

短期入所生活介護の 報酬・基準について

これまでの分科会における主なご意見①(短期入所生活介護)

※ 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

<専門職の関与>

- 質の高いサービスを提供するという観点から、他の介護サービス事業所や医療機関、家族等との連携について評価することを検討すべき。具体的には、診療報酬において、退院時の情報連携で社会福祉士の参画を得た取組が評価されていることも踏まえ、社会福祉士の役割に着目した評価を検討してはどうか。
- 看取り期など利用者の状態が悪化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。

<看護職員に係る配置基準>

- 看護職員の確保が難しくなりつつあるので、必要なサービス提供が継続できるよう、配慮が必要である。
- ケアの質を向上する観点から、外部との連携には賛成だが、事業所内に医療的なアセスメントができる看護職員がいてこそ、外部の医療職との有効な連携ができるのではないか。
- 今後看護職員を必要に応じ、密接かつ適切な連携により確保することはよいことであるが、看護職員の業務負担が過重にならないよう配慮するべきではないか。
- 看護職員の配置状況と、事業所の安全体制、看護職員の配置数、医療的ケアの提供実態等の関連性を明らかにした上で、議論を行うべきことではないか。
- 中重度者や認知症の方の受入、緊急入所受入などは加算で手厚く評価をするべきではないか。

<生活機能向上連携加算>

- 生活機能向上連携加算について、訪問介護や小規模多機能等と同様に、ICTの活用を促進するべきではないか。

※ 第181回・182回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングでの意見（生活機能向上連携加算）

- 算定要件の中で、医療提供施設の専門職との連携と定められている部分を、PT・OT・STについては、医療提供施設に限定せずに、外部との連携において算定可能な要件に変更を強く要望する。【全国介護事業者連盟】
- 生活機能向上連携加算は、通所リハビリテーション事業所等からリハ職を派遣してもらい算定するが、一方で派遣した側に報酬設定がされていないために依頼しにくい。通所リハ等への報酬設定により、地域で専門職人材を活用しやすくなるのではないか。連携先として、許可病床数が200床以上の病院を加えてはどうか。【全国リハビリテーション医療関連団体協議会】
- 訪問看護事業所のリハビリテーション専門職との連携でも算定できるような運用を検討してほしい。【全国社会福祉協議会・全国ホームヘルパー協議会】
- 連携先は同一法人内が多く、より一層広げていくためには、コスト面での課題解決や連携をしやすくするために、介入する事業所（病院や通所リハビリ事業所）への加算の創設も必要ではないか。【日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会】

これまでの分科会における主なご意見②(短期入所生活介護)

＜介護予防短期入所生活介護の長期利用への対応＞

- 短期入所生活介護で、30日を超えている例もあるが、本来の役割と理念に立ち返り、対応を検討すべき。自立支援に資する取組の実施や、医療との連携によるサポートを行うことで、中重度の方でもショートと在宅を行き来できるようにすべきではないか。
- 短期入所生活介護と同様に、長期利用減算を適用すべきである。
- 介護予防短期入所生活介護で連続30日以上サービスを利用することは基本的にはない考える。
- 短期入所生活介護の利用目的に特養の空き待ちがあり、サービス本来の意義からは少しずれているが、空き待ちの利用者向けとそうでない利用者向けに機能を分化してはどうか。
- 短期入所生活介護を長期に利用しなければならない状況があるのであれば、本体施設と併設事業所の定員を一体的に設定することができるようにするなど、柔軟な運用ができるようにしていくほうが効果的ではないか。

＜中山間地域等における対応＞

- 離島や中山間地域においても事業所の持続可能なサービス提供、新規参入、介護人材の確保が可能となるような仕組みの構築が必要ではないか。

＜その他＞

- 新型コロナ対応で、補正予算を活用し、在宅での生活が困難となった高齢者の緊急的な受入を短期入所生活介護の事業者の協力を得て行っている例もあるが、感染症対応に伴う緊急時の受入に関して、緊急短期入所受入加算を増額するなど、恒常的な対応を検討するべきではないか。

短期入所生活介護 目次

論点①. 看護職員に係る配置基準	・ ・ ・ ・ ・ 4
論点②. 生活機能向上連携加算	・ ・ ・ ・ ・ 14

論点①看護職員に係る配置基準

論点①

- （介護予防）短期入所生活介護における人員配置基準は、原則介護職員又は看護職員について常勤換算方法で3：1で配置することとされており、必ずしも看護職員を配置する必要はないとしているが、類型・定員によっては常勤での配置が求められている。
- 併設型かつ定員20人以上の事業所のみ、看護職員を「常勤」で配置することとされていることについて、どのように考えるか。
また、単独型事業所、併設型かつ定員19人以下の事業所については、看護職員は必置でないことについて、どのように考えるか。

※第188回介護給付費分科会（令和2年10月15日）における委員からの意見

<看護職員に係る配置基準>

- 看護職員の確保が難しくなりつつあるので、必要なサービス提供が継続できるよう、配慮が必要である。
- ケアの質を向上する観点から、外部との連携には賛成だが、事業所内に医療的なアセスメントができる看護職員がいてこそ、外部の医療職との有効な連携ができるのではないか。
- 今後看護職員を必要に応じ、密接かつ適切な連携により確保することはよいことであるが、看護職員の業務負担が過重にならないよう配慮するべきではないか。
- 看護職員の配置状況と、事業所の安全体制、看護職員の配置数、医療的ケアの提供実態等の関連性を明らかにした上で、議論を行うべきことではないか。
- 中重度者や認知症の方の受入、緊急入所受入などは加算で手厚く評価をするべきではないか。

論点①看護職員に係る配置基準

対応案

短期入所生活介護の看護職員については、

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

看護職員の配置の考え方

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

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

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

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

- ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員がサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと。
- ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの間で、当該事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを構築すること。

(介護予防)短期入所生活介護 看護職員の配置基準

- 介護報酬においては「常勤」は以下のとおり定義されており、当該職員が常勤であるか非常勤であるかの別は、単に勤務時間の多寡により判定されており、当該事業所の勤務時間のみでなく、他事業所の勤務時間も一定要件を満たす場合は含まれる。
- 人員配置基準においては、「常勤」のほか「専従」であることを求めていることがあるが、「専従」と規定されている場合は、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことが必要となる。
- 併設型かつ定員20人以上の事業所については、看護職員を「常勤」で配置することとしており、「専従」する必要はなく、単に勤務時間を必要時間数分確保すればよいこととなっている。

介護報酬における「常勤」「専従」の定義

常勤	○ 当該事業所における勤務時間が、<u>当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数</u>（32時間を下回る場合は、32時間を基本とする（※）。）<u>に達していること</u>をいう。 ○ 同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。
専従 (専ら従事する)	○ 原則として、<u>サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないこと</u>をいう。 ○ この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

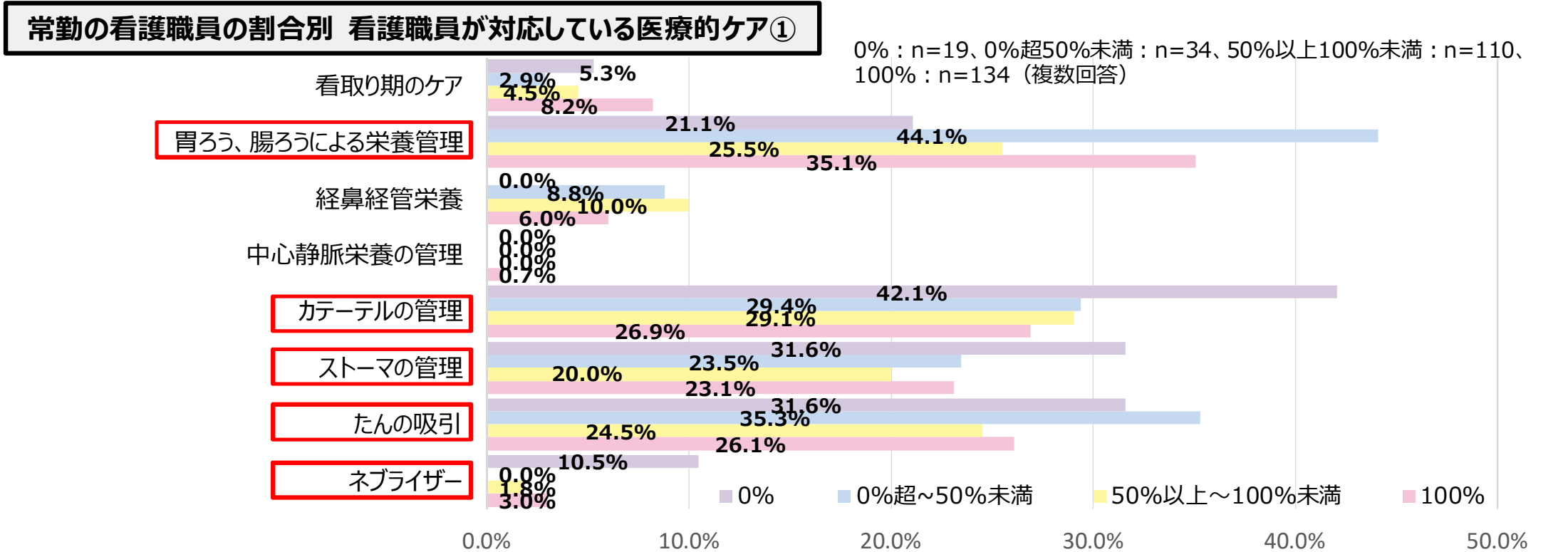
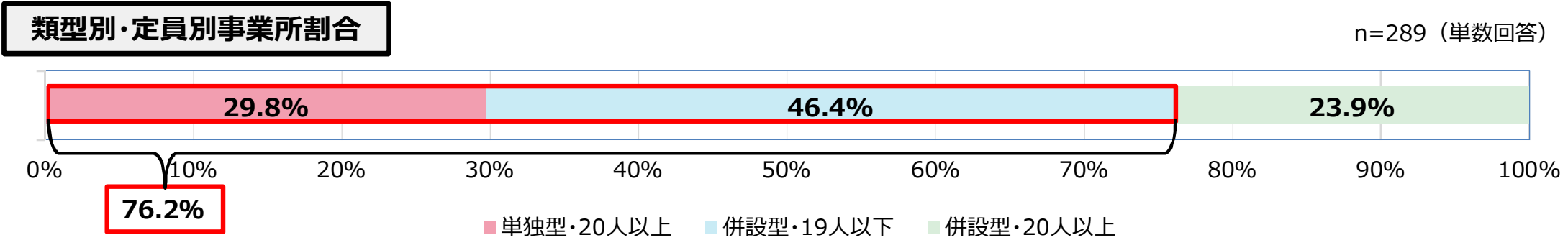
※ 育児・介護休業法第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことが可能。

		専ら当該サービスに従事しているか	
		している	していない
常勤の者の勤務時間（週40時間など）に達しているか	達している	常勤／専従	常勤／兼務
	達していない	非常勤／専従	非常勤／兼務

併設型かつ定員20人以上の事業所については、「常勤」での配置を求めているが、専従・兼務の別は問わないこととしている。

短期入所生活介護 類型別・定員別事業所割合／常勤比率別医療的ケアの状況①

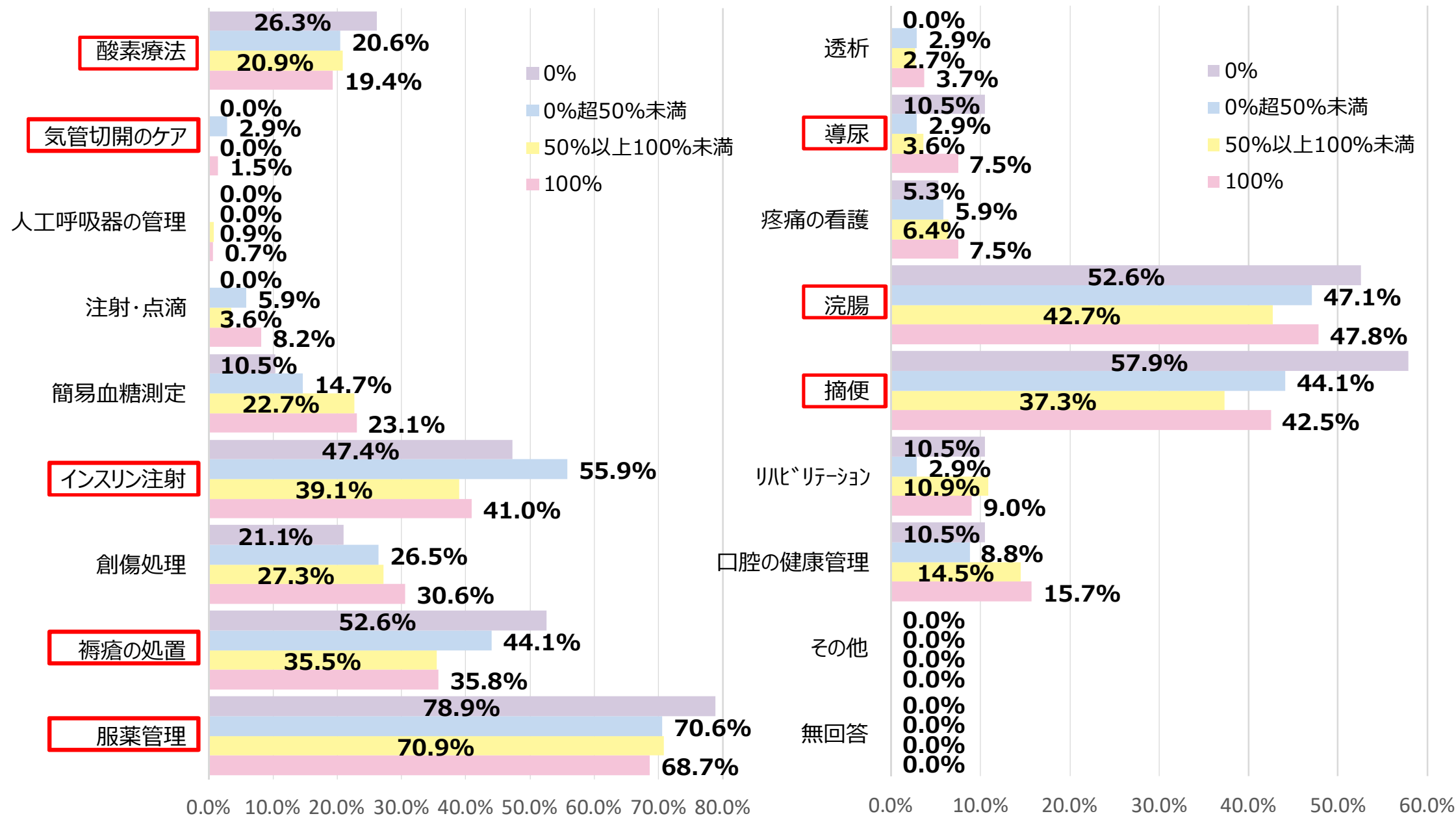
- 短期入所生活介護事業所について、類型別・定員別に事業所数の割合をみると、単独型・定員20人以上＋併設型・定員19人以下は、76.2%であった。また併設型・定員19人以下は23.9%であった。
- また常勤の看護職員の割合別に、看護職員が対応している医療的ケアの実施状況をみると、常勤の看護職員の割合が50%以上の事業所よりも、50%未満の事業所の方が割合が高かった項目は13項目だった。



短期入所生活介護 常勤比率別医療的ケアの状況②

常勤の看護職員の割合別 看護職員が対応している医療的ケア②

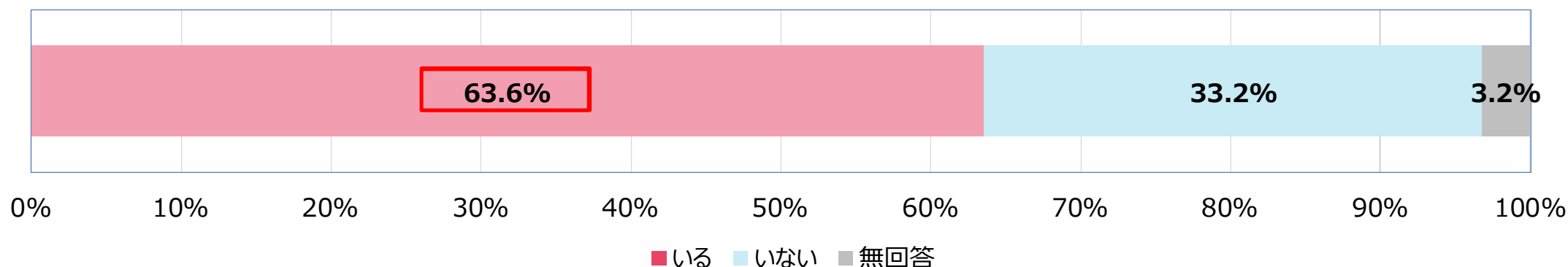
0% : n=19、0%超50%未満 : n=34、50%以上100%未満 : n=110、100% : n=134 (複数回答)



- 利用登録者のうち医療的ケアの必要な利用者の有無をみると、「いる」が63.6%であった。
- 利用登録者に占める医療的ケアの必要な利用者割合をみると、「0 %」（33.6%）が最も多く、次いで「0 %超10%未満」（18.1%）が多かった。

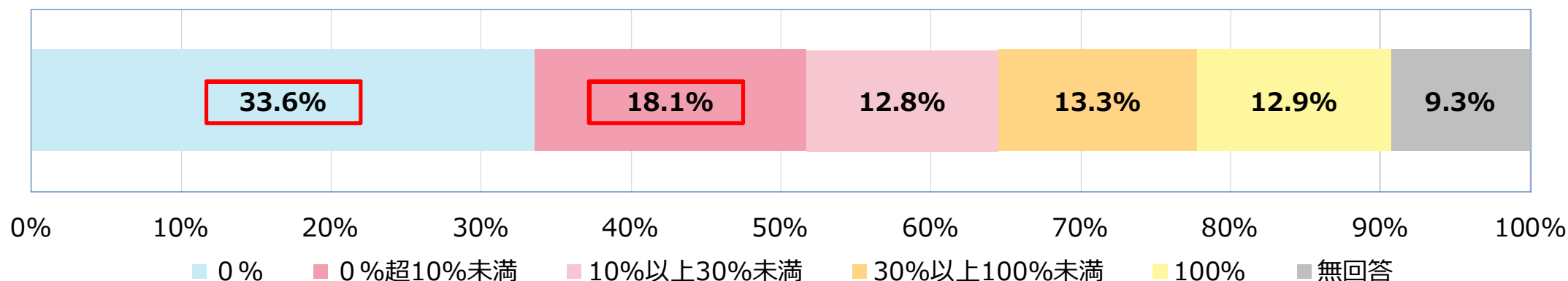
医療的ケアの必要な利用者の有無

n=873（単数回答）



医療的ケアの必要な利用者の比率

n=836（数値回答）



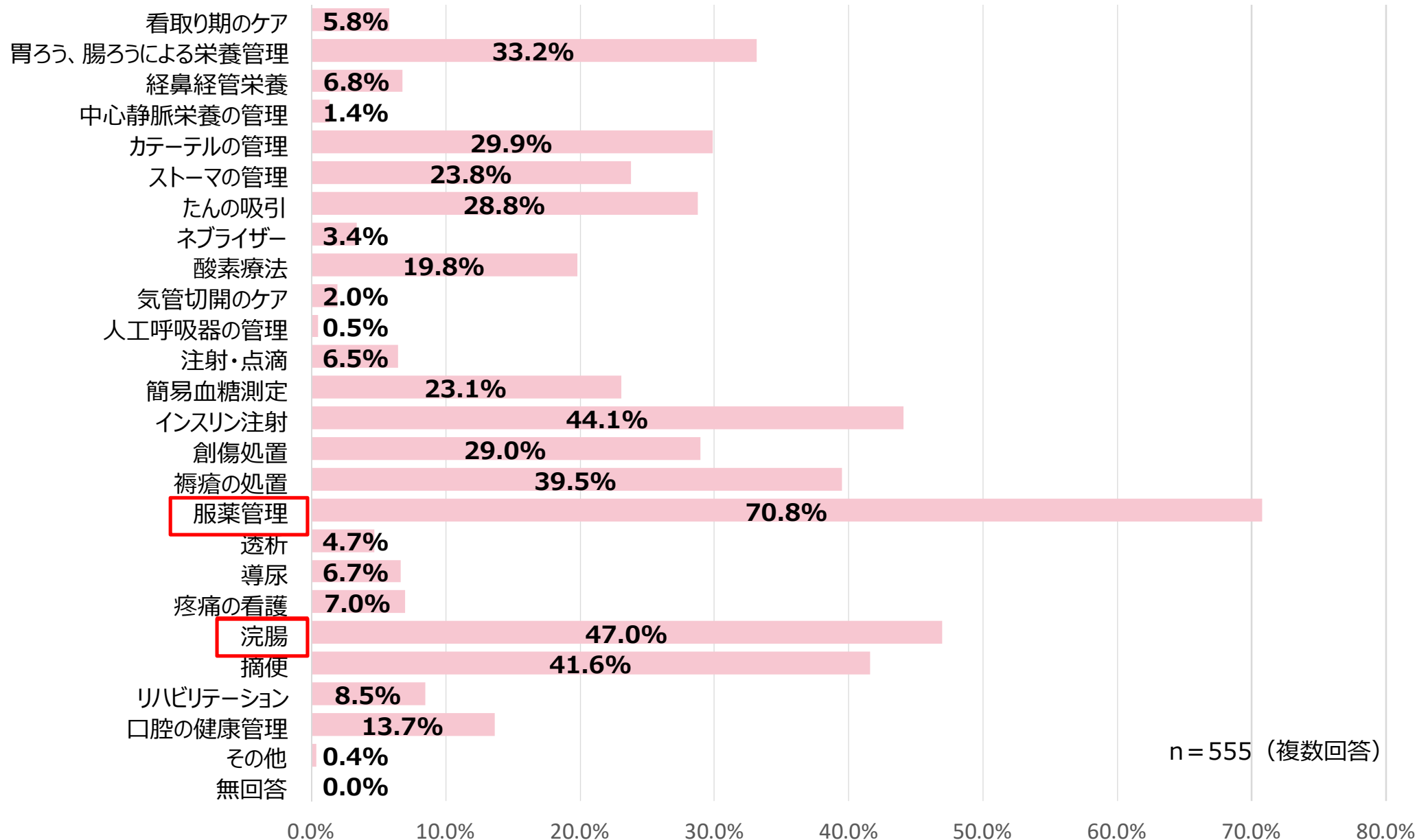
短期入所生活介護 看護職員が対応している医療的ケア

社保審－介護給付費分科会

第180回（R2. 7.20）

資料4

- 医療的ケアの必要な利用者について、医師の指示のもと実施しているものも含め、看護職員が対応している医療的ケアをみると、「服薬管理」（70.8%）が最も多く、次いで「浣腸」（47.0%）が多かった。



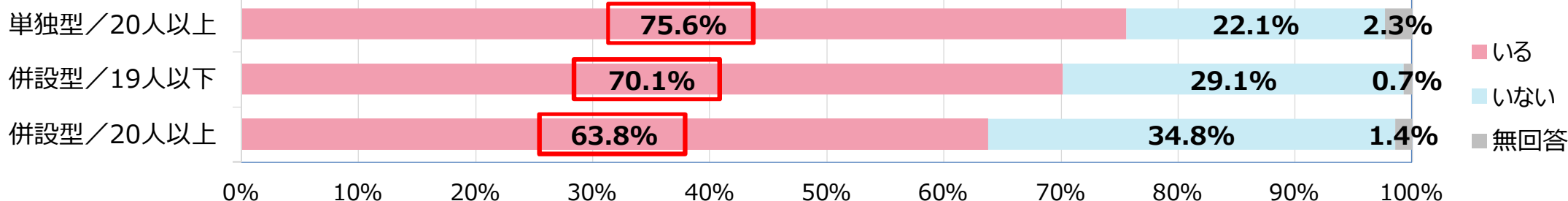
短期入所生活介護 類型別・定員別医療的ケアの状況①

社保審一介護給付費分科会
第188回 (R2.10.15) 資料 4

- 類型別・定員別に医療的ケアの必要な利用者の有無をみると、単独型・併設型／定員19人以下・20人以上とも「いる」が最も多く、それぞれ75.6%・70.1%・63.8%であった。
- また、医療的ケアの必要な利用者について、医師の指示のもと実施しているものも含め、看護職員が対応している医療的ケアをみると、「単独型／20人以上」と「併設型／20人以上」の間に大きな差異はなかった。

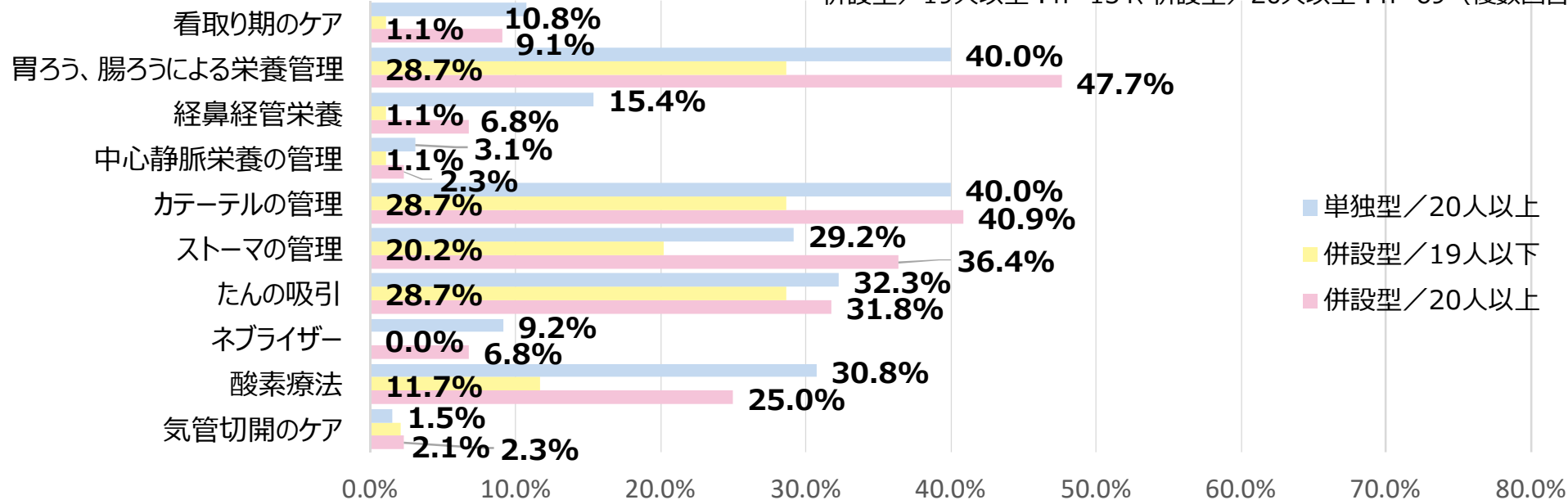
類型別・定員別 医療的ケアの必要な利用者の有無

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



類型別・定員別 看護職員が対応している医療的ケア①

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



短期入所生活介護 類型別・定員別医療的ケアの状況②

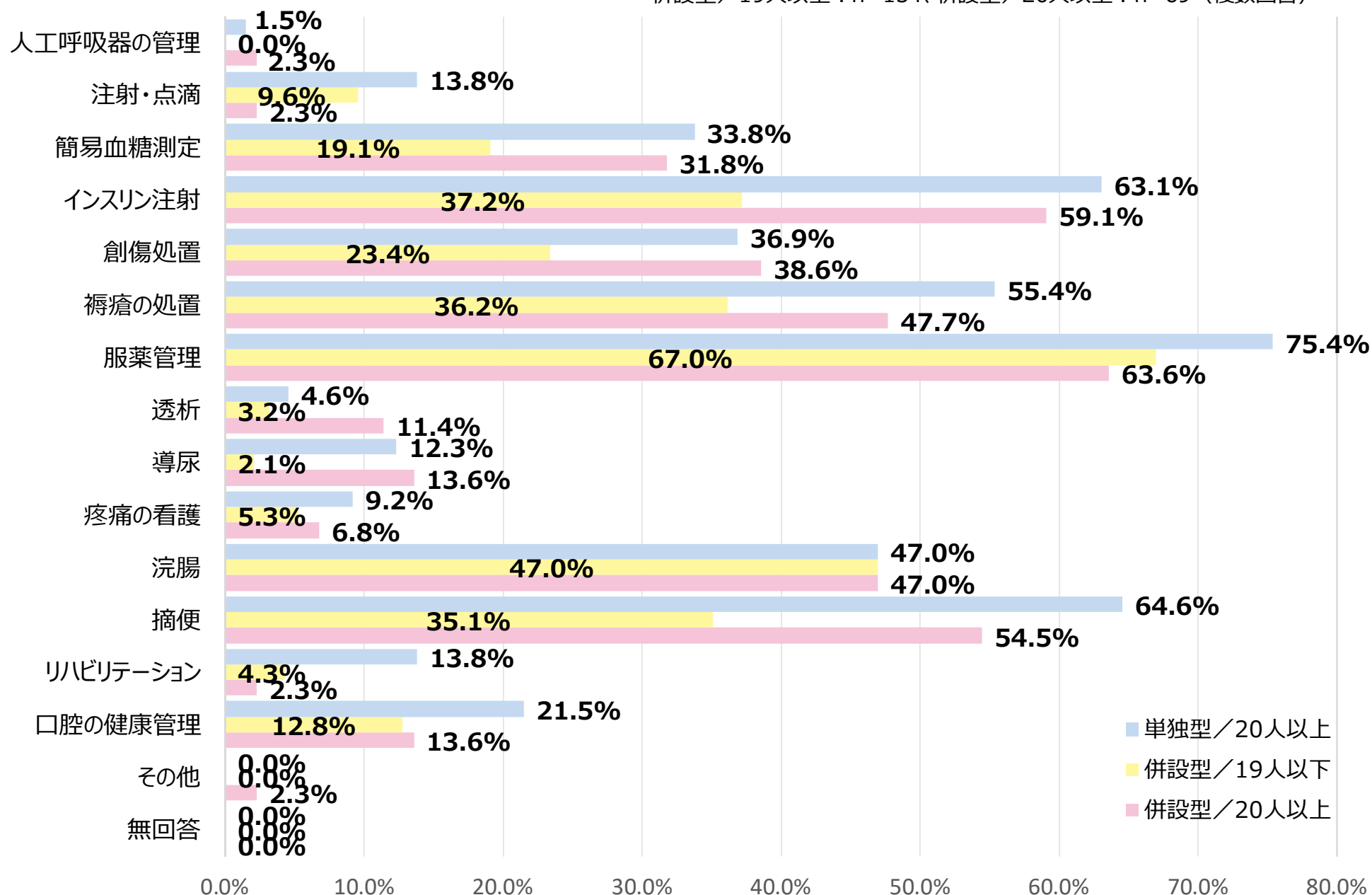
社保審一介護給付費分科会

第188回 (R2.10.15)

資料 4

類型別・定員別 看護職員が対応している医療的ケア②

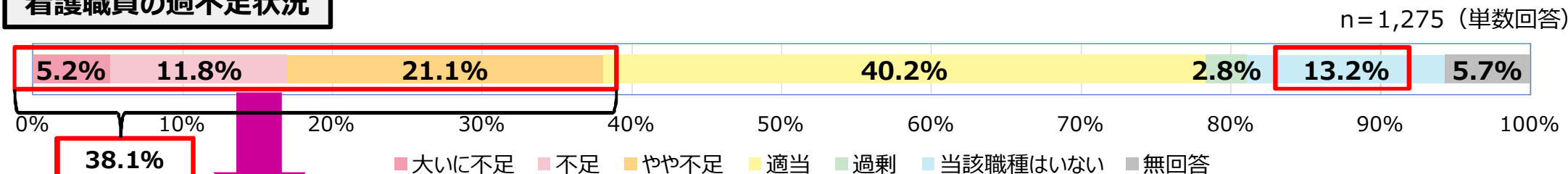
単独型／20人以上：n=86、
併設型／19人以上：n=134、併設型／20人以上：n=69（複数回答）



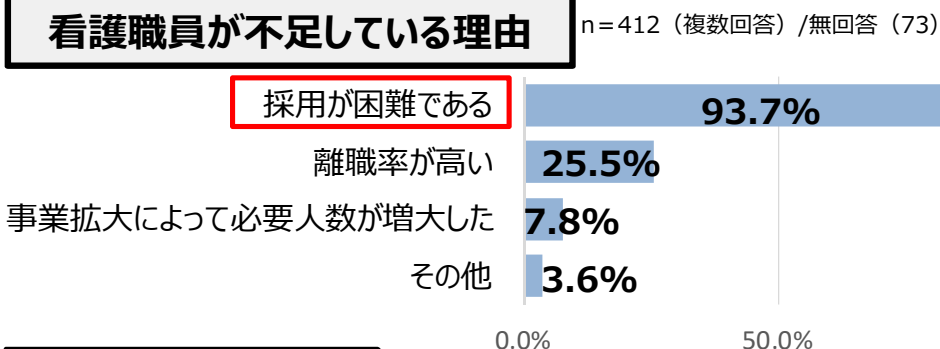
(介護予防)短期入所生活介護 看護職員の採用状況

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

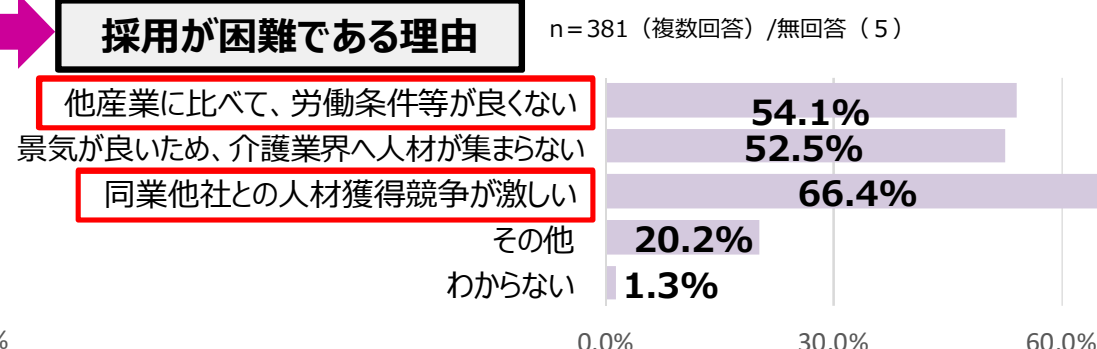
看護職員の過不足状況



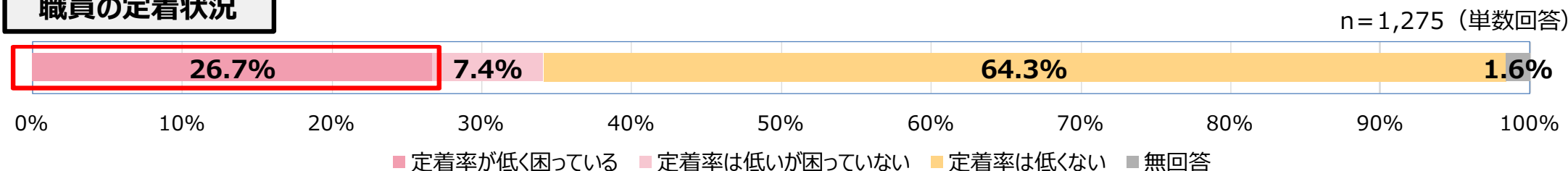
看護職員が不足している理由



採用が困難である理由



職員の定着状況



論点②生活機能向上連携加算

論点②

- （介護予防）短期入所生活介護の生活機能向上連携加算算定率（※）は、
 - ・ 短期入所生活介護 事業所ベース：1.6％／0.6％、回数ベース：0.1％
 - ・ 介護予防短期入所生活介護 事業所ベース：0.6％／0.4％、回数ベース：0.2％と非常に低くなっている。加算創設の目的（外部のリハビリテーション専門職と連携することにより、自立支援・重度化防止に資する介護を推進すること）を達成する観点から、どのような対応が考えられるか。

※ 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数／短期入所生活介護算定事業所数（介護保険総合データベースについて任意集計を実施）

前者は個別機能訓練加算算定なし（200単位）、後者は個別機能訓練加算あり（100単位）の場合を指す。

※ 算定率（回数・日数ベース）：加算算定回数・日数／短期入所生活介護算定総回数（介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分））

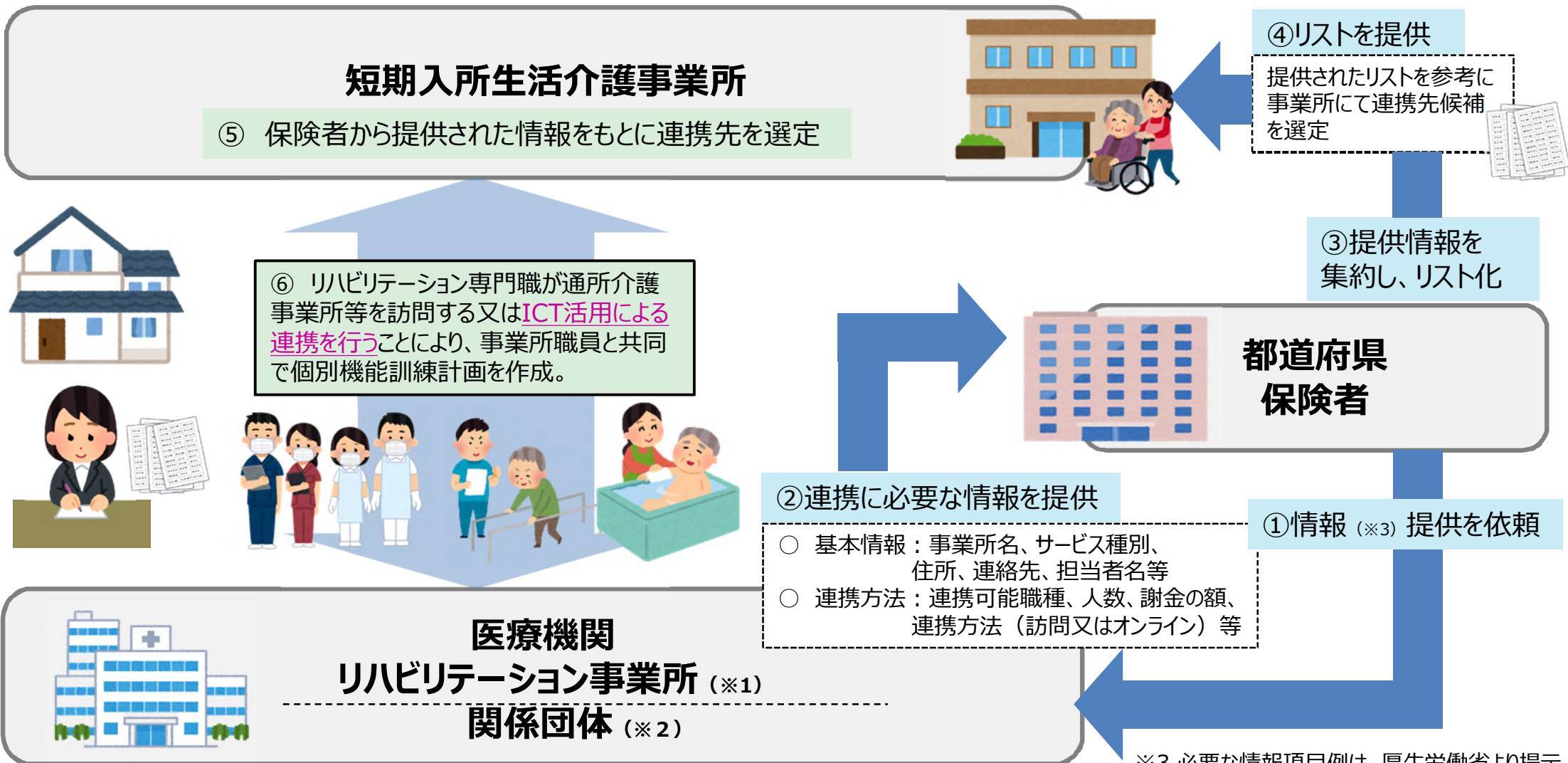
対応案

- 外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するため、訪問介護等における算定要件と同様、ICTの活用等により、リハビリテーション専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状況を適切に把握し助言した場合についても評価することとしてはどうか。
- さらに、算定要件上連携先となり得る事業所等の情報を加算対象サービス事業所に提供するなど、連携先を見つけやすくするための方策として、都道府県及び保険者が事業所間の調整を支援することを検討してはどうか（次頁参照）。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護等においても同様の対応を検討

生活機能向上連携加算 連携先を見つけやすくするための方策(イメージ)

- 短期入所生活介護事業所等・リハビリテーション事業所等間の連携を促進し、短期入所生活介護事業所等がより質の高い機能訓練を提供できるようにするため、都道府県及び保険者が算定要件上連携先となり得るリハビリテーション事業所等に情報提供を依頼し、その情報を集約の上、短期入所生活介護事業所等に提供することとしてはどうか。



※3 必要な情報項目例は、厚生労働省より提示。各都道府県・保険者において、さらに必要と考える項目等を追加の上、情報提供を依頼。

※1 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）

※2 地域支援事業・一般介護予防事業の「地域リハビリテーション活動支援事業」により構築された連携体制を活用することも可能。

(介護予防)短期入所生活介護 生活機能向上連携加算の要件

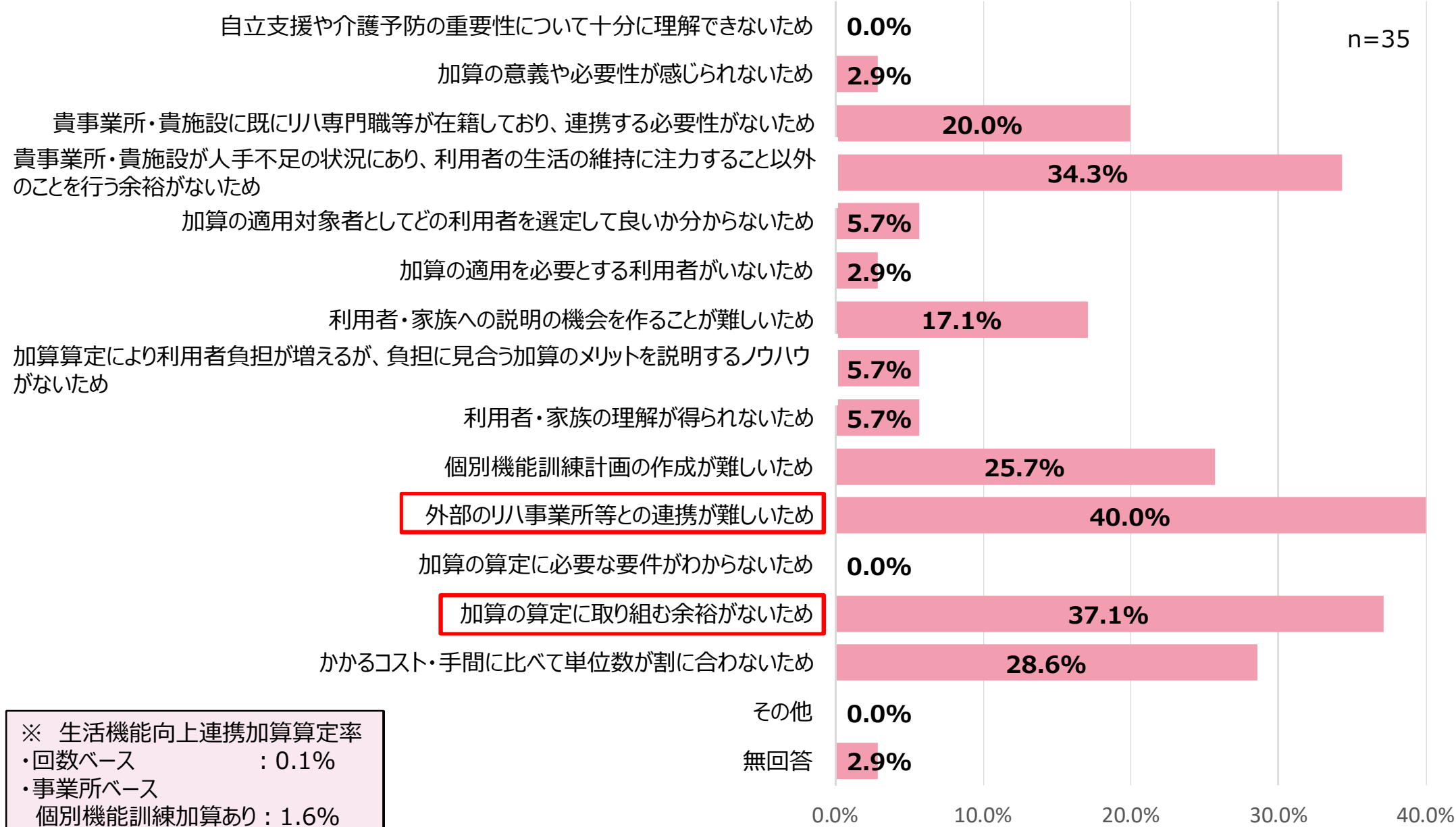
○ 短期入所生活介護においては、訪問介護等と異なり、ICT等を活用した場合における算定要件が設けられていない。

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

※1 左列は訪問介護の例であり、小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護においても同様。

短期入所生活介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由)

○ 短期入所生活介護における生活機能向上連携加算を算定していない理由をみると「外部のリハ事業所等との連携が難しいため」(40.0%)が最も多く、次いで「加算の算定に取り組む余裕がないため」(37.1%)が多かった。



※ 生活機能向上連携加算算定率
・回数ベース : 0.1%
・事業所ベース
個別機能訓練加算あり : 1.6%
個別機能訓練加算なし : 0.6%

短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携①

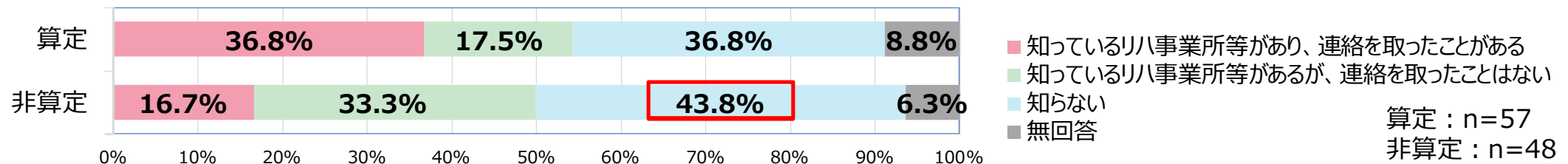
社保審一介護給付費分科会

第188回 (R2.10.15)

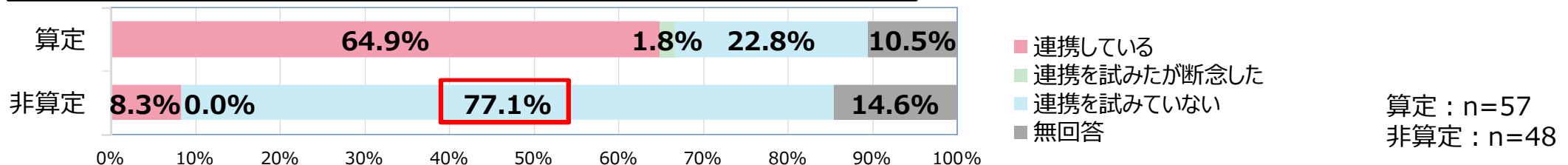
資料 4

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、近隣地域においてリハ専門職等を派遣しているリハ事業所等を知っているかをみると、非算定事業所のほうが「知らない」の割合が高かった（43.8%）。
- 個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況をみると、非算定事業所の方が「連携を試みていない」の割合が高かった（77.1%）。
- 外部のリハ事業所等と連携している理由をみると、算定・非算定とも「専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できるため」（83.8%/75.0%）が最も多かった。

近隣地域においてリハ専門職等を派遣しているリハ事業所等を知っているか



個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況



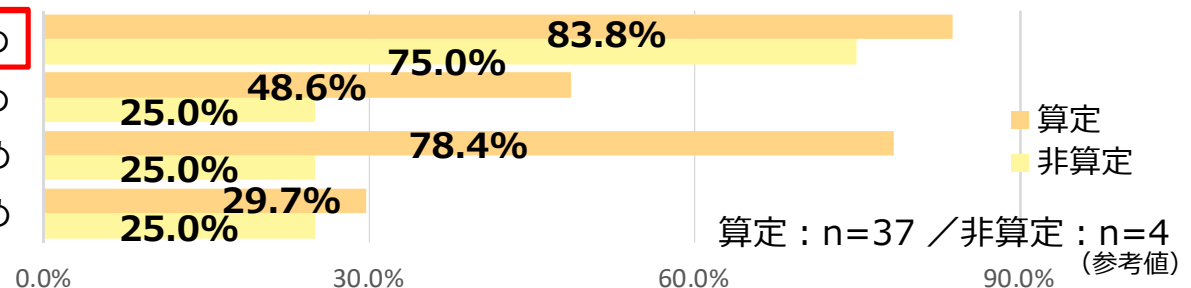
外部のリハ事業所等と連携している理由

専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できるため

介護職員等の教育につながるため

利用者のサービス向上につながるため

経営上のメリットがあるため



短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携②

社保審一介護給付費分科会

第188回 (R2.10.15)

資料 4

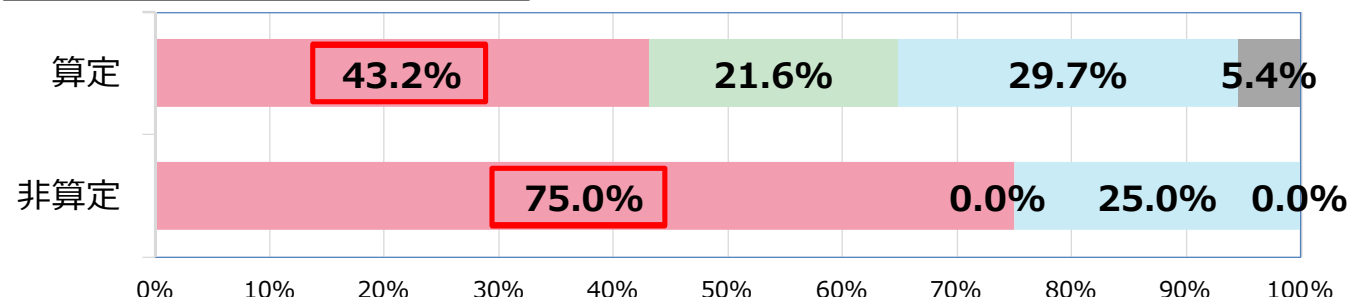
- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、連携している外部のリハ事業所等の件数をみると、算定事業所は平均 3 件、非算定事業所は平均 1 件と連携していた。
- 連携先が同一法人か否かをみると、算定・非算定とも「同一法人」(43.2%/75.0%) が最も多かった。
- 連携先となる事業所・施設種別をみると、算定事業所では「病院」(37.8%) が最も多かった。

連携している外部のリハ事業所等の件数

算定：n=26／非算定：n=4
(参考値)

	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
算定	3 件	10.2	1 件	54件	1 件
非算定	1 件	0	1 件	1 件	1 件

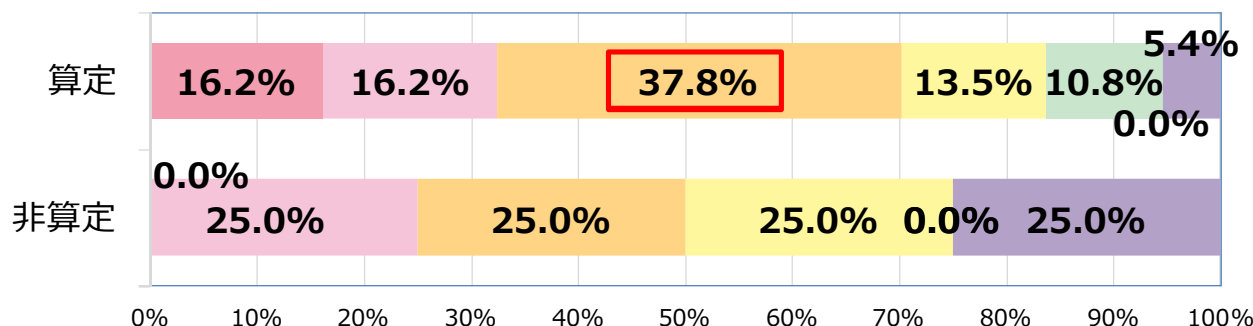
連携先が同一法人か否か



■ 同一法人
■ 別法人 (グループ法人)
■ 別法人 (グループ法人以外)
■ 無回答

算定：n=37
非算定：n=4
(参考値)

連携先となる事業所・施設種別



■ 訪問リハビリテーション事業所
■ 病院
■ 介護老人保健施設
■ 介護療養型医療施設
■ 介護医療院
■ 通所リハビリテーション事業所
■ 診療所
■ 無回答

算定：n=37
非算定：n=4
(参考値)

短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携③

社保審一介護給付費分科会

第188回 (R2.10.15)

資料 4

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、外部のリハ事業所等との連携を行う場合に連携している職種をみると、算定・非算定とも「理学療法士」(83.8 %/75.0%) が最も多かった。
- 連携先による訪問頻度をみると、算定事業所では「1 ヶ月に 2 回以上」(48.6%)、非算定事業所では「1 ヶ月に 1 回」(50.0%) が多かった。
- 連携先と連携を継続する上での課題をみると、算定・非算定とも「課題はない」(45.9%/50.0%) が最も多かった。

外部のリハ事業所等との連携を行う場合に連携している職種

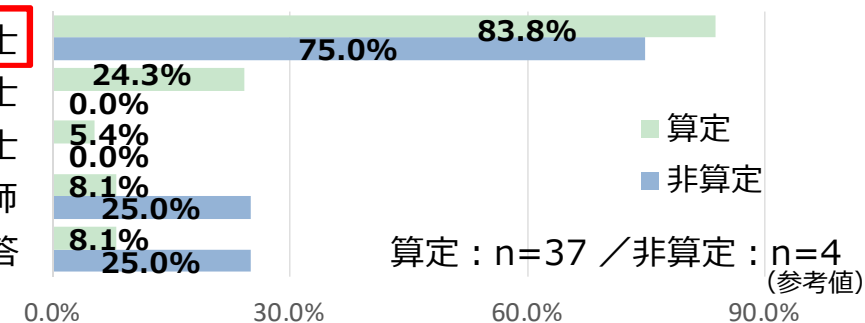
理学療法士

作業療法士

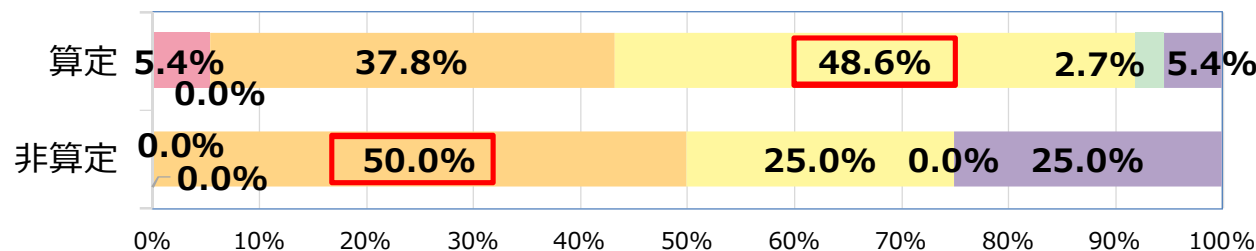
言語聴覚士

医師

無回答



連携先による訪問頻度



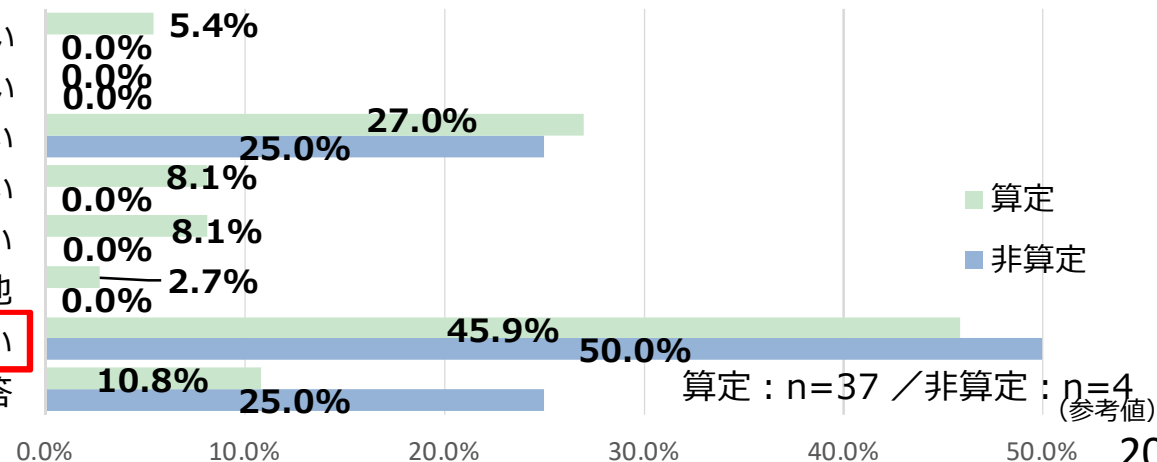
3 ヶ月に 1 回
1 ヶ月に 1 回
その他

2 ヶ月に 1 回
1 ヶ月に 2 回以上
無回答

算定 : n=37 / 非算定 : n=4 (参考値)

連携先と連携を継続する上での課題

- 事業所・施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい
- 連携先が 3 ヶ月に 1 回以上訪問することが難しい
- 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない
- 事業所・施設として採算が取れない
- 連携先に十分な対価を支払うことができない
- その他
- 課題はない
- 無回答



短期入所生活介護 外部のリハ事業所等との連携④

社保審一介護給付費分科会

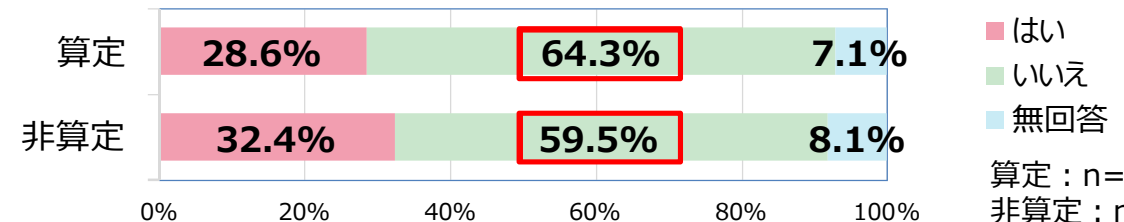
第188回 (R2.10.15)

資料 4

- 生活機能向上連携加算の算定・非算定別に、個別機能訓練計画の作成における外部のリハ事業所等との連携状況において「連携を試みたが断念した」又は「連携を試みていない」と回答した事業所について、外部のリハ事業所等との連携の必要性を感じているかをみると、算定・非算定とも「いいえ」（64.3%、59.5%）が最も多かった。
- 同事業所について、外部のリハ事業所等と連携していない理由をみると、非算定事業所では「利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい」「個別機能訓練計画の作成が難しいため」（35.1%）が最も多かった。また、連携先が存在するかが分からない事業所や、連携にあたっての依頼・条件設定方法が分からない、負担を感じる事業所も一定数あった。

外部のリハ事業所等との連携の必要性を感じているか

外部のリハ事業所等と連携していない理由



事業所・施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため

利用者が拒否するため

連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため

連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため

連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため

連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため

連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いか分からないため

連携先候補と契約を締結することや報酬単価を調整することに負担を感じるため

連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため

連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため

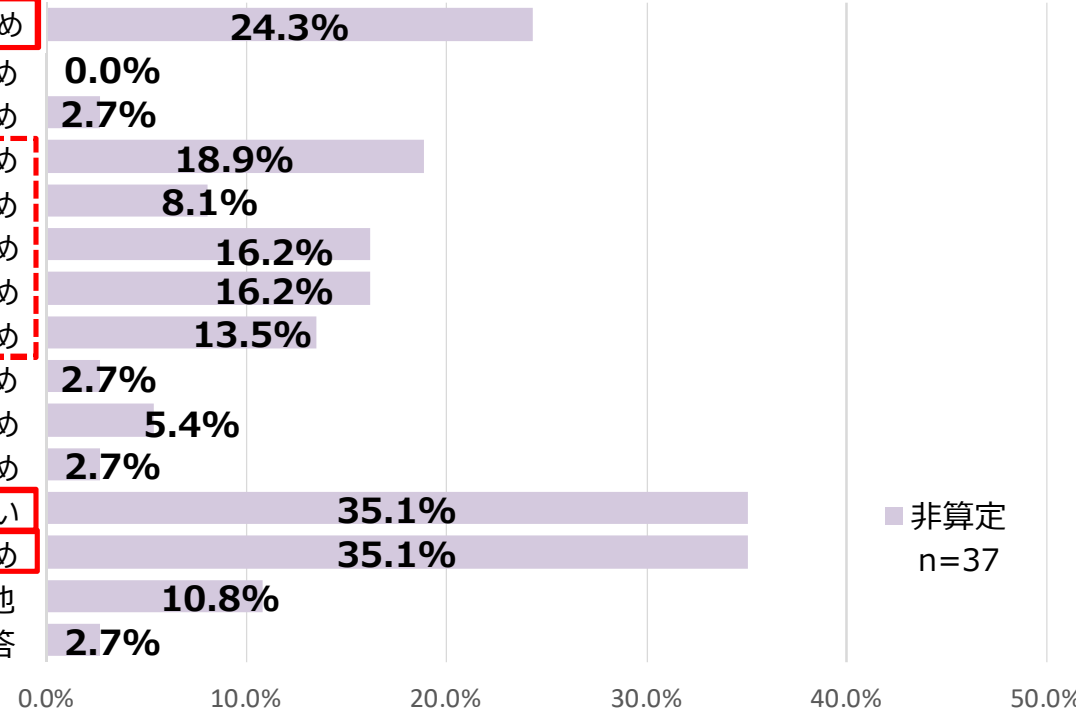
連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため

利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい

個別機能訓練計画の作成が難しいため

その他

無回答

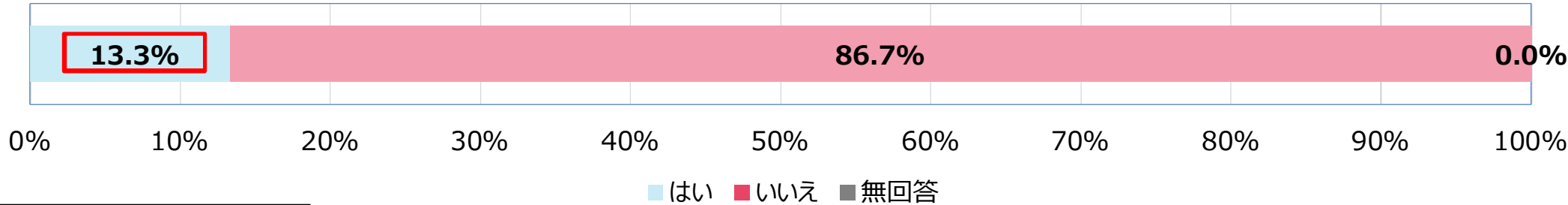


生活機能向上連携加算(参考:ICTを活用した利用者の状態把握)

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

ICTを活用した割合

n = 30（単数回答）／小規模多機能型居宅介護



ICT活用の効果

n = 4（複数回答）／小規模多機能型居宅介護
(参考値)

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

75.0%

利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった

75.0%

訪問の回数が減って貴事業所・貴施設の職員の負担が軽減された

50.0%

利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる

25.0%

動画等では十分な確認ができなかった

0.0%

その他

0.0%

無回答

0.0%

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

參考資料

短期入所生活介護の概要・基準

定義

短期入所生活介護とは、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、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

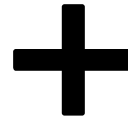
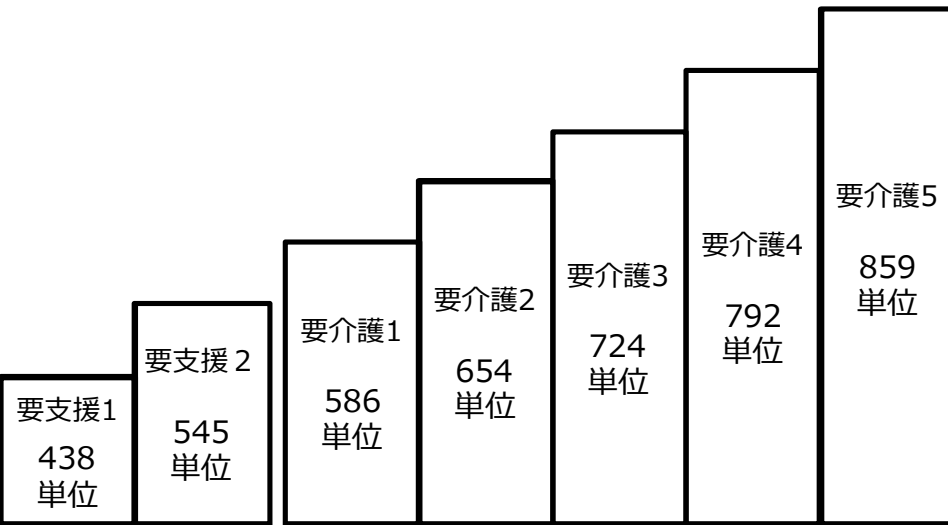
医師	1 以上
生活相談員	利用者100人につき 1 人以上（常勤換算） ※うち 1 人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは准看護師	利用者 3 人につき 1 人以上（常勤換算） ※うち 1 人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	1 人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	1 以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

○ 設備基準

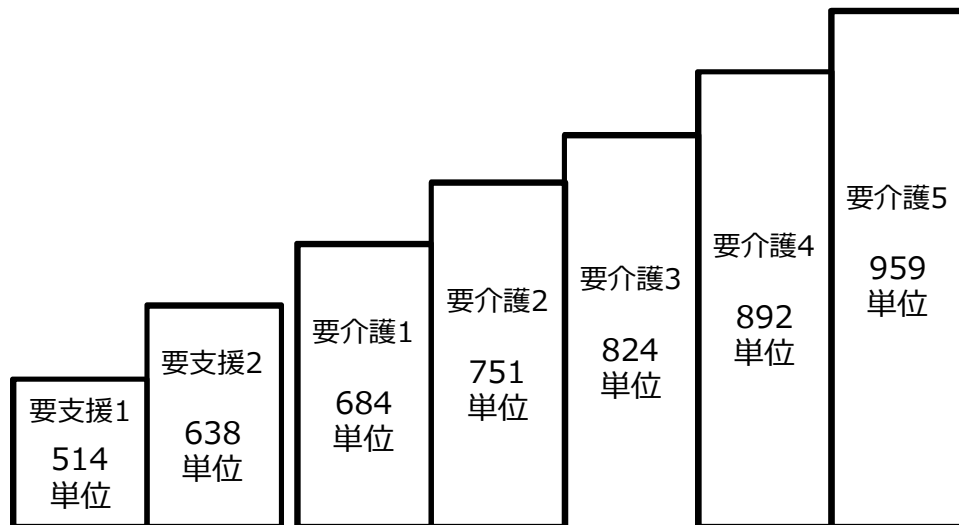
利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員 4 人以下、床面積（1 人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積 3 ㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

短期入所生活介護の報酬

利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
(特別養護老人ホーム等との併設で従来型個室・多床室の場合)



利用者の要介護度等に応じた基本サービス費
(特別養護老人ホーム等との併設でユニット型個室の場合)



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

外部のリハビリテーション専門職が連携
して、機能訓練のマネジメントを実施
(200単位/月)

※個別機能訓練加算を算定している場合は
100単位/月

専従の機能訓練指導員を
配置している場合
(12単位/日)

個別機能訓練の実施
注：要介護者のみ
(56単位/日)

看護体制の充実
(4単位/日、8単位/日)
※要介護3以上の利用者を70%以上
受け入れる事業所の場合
(定員要件により単位数は異なる)
(12(6)単位/日、23(13)単位/日)

手厚い健康管理と医療との連携
注：要介護者のみ
(58単位/日)

夜勤職員の手厚い配置
注：要介護者のみ
看護職員又は喀痰吸引等実施ができる介護職
員を配置している場合は括弧内の単位を算定
(ユニット型以外：13(15)単位/日)
(ユニット型：18(20)単位/日)

送迎を行う場合
(片道につき184単位)

緊急の利用者を受け入れた場合
注：要介護者のみ (90単位/日)

介護福祉士や常勤職員等を一定
割合以上配置(サービス提供体制強化加算)

- ・介護福祉士6割以上：18単位/日
- ・介護福祉士5割以上：12単位/日
- ・常勤職員等：6単位/日

介護職員処遇改善加算
(Ⅰ)8.3% (Ⅱ)6.0% (Ⅲ)3.3%
(Ⅳ)加算Ⅲ×0.9 (Ⅴ)加算Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(Ⅰ)2.7% (Ⅱ)2.3%

定員を超えた利用や
人員配置基準に違反
(▲30%)

長期間の利用者への
サービス提供
(▲30単位/日)

※加算・減算は主なものを記載。点線枠の加算は区分支給限度額の枠外