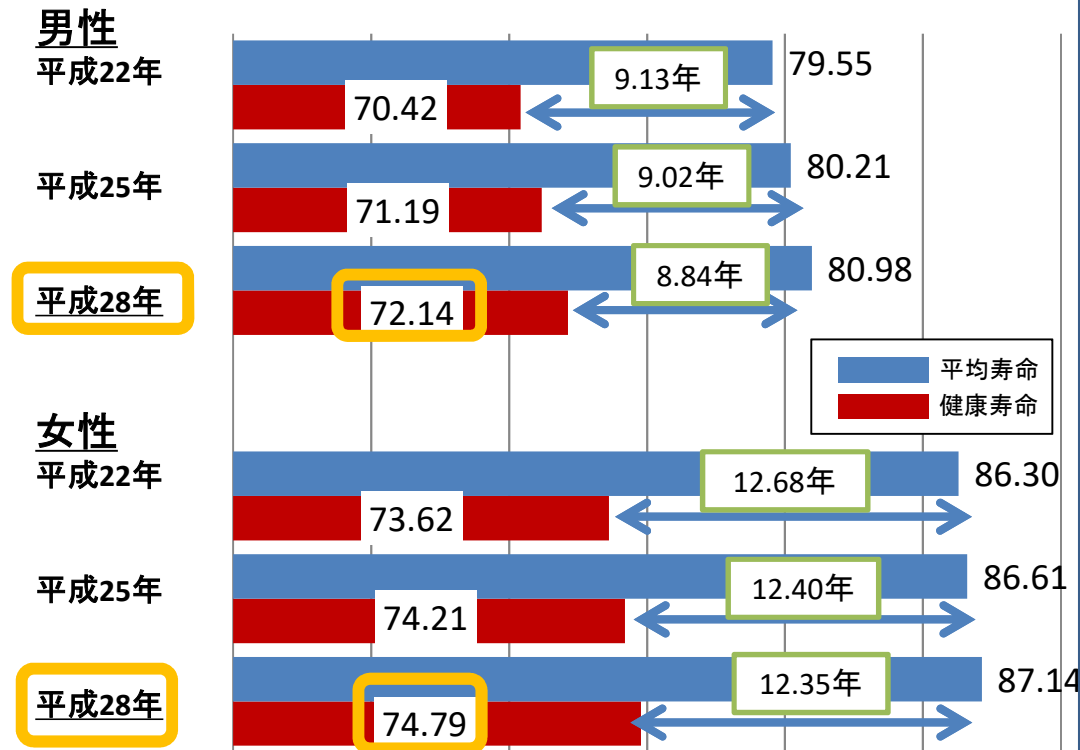


	65～69歳	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2019年	0.9%	1.7%	3.5%	7.7%	15.9%	33.8%
②-①	0.0%	-0.2%	-0.4%	-0.8%	-1.1%	-2.6%

※ 各年の9月末日時点の認定者数(介護保険事業状況報告月報より)及び10月1日時点の人口(人口推計より)から作成

# 健康寿命と平均寿命の推移

- 平成22年から28年については、男女ともに、
  - ・平均寿命・健康寿命は延伸している
  - ・平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している

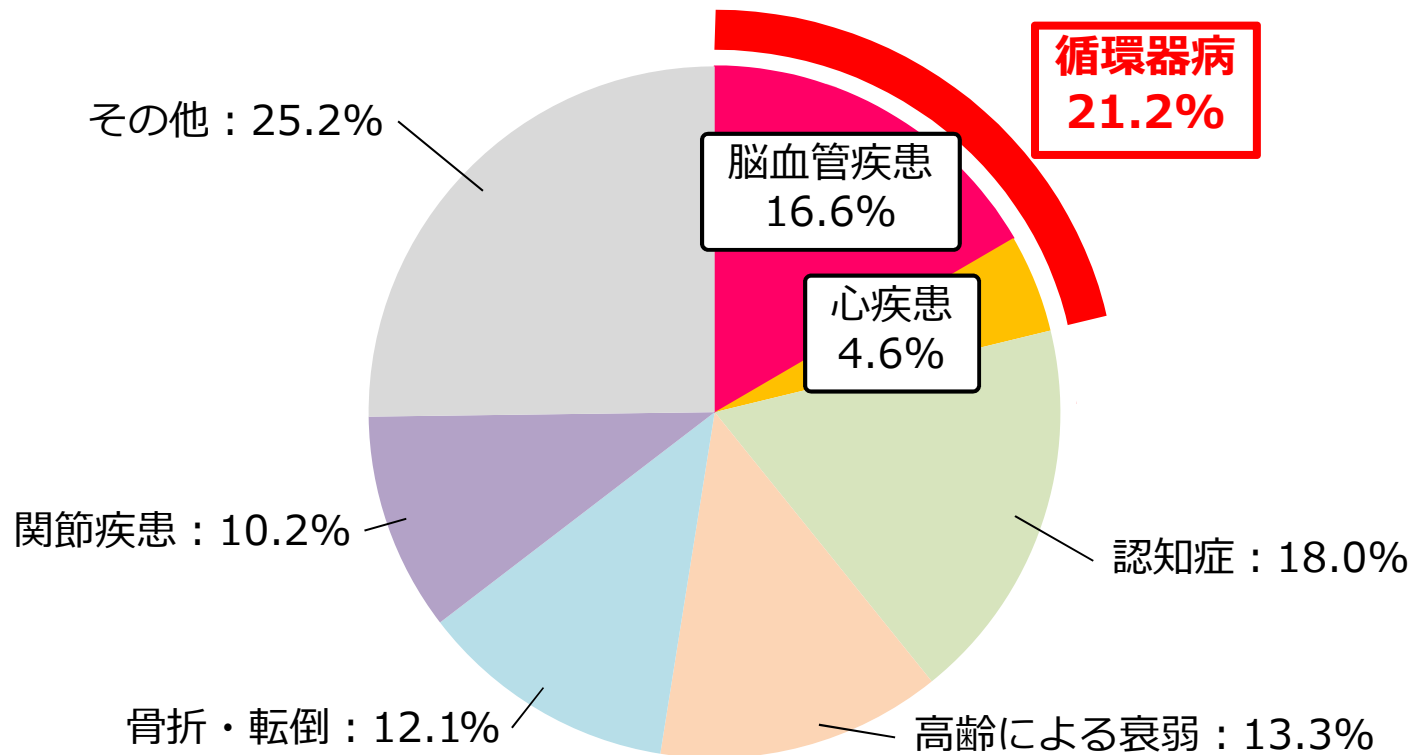


※ 厚生労働科学研究費補助金:健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。  
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。  
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標  
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)  
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」  
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】  
 ○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」  
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」  
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」  
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

## 介護が必要となった主な原因

○脳血管疾患が16.6%、心疾患が4.6%であり、両者を合わせた循環器病は21.2%と、介護が必要となった原因に占める割合は最多である。

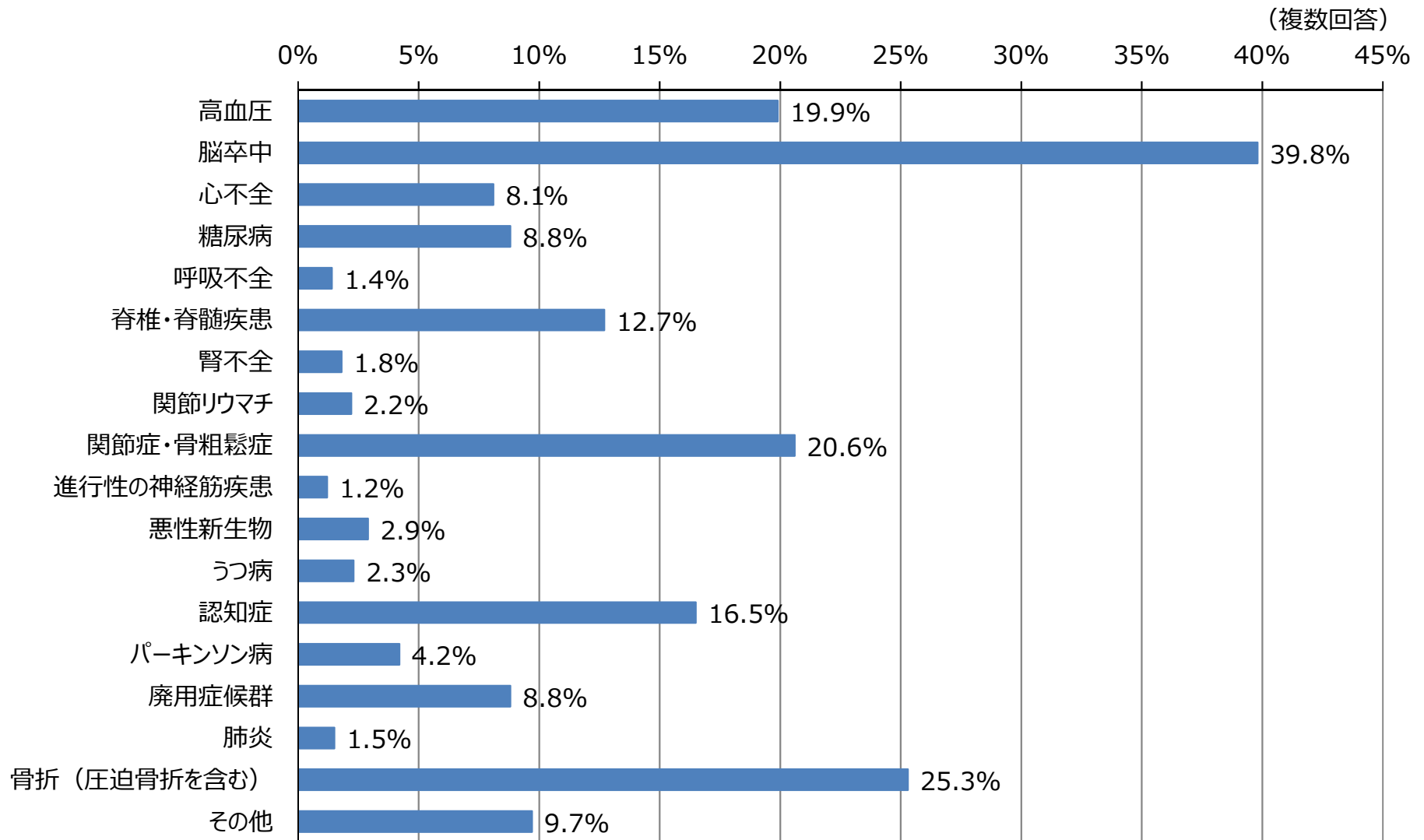


※要支援および要介護者に占める割合

<その他の内訳>	パーキンソン病 : 3.1%	糖尿病 : 2.7%	悪性新生物 : 2.4%	脊髄損傷 : 2.3%	呼吸器疾患 : 2.2%
	視覚・聴覚障害 : 1.3%	その他 : 8.2%	不明 : 1.1%	不詳 : 2.0%	

出典：平成28年国民生活基礎調査

## リハビリテーションが必要となった原因の疾病



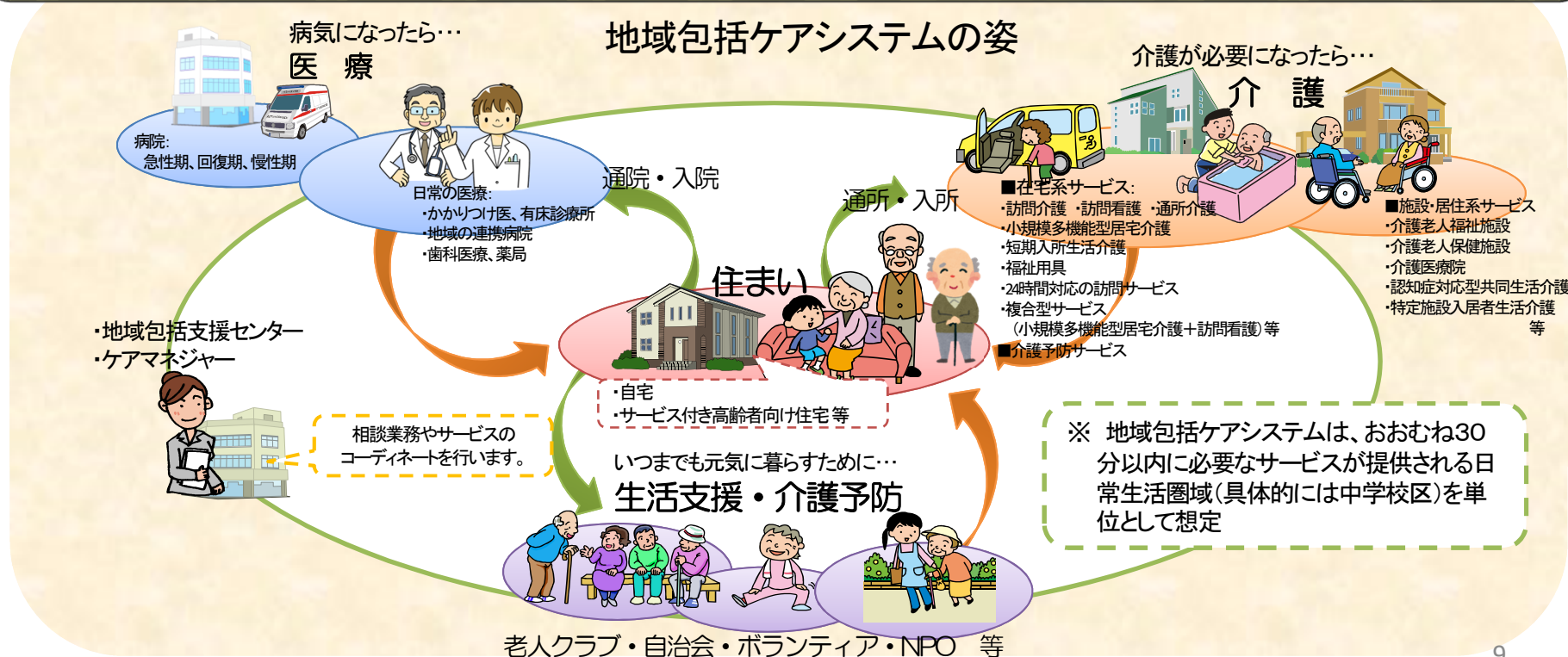
(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）



## 2. 自立支援・重度化防止の推進

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 介護保険法(平成9年法律第123号)の関連規定

## ○介護保険法(平成9年法律第123号) 抄

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

### (国及び地方公共団体の責務)

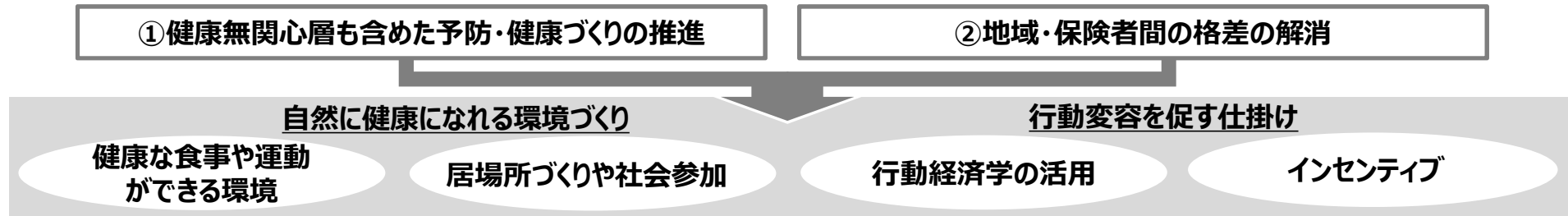
第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

- 2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。
- 4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めなければならない。

# 健康寿命延伸プランの概要

令和元年5月29日 2040本部  
資料1より抜粋

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。  
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。  
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）



**I 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等**

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり (2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進 (2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり (長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施 (今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

**II 疾病予防・重症化予防**

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨 (がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発 (がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開 (2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目的に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供 (今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業 (2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化 (60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 等

**III 介護予防・フレイル対策、認知症予防**

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充 (2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化 (2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等 (2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

# 介護保険事業（支援）計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業（支援）計画を策定し、地域の実情に応じたサービス整備を実施している。

## 国の基本指針（法第116条）、平成30年厚生労働省告示第57号

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が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指針を定める  
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

## 市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）  
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

## 保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

## 都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）  
※介護保険施設、介護専用型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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

## 基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。



# 第8期介護保険事業(支援)計画の基本指針について (令和2年2月21日第90回社会保障審議会介護保険部会資料)

## 第8期計画において記載を充実する事項(案)

■ 第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

### 1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備 P7~12参照

- 2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定  
※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。  
※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。  
※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

### 2 地域共生社会の実現 P13~15参照

- 地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

### 3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）P16~24参照

- 一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
- 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
- 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
- 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
- 在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載
- 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載
- PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

### 4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
- 整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

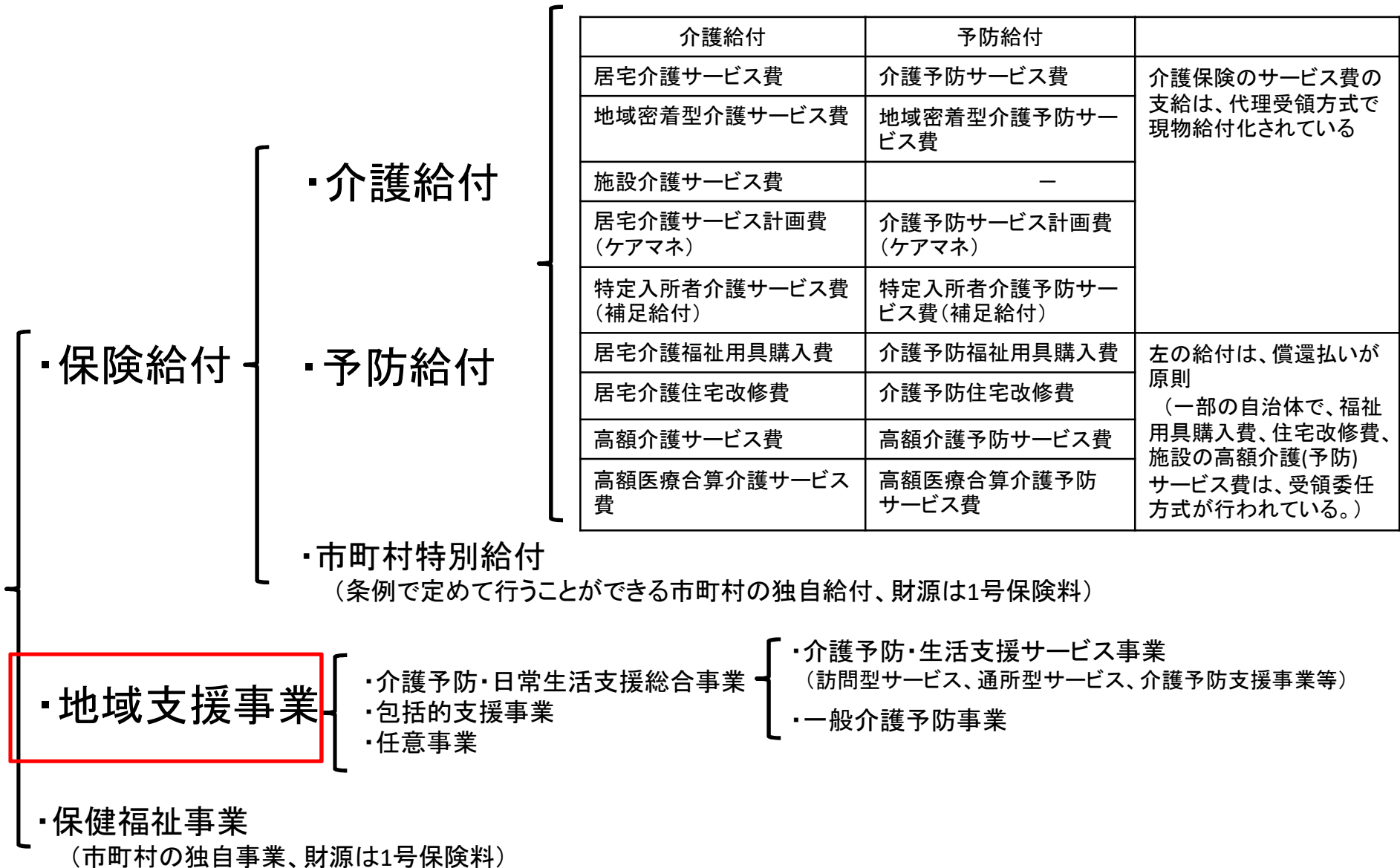
### 5 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進 P25参照

- 認知症施策推進大綱等を踏まえ、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
- 教育等他の分野との連携に関する事項について記載

### 6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 P10, 26~29参照

- 介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
- 介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
- 総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載
- 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

# 介護保険の保険給付等の全体像(地域支援事業)



# 地域支援事業の全体像





# 地域支援事業の概要

令和2年度予算 公費3,944億円、国費1,972億円

○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、市町村において「地域支援事業」を実施。

## ○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1)介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業) 2,016億円(1,008億円)

- ① 介護予防・生活支援サービス事業
- ア 訪問型サービス
  - イ 通所型サービス
  - ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
  - エ 介護予防ケアマネジメント

② 一般介護予防事業（旧介護予防事業を再編）

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業
- エ 一般介護予防事業評価事業
- オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2)包括的支援事業・任意事業 1,928億円(964億円)

- ① 包括的支援事業
- ア 地域包括支援センターの運営 うちイ、社会保障充実分  
534億円(267億円)
    - i) 介護予防ケアマネジメント業務
    - ii) 総合相談支援業務
    - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
    - iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務  
※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等
  - イ 社会保障の充実
    - i) 認知症施策の推進
    - ii) 在宅医療・介護連携の推進
    - iii) 地域ケア会議の実施
    - iv) 生活支援コーディネーター等の配置
- ② 任意事業  
・介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

## ○地域支援事業の事業費

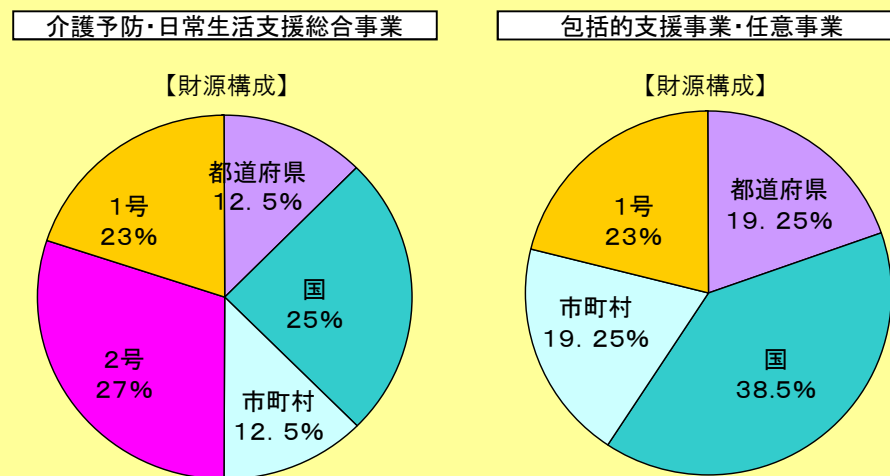
市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

### 【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
- 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額
- ② 包括的支援事業・任意事業
- 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

## ○地域支援事業の財源構成

（財源構成の割合は第7期以降の割合）



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。

（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

# 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

## (1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
  - ① 要支援認定を受けた者
  - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

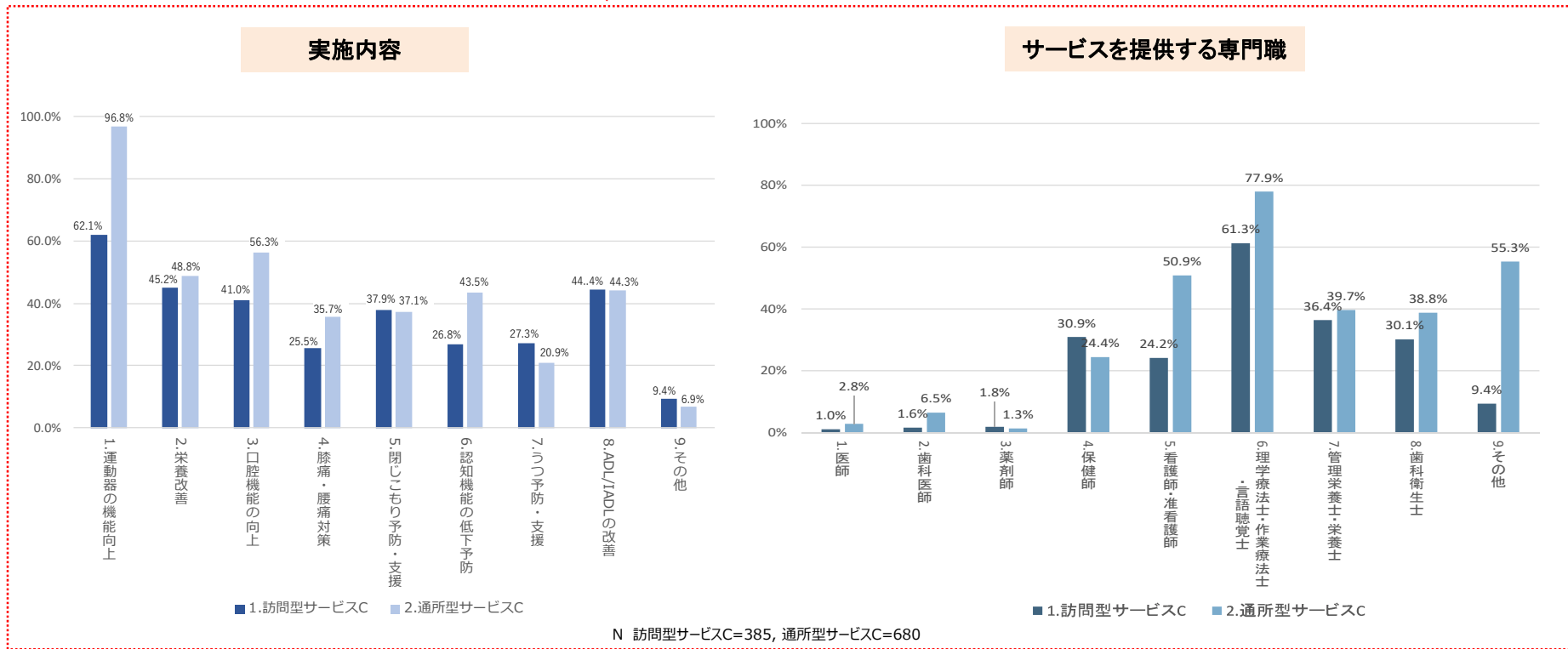
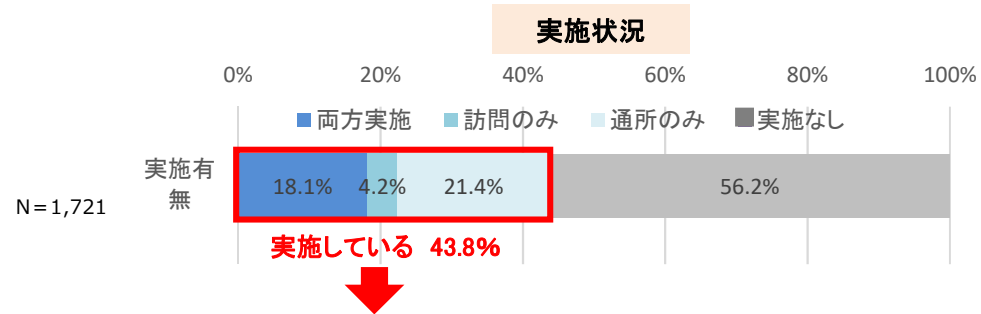
## (2) 一般介護予防事業

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

# 短期集中予防サービス(サービスC)の取組状況

- 訪問型サービス・通所型サービスのどちらか、もしくは両方、短期集中予防サービス(サービスC)を実施している自治体は43.8%。
- 実施内容は、訪問・通所ともに「運動器の機能向上」が最も多く、サービスを提供する専門職の類型については、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といったリハビリ専門職が多い。

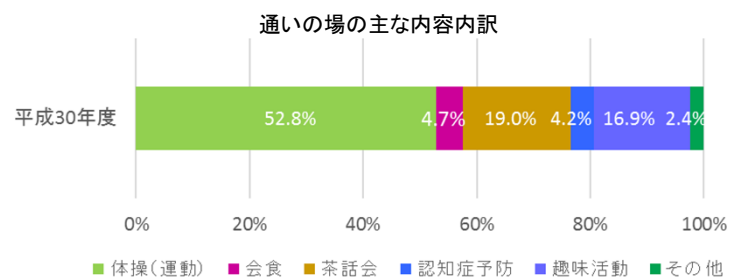
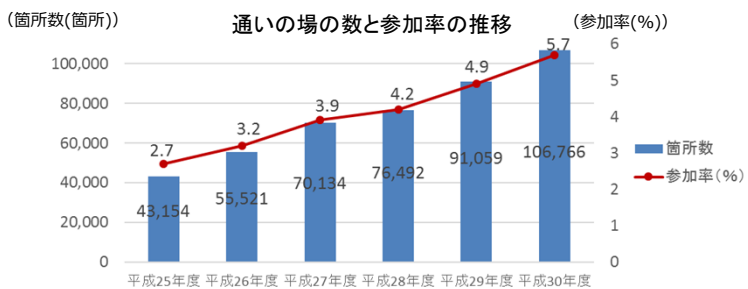
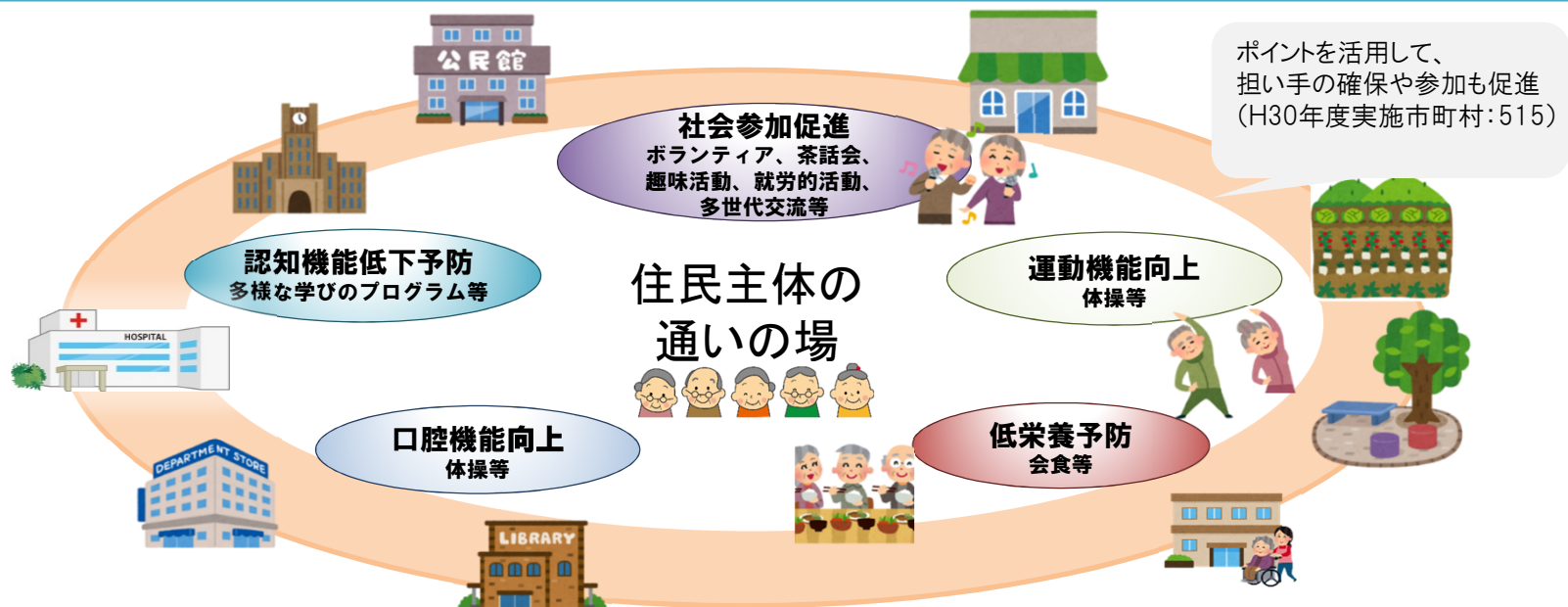


(注) 平成30年度老人保健事業推進費等補助金「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業」(株式会社野村総合研究所)を基に作成

※ 平成30年8月1日現在

# 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、趣味活動の順で多い。



(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

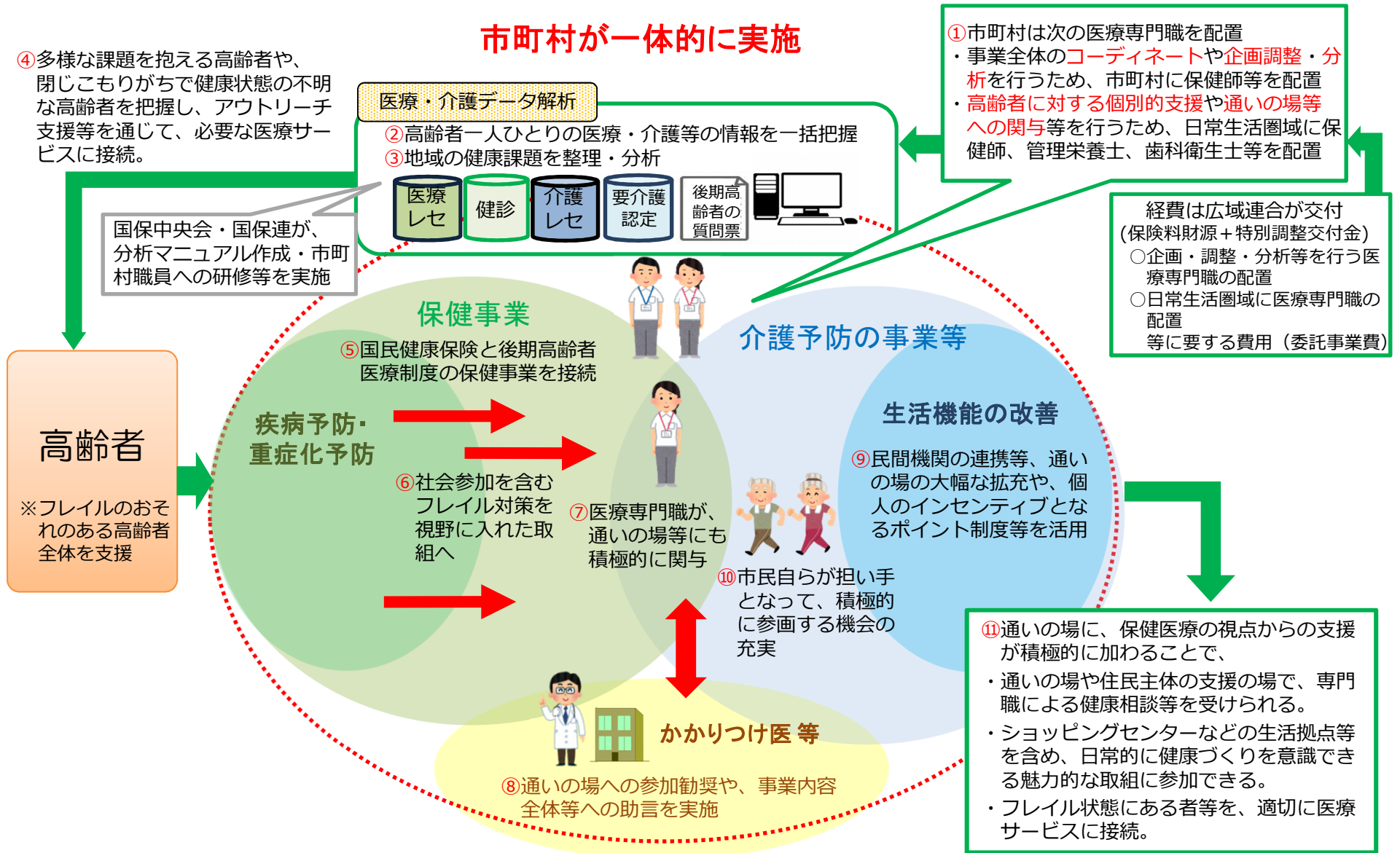
515市町村

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)

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(市町村における実施のイメージ図)



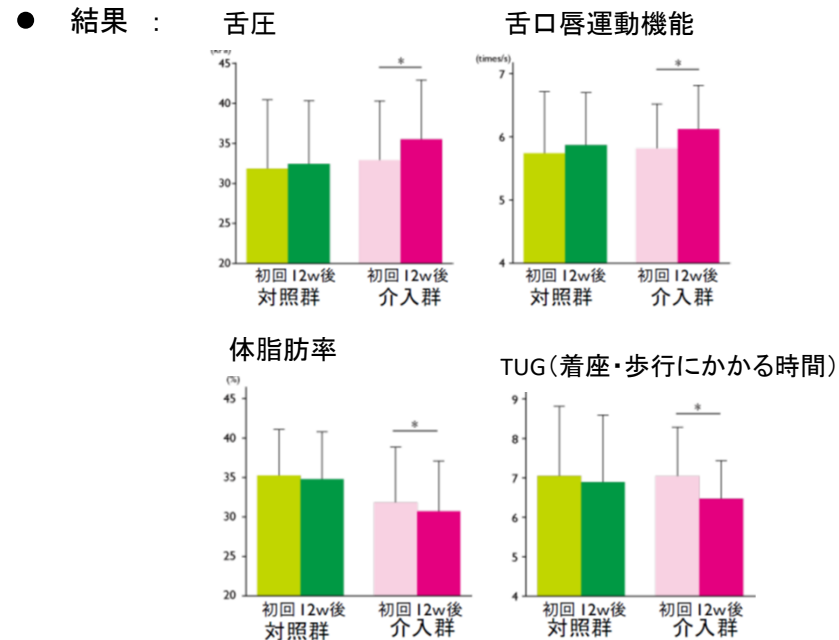
～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開(健康寿命延伸プラン工程表)～



# 運動・口腔・栄養・社会参加を考慮した複合プログラムの介入効果

○ 介護予防活動として、全身と口腔の運動とともに、噛みごたえと栄養価のバランスを考えた食事を他の参加者と一緒に摂るという複合プログラムを行ったところ、介入群は対照群(全身運動のみ)と比較して、摂食嚥下や発音に関わる舌圧や舌口唇運動機能が有意に上昇した。また全身機能では、介入群において、体脂肪率と着座・歩行にかかる時間が有意に減少した。

- 対象 : 大阪府大東市で参加同意を得られた高齢者 86名
- 方法 : 介入群(43名:平均年齢76.7±5.3歳)と対照群(43名:平均年齢74.4±5.6歳)を無作為割り付け  
介入期間:12週(2018年4~7月)  
介入群:全身体操(2セット/週 会場)  
口腔体操(3セット/週 自宅)  
カムカム弁当(噛みごたえのある食感になるよう調理を工夫し、タンパク質やビタミンD等の栄養価を摂取できるようにしたお弁当)  
栄養指導(食事初回時)  
対照群:全身体操(2セット/週 会場)のみ



# 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」取りまとめ概要(令和元年12月13日公表)

## 【ポイント】

- 通いの場の取組を始めとする一般介護予防事業は、住民主体を基本としつつ、効果的な専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取組にとどまらず多様な関係者や事業等と連携し、充実を図ることが必要。
- また、こうした取組をより効果的・効率的に行うためには、PDCAサイクルに沿った推進が重要であり、市町村・都道府県・国がそれぞれの役割を最大限に果たすべき。

## 一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等

### <通いの場などの介護予防の捉え方>

- ✓ 高齢者が関心等に応じ参加できるよう、介護保険による財政的支援を行っているものに限らず幅広い取組が通いの場に含まれることを明確化。取組を類型化し、事例集等を作成。自治体や関係者に周知。
- ✓ 役割がある形での社会参加も重要であり、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進に加え、就労的活動の普及促進に向けた支援を強化。
- ✓ ポイント付与を進めるためのマニュアルの作成等を実施。

### (1) 地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方策、在り方

#### <連携の必要性が高い事業>

地域支援事業の他の事業(※)との連携を進めていくことが重要。

→ 実態把握を進めるとともに、市町村において連携した取組が進むよう、取組事例の周知等を実施

- ※ 介護予防・自立支援のための地域ケア会議、短期集中予防サービス(サービスC)、生活支援体制整備事業

#### <現行制度の見直し>

一般介護予防事業を含む総合事業の実施しやすさや利用者のサービス利用の継続性に配慮していくことが必要。

- ・ 総合事業の対象者の弾力化
  - ・ 総合事業のサービスの価格の上限を定める仕組みの見直し
  - ・ 介護予防の取組を積極的に実施の総合事業の上限額の弾力化
- 等の総合事業の在り方については、本検討会での議論を踏まえ、引き続き介護保険部会等で検討

### (2) 専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策

#### 1) 通いの場等の一般介護予防事業への専門職の関与

通いの場が住民主体であることや、専門職が限られていることにも留意しつつ、以下の取組を効果的に実施。

- ・ 幅広い医療専門職との連携を推進するとともに、多様な専門職種や学生等の関与も期待
- ・ 医療関係団体等との連携事例の把握やモデル事業等を実施  
この結果も踏まえ、具体的な連携方策を提示
- ・ 後期高齢者医療広域連合等と連携し、高齢者の保健事業と一体的な実施を推進
- ・ データ分析の推進や民生委員等との連携による、不参加者を把握する取組やアウトリーチ支援等の実施

#### 2) 地域リハビリテーション活動支援事業の在り方

事業の質の向上を図り更なる実施を促すため、都道府県と市町村が連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築。  
研修等による人材育成等もあわせて実施。

- ・ 都道府県の役割  
都道府県医師会等と連携し、リハビリテーション協議会等の設置や充実により、地域の実情に応じた体系的な支援体制を構築
- ・ 市町村の役割  
郡市区等医師会等と連携し、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制の構築と関係機関の理解を促進

### (3) PDCAサイクルに沿った推進方策

#### 1) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価の在り方

アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせて評価。  
今後は指標を検討し、一般介護予防評価事業の見直し等を行うことが必要。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましい。

- ・ アウトカム指標  
個々の事業や高齢者全体の状況等を判断する指標を設定
- ・ プロセス指標  
実施体制や関係団体の参画などの具体的な取組状況が把握できる指標を設定

#### 2) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための方策

以下の取組をそれぞれ実施。小規模な自治体も多いため、市町村の業務負担軽減等に、十分に配慮。

- ・ 市町村：行政内の医療専門職等が中心となり取組を実施
- ・ 都道府県：地域の実情を踏まえた支援を実施
- ・ 国：データ活用のための環境整備等の支援を実施  
今後通いの場等の取組に関する効果検証等を通じた、エビデンスの構築も必要

# 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和2年度予算（令和元年度予算額）：400億円(200億円)

400億円の内訳  
 ・保険者機能強化推進交付金：200億円  
 ・介護保険保険者努力支援交付金：200億円(社会保障の充実分)

## 趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

## 概要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を交付する。

※介護保険保険者努力支援交付金については、財源を介護予防・健康づくりに有効に活用するための枠組みについて検討中。

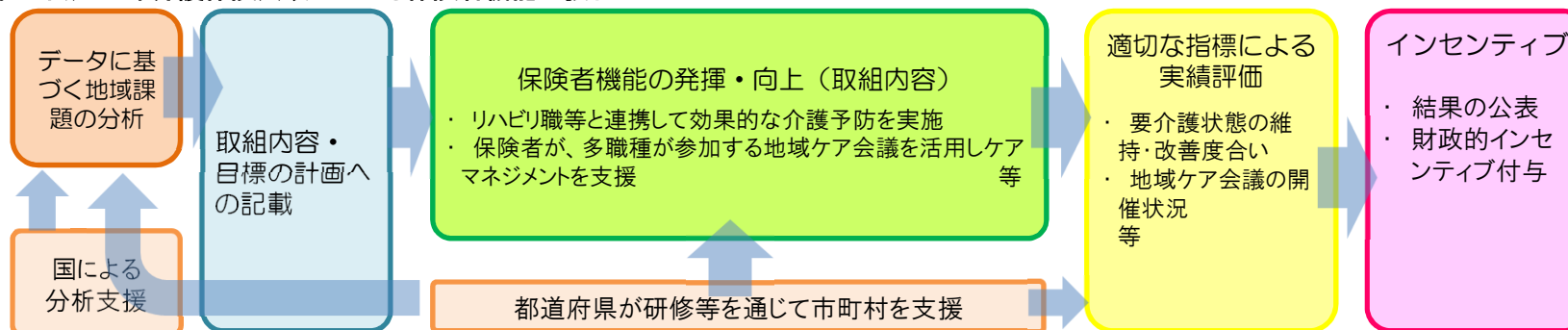
### <市町村分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度  
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象** 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 3 活用方法** 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当。  
なお、交付金は、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

### <都道府県分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度  
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象** 都道府県
- 3 活用方法** 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当。

### <参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



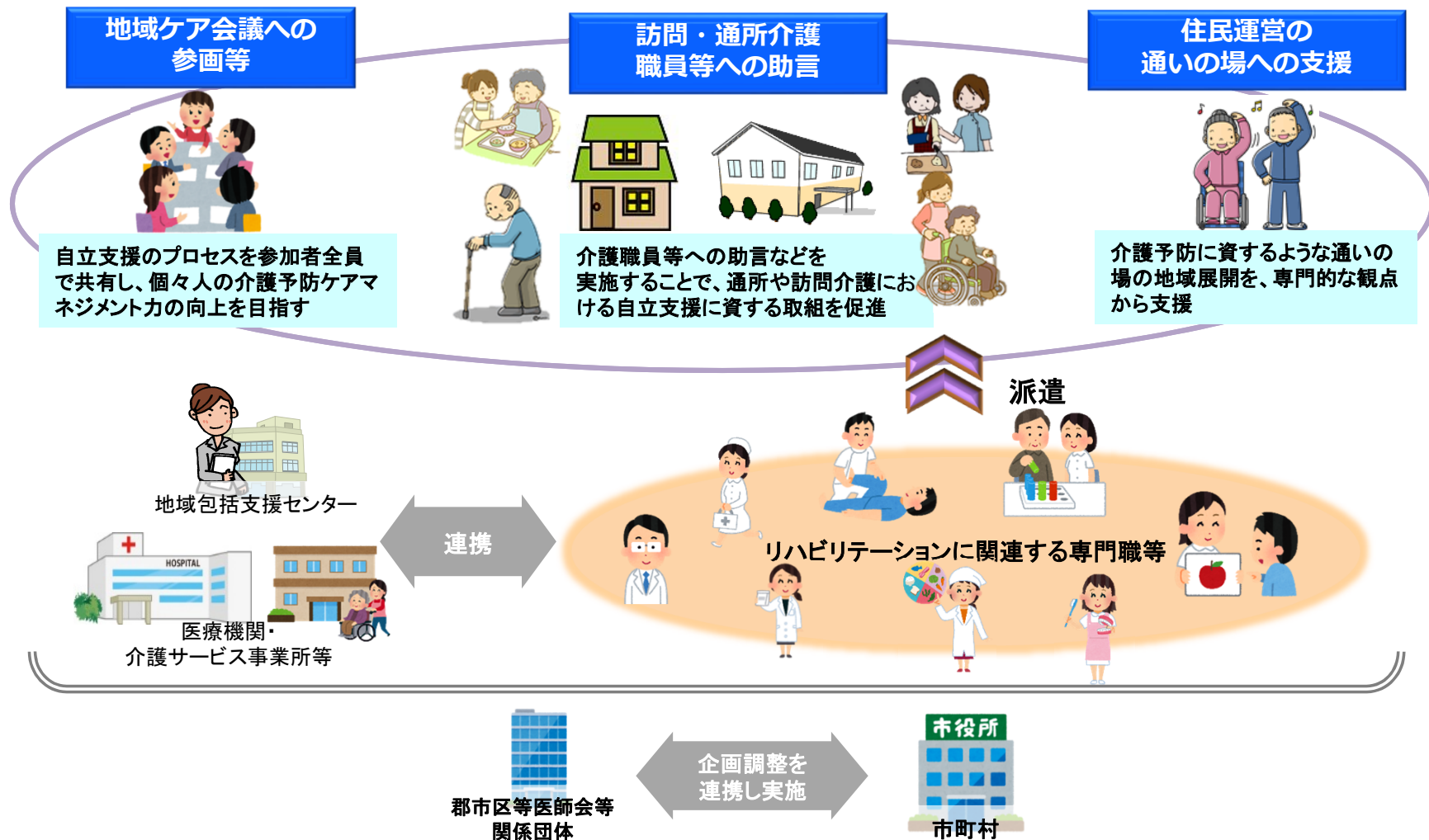


# 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の指標

Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (5)介護予防／日常生活支援	配点
① 関係機関との意見交換や都道府県等による継続的な支援等を踏まえ、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス及びその他の生活支援サービスを推進するための課題を明らかにした上でそれに対応する方針を策定・公表するとともに、実現に向けた具体的な方策を設定・実施しているか。 ア 多様なサービス及びその他の生活支援サービスを推進するための課題を明らかにした上でそれに対応する方針を策定・公表している イ 課題への対応方針の実現に向けた具体策を設定・実施している	ア20点 イ10点
② サービスC(短期集中予防サービス)を実施し、かつ、サービス終了後に通いの場へつなぐ取組を実施しているか。	30点
③ 通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か【通いの場への参加率＝通いの場の参加者実人数／高齢者人口】等	最大60点
④ 通いの場への参加促進のためのアウトリーチを実施しているか。	30点
⑤ 行政内の他部門と連携しているか。 ア 行政内の他部門と連携して介護予防を進める体制を構築している。／イ 他部門が行う通いの場等の取組・参加状況を把握している。	各5点
⑥ 介護予防と保健事業を一体的に実施しているか。 ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している イ 通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入(個別支援)につなげる仕組みを構築している	各10点
⑦ 現役世代の生活習慣病対策と連携した取組を実施しているか。	20点
⑧ 関係団体との連携による専門職の関与の仕組みが構築されているか。 ア 医師会等の関係団体と連携して介護予防を進める体制を構築している／イ 医療機関等が通いの場等への参加を促す仕組みを構築している	ア20点 イ10点
⑨ 医師会等の関係団体との連携により、介護予防の場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設け実行しているか。	20点
⑩ 地域の多様な主体と連携しているか。 ア 地域の多様な主体と連携して介護予防を進める体制を構築している / イ 多様な主体が行う通いの場等の取組・参加状況を把握している	各10点
⑪ 社会福祉法人・医療法人・NPO・民間サービス等と連携した介護予防の取組を実施しているか。 ア 多様な主体の提供する予防プログラムを通いの場等で提供している / イ 参加前後の心身・認知機能等のデータを管理・分析している ウ 参加者の心身改善等の成果に応じて報酬を支払う成果連動型の委託を実施している / エ 参加者の〇%以上が心身・認知機能等を改善している	ア、イ各20点 ウ、エ各10点
⑫ 介護予防におけるデータ活用により、介護予防の取組に係る課題の把握を行っているか。 ア 介護予防のケアプランや要介護認定の調査表等を確認して課題の把握を行っている イ KDB や見える化システム等の利用を含め既存のデータベースやシステムを活用して課題の把握を行っている	ア8点 イ7点
⑬ 経年的な分析を可能となるよう、通いの場の参加者の健康状態等をデータベース化しているか。	20点
⑭ 通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、通いの場の効果分析を実施しているか。	15点
⑮ 自立支援・重度化防止に取り組む介護サービス事業所に対する評価を実施しているか。	20点
⑯ 高齢者の社会参加を促すため個人へのインセンティブを付与しているか。 ア 参加ポイント事業を実施しているか / イ 高齢者のポイント事業参加率が当該地域の高齢者全体の〇割を超えているか ウ ポイント事業参加者の健康状態等のデータベース化を実施しているか / エ ポイント事業参加者の〇%以上が心身・認知機能等を維持改善している	各10点
⑰ 2020年度予算において、介護予防・健康づくり関係の新規事業を導入している。 ア 被保険者一人当たり新規事業費が上位5割以上／イ 新規事業を実施(ア以外)	ア40点 イ20点

# 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



# 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会

## 目的・検討事項

- 「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）において、「リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である」とされた。

これを踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対する、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、介護老人保健施設及び介護医療院におけるリハビリテーションサービスの役割や整備目標等を検討するため、「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催する。

### <主な検討事項>

- (1) 介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションの取組及び目標設定の在り方
- (2) (1) をPDCAサイクルに沿って進めるための指標の在り方
- (3) その他

## 検討スケジュール

令和2年 4月 第1回検討会 開催

令和2年 5月 第2回検討会 開催

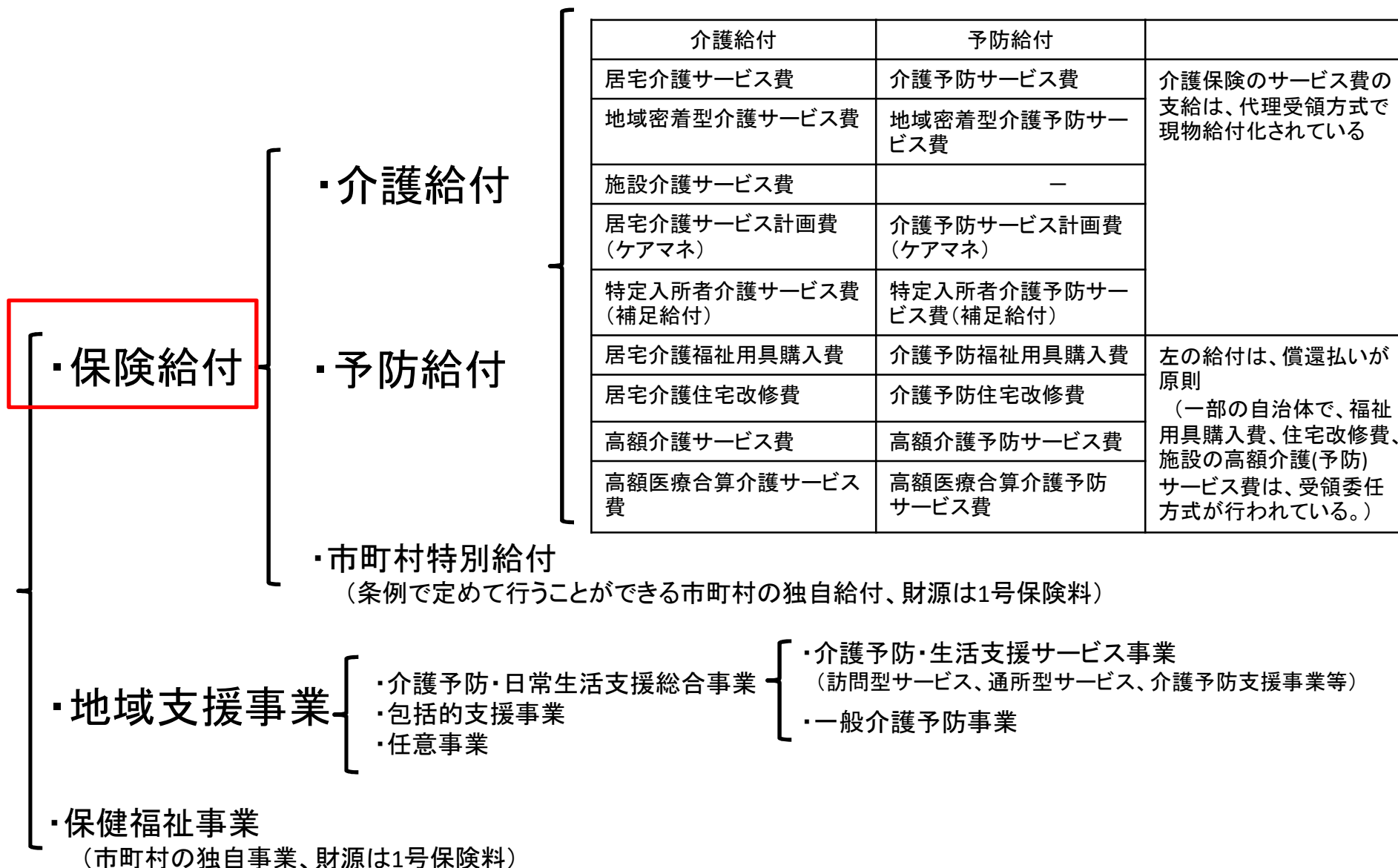
令和2年 6月 とりまとめ

※ 検討状況により変更の可能性がある

構成員（計18名）	
今村 知 明	奈良県立医大公衆衛生学教授
江 澤 和 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
岡 島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
角 野 文 彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
川 越 雅 弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究所兼研究開発センター教授
久 保 俊 一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会 理事長
深 浦 順 一	一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長
近 藤 国 嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
斎 藤 和 也	東伊豆町役場 健康づくり課 参事
斉 藤 正 身	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
○田 中 滋	埼玉県立大学理事長
田 辺 秀 樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会 顧問
中 畑 万里子	福岡県行橋市介護保険課 課長補佐
中 村 春 基	一般社団法人日本作業療法士協会 会長
半 田 一 登	公益社団法人日本理学療法士協会 会長
東 憲 太 郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
宮 田 昌 司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長
山 田 剛	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

○座長

## 介護保険の保険給付等の全体像(保険給付)





# 議論の経緯

- 介護保険サービスにおける質の評価のあり方については、以前から社会保障審議会介護給付費分科会における今後の課題とされており、複数年にわたり調査研究事業等を実施し、検討を重ねているところ。

## 介護給付費分科会での議論の変遷

- **平成18年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）**

サービスの質を確保するためには、利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが最も重要である。（中略）さらに、利用者との意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、利用者の視点に立ったサービスの提供を推進するとともに、不適切な事業者を適切に排除する観点から、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

- **平成21年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）**

介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。

- **平成24年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）**

介護サービスの質を評価するため、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについて「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」において検討が進められたが、要介護度等は様々な要因が複合的に関連した指標であり、その変化には時間がかかるとともに、利用者個人の要因による影響が大きいとの指摘がなされた。しかしながら、介護サービスの質を向上させることは、大変重要な課題であるため、まずは、要介護認定データと介護報酬明細書（レセプト）データを突合せたデータベースの構築を図るなどの手段により、具体的な評価手法の確立を図る。

- **平成27年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）**

介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

- **平成30年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）**

介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブについては、今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないかなどについて検証を進めるほか、2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。

介護人材の確保については、介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。また、AIやICTなど最新技術については、介護人材の確保のみならず、介護サービスの質の向上にも資する可能性があるものであり、これらの技術を用いたサービスの安全性や質の確保の検証を前提に、その効果的な活用について検討を行うべきである。

# 介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組①

## 介護サービスの質の評価の視点

○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。

### ①ストラクチャー（構造）

- サービスを提供するために必要な人員配置等（人の加配等）

### ②プロセス（過程）

- サービスの内容等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施、計画書の作成等）

### ③アウトカム（結果）

- サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

## 介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護保険制度創設時から導入されている。</li> <li>• 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。</li> <li>• <u>事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;サービス共通&gt; 要介護度別の基本報酬</li> <li>• &lt;訪問看護&gt; 特別管理加算</li> <li>• &lt;特養&gt; 看護体制加算 等</li> </ul>
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、<u>アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</u></li> <li>• <u>より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</u></li> <li>• 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。</li> <li>• 介護関連データベースで収集した情報を活用し、介護の取組とアウトカムの関連等について分析を行い、エビデンスの集積を進める必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション&gt; 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価）</li> <li>• &lt;老健&gt; 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価）</li> <li>• &lt;訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション&gt; 社会参加支援加算（リハビリテーションによる社会参加を評価）</li> <li>• &lt;通所介護&gt; ADL維持等加算（ADLの維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価）</li> </ul>

## 介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組②

### アウトカム評価を導入する際の課題

- 介護報酬にアウトカム評価を導入するには、複数の課題が存在する。【参考5・6、平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】
  - ① 介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得ることが困難である。
  - ② 高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となり得ることから、評価時点の設定が困難である。
  - ③ 事業所の努力や責任の及ばない要因の影響(例えば、家族や本人の努力)により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
  - ④ 居宅サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度等の指標が改善したとしても、提供される介護サービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が困難である。

### 質の評価に関するシステムの導入に関するその他の論点

- アウトカム評価を導入する際の課題以外に、質の評価に関するシステムを導入するに当たっては、次の論点について検討する必要がある。【平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】
  - ① 利用者や事業者理解され、受け容れられる評価のあり方
  - ② サービスの質の評価を踏まえた介護報酬の費用負担のあり方
  - ③ PDCAサイクルによる継続的なサービスの質改善のプロセスのあり方
  - ④ 金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策のあり方
  - ⑤ 個別の事業者評価のみならず、地域単位でみた場合のサービスの評価(環境整備、地域力等)のあり方 等

サービスの質の評価を踏まえたこれまでの介護報酬導入の取組と並行して、中長期的な観点から、介護サービスの質の評価のあり方について継続的な検討を進めている。

# 介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組③

## これまでの指摘を踏まえた質の評価に係る視点(例)

### ① 質の定義（介護サービスの目的を踏まえた評価の方向性）

- ・ サービスの法令上の目的  
（例）介護保険制度・各サービスにおいて評価されるべき「質」の位置づけ 等
- ・ 利用者等のニーズや価値判断  
（例）利用者の状態・ニーズ等との関係 等
- ・ 介護保険制度の理念を踏まえた関係者の価値判断  
（例）利用者満足度等の取扱い 等

### ② 評価指標について（介護サービスの目的を踏まえた評価の手法）

- ・ 評価の視点（ストラクチャー、プロセス、アウトカム等）  
（例）それぞれの視点について長所短所 等
- ・ 測定項目（評価指標の構成要素）の客観性（指標の信頼性・妥当性）  
（例）「社会参加の達成」や「利用者の尊厳」の客観的な評価 等
- ・ 測定項目・評価指標の普遍性  
（例）医療・介護における共通した評価、既存の知見(国内外)との比較の観点 等
- ・ 測定のフィージビリティ  
（例）簡単に測定が可能か、専門性を有する者が評価すべきか、測定が現場の負担とならないか 等
- ・ 評価指標の妥当性  
（例）背景となるリスクを調整した評価が可能か 等

### ③ 質の評価の仕組みについて（仕組みが質の向上につながるか）

- ・ 質の向上に効果的か  
（例）質の向上のためのインセンティブとなる仕組みになっているか、PDCAサイクルを回せる仕組みになっているか 等
- ・ クリームスキミングが起らないか  
（例）クリームスキミングを防止する仕組みがあるか 等



## 主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの(概略)①

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
全サービス共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供体制強化加算 (訪問介護、居宅介護支援を除く)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度別の基本報酬</li> </ul>	
訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定事業所加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>緊急時訪問介護加算</li> </ul>	
訪問入浴介護			
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時訪問看護加算</li> <li>看護体制強化加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別管理加算</li> <li>ターミナルケア加算</li> <li>退院時共同指導加算</li> <li>看護・介護職員連携強化加算</li> </ul>	
訪問 リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>リハビリテーションマネジメント加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会参加支援加算</li> </ul>
介護予防訪問 リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>リハビリテーションマネジメント加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所評価加算</li> </ul>
通所介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>中重度者ケア体制加算</li> <li>認知症加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>個別機能訓練加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算</li> <li>栄養スクリーニング加算、栄養改善加算</li> <li>口腔機能向上加算</li> <li>入浴介助加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL等維持加算</li> </ul>
通所 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>中重度者ケア体制加算</li> <li>リハビリテーション提供体制加算</li> <li>理学療法士等体制強化加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算</li> <li>短期集中個別リハビリテーション実施加算</li> <li>生活行為向上リハビリテーション実施加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>栄養スクリーニング加算、栄養改善加算</li> <li>口腔機能向上加算</li> <li>入浴介助加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会参加支援加算</li> </ul>
介護予防通所 リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算</li> <li>生活行為向上リハビリテーション実施加算、運動器機能向上加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算</li> <li>栄養スクリーニング加算、栄養改善加算</li> <li>口腔機能向上加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所評価加算</li> </ul>
特定施設入居者 生活介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間看護体制加算</li> <li>入居継続支援加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>個別機能訓練加算</li> <li>若年性認知症入居者受入加算</li> <li>認知症専門ケア加算</li> <li>栄養スクリーニング加算</li> <li>口腔衛生管理体制加算</li> <li>看取り介護加算</li> <li>医療機関連携加算</li> <li>退院・退所時連携加算</li> <li>障害者等支援加算</li> <li>身体拘束廃止未実施減算</li> </ul>	
居宅介護支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定事業所加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ターミナルケアマネジメント加算</li> <li>入院時情報連携加算</li> <li>退院・退所加算</li> </ul>	

・ ドナベディアン<sup>®</sup>の質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。

## 主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの(概略)②

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時訪問看護加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別管理加算</li> <li>退院時共同指導加算</li> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>ターミナルケア加算</li> <li>総合マネジメント体制強化加算</li> <li>通所サービス利用減算</li> </ul>	
夜間対応型訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間通報対応加算</li> </ul>		
認知症対応型通所介護		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算</li> <li>栄養スクリーニング加算、栄養改善加算</li> <li>口腔機能向上加算</li> <li>入浴介助加算</li> </ul>	
小規模多機能型居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員配置加算</li> <li>訪問体制強化加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合マネジメント体制強化加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算</li> <li>栄養スクリーニング加算</li> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>看取り連携体制加算</li> </ul>	
認知症対応型共同生活介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間支援体制加算</li> <li>医療連携体制加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算</li> <li>看取り介護加算</li> <li>栄養スクリーニング加算</li> <li>身体拘束廃止未実施減算</li> <li>退去時相談援助加算</li> <li>口腔衛生管理体制加算</li> </ul>	
看護小規模多機能型居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時訪問看護加算</li> <li>訪問看護体制減算</li> <li>看護体制強化加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合マネジメント体制強化加算</li> <li>若年性認知症利用者受入加算</li> <li>退院時共同指導加算</li> <li>ターミナルケア加算</li> <li>訪問体制強化加算</li> <li>栄養スクリーニング加算</li> <li>特別管理加算</li> <li>過少サービスに対する減算</li> </ul>	

・ ドナベディアン<sup>®</sup>の質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。

## 主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目と考えられるもの(概略)③

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
介護老人福祉施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護体制加算、夜勤職員配置加算</li> <li>・障害者生活支援体制加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活継続支援加算</li> <li>・生活機能向上連携加算</li> <li>・個別機能訓練加算</li> <li>・若年性認知症入所者受入加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算</li> <li>・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</li> <li>・経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算</li> <li>・看取り介護加算</li> <li>・褥瘡マネジメント加算</li> <li>・排せつ支援加算</li> <li>・身体拘束廃止未実施減算</li> </ul>	
介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤職員配置加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>・認知症短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>・若年性認知症入所者受入加算、認知症ケア加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算</li> <li>・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</li> <li>・経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算</li> <li>・ターミナルケア加算</li> <li>・褥瘡マネジメント加算</li> <li>・排せつ支援加算</li> <li>・身体拘束廃止未実施減算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅復帰</li> <li>・在宅療養支援機能加算</li> </ul>
介護医療院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤職員配置加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年性認知症入所者受入加算、認知症専門ケア加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算</li> <li>・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</li> <li>・経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算</li> <li>・排せつ支援加算</li> <li>・身体拘束廃止未実施減算</li> </ul>	

- ・ ドナベディアン等の質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。
- ・ 特別診療費・特別療養費は除く

# 未来投資会議における議論について

## 科学的介護サービス

### 【経緯】

- ・未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）に、自立支援・重度化防止の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築することが盛り込まれた。
- ・これを踏まえ、2017年10月より、「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を設置し、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し、普及していくために必要な検討を開始。

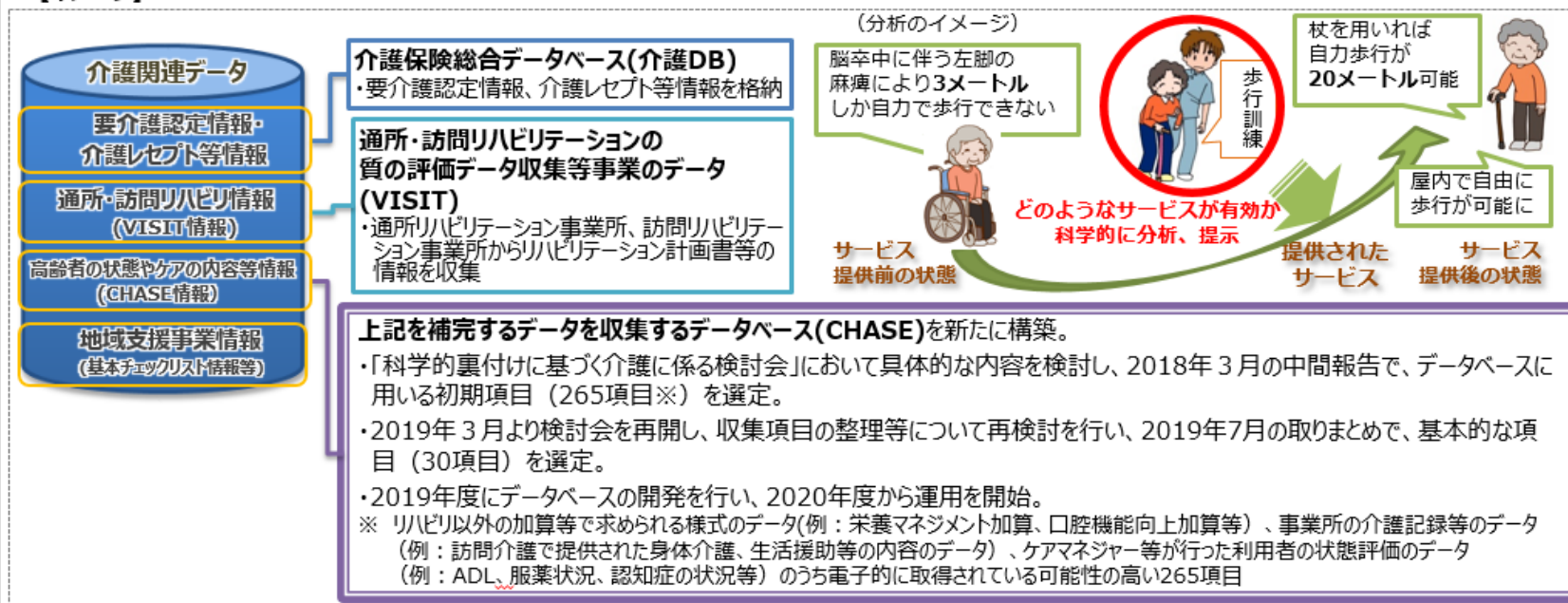
### 【このサービスで目指すこと】

- ・データベースに収集されたデータの分析等を通して得られたエビデンスの蓄積、現場への周知・普及を通して、科学的裏付けに基づく介護の実践を進める。

### 【このサービスで実現できること】

- ・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、分析に必要なデータを新たに収集するデータベースを構築。
- ・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。

### 【イメージ】



# 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※<sup>2</sup>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提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	
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（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。

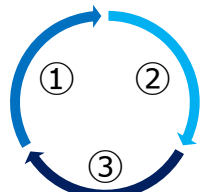


# 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等①

## はじめに

- 介護サービスの需要増大が見込まれ、制度の持続可能性を確保できるよう、介護職員の働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる、新たな「介護」のあり方についての検討が必要である。
- 介護保険制度は、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であるが、介護サービスのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。
- 介護分野でも、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り、分析成果のフィードバックによる介護サービスの質の向上も期待できる。

## 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）について

- 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、以下の取組を実践しつつ、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。
  - ① エビデンスに基づいた介護の実践
  - ② 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析
  - ③ 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進
- 介護分野では、医療における「治療効果」等の関係者間でコンセンサスの得られた評価指標が必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在する。
- 科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。
- 科学的介護の推進にあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。

## 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等②

### CHASEにおける収集項目について

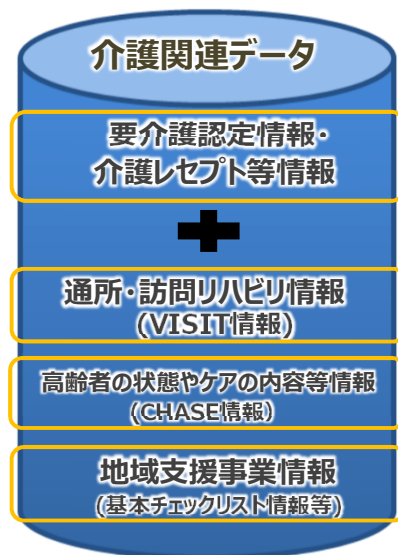
- 収集項目については、以下のような基準に準じて選定。
  - ・信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの
  - ・データの収集に新たな負荷がかからないもの
  - ・国際的に比較が可能なもの
- 事業所等の負担等を考慮し、既に事業所等に集積されている情報等を踏まえて整理を実施。
  - ① 基本的な項目：できるだけ多くの事業所等で入力されるべき項目
  - ② 目的に応じた項目：介護報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目
  - ③ その他の項目：各事業所で任意に入力できるようにするべき項目、フィージビリティを検討した上で収集対象とすべき項目等
- 科学的介護の対象領域は、介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業等の介護保険制度がカバーする全領域であるが、どこまで評価・入力等を求めていくかは、フィージビリティを検証しつつ制度面を含めて検討する必要がある。
- 科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要である。

### 将来的な方向性等について

- 新たに指標の科学的な妥当性が確保されるなど、収集のフィージビリティが検証された項目については、適宜、CHASEの収集項目に追加していくことが必要。
- アウトカムに関する情報等を分析・比較する場合、介入に係るデータの収集も必要であり、国際化も視野に入れICHI 等への対応を考慮し検討を進めていく。
- CHASEにおける収集に実効性を持たせていくためには、今後の介護保険制度改正や介護報酬改定に係る議論等において、CHASEを用いた解析結果等も生かしつつ、関係者の理解を得ながら、収集のための仕組みを検討していく必要がある。
- 介護の場は、高齢者等の生活の場でもあることから、より幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等について、現場へのフィードバックも含めて検討を進めていく。
- 医療分野の個人単位被保険者番号の活用に係る議論やNDBと介護DB、その他の公的DB・人口動態統計（死亡票）など公的統計との今後の連携も見据え、厚生労働省全体で検討を進めていくが必要である。
- 今後、厚生労働省がCHASEを科学的介護に活かす仕組みを着実に整備し、アウトカム評価等による質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスの向上が期待される。



# 介護関連データベースの構成



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

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

## 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

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

## 上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目(30項目)を選定。
- 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。

## 地域支援事業の利用者に関する情報

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

# 介護保険総合データベース(介護DB)の概要

## ①介護DBとは

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

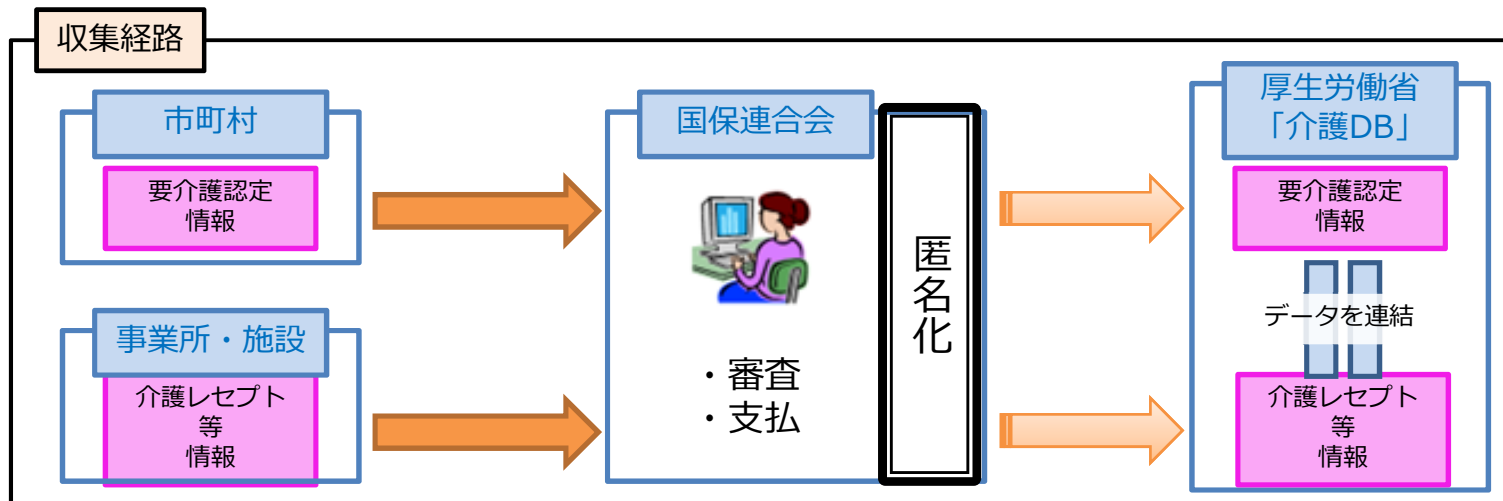
<保有主体> 厚生労働大臣

## 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



# 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

## 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

## 改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】
  - オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止(告知要求制限)する。(公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日)
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】(令和元年10月1日)
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
  - 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)(令和2年10月1日(一部の規定は令和4年4月1日))
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
  - 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。(令和2年4月1日)
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
  - 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。(令和2年4月1日)
  - 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
  - 社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)
  - 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
  - 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。(令和2年10月1日)
- 7. その他**
  - 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

# 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。

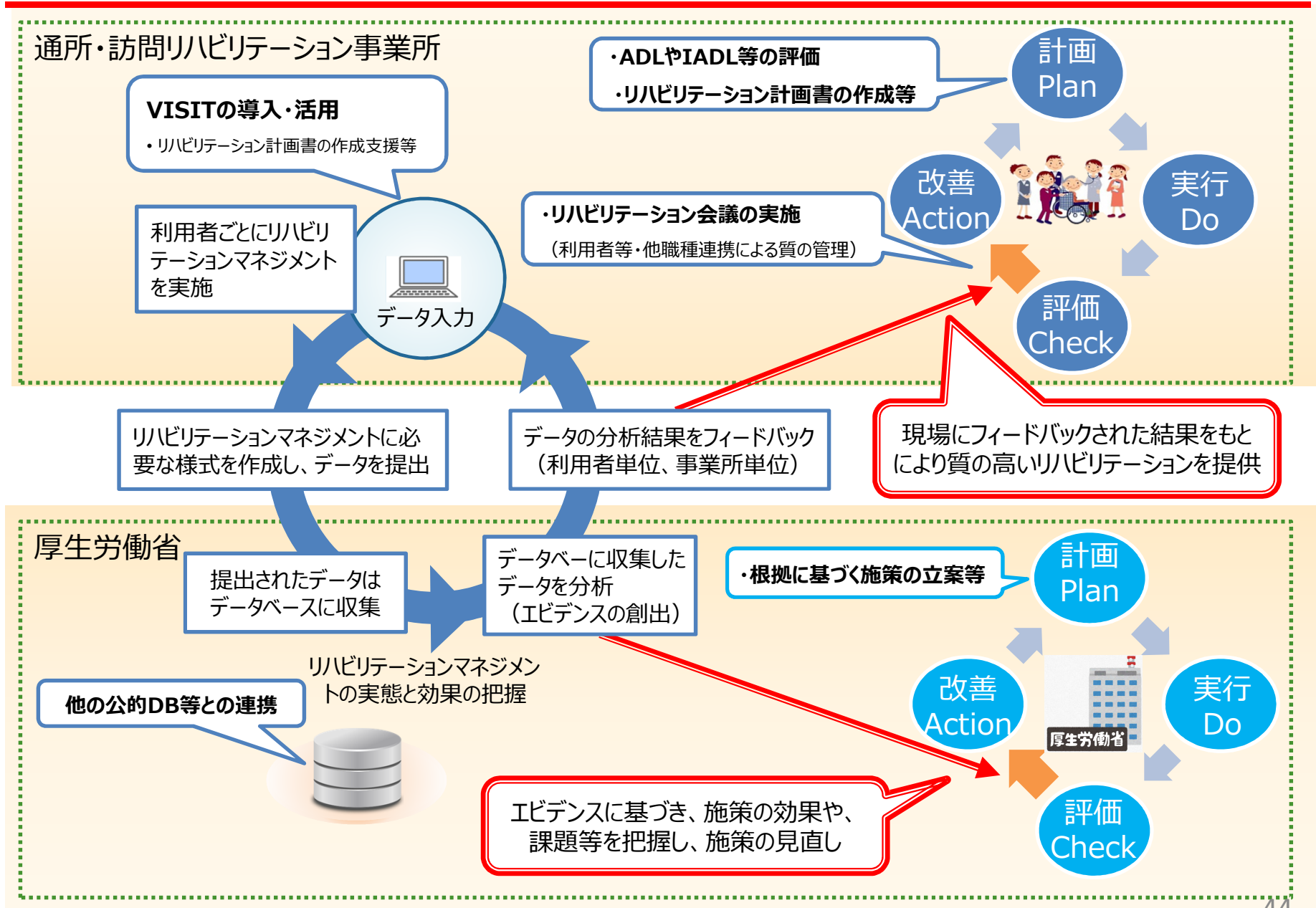
※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。

- ・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を規定を整備。

# VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ





## 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

- 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する予定。

### (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。



# 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律の概要

## 改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））

## 改正の概要

### 1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

### 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

### 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

### 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

### 5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

## 施行期日

令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）

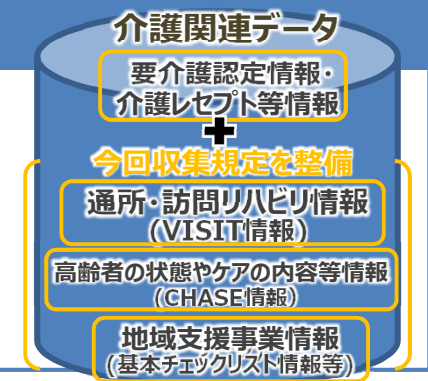
## 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- 地域の医療・介護の状況を正確に把握し、医療・介護分野の調査分析、研究を促進することは、地域に応じた質の高いサービス提供体制の構築に資する。

令和元年5月成立の健康保険法等の一部改正法によって、医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の連結・解析が法定化されており、医療・介護分野データの有益な解析等が期待される。

### 介護分野のデータ活用の環境整備

- 介護分野におけるデータ活用を更に進めるため、現行収集している要介護認定情報・介護レセプト等情報に加え、厚生労働大臣は、通所・訪問リハビリテーションの情報(VISIT情報)や高齢者の状態やケアの内容等に関する情報(CHASE情報)、地域支援事業の利用者に関する情報(基本チェックリスト情報等)の提供を求めると規定する。



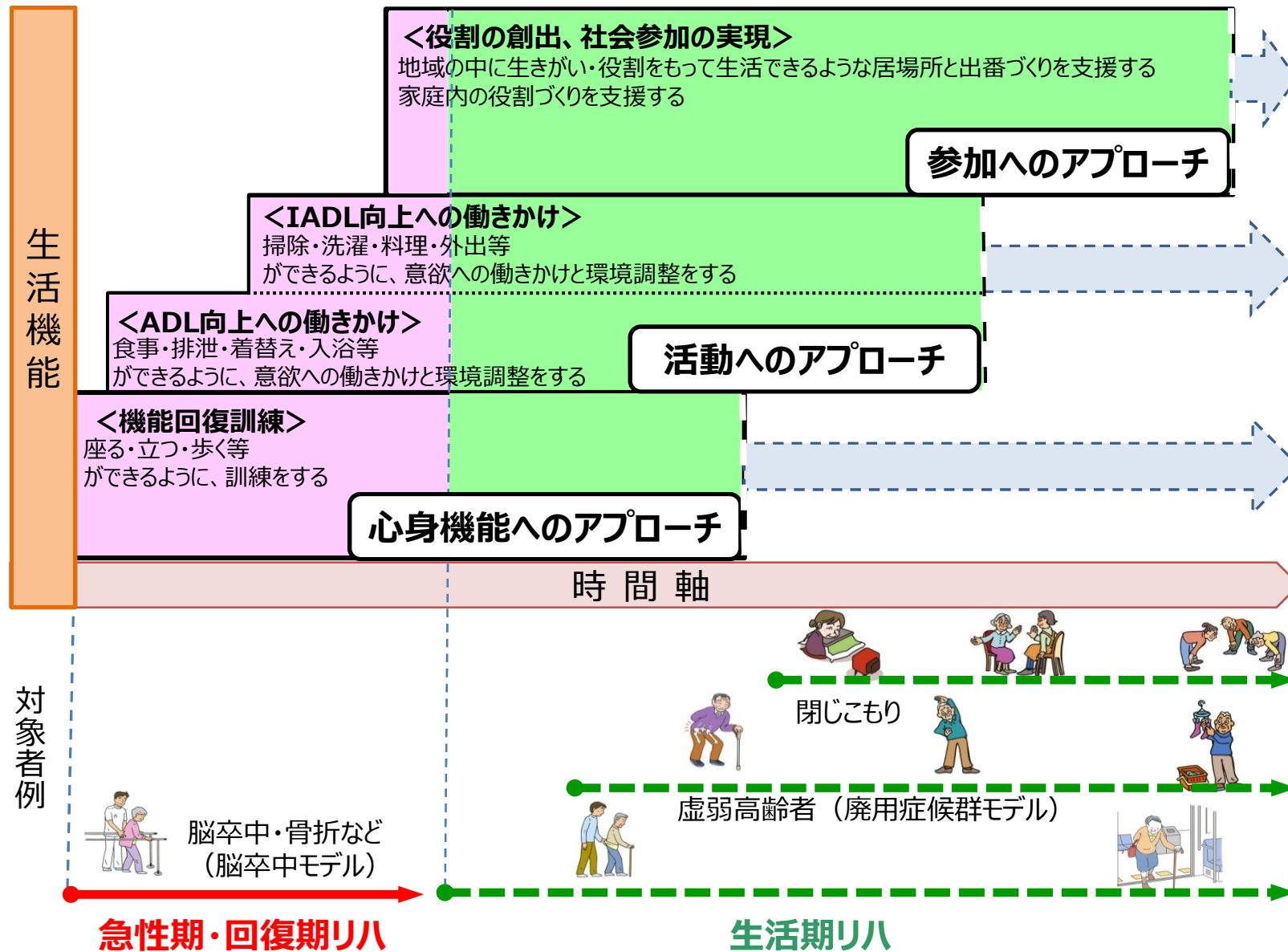
### 医療・介護分野のデータの名寄せ・連結精度の向上等

- 現行のNDB等の医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- 併せて、正確な連結の基盤となるオンライン資格確認を普及させる観点から、社会保険診療報酬支払基金の業務に、当分の間、医療機関等の申込みに応じ、オンライン資格確認に必要な物品(オンライン資格確認システムに対応した顔認証付きカードリーダー)を調達・提供する業務を追加する。

(※)令和3年3月からオンライン資格確認を導入する予定。

(→オンライン資格確認システムについて、令和5年3月末までに概ね全ての医療機関等での導入を目指す。)

# 高齢者リハビリテーションのイメージ



## 通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

	通所リハ	通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院	(-)
医師の配置	専任の常勤医師 1 以上	(-)
リハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び機能訓練指導員の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に一名以上 ※所要時間 1 ～ 2 時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。	機能訓練指導員 1 以上 【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第93条第6項】 機能訓練指導員とは日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師はり師又はきゅう師の資格を有する者（はり師及びきゅう師については、学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。）とする。
基本方針	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第110条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、 <b>理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うこと</b> により、利用者の心身機能の維持回復を図るものでなければならない。	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第92条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、 <b>必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</b>
リハビリテーション計画書／通所介護計画書	通所リハビリテーション計画書 医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成する	通所介護計画 利用者の心身の状況希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載する

# リハビリテーション・機能訓練に関する基準

施設名	リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)		機能訓練 (機能訓練指導員)	
	指定・許可基準上配置	報酬上配置	指定・許可基準上配置	報酬上配置
訪問リハビリテーション	1以上			
通所介護			1名以上 ※4	(個別機能訓練加算) (I): サービス提供時間帯を通じて専従常勤1名以上 (II): 専従1名以上 ※4
通所リハビリテーション	100対1以上	(リハビリテーション提供体制加算) 25又は端数を増す毎に1以上		
短期入所生活介護			1名以上 ※4	(個別機能訓練加算)専従1名以上 ※4 (専従職員配置による加算) 専従常勤1名以上、 100名以上: 専従常勤1名以上かつ常勤換算で 100対1以上
特定施設入居者生活介護			1名以上 ※4	(個別機能訓練加算) 専従常勤1名以上、 100名以上: 専従常勤1名以上かつ常勤換算で 100対1以上
認知症対応型通所介護				(個別機能訓練加算) 1日120分以上、専従1名以上
介護老人福祉施設			1名以上 ※4	(個別機能訓練加算) 専従常勤1名以上、 100名以上: 専従常勤1名以上かつ常勤換算で 100対1以上
介護老人保健施設	常勤換算方法で 100対1以上	基本サービス費の施設基準において、手厚い配置を評価※1		
介護療養型医療施設	適当数	(理学療法・作業療法・言語聴覚療法) 専従1人以上 ※2		
介護医療院	適当数	(理学療法・作業療法・言語聴覚療法) 専従1人以上 ※3		

※1: 常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が5以上である場合は5、5未満であり、かつ、3以上である場合は3、3未満である場合は0となる数。

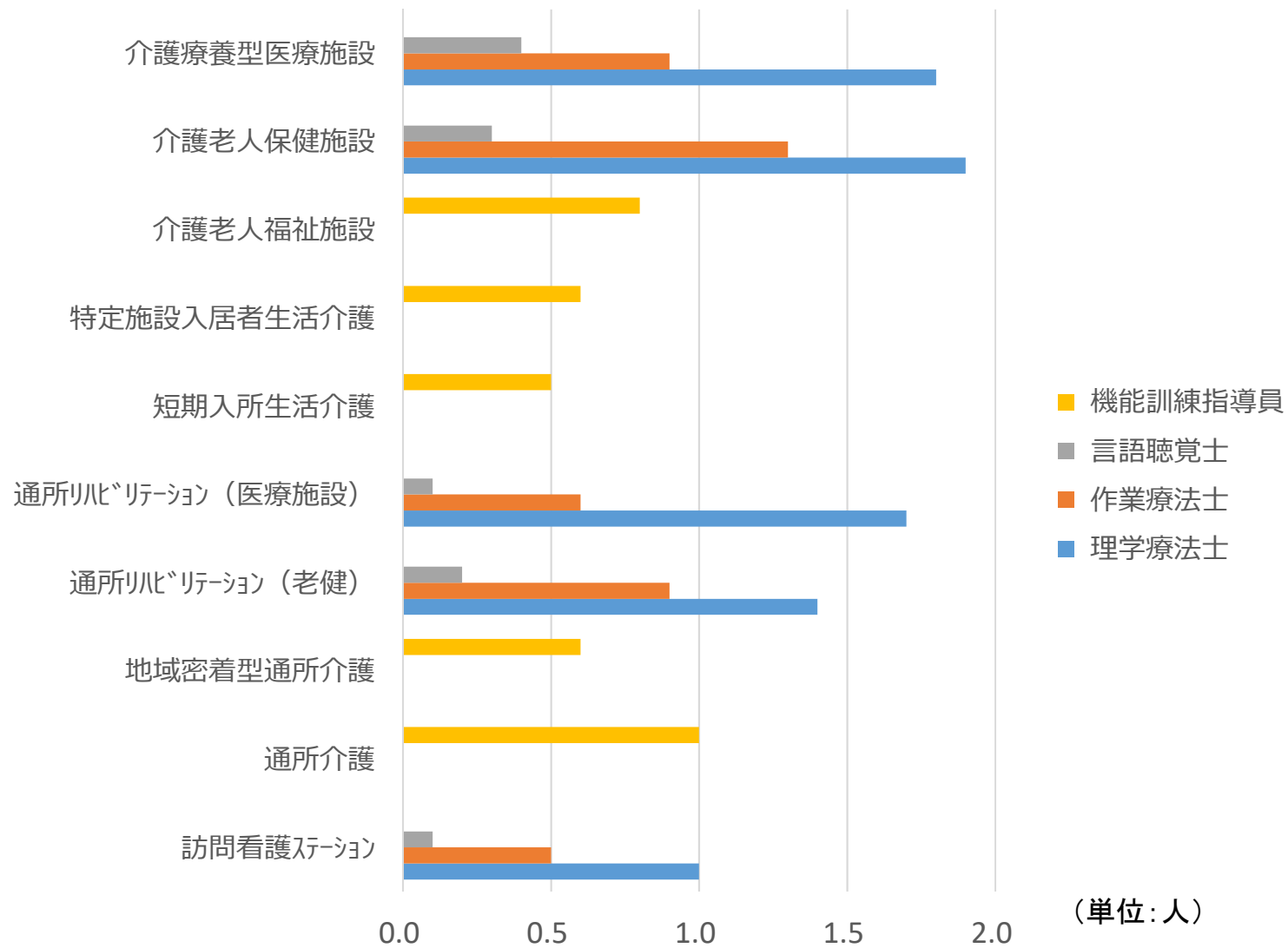
※2: 専従する常勤理学療法士が1人以上勤務。ただし理学療法士については医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。

※3: 専従する理学療法士が1人以上勤務。医療機関併設型介護医療院の理学療法士については、サービスに支障がない場合には理学療法士が常勤換算法で1人以上勤務することで差し支えない。

※4: はり師及びきゅう師については、理学療法等の資格を有する機能訓練指導を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。

# リハビリテーション専門職と機能訓練指導員について

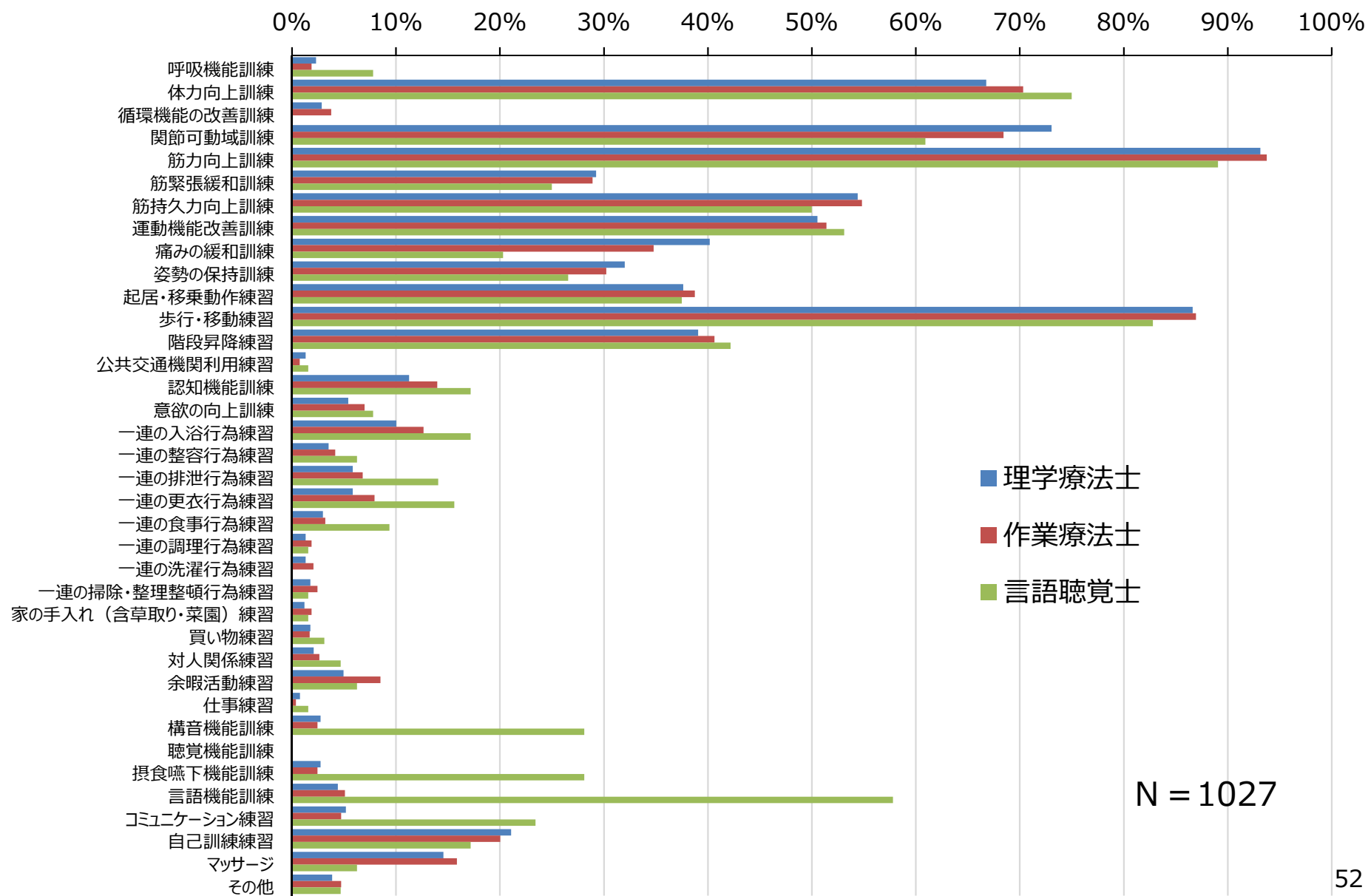
1 施設・事業所当たり常勤換算リハビリ専門職・機能訓練指導員数



出典：平成29年介護サービス施設・事業所調査



# 通所リハビリテーション計画書に位置付けられた各職種の訓練内容



N = 1027

# リハビリテーション計画書・個別機能訓練計画書について

## 【リハビリテーション計画書】

- リハビリテーションマネジメント加算等を算定するに当たり、「別紙様式1」から「別紙様式5」までを参考にしたリハビリテーション計画書を作成し、利用者に対して当該リハビリテーション計画の内容を説明し、署名を記載する必要がある。また様式をVISITに提出し、リハビリテーションマネジメント加算Ⅳを算定可能となる。
- 通所・訪問リハビリテーションの様式例については、平成18年に様式例を提示後、近年の報酬改定の度に修正を実施している。
- 「介護保険制度の見直しに関する意見(令和元年12月27日)」において、VISITのデータ収集にあたっては、事業者等提供側に、質の向上や事業所へのメリット等効果を示し理解を得て普及を図っていくことや、負担軽減を図ることも重要であると意見があったところである。

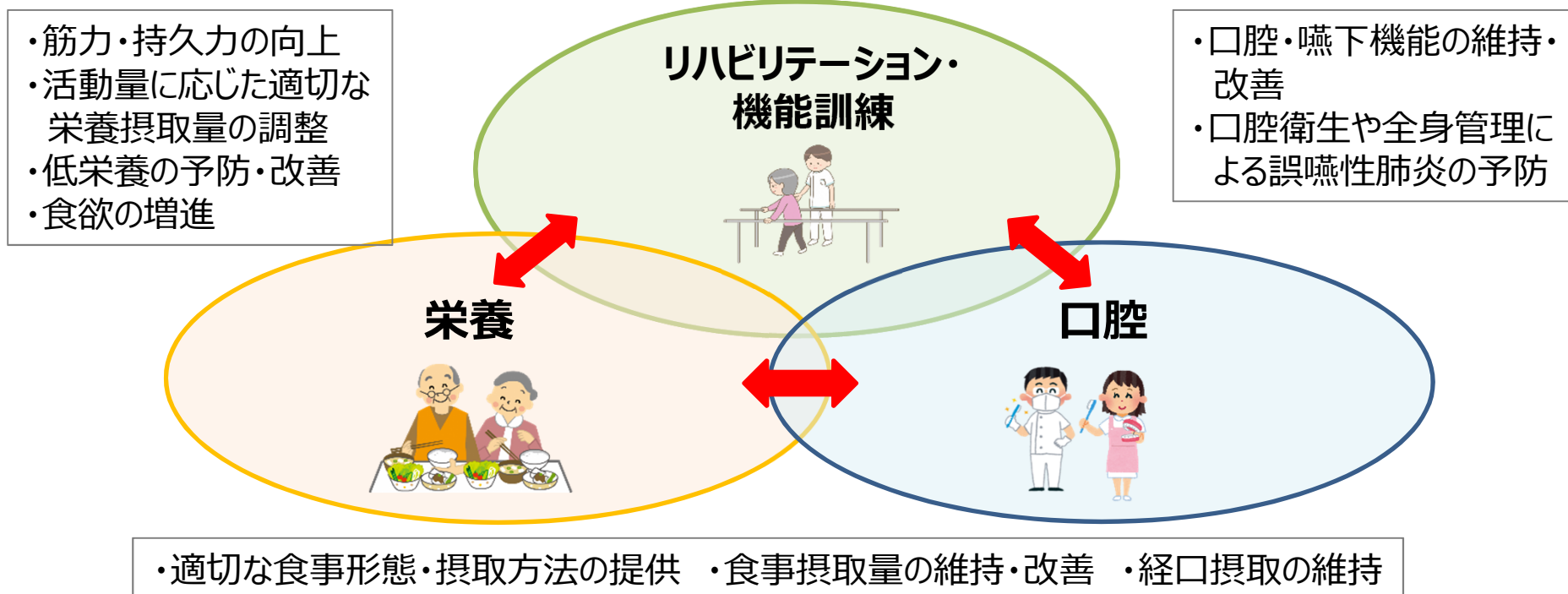
## 【個別機能訓練計画書】

- 個別機能訓練加算等を算定するに当たり、「別紙様式1」から「別紙様式4」までを参考にした個別機能訓練計画書を作成し、利用者に対して当該個別機能訓練計画の内容を説明し、署名を記載する必要がある。

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、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が期待される。

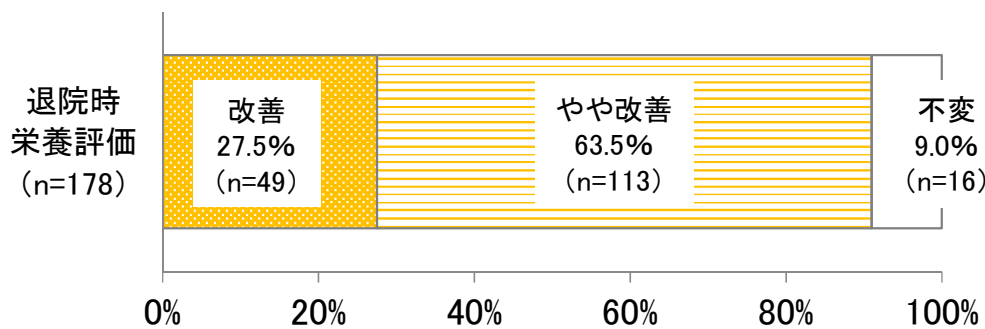
医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- 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

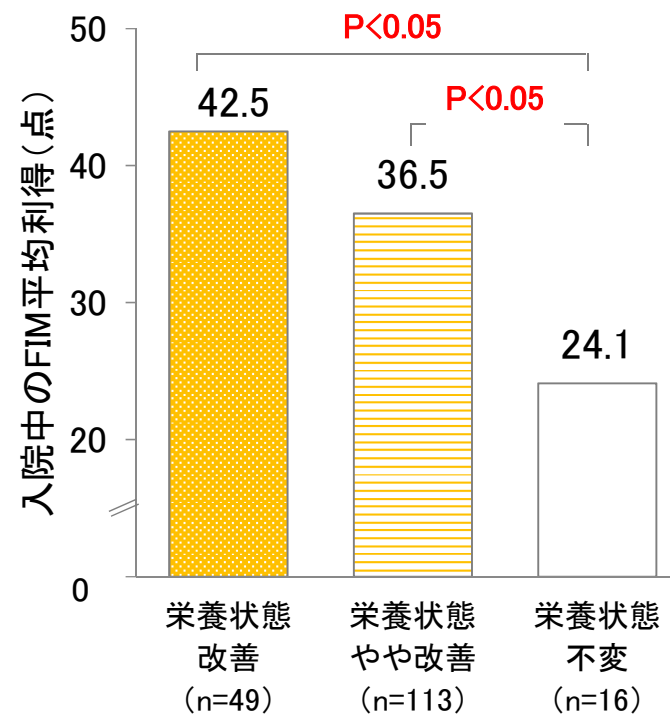
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：栄養状態は管理栄養士がMNA<sup>®</sup>-SF<sup>※</sup>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<sup>®</sup>-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

# 認知症施策推進大綱(抜粋)

## (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

### 第2. 具体的な施策

#### 3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

##### (4) 医療・介護の手法の普及・開発

- BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められている。

引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってもそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討する。

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようにすることが重要である。

このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

##### (5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

- 介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの活用を引き続き進めるとともに、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し地域の実情に応じた方法により普及する。

- 認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人のBPSDの発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能である。このため、心理的負担の軽減につながる効果も含め、認知症疾患医療センター、認知症初期収集中支援チーム、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動について、好事例を収集する等の取組を促進する。

#### 4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

##### (1) 「認知症バリアフリー」の推進

##### ⑤地域支援体制の強化

- 地域共生社会の実現に向けて、地域共生に資する多様な地域活動の普及・促進を図るとともに、断らない相談支援、伴走型支援を行う包括的な支援体制等について検討する。

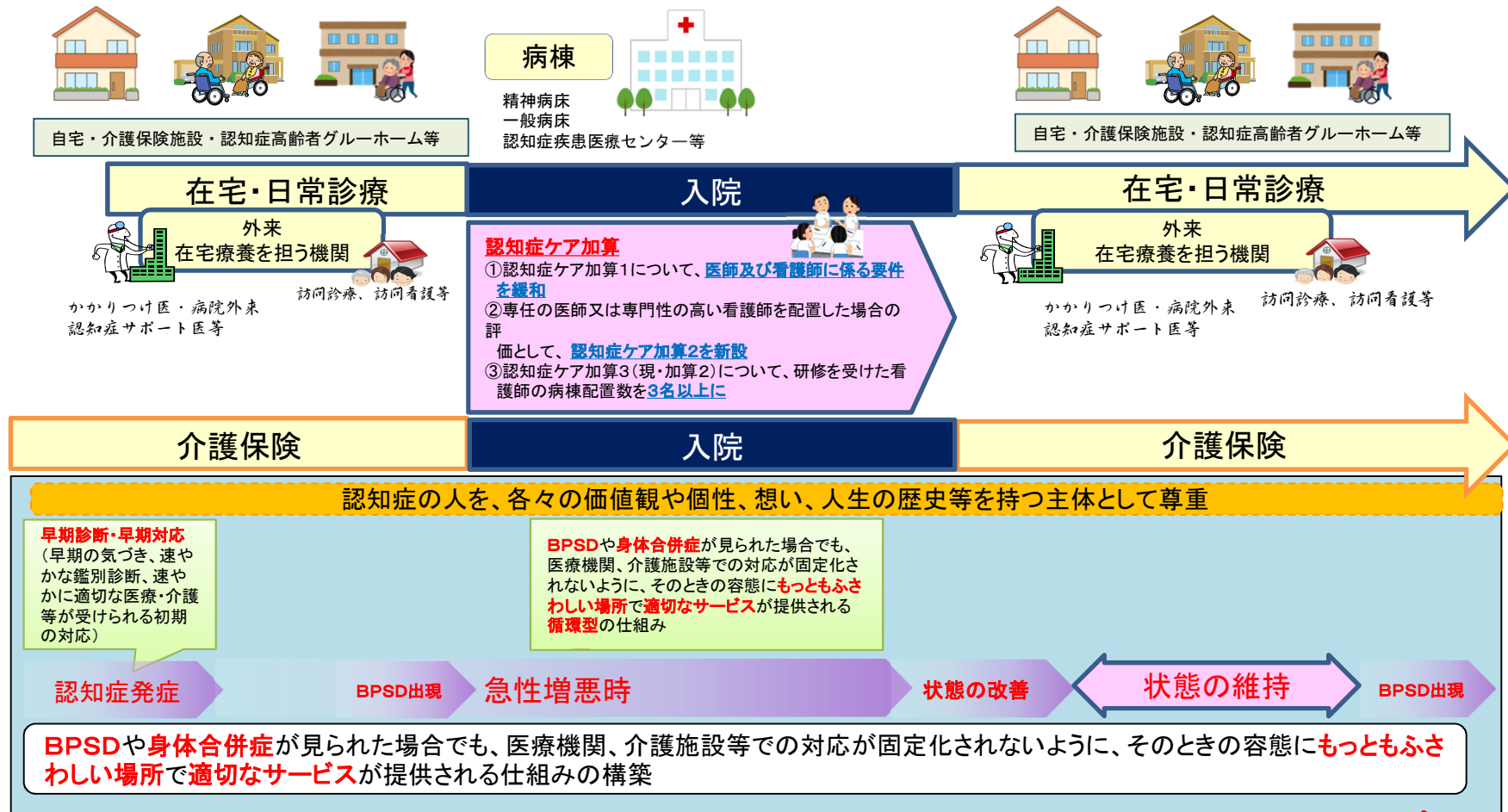
##### (3) 社会参加支援

- 認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくりとして、介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等に参画する取組を推進する。

- 通所介護（デイサービス）などの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討する。

# 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【医療】質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しが行われた。  
 【介護】在宅中重度者を含め、認知症への対応力を向上するための取組について、新たに検討。



医療・介護等の有機的な連携(認知症ケアパス、情報連携シート、地域ケア会議、認知症地域支援推進員)



# 平成30年度介護報酬改定の概要

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

## I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

### 【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## II 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

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

### 【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

## III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

### 【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

## IV 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

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

### 【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

## 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進① (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	現行	見直しの方向(注1、注2)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共有が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共有が認められる。

注1 最終的な見直し内容は、今後、解釈通知で規定する予定

注2 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションに限る。

## 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進② (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

#### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

#### 介護保険 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  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

## リハビリテーションに関する医師の関与の強化 (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- 要支援者のリハビリテーションについて、要介護者のリハビリテーションに設けられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。

### 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価する。

#### 訪問リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 150単位/月

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 230単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 280単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) 320単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) 420単位/月

#### 通所リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 230単位/月

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

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 330単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 6月以内 850単位/月  
6月以降 530単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) 6月以内 1120単位/月  
6月以降 800単位/月

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  
6月以降 900単位/月

- 要支援者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実現するためのリハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、多職種連携の取組の評価を創設する。

#### 介護予防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：230単位/月（新設）

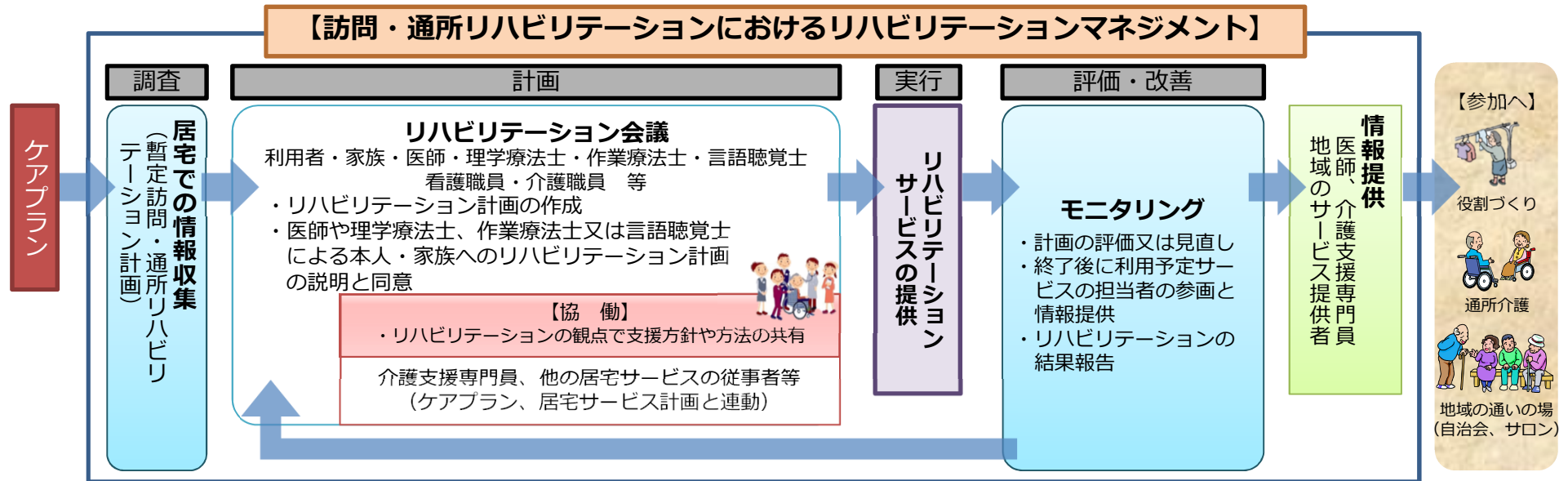
#### 介護予防通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：330単位/月（新設）

# 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)

## 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的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

# リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充①

## (平成30年度介護報酬改定)

- 現在、介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハビリテーションにも設ける。

### 訪問リハビリテーション

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価(要支援状態の維持・改善率を評価)を設け、評価対象期間(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。
- 評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること
  - ① 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
  - ② 利用実人員数が10名以上であること。
  - ③ 利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
  - ④  $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)}) \geq 0.7$  を満たすこと(リハビリテーションマネジメント加算を3か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数)

事業所評価加算 120単位/月 (新設)



## リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充② (平成30年度介護報酬改定)

○ 現在、通所リハビリテーションに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

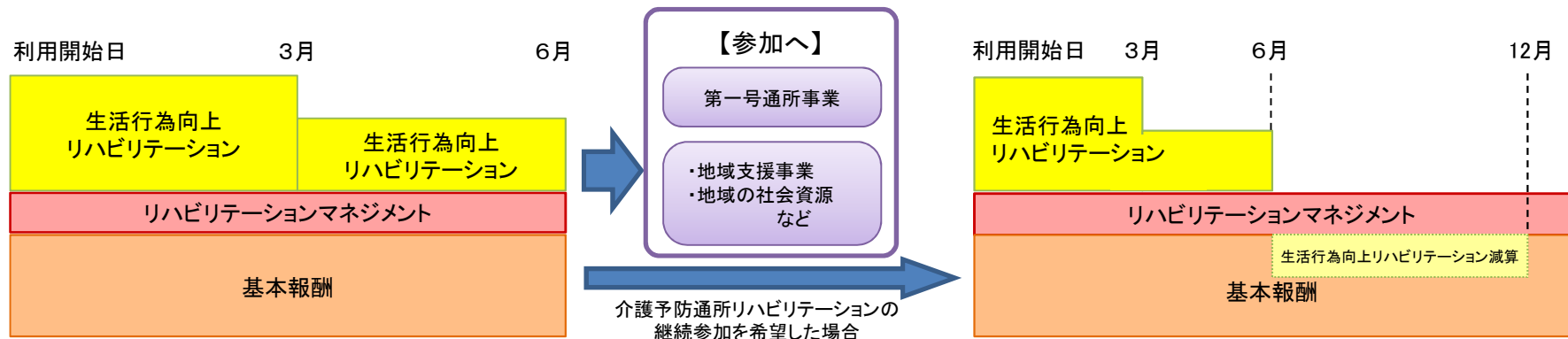
### 通所リハビリテーション

- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。
- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は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若しくは言語聴覚士が配置されていること
  - ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
  - ③ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
  - ④ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算	3月以内	900単位/月 <b>(新設)</b>
	3月超、6月以内	450単位/月 <b>(新設)</b>

※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

### 【介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



# リハビリテーションにおけるアウトカム評価の明確化 (平成30年度介護報酬改定)

## ○ 社会参加支援加算の要件の明確化等【訪問リハ・通所リハ】

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

### 【社会参加支援加算の概要】

リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。

※ 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。

#### ○ 単位数

訪問リハビリテーション： 17単位/日

通所リハビリテーション： 12単位/日

#### ○ 算定要件

・ 次に掲げる基準のいずれにも適合。

#### ① 社会参加への移行状況

社会参加に資する取組等を実施した実人数

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

#### ② リハビリテーションの利用の回転率

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

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

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

## 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進① (平成30年度介護報酬改定)

- 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

### 訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

- 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・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に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（生活機能向上連携加算(Ⅱ)）。
- 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
- ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（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、訪問介護計画を作成すること
  - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（生活機能向上連携加算(Ⅰ)）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位/月



<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 **(新設)**  
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 **(新設)**  
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月 **(新設)**

### 通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

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

## 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進② (平成30年度介護報酬改定)

- 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。



### 訪問介護

#### 【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

- 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。

#### 【身体介護と生活援助の報酬】

- 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位

# 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 (平成30年度介護報酬改定)

- 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。)

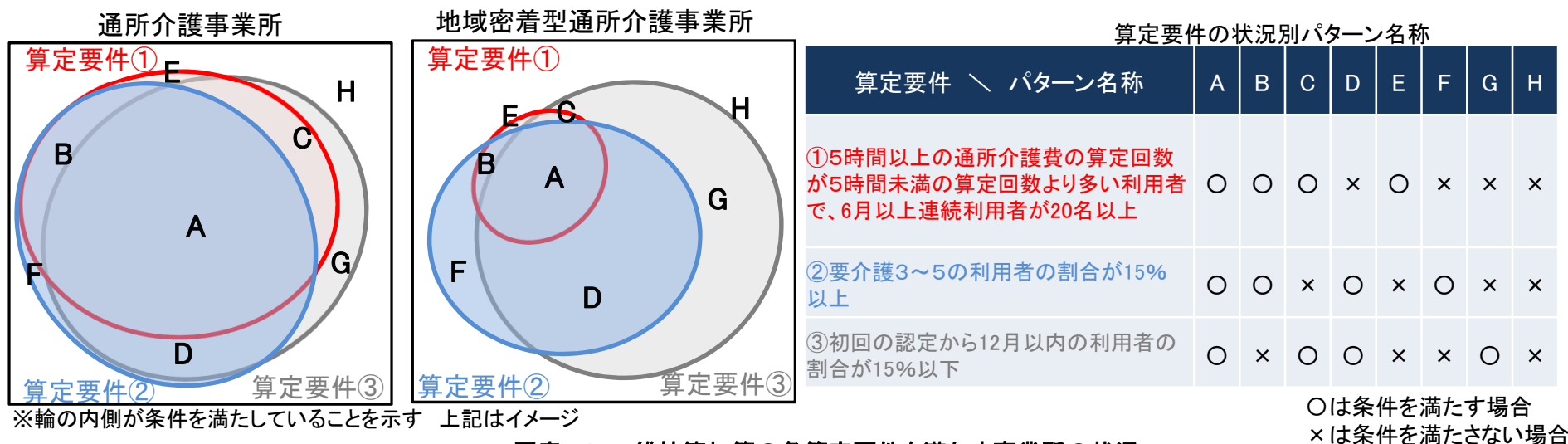
ADL維持等加算(II) **6単位/月(新設)**



# 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①

## ①ADL維持等加算の要件について：算定要件を満たす事業所の割合（A. 介護保険総合データベースを用いた分析）

- ADL維持等加算の算定要件として、利用者割合等の各算定要件を満たす事業所がどの程度存在するのか（どの算定要件が事業所において課題となっているのか）を、介護保険総合データベースを用いて分析した。
- ①～③の全ての要件を満たす事業所は、通所介護事業所は63.9%、地域密着型通所介護では12.4%であった。
- 地域密着型通所介護では、算定要件①を満たす事業所が16.8%であり、最も算定の制約になる要件であった。



図表5 ADL維持等加算の各算定要件を満たす事業所の状況

集計項目	サービス	要件①	要件②	要件③	A	B	C	D	E	F	G	H	総数
要件を満たす事業所数	通所介護	18,763	19,766	20,288	14,921	2,065	1,519	2,180	258	600	1,668	136	23,347
	地域密着型通所介護	3,126	11,804	16,015	2,312	392	344	7,410	78	1,690	5,949	477	18,652
要件を満たす事業所の割合	通所介護	80.4%	84.7%	86.9%	63.9%	8.8%	6.5%	9.3%	1.1%	2.6%	7.1%	0.6%	100%
	地域密着型通所介護	16.8%	63.3%	85.9%	12.4%	2.1%	1.8%	39.7%	0.4%	9.1%	31.9%	2.6%	100%

### 【分析方法】

- ・平成31年1月～令和元年6月サービス提供分を対象として分析した。分析対象事業所数は表内に記載の通り。（以下の要件を判別できない事業所は分析対象から除外）
  - ・各通所介護事業所において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より多い利用者で、6か月間連続利用者（分析対象利用者）を抽出
  - ・①の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者が20名以上の場合
  - ・②の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者数に占める、要介護3～5の分析対象利用者の割合が15%以上の場合
  - ・③の算定要件を満たす場合：各通所介護事業所において、分析対象利用者数に占める、初回の認定から12月以内の利用者の割合が15%以上の場合
- ※ADL維持等加算の算定要件上では、利用者毎に評価対象利用期間を設定するが、本分析においては、平成31年1月～令和元年6月を全利用者の評価対象利用期間と仮定した分析としている。



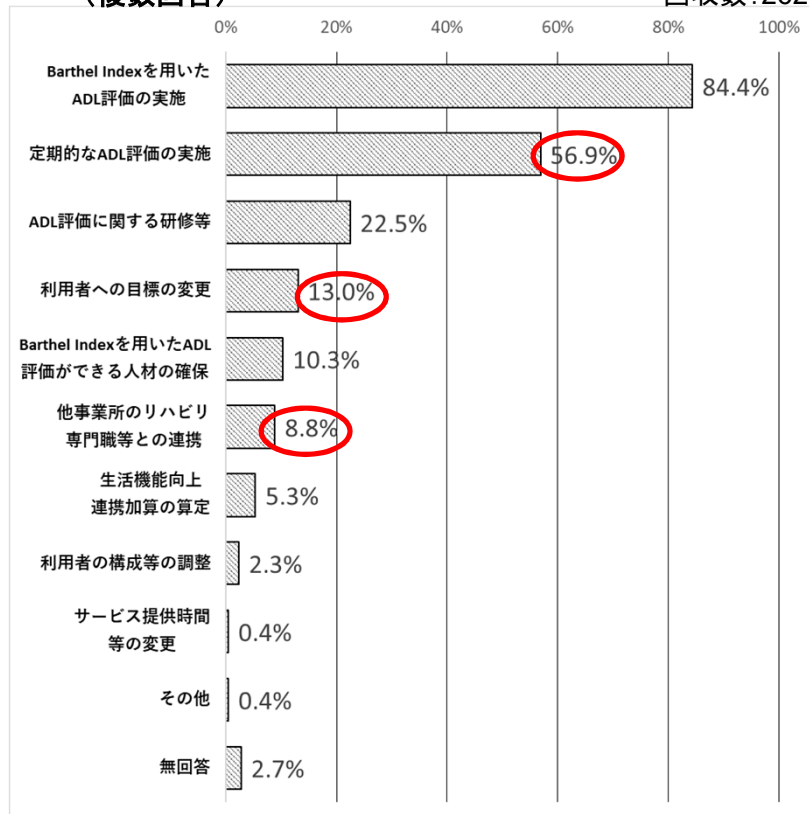
## 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業②

### ④ADL維持等加算と介護の質：ADL維持等加算がサービスへ与えた影響（B. 事業所調査：事業所票）

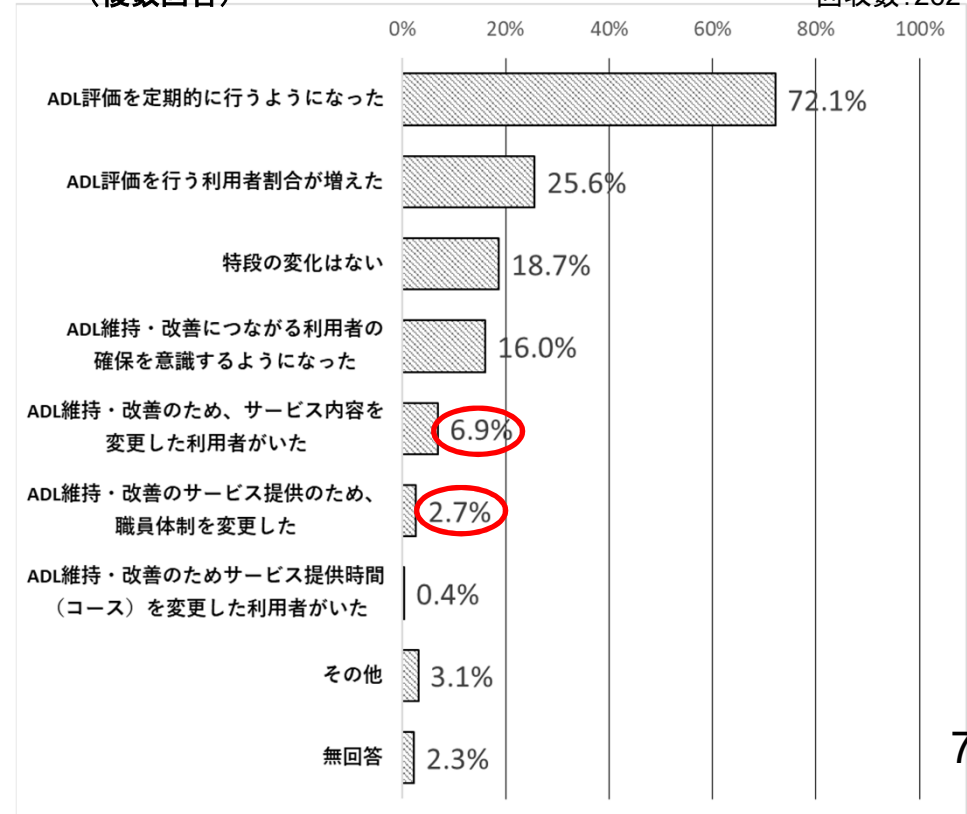
- ADL維持等加算の届出及び請求を行っている事業所が、届出にむけて新たに実施した取組み等としては、「定期的なADL評価の実施(56.9%)」の他、「利用者への目標の変更(13.0%)」、「他事業所のリハビリ専門職等との連携(8.8%)」などがあげられた。
- ADL維持等加算の届出及び請求を行っている事業所が、届出にむけて変化した取組み内容や利用者の行動として、「ADL維持・改善のため、サービス内容を変更した利用者がいた(6.9%)」、「ADL維持・改善のサービス提供のため、職員体制を変更した(2.7%)」と回答した事業所が見られた。
- 以上から、ADL維持等加算の届出に向けて、介護サービスの質の向上につながる取組を把握することができた。

※事業所票 問12(2)(3)届出にむけて新たに実施した、または変化した取組内容や利用者の行動(届出有・請求有)

図表 20【届出有・請求有】届出にむけて新たに実施した取組み等  
(複数回答) 回収数:262



図表 21【届出有・請求有】届出にむけて変化した取組内容や利用者の行動  
(複数回答) 回収数:262



## 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③

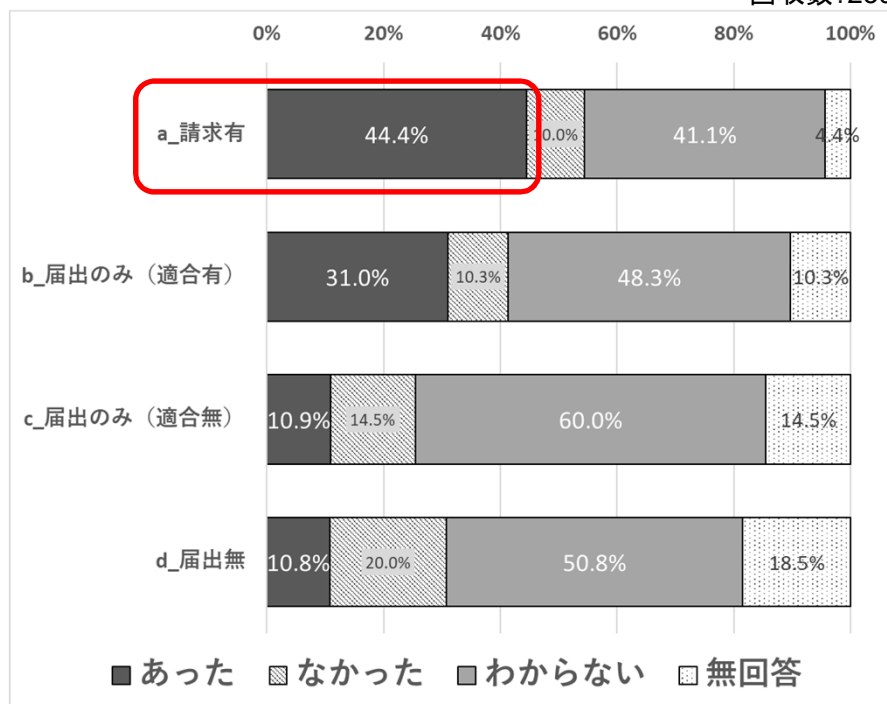
### ④ADL維持等加算と介護の質:ADL維持等加算が事業所に与えた影響(B. 事業所調査:介護支援専門員票)

- ADL維持等加算を算定している通所介護事業所を担当している介護支援専門員では、ADL維持等加算の届出に向けた事業所の変化が「あった」の回答が最も多く44.4%であった。
- 変化が「あった」と回答した介護支援専門員について、その具体的な内容を確認したところ、「ADL維持・向上のためのプログラムが増えた(45.2%)」、「利用者のアウトカム(ADL)が意識されるようになった(30.6%)」などの回答がみられた。

※介護支援専門員票 問6(2)(3) ADL維持等加算に向けた通所介護事業所の変化及び具体的な内容

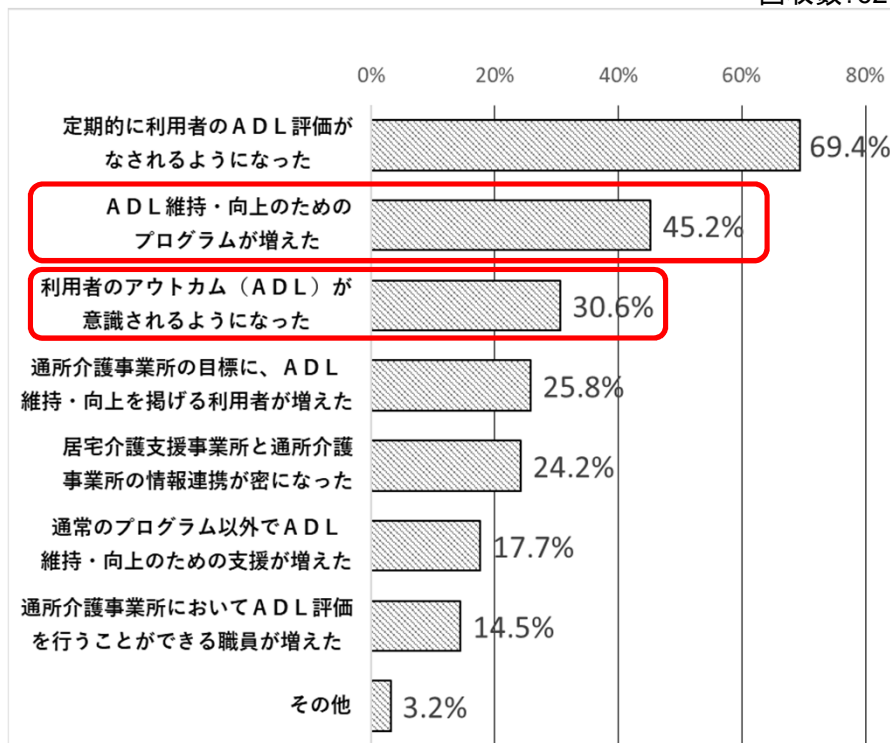
図表 20 ADL維持等加算届出に向けた通所介護事業所の変化の有無

回収数:239



図表 21 変化の具体的な内容(※ADL維持等加算届出に向けた通所介護事業所の変化があった事業所のみ、複数回答)

回収数:62



# 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 (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。
- 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。

## 介護老人福祉施設、介護老人保健施設

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、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
    - ・ 関連職種の者が共同して、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

## 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)**

# 通所リハビリテーションにおける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 (平成30年度介護報酬改定)

## 概要

- 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>		<改定後>
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(Ⅳ)
6月以内 1020単位/月		6月以内 1220単位/月 (新設)
6月以降 700単位/月		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、フィードバックを受けること。

※介護予防訪問リハビリテーションや、(介護予防)通所リハビリテーションにも同趣旨の加算あり

# リハビリテーション・機能訓練に関連する主な加算の設定状況

	リハビリテーション									機能訓練			
	加算						特定(特別)診療費			加算			
	短期集中 リハビリテー ション実施加 算	短期集中 個別リハビリ テーション実 施加算	個別リハビリ テーション実 施加算	認知症短期集 中リハビリ テーション実 施加算	生活行為向上 リハビリテー ション実施加 算	リハビリマネ ジメント加算	リハビリテー ション提供体 制加算	理学療法 作業療法 言語聴覚療法	短期集中 リハビリテー ション	認知症 短期集中 リハビリテー ション	個別機能訓練 加算	機能訓練体制 加算	生活機能向上 連携加算
訪問介護													○
訪問リハビリテーション	○						○						
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			○										
特定施設入居者生活介護											○		○
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護													○
認知症対応型通所介護											○		○
小規模多機能型居宅介護													○
認知症対応型共同生活介護													○
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	○			○		(基本報酬)							
介護療養型医療施設								○	○	○			
介護医療院								○	○	○			

## 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 事業所評価加算		—	87.00% 9.83%	
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%
			生活行為向上リハビリテーション実施加算	1
	2	0.54%		
	介護予防通所リハビリテーション	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%	
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1	0.67%	
2		0.40%		
事業所評価加算	—	10.12%		
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	生活機能向上連携加算	1	1.26%
			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



# 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 (平成30年度介護報酬改定)

○ 各介護サービスにおける口腔衛生管理の充実や栄養改善の取組の推進を図る。

## 各種の居住系サービス

○ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による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評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象とする。

口腔衛生管理体制加算 30単位/月 (新設)


## 各種の施設系サービス

○ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、以下の見直しを行う。

① 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

口腔衛生管理加算

<現行>	>	<改定後>
110単位/月		90単位/月

## 各種の通所系サービス、居住系サービス、多機能型サービス

○ 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

栄養スクリーニング加算 5単位/回 (新設)

※6月に1回を限度とする

## 各種の施設系サービス

○ 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

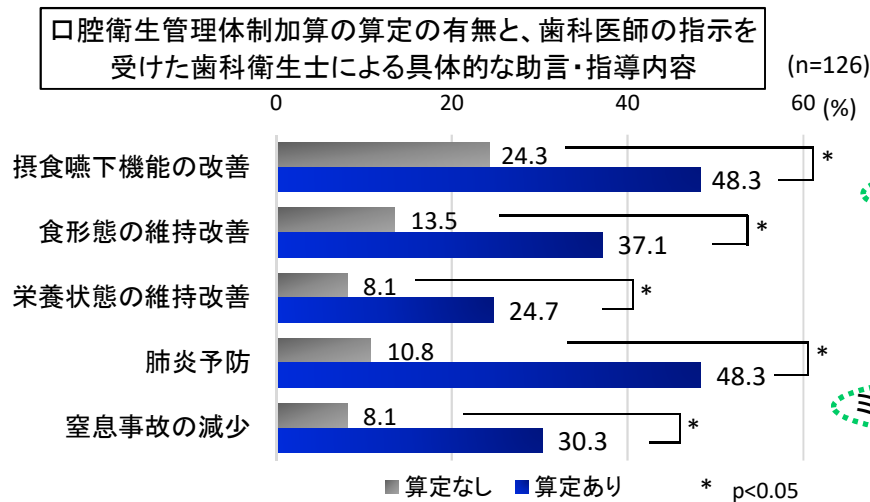
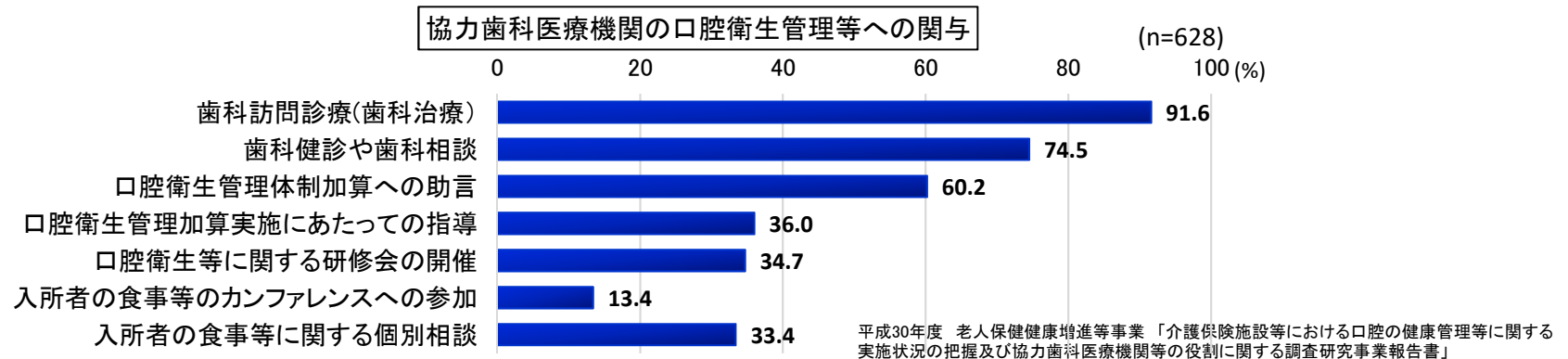
低栄養リスク改善加算 300単位/月 (新設)

# 介護保険における口腔衛生関連サービス

施設サービス	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設	<p style="text-align: center;"><u>&lt;口腔衛生管理体制加算&gt;</u></p> <p>内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導                  （個々の入所者の口腔ケアを言うものではない）                  サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士                  報酬単位数：30単位／月</p>	<p>□ 歯科医療機関が算定                  □ 介護施設・事業所が算定                  ■ H30改定で新設又は大きな改正があったもの</p>
		<p style="text-align: center;"><u>&lt;口腔衛生管理加算&gt;</u></p> <p>サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上（H30：回数緩和：月4回以上⇒月2回以上）                  入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応（H30：要件追加）                  サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士                  報酬単位数：90単位／月</p>	
		<p style="text-align: center;"><u>&lt;居宅療養管理指導費&gt;</u></p> <p>サービス内容：                  （歯科医師）介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等                  （歯科衛生士）口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下訓練に関する実地指導等</p> <p>サービス担当者：歯科医師、                  歯科医師の指示を受けた歯科衛生士</p> <p>報酬単位数：                  （歯科医師）：月2回限度                  単一建物居住者1人に対して行う場合：507単位／回                  単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：483単位／回                  上記以外の場合：442単位／回</p> <p>（歯科衛生士）：月4回限度                  単一建物居住者1人に対して行う場合：355単位／回                  単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合：323単位／回                  上記以外の場合：295単位／回</p>	
居宅・介護予防サービス	訪問サービス （介護予防含む）		
	特定施設入居者生活介護（介護予防含む） 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む） 地域密着型特定施設入居者生活介護	<p style="text-align: center;"><u>&lt;口腔衛生管理体制加算&gt;</u></p> <p><b>（H30新設）</b>                  内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導                  （個々の入所者の口腔ケアを言うものではない）                  サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士                  報酬単位数：30単位／月</p>	
	通所サービス （介護予防含む）	<p style="text-align: center;"><u>&lt;口腔機能向上加算&gt;</u></p> <p>サービス内容：口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施                  サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士                  報酬単位数：（予防給付）150単位／月                  （介護給付）150単位／回（月2回を限度）</p>	

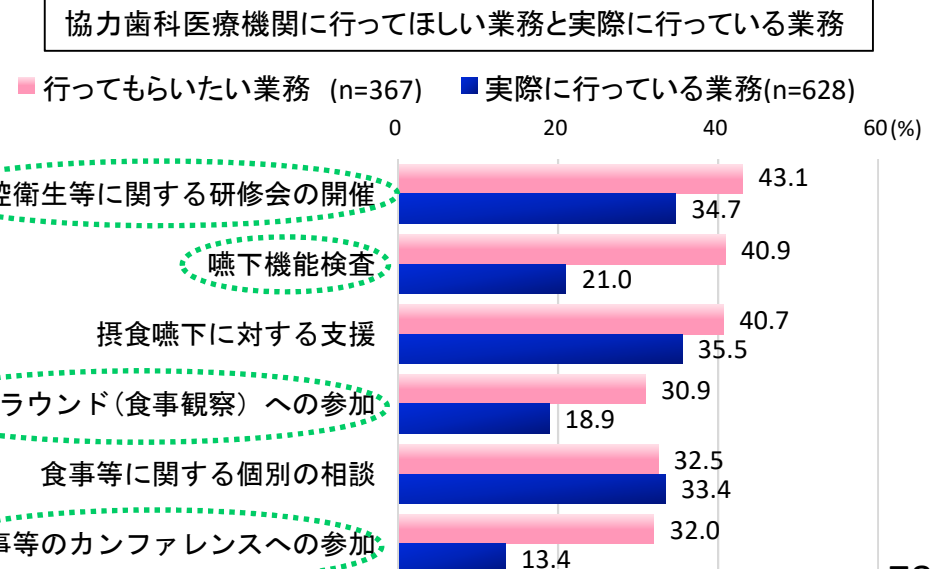
# 介護保険施設等における歯科専門職の口腔衛生管理等への関与

- 介護保険施設等において、協力歯科医療機関による口腔衛生管理体制加算への助言は、過半数で実施されており、歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士）によって、肺炎予防や摂食嚥下機能の改善等について、効果的な助言が行われている。
- 一方で、入所者個別の口腔衛生管理加算への指導や研修会の開催は3割程度にとどまり、食事等のカンファレンスへの参加も低率である。
- 介護施設等が協力歯科医療機関に行ってほしい業務として、口腔衛生等に関する研修会の開催や、他の専門職との連携を要する嚥下機能検査やミールラウンド（食事観察）等の参加について、ニーズが実施状況を上回っている。



※介護保険施設等の介護施設職員が回答

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」

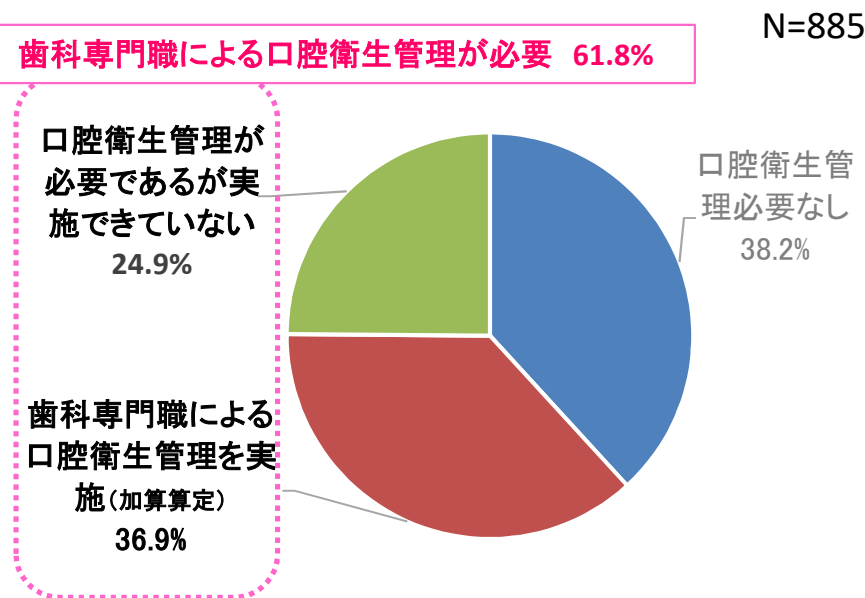


平成30年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する実施状況の把握及び協力歯科医療機関等の役割に関する調査研究事業報告書」

# 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

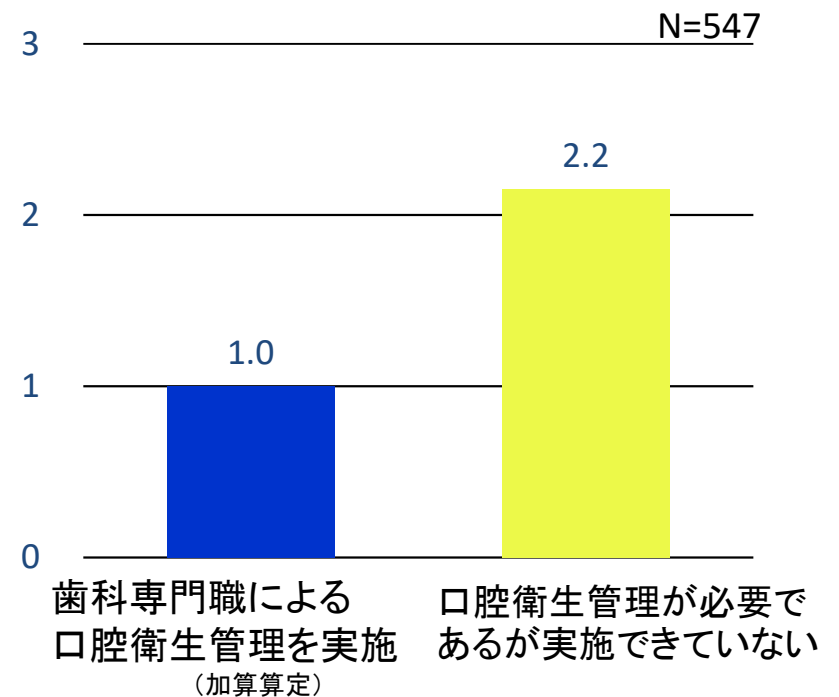
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。  
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、  
歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

## 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

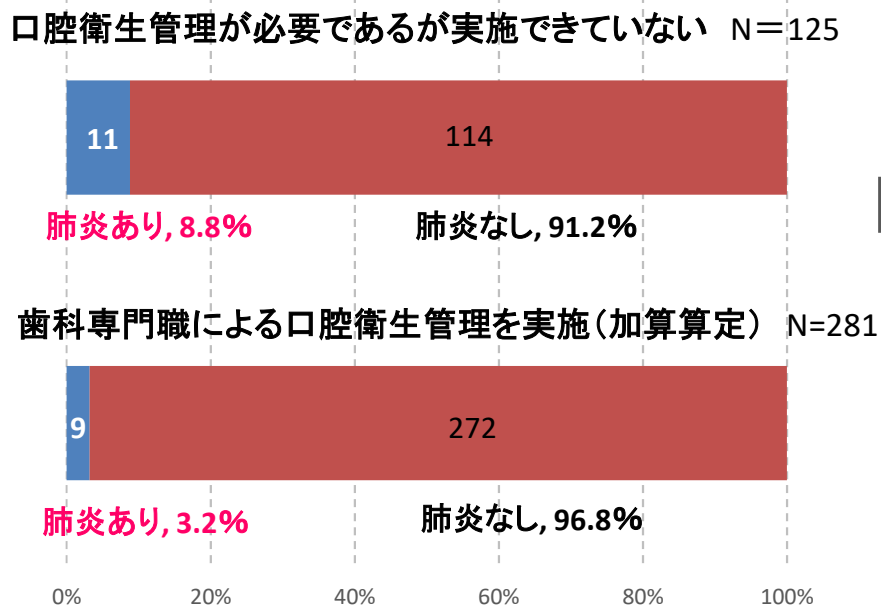


※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

# 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

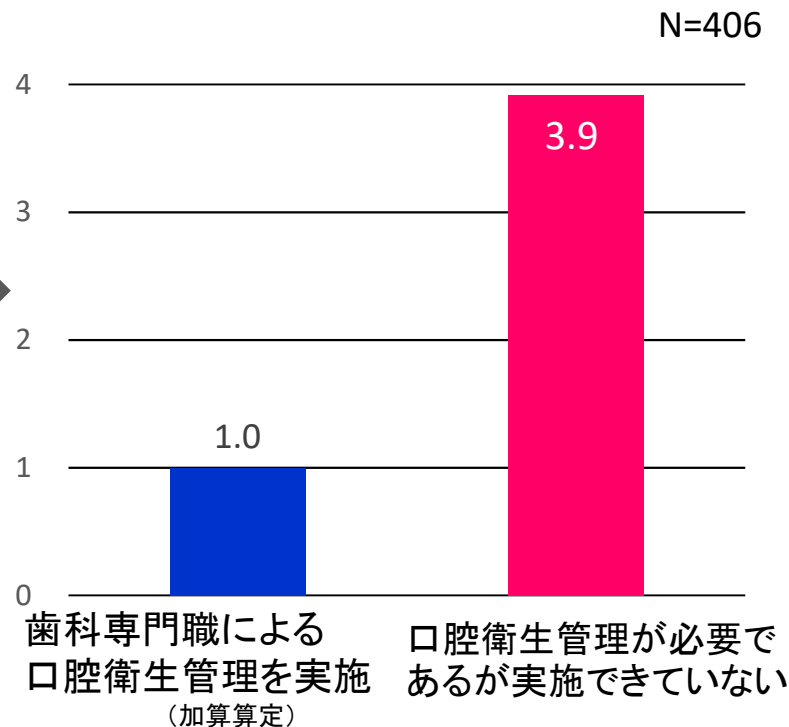
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

## 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

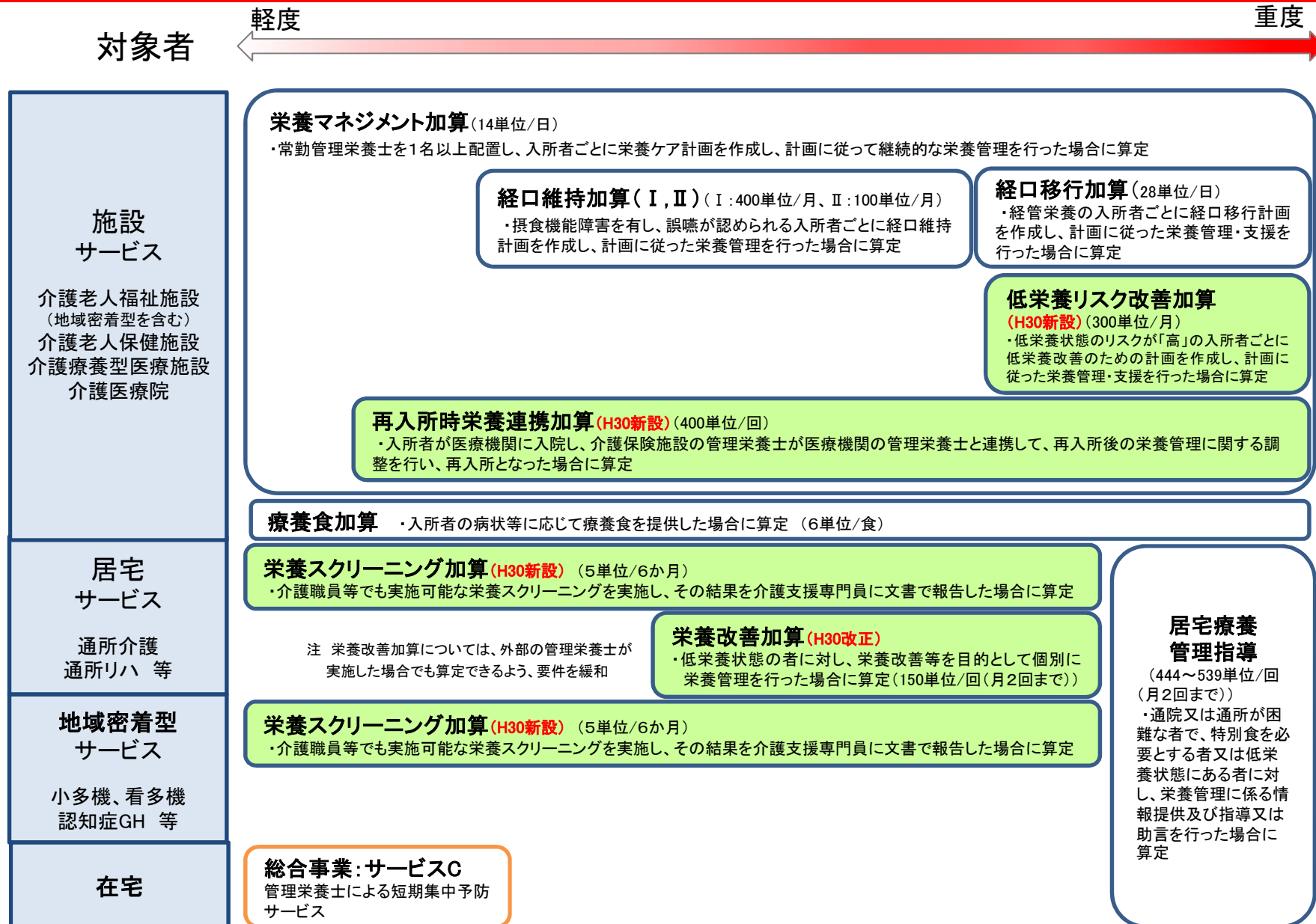
## 肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

# 介護報酬における栄養関連の加算等について

  H30改定で新設又は大きな改正があったもの

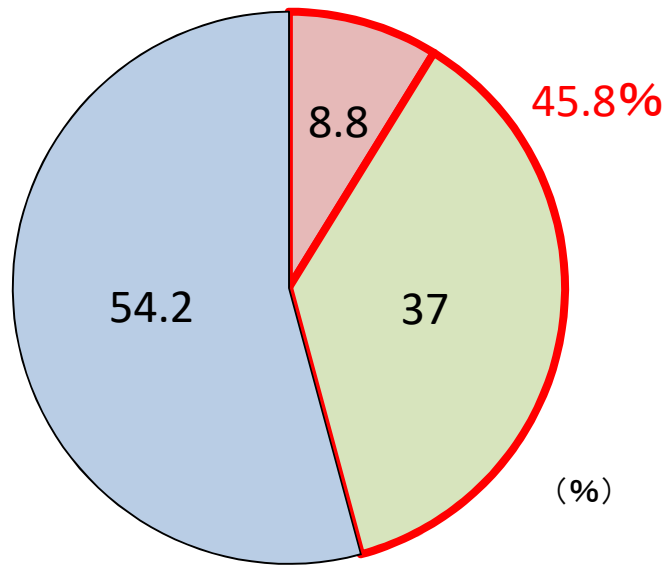




## 介護保険施設入所者の栄養状態

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■ 高リスク ■ 中リスク □ 低リスク



※対象者： 全国464施設(老健・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機関との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

(参考)低栄養リスクの分類について※

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

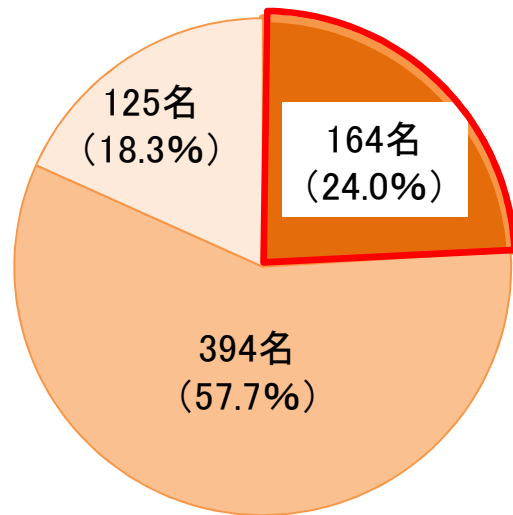
※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」  
(平成17年9月7日老老発第0907002号)

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

38.7%

※対象者：秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

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

## 施設サービス 各加算算定率 (H30.4～H31.3 12ヶ月平均)

	特養	老健	医療院	介護療養	地密特養
栄養マネジメント加算	86.8%	93.5%	87.9%	71.5%	62.8%
経口移行加算	2.0%	8.0%	14.1%	7.4%	0.8%
経口維持加算 I	23.7%	48.1%	47.6%	21.4%	13.5%
経口維持加算 II	13.4%	31.2%	29.7%	12.7%	7.5%
低栄養改善加算	2.1%	12.7%	10.3%	5.7%	1.3%
再入所時栄養連携加算	0.9%	1.5%	0.2%	—	0.5%
療養食加算	59.7%	92.9%	92.9%	68.7%	41.2%
口腔衛生管理体制加算	57.8%	57.4%	62.5%	26.5%	42.0%
口腔衛生管理加算	13.5%	19.6%	32.2%	10.9%	10.7%

※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100

出典：介護給付費等実態統計（特別集計）

## 居宅サービス 各加算算定率 (H30.4～H31.3 12ヶ月平均)

	栄養スクリーニング 加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算	口腔衛生管理体制 加算
通所介護	1.1%	0.6%	9.7%	-
通所リハビリテーション	5.7%	3.3%	16.5%	-
予防通所リハビリテーション	3.6%	0.6%	3.7%	-
地域密着型通所介護	0.4%	0.2%	4.8%	-
認知症対応型通所介護	1.5%	0.4%	5.5%	-
予防認知症対応型通所介護	0.6%	0.1%	2.0%	-
小規模多機能型居宅介護	2.1%	-	-	-
予防小規模多機能型居宅介護	1.0%	-	-	-
看護小規模多機能型居宅介護	4.8%	-	-	-
特定施設入居者生活介護	5.6%	-	-	33.0%
予防特定施設入居者生活介護	3.3%	-	-	34.8%
認知症対応型共同生活介護	2.1%	-	-	19.8%
予防認知症対応型共同生活介護	0.8%	-	-	16.5%
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.3%	-	-	19.4%

※算定率:加算請求事業所数/請求事業所数×100

出典:介護給付費等実態統計(特別集計)

# 令和2年度診療報酬改定の概要

## I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

## III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

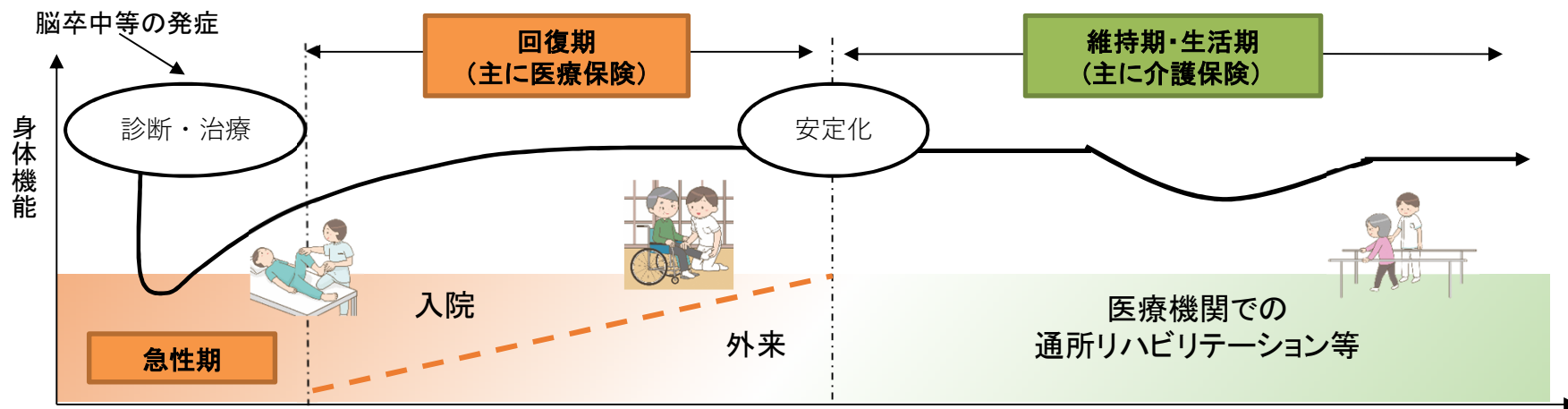
## II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

## IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

## リハビリテーションに係る見直し



### 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- アウトカム評価の更なる充実
- 栄養管理に係る要件の見直し
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者の「発症からの期間」に係る要件の見直し

### リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和

- 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)における言語聴覚療法のみを実施する場合の施設基準の新設
- 呼吸器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料の施設基準等の見直し(言語聴覚士の追加)

### リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化

- 疾患別リハビリテーション料の運用の見直し
- 外来リハビリテーション診療料の運用の見直し

### リハビリテーションの対象患者に係る見直し

- がん患者リハビリテーション料の対象患者の見直し
- リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の対象患者の見直し

### 摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し

- 摂食機能療法の加算の見直し



## 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○(※経過措置あり)	
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,085点 (2,071点)	2,025点 (2,011点)	1,861点 (1,846点)	1,806点 (1,791点)	1,702点 (1,687点)	1,647点 (1,632点)

\*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

# データ提出加算の見直し①

➤ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
病棟 急性期一般1 急性期一般2~7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2~7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	現行 データの提出は不要	改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定

**[経過措置]**

- ① 令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ② 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

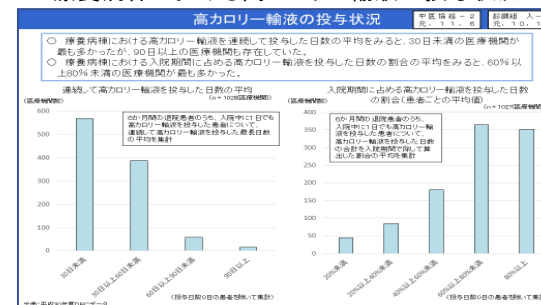
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの **内容を拡充** する。

**[新たに提出する項目(例)]**

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

**(データの活用例)**

**療養病棟における高カロリー輸液の投与状況**



## 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

### 摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



#### 現行

##### 【摂食機能療法】

- 経口摂取回復促進加算1 185点
- 経口摂取回復促進加算2 20点
- (治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)

##### [算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

##### [算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

##### [施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:  
胃瘻新設の患者 2名以上  
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:  
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上



#### 改定後

##### 【摂食機能療法】

- 摂食嚥下支援加算 200点**  
(週1回に限り摂食機能療法に加算)

##### [算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者**

##### [算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、**摂食嚥下支援計画書を作成**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

##### [施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置** \*の職種は、カンファレンスの参加が必須
  - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 \*
  - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) \*
  - 専任の常勤言語聴覚士 \*
  - 専任の常勤薬剤師 \*
  - 専任の常勤管理栄養士 \*
  - 専任の歯科衛生士
  - 専任の理学療法士又は作業療法士
- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**

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

## ○はじめに ○地域共生社会の実現

- ・2040年には介護サービス需要が更に増加・多様化。現役世代(担い手)の減少も顕著に
- ・高齢者を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る  
⇒2025年、その先の2040年、そして、地域共生社会の実現に向けて、介護保険制度の見直しが必要

## I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

### 1. 一般介護予防事業等の推進

#### ○住民主体の通いの場の取組を一層推進

- ・通いの場の類型化
- ・ポイント付与や有償ボランティアの推進等による参加促進
- ・地域支援事業の他の事業とも連携した効果的な実施
- ・医療等専門職の効果的・効率的な関与
- ・関連データも活用したPDCAサイクルに沿った取組の推進
- ・通いの場に参加しない高齢者への対応

### 3. ケアマネジメント

#### ○介護支援専門員(ケアマネジャー)がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境を整備

- ・多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメント(地域ケア会議の活用)
- ・インフォーマルサービスも盛り込まれたケアプランの作成推進
- ・公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上
- ・質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備、求められる役割の明確化

### 2. 総合事業

#### ○より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化

- ・事業の対象者の弾力化(要介護認定を受けた者)
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化
- ・総合事業の担い手を確保するための取組の推進  
(有償ボランティアに係る謝金の支出、ポイント制度の創設)
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等による市町村の取組、都道府県の市町村支援の促進
- ・就労的活動等を通じた地域とのつながり強化等のための環境整備

### 4. 地域包括支援センター

#### ○増加するニーズに対応すべく、機能や体制を強化

- ・センターの運営への保険者(市町村)の適切な関与
- ・センターと既存の社会資源との連携による地域の相談支援機能の強化
- ・介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等によるセンター体制強化の推進

## II 保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)

### 1. PDCAプロセスの推進

#### ○保険者機能強化推進交付金の評価を活用しながら、実施状況を検証・取組内容を改善

- ・国や都道府県による市町村へのきめ細かな支援
- ・対応策の好事例の見える化・横展開

### 3. 調整交付金

#### ○後期高齢者の加入割合の違いに係る調整を精緻化

- ・要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し(見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取組を求める)

### 2. 保険者機能強化推進交付金

#### ○介護予防や高齢者の活躍促進等を一層推進するため、抜本的に強化

- ・予算額の増額、安定的な財源の確保
- ・評価指標の見直し(成果指標の拡大、配分基準のメリハリ強化、判断基準の明確化)
- ・都道府県の市町村支援へのインセンティブ強化
- ・取組の達成状況の見える化の推進

### 4. データ利活用の推進

#### ○介護関連のデータ(要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE)の利活用のための環境を整備

- ・介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるための制度面・システム面での環境整備の推進
- ・基本チェックリストなど介護予防に係る情報の活用
- ・国や都道府県による市町村支援
- ・事業所の理解を得た上でのデータ収集によるデータ充実
- ・データ収集項目の充実の検討
- ・医療保険の個人単位被保険者番号の活用



## V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

### 1. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 【総論】 ○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進  
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

- ・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
- ・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
- ・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
- ・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化
- ・文書量削減
- 「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。  
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応  
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

### 2. 給付と負担

#### (1) 被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

#### (2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

#### (3) 多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

#### (4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

#### (5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

#### (6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

#### (7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

#### (8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

### その他の課題

#### 1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

#### 2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

### 〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

#### 1. 一般介護予防事業等の推進

- 一般介護予防事業等について、今後求められる機能、地域支援事業の他事業との連携方策、専門職の関与の方策、PDCAサイクルに沿った更なる推進方策等について、厚生労働省の「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」における検討状況を踏まえながら、議論を行った。
- 一般介護予防事業等による介護予防の取組を推進していくことが必要である。特に住民主体の通いの場の取組について、一層推進していくことが必要である。このため、通いの場の類型化等を進めるとともに、ポイント付与やいわゆる有償ボランティアの推進、家族や現役世代が予防的な意識を持てるようなものも含めた周知広報の強化等、住民の参加促進を図るための取組を進めることが重要である。なお、いわゆる有償ボランティアについては、役割がある形で参加を促す仕組みとして期待がある一方、サービス利用者と提供者双方の安全確保に留意が必要である。
- 一般介護予防事業を効果的・効率的に実施するため、地域ケア会議や短期集中予防サービス、生活支援体制整備事業をはじめとする地域支援事業の他事業との連携を進めていくことが重要であり、実態把握とともに、取組事例の周知等により、多様な関係者や事業等と連携した取組を促していくことが適当である。
- 高齢者においては健康状態等の個人差が大きいため、通いの場の取組について、専門職によるアセスメントと適切な指導等の関与を図ることで、本人の健康状態等に合わせた効果的で多様な取組が展開されることが期待される。通いの場の取組をより効果的・継続的に実施するため、医療等専門職の効果的・効率的な関与を図ることが必要である。医師会や医療機関等との連携事例を把握し自治体を実施方策を示すことが必要である。また、地域リハビリテーション活動支援事業について、事業の質の向上を図り更なる実施を促すため、都道府県と市町村が医師会等とも連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築することが必要である。あわせて、研修等による人材育成等を進めることが重要である。
- PDCAサイクルに沿って、関連データも活用しつつ、効果的・効率的に取組を推進していくことが必要である。自治体の業務負担等も考慮しつつ、プロセス指標やアウトカム指標を設定することが必要である。その際、保険者機能強化推進交付金との整合にも留意が必要である。今後通いの場等に関するエビデンスを構築していくことも必要である。また、国において、具体的な目標の立て方や指標の選定、分析方法などについて、分かりやすい情報提供や研修を行うことや、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース(KDB)等のデータを有効活用するための環境整備を行うことが必要である。
- 通いの場に参加しない高齢者への対応が必要である。支援が必要な者を把握し、通いの場への参加を含めて必要な支援につなげることも重要である。なお、高齢者の社会参加には通いの場以外にも多様なニーズや方法があることに留意が必要である。
- 介護予防については、高齢者の心身の状態を自立から要介護状態まで可変であるというように、連続的に捉え支援するという考えも重要である。生活習慣病の重症化を含めた予防の取組との連携が重要であり、通いの場で、生活習慣病予防の観点も踏まえ住民の行動変容を促すなど、要介護状態の発生防止に取り組んでいくことも必要である。このため、データ利活用や地域のつながり強化を図りながら、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を進めることが重要である。また、通いの場の取組を効果的に実施し、地域共生社会の実現に向けた地域づくりを進めることも必要である。



# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

---

### II 保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)

#### 1. PDCAプロセスの推進

- 平成29年の介護保険法改正で導入された自立支援・重度化防止に向けたPDCAプロセスについて、今後、取組を更に推進するための方策等について、議論を行った。
- 自立支援・重度化防止等に向けた取組を推進するにあたっては、保険者機能強化推進交付金の評価も活用しながら、実施状況の検証を行って取組内容の改善を行うなど、PDCAサイクルを適切に回しながら実施することが必要である。保険者機能強化推進交付金において実施状況の検証の取組についても適切に評価することが重要である。
- 市町村における自立支援・重度化防止の取組の地域差について、要因分析を行い、国や都道府県による市町村への支援を確実に行うことが必要である。市町村が目指すべきこと、取り組むべきことを示すとともに、小規模自治体をはじめ、市町村へのきめの細かい支援を行うことが重要である。
- PDCAサイクルを回す中で、対応策の好事例について、見える化、横展開を図っていくことも重要である。

# 介護保険制度の見直しに関する意見(関係部分)

## (令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)

### II 保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)

#### 4. データ利活用の推進

- 介護関連のデータ(要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE)について、連結解析や研究者等への第三者提供など利活用を進めるための環境整備や、医療保険の個人単位被保険者番号の活用等について議論を行った。
- 効果的・効率的な介護を実現していくため、また、EBPM(証拠に基づく政策立案)の観点からも、介護のデータ収集と利活用が必要である。データの収集・利活用を進めるにあたっては、エビデンスに基づいた介護サービスの質の向上や政策決定といった目的を関係者で共有し、それに資する運用を図っていくことが必要である。なお、データの利活用にあたっては、情報の機微性に鑑み、第三者提供を行う場合に透明性の高い提供ルールの設定や情報の適切な管理体制を確保するなど、個人情報の取扱いに留意することも必要である。また、こうした取扱いについて適切に周知・説明し国民の不安を招かないようにすることも重要である。
- 介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるため、制度面、システム面での環境整備を進め、国や自治体で活用できるようにすることが必要である。
- また、介護予防、重度化防止の取組を進める観点から、基本チェックリストなど介護予防に係る情報についても活用を進めることが適当である。介護関連のデータと一体的な利活用を図ることも重要である。
- 自治体におけるデータ利活用を進めるにあたっては、国や都道府県による支援も重要である。
- データの収集にあたっては、事業者等提供側に、質の向上や事業所へのメリット等効果を示し理解を得て普及を図っていくことや、負担軽減を図ることも重要である。VISITやCHASEについては、当面は制度的な支援により協力事業所・施設を増やすことでデータの充実を図り、データの提出については事業所等から任意で求めることが適当である。
- データの収集項目に関し、VISITについては、更なる利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である。また、CHASEについては、将来的には介入に関するデータなど、項目の拡大を検討することが必要である。今後、社会参加の状況など生活の中での本人の状態や、日中の過ごし方などの情報についても、データ収集の負担とデータの必要性・重要性等を比較考量し、検討することが重要である。
- データ連結の精度の確保等の観点から、医療保険の個人単位被保険者番号の活用について、個人情報の取扱いに留意しつつ、検討を進めることが必要である。

# 「成長戦略フォローアップ」(関係部分)

## (令和元年6月21日閣議決定)

## II. 全世代型社会保障への改革

### 4. 疾病・介護の予防

#### (2) 新たに講ずべき具体的施策

##### i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

#### ⑥ 介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

- ・介護保険の保険者や都道府県に対する介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）について、自治体による先進的な介護予防の取組が横展開され、健康寿命の地域間格差の縮小にも資するよう、財源を含めた予算措置を検討し、2020年度にインセンティブ措置の抜本的な強化を図る。
- ・あわせて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリを強化するなどの見直しを行い、介護予防や認知症予防につながる可能性のある高齢者の身近な「通いの場」を拡充するとともに、介護予防と保健事業との一体的実施を推進する。その際、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用する。また、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを推進するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイントの活用等を図る。
- ・75歳以上の高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めきめ細やかな支援を充実させる。このため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用する。また、市町村による介護予防と保健事業の一体的実施の全国展開に向け、国の特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援する。
- ・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

#### ⑦ 認知症の総合的な施策の強化

- ・「共生」と「予防」を柱とした総合的な認知症施策を、認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づき、推進する。「通いの場」の活用などの先進・優良事例について、2020年度までに事例集や実践に向けたガイドラインを作成し、全国の自治体へ横展開する。あわせて、認知症の予防法の確立に向け、研究開発を強化する。データ収集に2019年度から着手し、データ利活用の枠組みを2021年度までに構築するとともに、認知症分野における官民連携のプラットフォームを活用し、評価指標・手法の確立を目指しつつ、予防やケア等の社会実装を促進する。

## 5. 次世代ヘルスケア

### (2) 新たに講ずべき具体的施策

#### i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

##### ② ICT、ロボット、AI等の医療・介護現場での技術活用の促進

###### イ) 科学的介護の実現

・自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの運用を、2020年度に本格的に開始する。当該データベースの分析結果を、次期以降の介護報酬改定の議論に活用し、効果が裏付けられた介護サービスについて評価を進める。また、取得したデータについては、介護事業所に提供し、ケアの質の向上等へ活用を進める。

###### ウ) ロボット・センサー等の開発・導入

・2040年を展望した中長期ビジョンである「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組を検討し、2019年度中に具体化する。ムーンショット型研究開発、先端技術の速やかな社会実装に向けた新たな評価モデルの開発、技術インテリジェンス機能の強化等、政府一丸でロボット・AI等の溶け込んだ社会システムの実現を目指す。また、国民が自分の健康状態を自ら把握できる社会の実現に向け、機器やサービスに関して、評価手法の開発を推進する。

・ロボット・センサー等の効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理する。事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期及びそれ以降の介護報酬改定等での評価につなげる。

・ロボット・センサーについて、重点分野に基づき、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組や、介護現場でのモニター調査等により、現場ニーズを捉えた開発支援を行うとともに、介護ロボットを活用した介護技術の開発や介護ロボットの普及啓発を行い、介護現場への導入・活用支援を着実に進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。

###### エ) AI等の技術活用

・重点6領域を中心としつつ、医療従事者の負担軽減や、的確な診断・治療支援による医療の質の向上等を図るため、健康・医療・介護・福祉領域におけるAIの開発や現場での利活用を促進する。あわせて、AI開発に必要な質の高いデータ収集を推進する。さらに、AI開発において特定された課題の解消に向けた具体的な対応を2019年度中に開始するとともに、アジア等、海外の医療機関と提携し、本邦で開発されたAI技術の海外展開を目指す。また、我が国の医療機器産業の活性化に向けて、ICTを活用した医療機器の特性に応じた承認審査体制等を早急に整備する。

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
<p>予算編成 税制改正要望</p> <p>秋～年 末</p> <p>通常国会</p>					
<p><b>介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等</b></p>					
<p>介護インセンティブ交付金における予防・健康づくりのインセンティブ措置の強化</p> <p>介護インセンティブ交付金を抜本的に強化する</p> <p>成果指標の導入や配分基準のメリハリを強化するように評価指標等の見直しを行い、「通いの場」の拡充、民間サービスも活用した介護予防と保健事業との一体的実施の推進、「介護助手」など介護施設における高齢者就労・ボランティアを後押しする取組の推進、個人へのインセンティブとしてポイントの活用等を図る</p> <p>引き続き、効果検証・改善を実施</p>					
<p>一体的実施の本格展開に向け、先行的な取組を支援</p> <p>一体的実施の全国展開に向け、特別調整交付金を活用して、医療専門職の市町村への配置等を支援</p> <p>【厚生労働大臣】</p>					
<p>高齢者に対する保健事業について、フレイル対策を含めた支援を充実させるため、後期高齢者医療の保険者インセンティブ措置を活用</p> <p>PDCAサイクルによる効果的な事業展開</p>					
<p>利用者の平均的な日常生活動作の維持・改善に対する介護報酬の加算について、効果検証を実施</p> <p>介護報酬改定で必要な対応を実施</p> <p>引き続き、効果検証を実施</p>					
<p>「仕事付き高齢者向け住宅」等の実証を実施し、高齢者の社会参加のモデルケース創出、社会実装の推進</p> <p>実施状況を踏まえ、必要な検討・取組を推進</p> <p>【経済産業大臣】</p>					
<p>「介護サービス情報公表システム」を活用して効果的な情報提供を実施</p> <p>【厚生労働大臣】</p>					
<p>・2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを旨とする</p> <p>・平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加</p> <p>・介護予防に資する「通いの場」への参加率を2020年度末までに6%、2040年度末までに15%</p>					

i) 技術革新等を活用した効果的・効率的な医療・福祉サービスの確保

	2019年度	2020年度	2021年度	2022～2025年度	担当大臣	KPI
	<p>予算編成 税制改正要望</p> <p>秋～年 末</p> <p>通常国会</p>					
<b>科学的介護の実現</b>						
	<p>高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの試行運用</p>	<p>・データベースの本格運用開始 ・データの分析により、効果のある介護サービスについて、次期以降の介護報酬改定で評価</p>			【厚生労働大臣】	<p>・2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間当たりのサービス提供について5%（医師について7%）以上の改善を目指す</p>
<b>ロボット・センサー等の開発・導入</b>						
	<p>「未来イノベーションWG」の取りまとめを踏まえた医療福祉分野における取組について検討・具体化</p>	<p>検討を踏まえ、ロボット・AI等の社会実装を推進</p>			【厚生労働大臣、経済産業大臣】	<p>・ロボット介護機器の市場規模、2020年に約500億円、2030年に約2,600億円</p> <p>・重点分野のロボット介護機器導入台数、2030年8,000台</p>
	<p>自分の健康状態を自ら把握できる社会の実現に向け、機器やサービスに関して評価手法の開発を推進</p>				【厚生労働大臣】	
	<p>ロボットなどの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果検証に関するルールを次期介護報酬改定までに整理</p>				【厚生労働大臣】	
		<p>得られたエビデンスに基づき、次期及びそれ以降の介護報酬改定等で評価</p>			【厚生労働大臣、経済産業大臣】	
		<p>改訂した重点分野に基づき、ロボット介護機器の開発・本格導入の実現</p>			【厚生労働大臣】	
		<p>障害福祉分野におけるロボット技術等を活用した支援機器について、現場ニーズを捉えた開発・本格導入の実現</p>			【厚生労働大臣】	
		<p>生活支援ロボットの国際安全規格ISO13482の規格に基づく国内認証の実施</p>			【経済産業大臣】	



# 「経済財政運営と改革の基本方針2019」(関係部分) (令和元年6月21日閣議決定)

## 第3章 経済再生と財政健全化の好循環

### 2. 経済・財政一体改革の推進等

#### (2) 主要分野ごとの改革の取組

##### ① 社会保障

##### (医療・介護制度改革)

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、医療・福祉サービス改革プランを推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築と併せ、医療・介護提供体制の効率化を推進し、勤労世代の負担状況にも配慮しつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びの適正化や一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

##### (i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・AI・ICT等(※)、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとMID-NETの連携、AIの実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、AIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の用途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

(※)「未来イノベーションWG」(健康・医療戦略推進本部の下に設置された次世代ヘルスケア産業協議会の下に設置)の取りまとめを踏まえ具体化される取組を含む。

# 「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)

## (令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<b>37 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</b>  新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流入等を出入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 地域医療構想については、 ・重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 ・民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 ・地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 ・公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。  以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020(仮)」に向け、工程表の具体化を図る。 <厚生労働省>		2023年度まで	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020(仮)」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】  ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】  ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量 【2020年度末に100%】
	<b>38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進</b>  診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。  介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。  介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。  <厚生労働省>	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	39 データヘルス改革の推進					
医療・福祉サービス改革	iii 医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進	<p>医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。</p> <p>医療保険の審査支払機関について、審査支払新システムの構築等、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況</p> <p>【各年度時点での十分な進捗を実現】</p>	<p>○コンピュータで審査完了するレセプトの割合</p> <p>【システム刷新後2年以内に9割程度】</p> <p>○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止</p> <p>【新システム稼働時までに集約完了】</p>
	iv AIの実装に向けた取組の推進	<p>人口減少の中であって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。</p> <p>- 保健医療分野でのディープラーニングや機械学習等のAI開発を戦略的に進めるため、①ゲノム医療、②画像診断支援、③診断・治療支援、④医薬品開発、⑤介護・認知症、⑥手術支援、を重点6領域と定めて開発・実用化を促進する。</p> <p>重点6領域を中心に必要な研究事業等を実施し、AI開発を加速化するとともに、AI開発に必要な医用画像のデータベースを構築。</p> <p>2019年度末にとりまとめ予定のロードブロック（開発の障壁）解消に向けた工程表、AIの開発・利活用が期待できる領域の俯瞰図に基づく工程表に基づきAIの研究開発、社会実装を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数</p> <p>【2020年度末までに6領域】</p>	<p>○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数</p> <p>【2020年度末までに1領域】</p>
	v ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築	<p>人口減少の中であって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。</p> <p>新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。</p>		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	45 国保の普通調整交付金について見直しを検討	<p>普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。</p> <p>骨太2020の取りまとめに向けて、普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、引き続き地方団体等と議論を継続。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—
	46 科学的介護の推進（栄養改善を含め、自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及）	<p>科学的介護を推進し、栄養改善を含め自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及等を推進する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。</p>	—	—
	47 ケアマネジメントの質の向上					
	i A1も活用した科学的なケアプランの実用化	<p>自立支援・重度化防止等に資するA1も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>自立支援・重度化防止等に資するA1も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>		—	—
ii ケアマネジャーの業務の在り方の検討	<p>自立支援・重度化防止等に資するA1も活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>社会保障審議会介護保険部会における検討を踏まえ、必要な措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>		—	—	

# 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

## (平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

---

### <サービス全般に関する課題>

#### ○ 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ

- ・ 今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出る等の弊害が生じていないか等について検証を進める。
- ・ 2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。
- ・ 外部のリハビリテーション専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証するべきである。

## これまでの分科会における主なご意見①

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

### < 自立支援・重度化防止の考え方 >

- 介護度の改善を評価する仕組みは、制度の持続可能性の観点からも重要ではないか。
- 自立支援や重度化防止の取組は何を目指すものかについて、共通認識を持って議論を進められるようにする必要があるのではないか。
- アウトカム評価の検討の中で、クリームスキミングによる利用者のサービス利用への影響を検証した上で検討する必要があるのではないか。
- 自立支援・重度化防止の観点から、ケアマネジメントが重要となるが、中立・公平性について検討が必要ではないか。
- 現在の報酬体系では、要介護度が改善した場合、報酬が減ってしまうとともに、アウトカムを評価する加算も単位数が少なく、必ずしも事業所のインセンティブにつながっているとは言えない状況。  
自立支援・重度化防止の観点から、要介護度の改善につながる質の高いサービスの取組を評価し、事業所においてインセンティブが働くような介護保険制度の持続可能性を高める仕組みの構築が必要ではないか。
- 介護報酬上、要介護度が上がると区分支給限度額が上がりサービスを多く使えるため、要介護度が上がることを望む方が見受けられる。今後、自立支援を進める観点から、要介護度が改善することに対するインセンティブを考える必要があるのではないか。

### < 評価の観点 >

- サービスの質の評価指標に関する標準化について、共通の物差しが必要ではないか。
- 科学的介護、アウトカム評価が重点課題となる中、CHASEやバーセルインデックスを活用し、これらをいかに推進するか、踏み込んだ加算の創設が必要ではないか。

### < データ活用 >

- 高齢者の健康状態を把握するため、介護認定を受ける前の高齢者の状態を通いの場等で把握し、その情報と要介護認定を受けるときの状態をなるべく情報共有できるようにしておくべきではないか。



## これまでの分科会における主なご意見②

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

### <専門職間の連携等>

- 利用者のADLの維持や生活機能向上に関しては、事業所・施設とリハビリテーション専門職、介護支援専門員の連携、特に事前関与が効果的であることから、事前に関与できる方策の推進が重要。
- 通所介護や通所リハビリテーション等において、口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくべき。
- 介護保険は新規参入者を減らし、かつ一度要介護になった方もできるだけ改善させることが必要であるところ、介護側だけでなく、医療側の視点も重要なのではないか。
- 通いの場では多くの専門職が集まることとなっており、専門職の連携ということで、運動、口腔、栄養について、リハ職も含めた専門職の連携の取組を進めるための仕組みづくりが必要ではないか。

### <個々の加算等>

- ADL維持等加算について、Barthel Indexを評価指標として使っていくことは、介護現場における使用率等からも適当なのかどうか。また、当該指標には認知症の評価が入っていないため、この点についても検討が必要ではないか。
- 生活機能向上連携加算を算定する事業所の割合が低いことから、広く地域のリハ職を活用する方向での誘導策を検討してはどうか。また、算定率の向上につなげていくため、例えば連携等に関するガイドラインを示すことなども検討してはどうか。制度の仕組みに問題があって、算定率が低いと考えるべきではないか。
- 認知症ケアについて、BPSDの対応も非薬物療法を原則としており、本人の不安などを取り除くための、様々な角度からのアプローチによる、本人が安定した時間を保つケアの提供が重要。

# 3. 論点

## 自立支援・重度化防止の推進の論点①

<現状・これまでの取組>

- 今後2040年に向けて、高齢化が一層進展していく中で、国においては、健康寿命の延伸を図っていくこととしており、高齢者に対しては、フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を進める観点から、介護予防と保健事業の一体的実施を進めるとともに、一般介護予防事業などを活用し介護予防の取組の充実を図っていくこととしている。
  
- このような中で、介護報酬においても、介護保険法において、
  - ・ 「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が介護保険制度の目的とされていることや、
  - ・ 国民は、「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」ものとされていることを踏まえ、引き続き自立支援・重度化の防止に向けた取組を進めていくことが重要である。
  
- 介護報酬においては、これまで自立支援・重度化防止を進める観点から、介護サービスの質の評価に関する取組や、リハビリテーション・機能訓練等に加え、口腔や栄養の充実に向けた取組の推進を図ってきた。
  
- 介護サービスの質の評価に関しては、評価の視点としてストラクチャー、プロセス、アウトカム等があるが、介護保険制度創設時から導入されているストラクチャー、プロセスの評価に加えて、近年では、アウトカムの評価に関する検討を進めてきている。

## 自立支援・重度化防止の推進の論点②

- プロセスの評価については、
  - ・ 平成27年度介護報酬改定において、PDCAサイクルによるサービスの質改善のプロセスを評価する「リハビリテーションマネジメント加算」を導入するとともに、口腔・栄養等の領域においても、計画書作成等のプロセスを評価する加算を見直し、
  - ・ 平成30年度介護報酬改定においては、リハビリテーション計画書のデータを提出し、それに基づくフィードバックを受けることによる、データを利活用したより効果的なサービスの質改善のプロセスを評価する加算を導入した。
  
- また、アウトカムの評価については、
  - ・ 平成18年度以降、クリームスキミングにも留意しつつ、アウトカムに基づく評価が試みられ
  - ・ 平成30年度介護報酬改定においては、日常生活動作（ADL）の維持・改善につながった利用者が多い通所介護事業所を評価する「ADL維持等加算」の導入を行った。
  
- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）においては、医療・介護制度改革として、「安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく」こととされているところ。

## 自立支援・重度化防止の推進の論点③

- さらに、科学的裏付けに基づく介護を進める観点から、
  - ・ 平成29年の法改正で、要介護認定情報及び介護レセプト等情報の収集等について法定化するとともに、
  - ・ 平成31年の法改正で、医療と介護のデータ連結や第三者提供の法定化
  - ・ 令和2年の法改正で、介護関連データの収集情報の拡充（リハビリや高齢者の状態・ケアの内容、介護予防等）を行うなど、法的な整備も行いながら、介護関連データベースの整備を進めてきている。
  
- 今後は、介護レセプト情報等とあわせ、リハビリテーションに関する情報（VISIT情報）や高齢者の状態やケアの情報（CHASE情報（※））の収集・分析を進めることとしている。  
（※）ADL等の総論、認知症、口腔、栄養の各領域に係る情報を収集予定。
  
- リハビリテーション・機能訓練等や口腔・栄養に関する取組の推進に関しては、
  - ・ リハビリテーションについては、利用者の心身の機能の維持回復及び生活機能の維持・向上を図るため、医療保険のリハビリテーションとの連続性を確保しつつ、強化を図ってきており、平成30年度介護報酬改定においては、医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化や、医師の関与の強化・明確化等を行った。
  - ・ 機能訓練については、日常生活を営むために必要な機能の減退を防止するため、充実を図ってきており、平成30年度介護報酬改定においては、訪問介護等における外部のリハビリ専門職等との連携を評価した。
  - ・ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進を図るため、平成30年度介護報酬改定においては、専門的な口腔管理体制の評価を施設から居宅系まで対象拡大し、入所者個別の口腔衛生管理の要件を見直すとともに、低栄養状態の入所者に対する重点的な栄養管理や医療機関と介護施設の栄養連携の強化等を新たに評価した。

## 自立支援・重度化防止の推進の論点④

### <論点>

- 今後、高齢化が進展していく中で、介護保険制度の趣旨を踏まえ、高齢者の尊厳を保持しつつ、自立支援・重度化防止に向けた取組を更に進めていくことが求められる。
- 今後、各サービスの法令上の目的や認知症の人を含めた利用者のニーズ、価値判断等を踏まえつつ、介護サービスの質に関する評価をはじめ、自立支援・重度化防止に向けた取組を進めていく上で、どのような方策が考えられるか。
- 自立支援・重度化防止等を進めるためには、介護関連データを活用しながら取組を進めていくことが重要となるが、
  - ・ エビデンスに基づいた介護を実践しつつ、科学的に妥当性のある指標等を現場から収集・蓄積、分析し、分析の成果を現場にフィードバックして更なるエビデンスに基づいた介護の実践に繋げていく循環を創出し、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仕組みを形成していくことが重要であると考えられる
  - ・ 介護の場は高齢者等の生活の場でもあることから、生活の視点を重視し、社会参加の状況など生活の中での本人の状態や日中の過ごし方などの情報についても、データの収集・活用を検討することが重要であるとの指摘もあるが、どのような方策が考えられるか。



## 自立支援・重度化防止の推進の論点⑤

- 介護の質の評価に関して、各介護サービスや加算の特性、測定項目の信頼性等を踏まえつつ、リハビリテーション、口腔・栄養等を始め、各介護サービスの評価について、妥当性のある評価指標の在り方をどのように考えるか。
- プロセスの評価について、これまでリハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養等の分野で進められてきているが、これらを含め、各介護サービスは、データ解析により得られるエビデンス等を活用しながら、PDCAサイクルを回しつつ推進していくことでより効果的に実施することができると考えられるが、どのような方策が考えられるか。
- アウトカムの評価について、平成30年度介護報酬改定において通所介護にADL維持等加算を設けているが、平成30年度介護報酬改定の検証も踏まえながら、クリームスキミングにも留意しつつ、更なる取組としてどのような方策が考えられるか。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養について、より効果的な自立支援・重度化防止に向けた取組としていくためには、各職種の役割分担の明確化を図りつつ、医療と介護、さらには介護サービス間の連携により、適時適切でより効果の高いサービス提供を実現するとともに、生活の視点も重視しながら、各分野が連携して取り組んでいくことが重要であると考えられるが、どのような方策が考えられるか。