

社保審－介護給付費分科会	
第196回（R2.12.9）	参考資料

審議報告案にかかると参考資料 （令和2年12月9日）

第193回（R2.11.16）、第194回（R2.11.26）
介護給付費分科会資料より抜粋

審議報告案にかかる参考資料 目次(※)

※ 項目は、審議報告案に基づき設定
各項目右上には、資料8との対応を記載

基本的な視点	2
1. 感染症や災害への対応力強化	
(1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進	5
2. 地域包括ケアシステムの推進	
(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進	20
(2) 看取りへの対応の充実	27
(3) 医療と介護の連携の推進	33
(4) 在宅サービスの機能と連携の強化	47
(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化	59
(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保	61
(7) 地域の特性に応じたサービスの確保	69
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進	
(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化	80
(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進	110
(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進	118
4. 介護人材の確保・介護現場の革新	
(1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進	124
(2) テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進	135
(3) 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進	150
5. 制度の安定性・持続可能性の確保	
(1) 評価の適正化・重点化	157
(2) 報酬体系の簡素化	172
6. その他の事項	186

基本的な視点

令和3年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

社保審一介護給付費分科会

第187回 (R2.10.9)

資料2-1

改定に当たっての基本認識

- 新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で、**感染症や災害への対応力強化**を図っていく必要。
- 2025年、更にはその先の2040年を展望すると、中重度の要介護者や認知症の人の増加など介護ニーズが増大・多様化。その状況は地域ごとに異なる。2025年に向けて、2040年も見据えながら、国民一人一人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、「**地域包括ケアシステム**」を各地域の特性に応じて**構築し推進**していく必要。
- 介護サービスは**高齢者の自立支援と重度化防止**に資するものであることが求められている。近年、サービスの質の評価や科学的介護の実現のための環境整備を推進。これらの取組を進めながら**質の高いサービス提供を推進**していく必要。
- 足下の介護人材不足は深刻。今後は介護ニーズが増大する一方で、担い手の減少が顕著となる。総合的な**介護人材確保対策**や生産性向上をはじめとする**介護現場の革新**の取組を一層進めていく必要。
- 介護に要する費用は増加。必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図り、**制度の安定性・持続可能性**を高めていく必要。

介護報酬改定に向けた基本的な視点

① 感染症や災害への対応力強化

- 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築
 - ・日頃からの発生時に備えた取組、発生時における業務継続に向けた取組の推進

② 地域包括ケアシステムの推進

- 認知症の人や、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進
 - ・在宅サービスの機能と連携の強化
 - ・介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化
 - ・医療と介護の連携の推進
 - ・看取りへの対応の充実
 - ・認知症への対応力向上に向けた取組の推進
 - ・ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
 - ・地域の特性に応じたサービスの確保

③ 自立支援・重度化防止の取組の推進

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進
 - ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
 - ・ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価をバランス良く組み合わせた介護サービスの質の評価の推進
 - ・介護関連データの収集・活用とPDCAサイクルの推進を通じた科学的介護の取組の推進
 - ・寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

④ 介護人材の確保・介護現場の革新

- 喫緊かつ重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応
 - ・介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
 - ・介護サービスの質を確保した上での、ロボット・ICTの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
 - ・文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

⑤ 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、費用負担者への説明責任を果たし、国民の納得感を高めていく
 - ・評価の適正化・重点化
 - ・報酬体系の簡素化

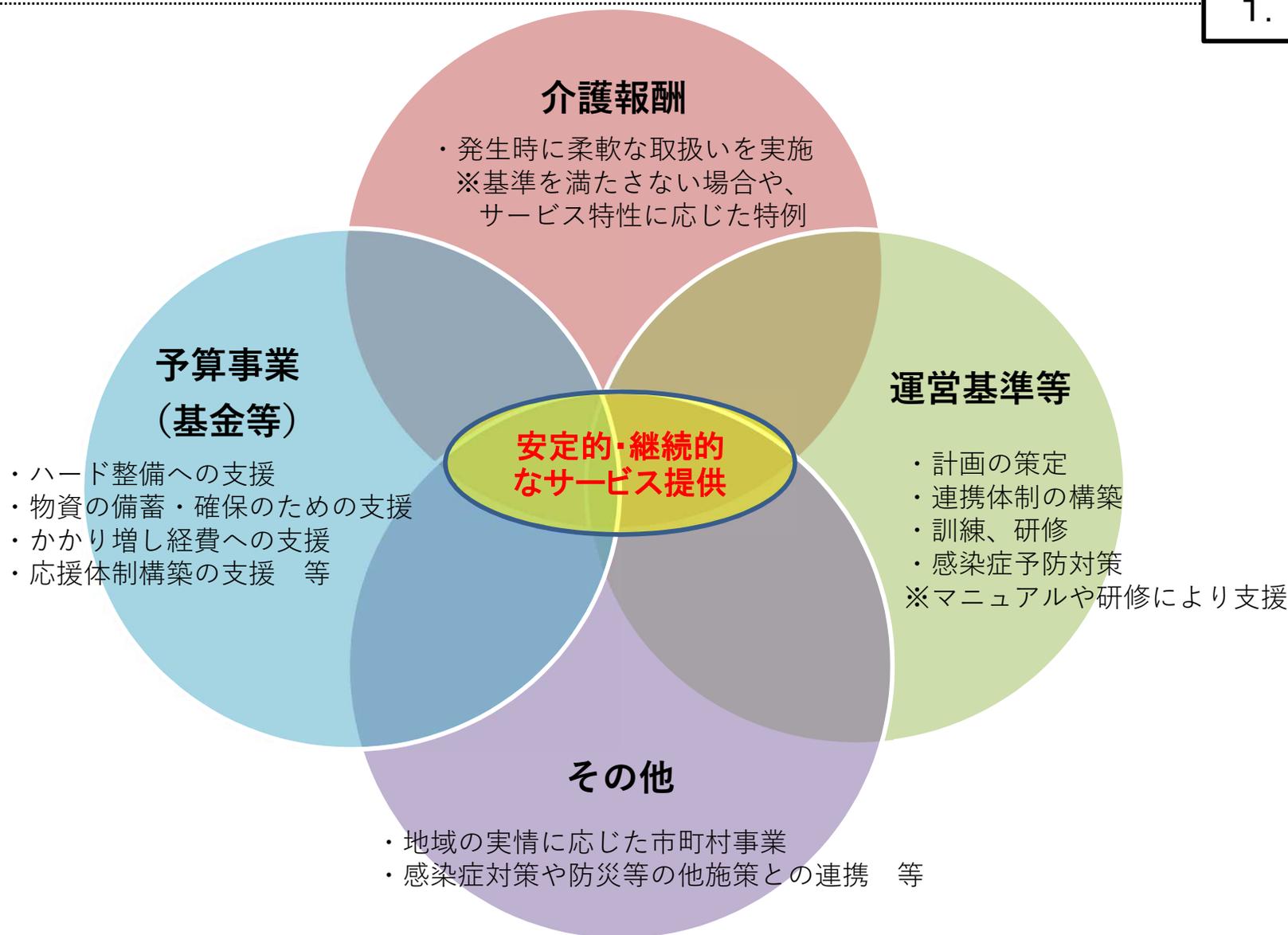
1. 感染症や災害への対応力強化

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

介護サービスの安定的・継続的な提供について

- 介護サービスは、利用者やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 介護報酬や運営基準等による対応、予算事業による対応等を組み合わせ、総合的に取組を進めることが必要。

1. (1)①



感染症対策等に係る基準における規定の例

該当サービス	施設サービス	通所系・居住系サービス 【主なサービス：通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護 等】	訪問系サービス 【主なサービス：訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 等】	
○義務 ●努力義務	感染症対策	○感染症又は食中毒の発生、まん延の防止のための以下の措置の実施 ①委員会の開催（概ね3月に1回以上）、その結果の周知 ②指針の整備 ③研修の定期的な実施 ④「感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応	●感染症の発生又はまん延の防止	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">1. (1)①</div>
	衛生管理	○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施 ○医薬品及び医療機器の適正な管理 ●設備等及び飲用水の衛生的な管理	○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施 ●設備等の衛生的な管理	
(参考) 基準省令の規定の例	第27条 指定介護老人福祉施設は、入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。 2 指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。 一 当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。 二 当該指定介護老人福祉施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。 三 当該指定介護老人福祉施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的実施すること。 四 前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。	第104条 指定通所介護事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。 2 指定通所介護事業者は、当該指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。	第31条 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。 2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。	

※上記のほか、通所リハビリテーション、療養通所介護には、医薬品・医療機器の適正な管理の義務あり。

福祉用具貸与には、回収した福祉用具の適切な消毒及び保管の義務等あり。

※居宅介護支援・介護予防支援は、当該基準なし

介護現場における感染対策の手引き等について

1. (1)①

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

こちらのリンクから
閲覧できます！

介護現場における感染対策の手引き【第1版】

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

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

❖ ポイント

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

❖ 主な内容

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

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



介護職員のための感染対策マニュアル 感染対策普及リーフレット

マニュアル

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

リーフレット

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



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

1. (1)①

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

1. 基本的な事項

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

2. 訪問サービスに関する事項

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

3. 通所サービスに関する事項

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

4. 居宅介護支援等に関する事項

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

1.(1)①

- 介護サービスは高齢者やその家族の生活を支え、高齢者の健康を維持する上で不可欠。今後は、感染による重症化リスクが高い高齢者に対する接触を伴うサービスが必要となる介護サービスの特徴を踏まえ、最大限の感染症対策を継続的に行いつつ、必要なサービスを提供する体制を構築する必要。
- そこで、必要な物資を確保するとともに、感染症対策を徹底しつつ介護サービスを再開し、継続的に提供するための支援を導入。
- また、新型コロナウイルスの感染防止対策を講じながら介護サービスの継続に努めていただいた職員に対して慰労金を支給する。

事業内容

1 感染症対策の徹底支援

- 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供を支援【事業者支援】
(感染症対策に要する物品購入、外部専門家等による研修実施、感染発生時対応・衛生用品保管等に柔軟に使える多機能型簡易居室の設置等の感染症対策実施のためのかかり増し費用)
- 今後に備えた都道府県における消毒液・一般用マスク等の備蓄や緊急時の応援に係るコーディネート機能の確保等に必要の費用【都道府県支援】

2 介護施設・事業所に勤務する職員に対する慰労金の支給

- 新型コロナウイルス感染症が発生又は濃厚接触者に対応した施設・事業所に勤務し利用者と接する職員に対して慰労金(20万円)を支給
- 上記以外の施設・事業所に勤務し利用者と接する職員に対して慰労金(5万円)を支給

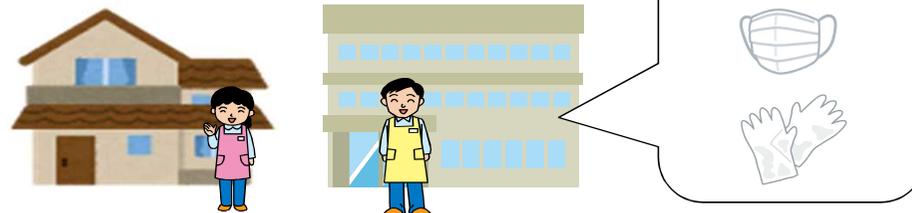
3 サービス再開に向けた支援

- ケアマネジャーや介護サービス事業所によるサービス利用休止中の利用者への利用再開支援(アセスメント、ニーズ調査、調整等)等

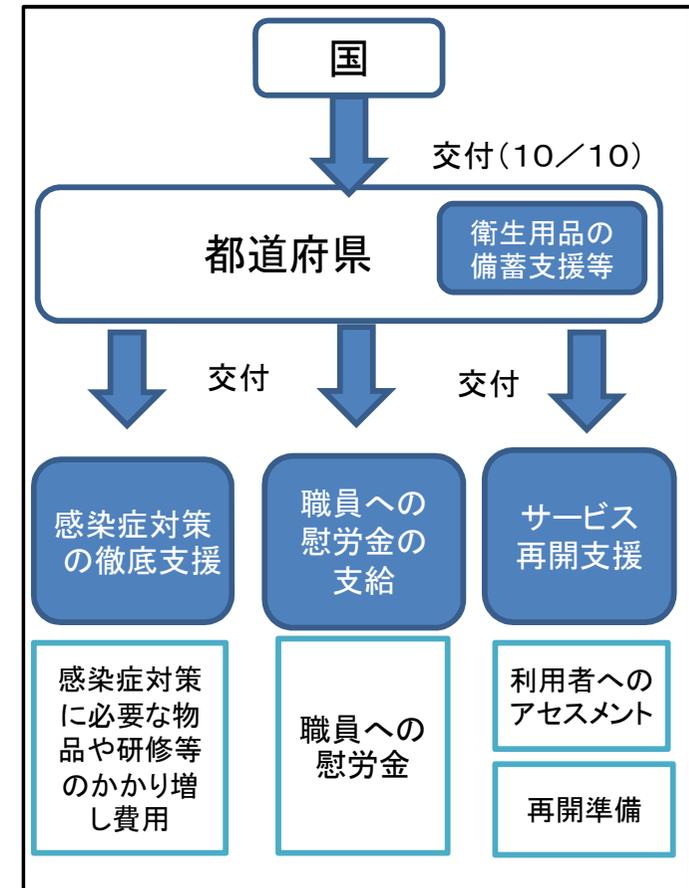
4. 都道府県の事務費

補助額等

実施主体: 都道府県
補助率: 国 10/10



事業の流れ



介護報酬等の臨時的な取扱いを示した災害について(平成30年度以降)

社保審—介護給付費分科会

第184回 (R2.9.4)

資料3

○ 平成30年度以降、介護報酬等の臨時的な取扱いを示した災害は以下のとおり。

1. (1)②

年度	時期	災害の内容	主な災害発生地域
平成30年度	6月	平成30年大阪府北部を震源とする地震	大阪府
	7月	平成30年7月豪雨	西日本
	9月	平成30年北海道胆振東部地震	北海道
令和元年度	9月	令和元年台風第15号に伴う災害	千葉県
	10月	令和元年台風第19号に伴う災害	東日本
令和2年度	7月	令和2年7月3日からの大雨	九州

- 新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）では、特定接種の登録事業者（※1）について、業務継続計画（BCP）の作成が求められており、対象となりうる事業者に対し、「社会福祉施設・事業所における新型インフルエンザ等発生時の業務継続ガイドライン（※2）」が示されている。
- また、社会福祉施設等は、災害等にあってもサービス提供を維持していくことが求められており、社会福祉施設等の事業継続に必要な事項を定める「事業継続計画」の作成が推奨され（※3）、その作成に資するものとして「社会福祉施設等におけるBCP様式（※4）」が示されているところ。
- 令和2年度第二次補正予算においては、介護サービス事業所のBCPの策定支援のため、各サービス類型に応じたガイドラインの作成や、BCP作成の指導者養成研修のための予算を確保。

※1 新型インフルエンザ等対策特別措置法第28条に基づいて実施される予防接種（特定接種）の対象となるため、厚生労働大臣の登録を受けている、国民生活の安定に寄与する業務（介護保険の入所・訪問サービスを含む）などを行う事業者

※2 厚生労働省 平成26年度セーフティネット支援対策等事業費補助金 社会福祉推進事業 で作成

※3 「社会福祉施設等における事業継続計画（BCP）の策定について（依頼）」（令和2年6月15日付厚生労働省社会・援護局福祉基盤課事務連絡）

※4 厚生労働省 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金 社会福祉推進事業 で作成

《「社会福祉施設・事業所における新型インフルエンザ等発生時の業務継続ガイドライン」》

《「社会福祉施設等におけるBCP様式」の内容》



総則

1. 基本方針
2. 推進体制
3. リスクの把握
4. 優先業務の選定
5. 現状の課題と対策
6. 訓練
7. 評価と改善

I. 自施設での対応（自助）

1. 平常時の対応
2. 緊急時の対応

II. 他施設との連携

1. 連携体制の構築
2. 連携対応

III. 地域貢献

1. 被災時の職員の派遣
2. 福祉避難所の運営

① 目的

介護サービスは、要介護者、家族等の生活を支える上で欠かせないものであり、新型コロナウイルス蔓延下、緊急事態宣言下であっても、適切な感染防止対策を行った上でのサービス継続が求められる。また特に介護職員は、基礎教育過程において感染予防のための標準予防策を必ずしも学習しておらず、感染対策に関する不安や疑問を抱えて業務にあたっており、その他の職員も含め、精神的にも多大な負荷を負っている。本事業では、介護現場における感染症対応力を底上げしつつ、継続的なサービス提供が可能となるよう、事業者や介護従事者への各種支援を行う。

② 事業内容

- (1) 介護事業所の感染防止対策のための相談・支援事業（民間事業者に対する補助金10/10）
- (2) 介護施設及び介護事業所における感染症対策力向上事業（民間事業者に対する委託費）
- (3) 介護サービスの類型に応じた業務継続計画(BCP)作成支援事業（民間事業者に対する委託費）
- (4) 新型コロナウイルス感染症に対応する介護施設等の職員のためのサポートガイドの作成・こころの相談事業（相談事業：民間事業者に対する補助金10/10、それ以外：民間事業者に対する委託費）

③ 事業イメージ

(1) 現場で感じた疑問等を随時相談できる窓口の設置

○気軽に質問できる感染対策相談窓口の設置
・事業所や職員からの質問に自動で回答する体制の整備

○専門家による相談支援
・事業所や職員、介護関係団体では解決できない内容について、感染対策の専門家による相談対応ができる体制を整備

【回答】

【質問】

(2) 感染対策のマニュアルの提供と専門家による研修等

○感染対策に関するマニュアルの作成
・学識者、介護現場の意見、既存資料も活用して作成

○研修の実施
・マニュアルに基づいた研修プログラムを作成し研修を実施
・感染症専門家が施設・事業所に赴き実地での研修を実施

(3) 事業継続計画(BCP)の策定支援

【BCP遂行】

○ガイドラインの作成
・有識者によるサービス類型(入所系、訪問系、通所系)に応じたガイドラインの作成

○指導者養成研修会の開催
・事業所におけるBCP策定促進につなげるよう研修プログラムを作成し指導者養成研修会を開催

【事業継続】



(4) メンタルヘルス支援

○セルフケアのためのサポートガイド作成
・メンタルヘルス改善に積極的に取り組む事業所等の好事例を盛り込んだサポートガイドを作成し周知・広報

○専門家による相談支援
・職員の尊厳を重視し、事業所等では対応できない事例への専門家による相談窓口を設置
・医療機関等との連携体制を整備

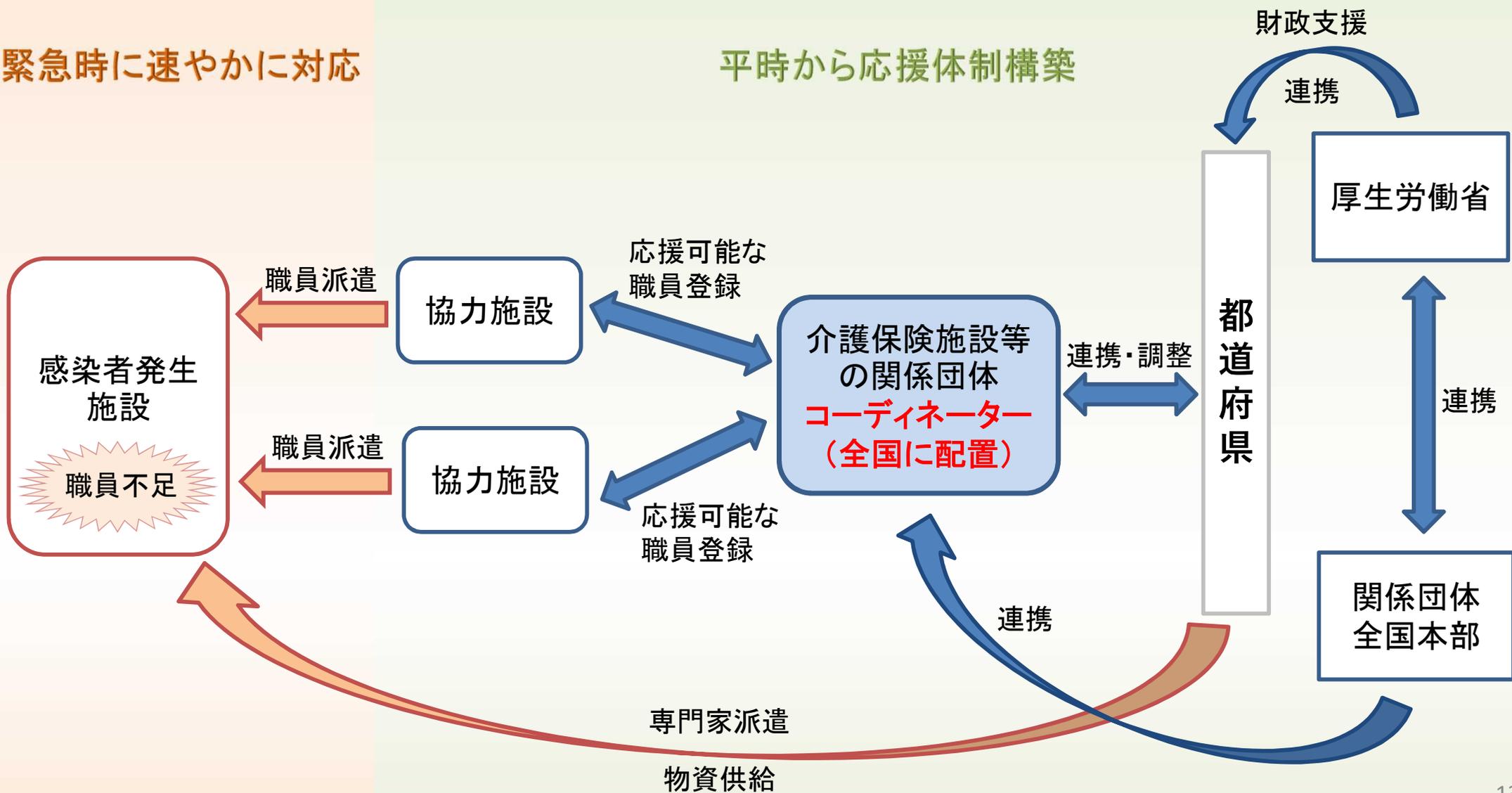
緊急時等に備えた平時からの応援体制の構築

1. (1)②

- 全国の都道府県ごとに、介護保険施設等の関係団体にコーディネーターを配置。
- あらかじめ応援可能な職員登録を行う等、平時から、サービス提供者を確保・派遣するスキームを構築。
- 感染者等が発生した場合は、速やかに応援職員を派遣。
- 都道府県は、必要な物資の供給や専門家を派遣。

緊急時に速やかに対応

平時から応援体制構築



非常災害対策の基準省令における位置づけ

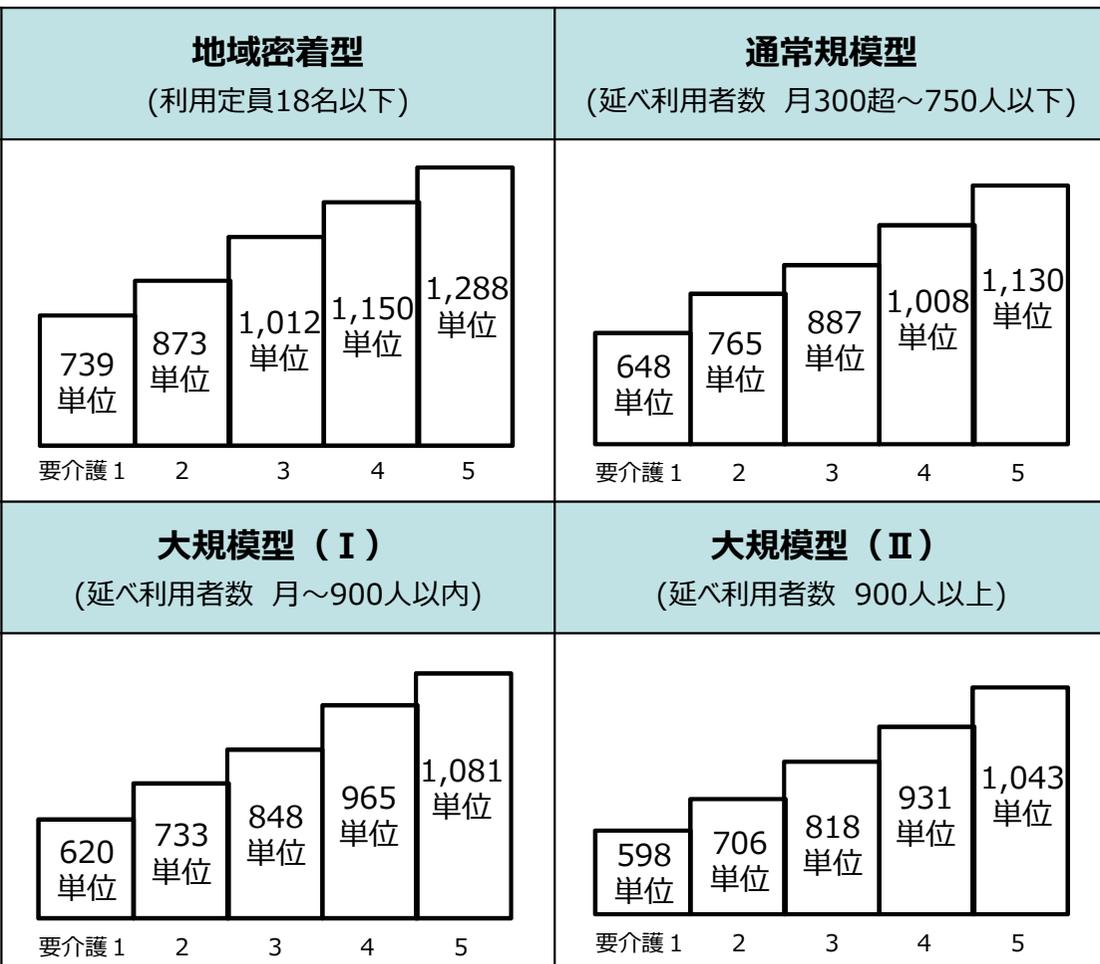
該当サービス	施設サービス	通所系・居住系サービス 【主なサービス：通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護】	小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護	訪問系サービス 居宅介護支援等
義務	○非常災害に関する具体的計画の策定 ○関係機関への通報・連携体制の整備、従業者への周知 ○定期的な避難等訓練			<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">1. (1)③</div> -
努力義務	-	-	○訓練の実施に当たっての、地域住民との連携	-
(参考) 基準省令の 規定の例	第26条 指定介護老人福祉施設は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。	第103条 指定通所介護事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。	第182条の2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。 2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。	-
(参考) 解釈通知の例	24 非常災害対策 (1) 基準省令第26条は、指定介護老人福祉施設は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策について万全を期さなければならないこととしたものであること。 (2) 「関係機関への通報及び連携体制の整備」とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう職員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえようような体制作りを求めることとしたものである。 また「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている指定介護老人福祉施設にあってはその者に行わせるものとする。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定介護老人福祉施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせるものとする。			

通所介護・地域密着型通所介護の報酬

1. (1)④

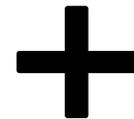
サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費（例）

○ サービス提供時間：7時間以上8時間未満の場合



- ※1：サービス提供時間には、その他、3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満、5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満、8時間以上9時間未満がある（2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者を実施）。
- ※2：サービス提供時間には、送迎の時間は含まれない。
- ※3：通常規模型については、大規模型に比べてスケールメリットが働きにくいことに配慮し、基本サービス費用を高く設定している。

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算



入浴介助を行った場合 (50単位/日)	中重度者の受入体制 (45単位/日)
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	個別機能訓練の実施 (46単位/日、56単位/日)
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 (3単位/月、6単位/月)	認知症高齢者の受入 (60単位/日)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理、口腔機能向上への計画的な取組 (150単位/回) ・ 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 (5単位/回) 	延長サービス（9時間以上～最大14時間まで）の実施 (50単位～250単位)
介護福祉士や3年以上勤務者を一定割合以上配置 (サービス提供体制強化加算) <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉士5割以上：18単位/回 ・ 介護福祉士4割以上：12単位/回 ・ 勤続年数3年以上3割以上：6単位/回 	介護職員処遇改善加算 (I)5.9% (II)4.3% (III)2.3% (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)1.2% (II)1.0%
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	事情により、2～3時間の利用の場合 (4～5時間の単位から ▲30%)
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合 (▲94単位/日)	送迎を行わない場合 (片道につき▲47単位)

※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

通所リハビリテーションの報酬

1. (1)④

※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所リハビリテーションの介護報酬 のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所規模に応じた基本サービス費

	通常規模型 (前年度の1月あたりの平均利用 延べ人員数が750人以内の事業所)	大規模型 (II) ※2 (前年度の1月あたりの平均利用延 べ人員数が901人以上の事業所)
1 ～ 2 時間	<p>331 360 390 419 450 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>318 348 375 404 432 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>
7 ～ 8 時間 ※ 1	<p>716 853 993 1,157 1,317 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>667 797 927 1,080 1,231 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>

※1：その他、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、6～7時間のサービス提供時間がある。

※2：これ以外に大規模型 (I) として1月以内の平均利用延べ人員数が751人以上かつ900人以下の事業所がある。

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

栄養改善サービスの実施 (150単位/回) ※月に2回を限度
栄養スクリーニング加算 (5単位/回) ※6月に1回を限度

短期集中的なリハビリテーションの実施 (110単位/日)
認知症の利用者への短期集中的なリハビリテーションの実施
・I : 240単位/日 ※週に2日を限度
・II : 1920単位/月

口腔機能向上
サービスの実施
(150単位/回)
※月に2回を限度

継続的にリハビリテーションの質を管理
(リハビリテーションマネジメント加算)
・I : 330単位/月
・II : 850単位/月, 6月から530単位/月
・III : 1,120単位/月, 6月から800単位/月
・IV : 1,220単位/月, 6月から900単位/月

若年性認知症利用者
の受け入れ
(60単位/日)

中山間地域等に居住する者への
サービス提供加算
+ 5/100

介護福祉士や3年以上勤務
者を一定以上配置
(サービス提供体制強化加算)
(18単位、12単位、6単位)

介護職員処遇改善加算
・I : 4.7% ・II : 3.4% ・III : 1.9%
・IV : III × 0.9 ・V : III × 0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(I) 2.0% (II) 1.7%

事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する
者に通所リハビリテーションを行う場合
(▲94単位/日)

居宅と通所リハビリ事業所との間の送迎を行わない場合
に係る減算
(片道につき▲47単位/日)

通所介護及び通所リハビリテーションの利用者数の状況

1事業所あたり利用者数(対前年同月比)

	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
全サービス平均	2.7%	1.1%	-0.6%	-1.7%	0.2%	0.5%	0.6%	0.4%
通所介護	1.4%	-2.8%	-6.6%	-10.9%	-5.0%	-3.9%	-4.4%	-4.6%
通所リハ	-1.3%	-5.8%	-9.8%	-13.9%	-7.1%	-5.5%	-5.9%	-6.2%

通所介護及び通所リハビリテーションの経費等の状況

1. (1)④

通所介護

報酬の規模別 前年度の平均利用延人員数	通常規模型 750人以内					大規模型(Ⅰ) 月751人以上 900人以内	大規模型(Ⅱ) 月901人以上
	150人以下	151～300人	301～450人	451～600人	601～750人	751～900人	901人以上
延べ利用者数							
令和元年度収支差	-3.1%	-2.0%	-0.0%	2.1%	4.4%	4.6%	6.4%
	3.2%(全体)						
サービス提供1回当たりの管理的経費(円)	4,003	3,556	3,007	3,025	2,742	2,612	2,891
	2,955						
有効回答数	91		264	390	244	111	93

通りハ

報酬の規模別 前年度の平均利用延人員数	通常規模型 750人以内					大規模型(Ⅰ) 月751人以上 900人以内	大規模型(Ⅱ) 月901人以上
	150人以下	151～300人	301～450人	451～600人	601～750人	751～900人	901人以上
延べ利用者数							
令和元年度収支差	-3.3%	-2.5%	-0.1%	1.6%	1.3%	1.9%	4.4%
	1.8%(全体)						
サービス提供1回当たりの管理的経費(円)	4,141	3,918	3,383	3,363	3,404	3,231	2,973
	3,475						
有効回答数	62	83	121	125	86	54	92

2. 地域包括ケアシステムの推進

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

認知症専門ケア加算

2. (1)①

- 平成21年度介護報酬改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえて認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価として、施設サービス、グループホームに創設。
平成30年度改定において、ショート、介護医療院にも適用された。

(1) 加算の設定状況

(2) 加算の要件

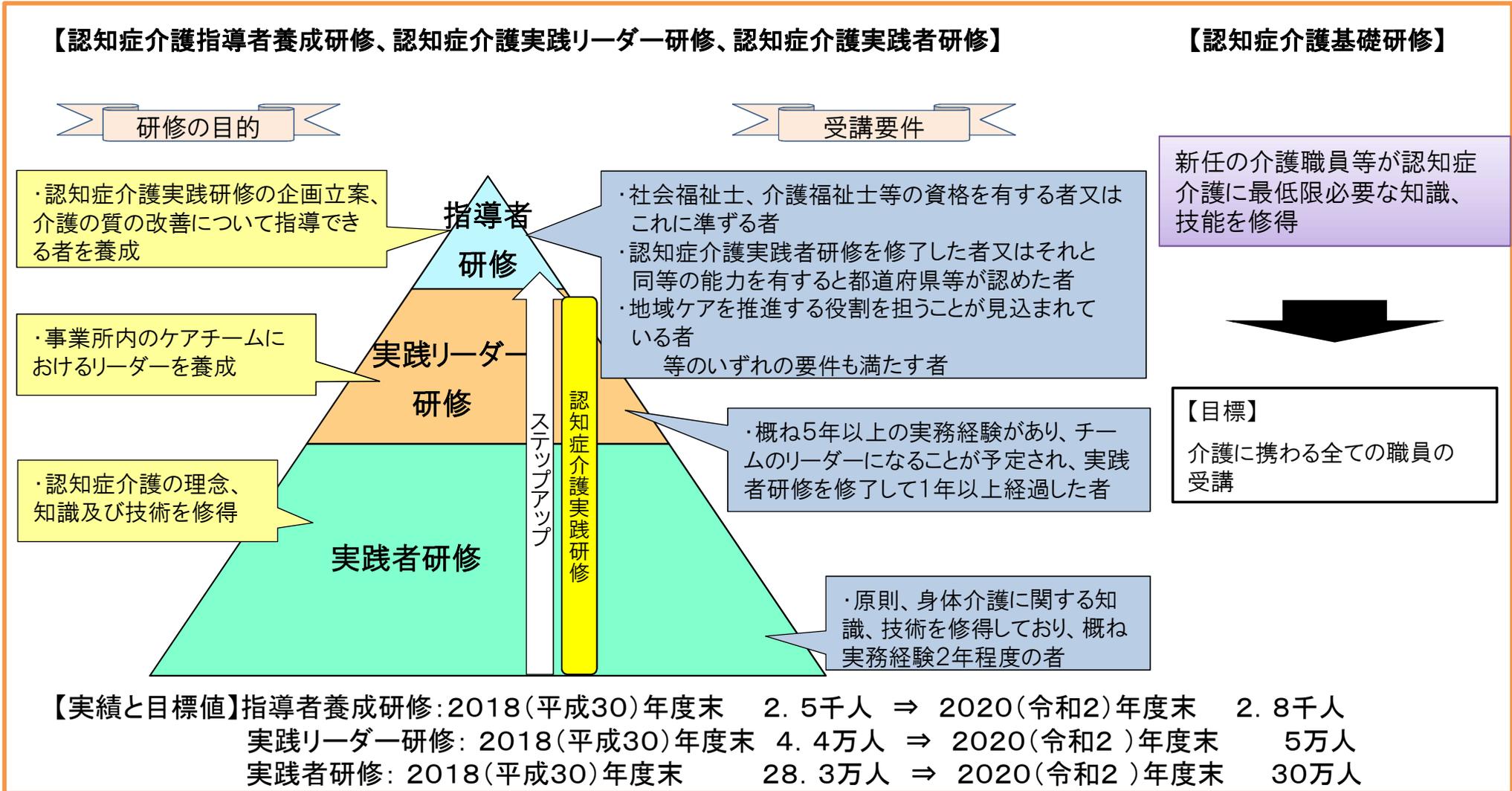
	○ 認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員配置などの受入体制 ・ 認知症専門ケア加算 ・ 認知症加算
訪問介護	
訪問入浴介護	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
通所介護（地域密着型含む）	○
通所リハビリテーション	（注2）
短期入所生活介護・短期入所療養介護	○（前改定追加）
（看護）小規模多機能型居宅介護	○
特定施設入居者生活介護	○
認知症対応型共同生活介護	○
介護老人福祉施設	○
介護老人保健施設	○
介護医療院	○（前改定追加）

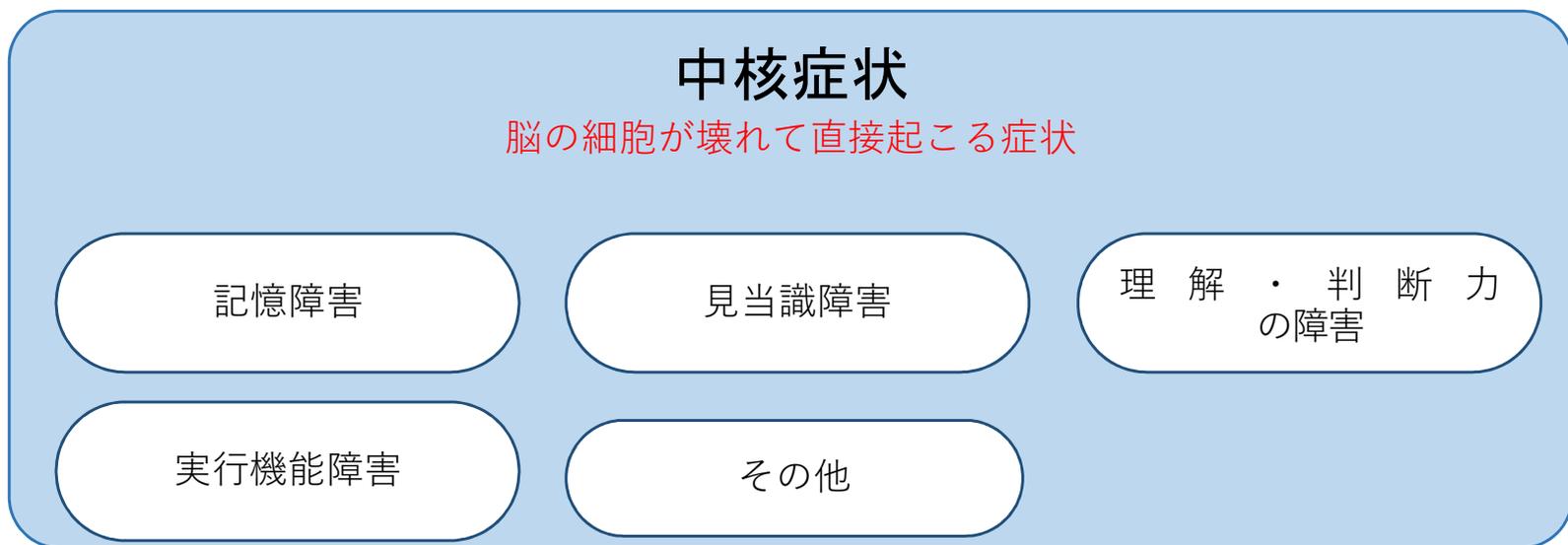
要件等	
加算Ⅰ	3単位/日 （自立度Ⅲ以上の利用者にサービス提供した場合に加算） （1）事業所における利用者の総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の者が占める割合が2分の1以上
	（2）認知症介護実践リーダー研修を修了している者の配置 日常生活自立度Ⅲ以上の者が ・ 20人未満：1以上 ・ 20人以上：10で除した数（端数切り捨て）
	（3）従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行っていること
加算Ⅱ	4単位/日 （自立度Ⅲ以上の利用者にサービス提供した場合に加算） （1）加算Ⅰの要件を満たしていること
	（2）認知症介護指導者養成研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等
	（3）当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

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

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

○ 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き討していく。

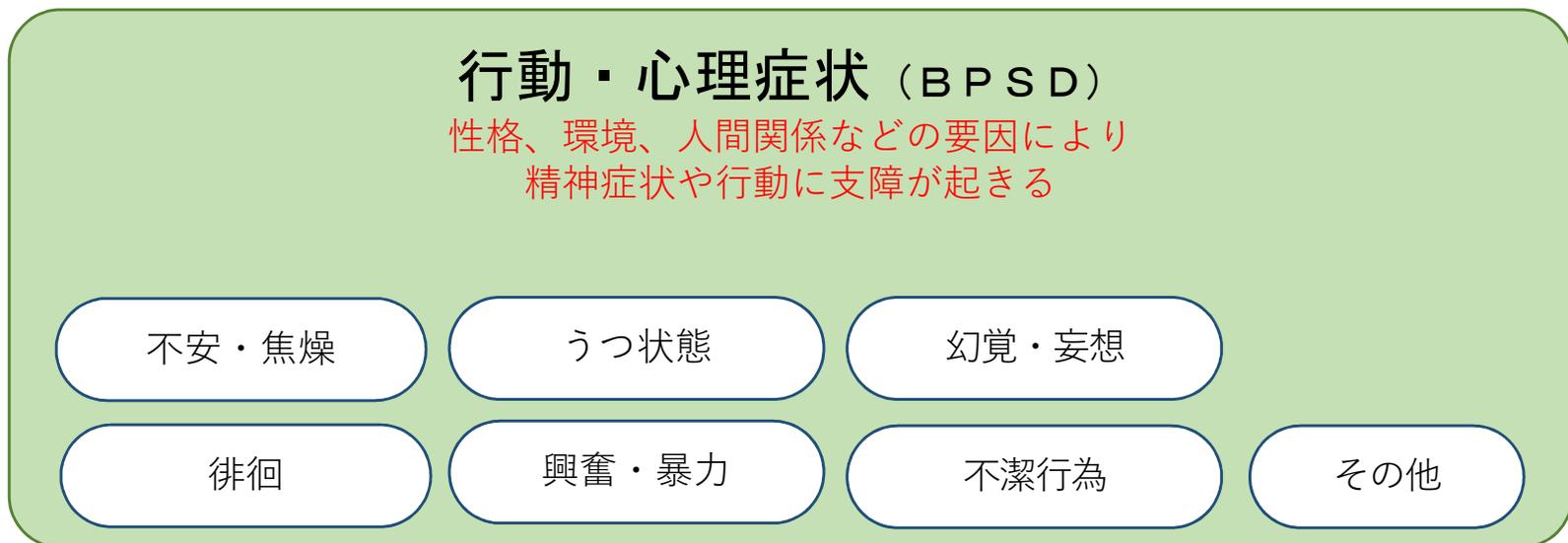
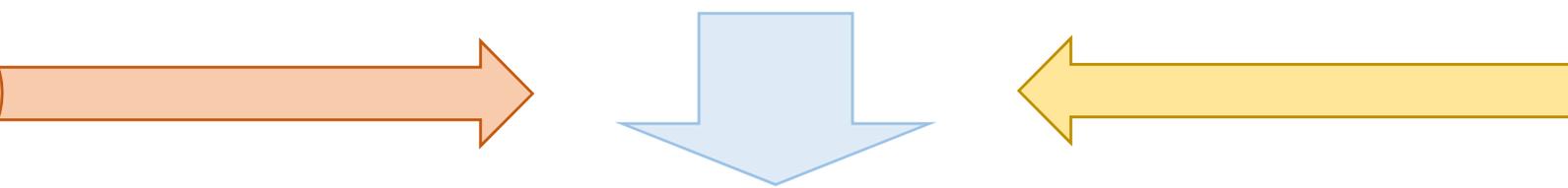




抗認知症薬
↓
進行遅延

性格・
素質

環境
身体・心理
状態

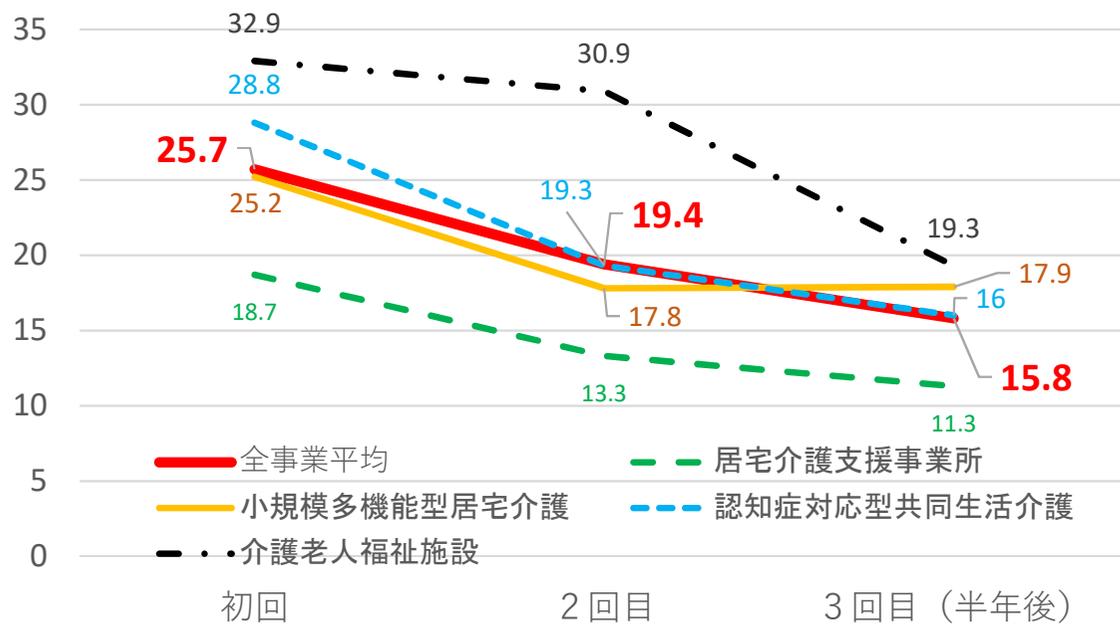


関わり方や環境を調整することで、
症状が現れるのを抑えたり、和らげたり
することができる

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業

2. (1)③

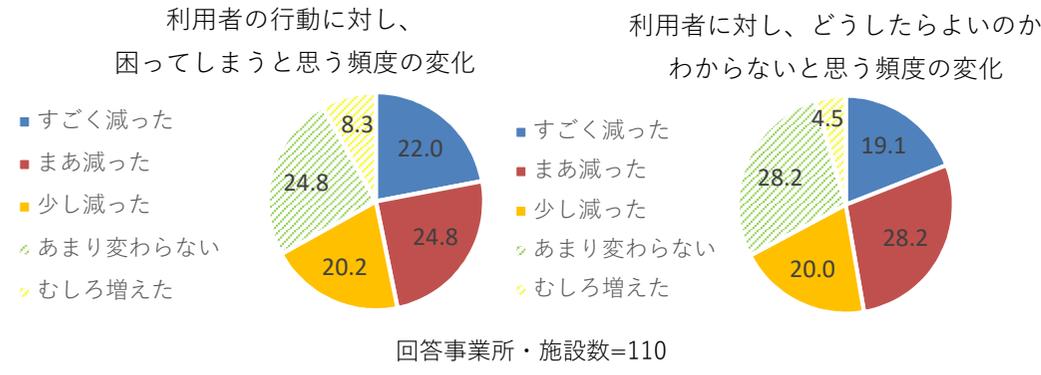
- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- NPI得点は検証事業を行った全体の平均で、**1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目（半年後）15.8（14.9）**となっており、前年度に東京都で行ったランダム化比較試験（半年で7.2）と同等の効果が認められた。
- また、利用者の行動に困ってしまうと思う頻度が「減った」と回答したのは約7割、利用者にとしたらよいかかわらないと思うことの頻度が減ったと回答したのは約7割だった。



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

事業所種類	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)
居宅介護支援事業所	38	18.7 (16.1)	33	13.3 (11.2)	28	11.3 (11.9)
小規模多機能型居宅介護	28	25.2 (17.7)	28	17.8 (14.4)	24	17.9 (17.9)
認知症対応型共同生活介護	36	28.8 (18.2)	34	19.3 (13.4)	28	16.0 (13.5)
介護老人福祉施設	23	32.9 (19.2)	21	30.9 (23.3)	20	19.3 (16.3)

※ サンプルサイズの計算は $\alpha=0.05$, 効果量0.3, 3回測定として利用者132名（種類ごとに33名）として設定。



検証委員会の構成（実施主体：公益財団法人東京都医学総合研究所）

団体名(役職)	委員名※敬称略
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局(併) 企画経営部認知症・在宅医療推進課(リサーチコーディネーター)	進藤 由美◎
一般社団法人医療経済研究・社会福祉協会 (主任研究員)	服部 真治
特別養護老人ホーム白寿園(施設長)	鴻江 圭子
社会福祉法人仙台市社会事業協会(副会長)	佐々木 薫
一般社団法人日本介護支援専門員協会(副会長)	濱田 和則
特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業所連絡会(事務局長)	山越 孝浩

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

<平成21年度介護報酬改定に関する審議報告> 抜粋

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

(2)認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

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

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

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）

2. (1)④

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

（2）医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。
- また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討する。

（3）介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、市町村及び都道府県は、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備する。
- 介護従事者の処遇改善や就業促進、離職の防止など介護人材の確保については、介護職員の定着促進等を一層進めるため、2018年12月に「介護現場革新会議」を立ち上げ、3月に、「組織マネジメントの確立」「成功体験の共有等による職員のやる気の引き出し」「結婚・出産や子育てをしながら働ける環境づくりや、柔軟な働き方」「定年まで働ける賃金体系の確立」等を主な内容とする基本方針をとりまとめたところであり、今後、都道府県や政令市等におけるパイロット事業で得られた結果を踏まえ、業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開する。
- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、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通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。
特に認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。
その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する。
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

介護分野の資格における認知症に係るカリキュラム

2. (1)④

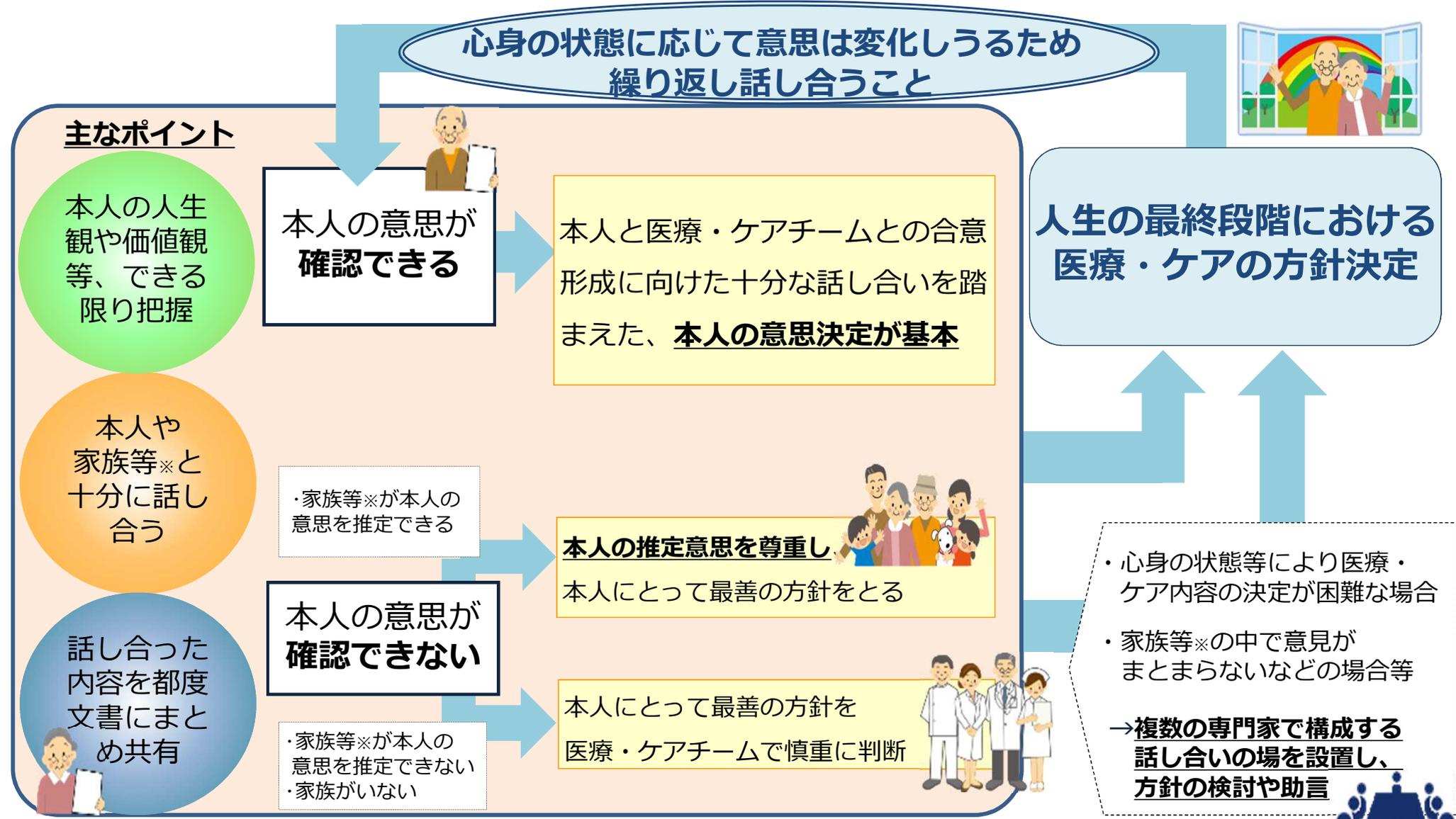
資格	研修科目・教育内容 ※学習内容に認知症を含むもの	時間数	研修の総時間数
認知症介護基礎研修	(1)認知症の人の理解と対応の基本 (2)認知症ケアの実践と留意点	6時間	-
介護福祉士	i 実務経験ルート：認知症の理解Ⅰ・Ⅱ ii 養成施設ルート：認知症の理解 iii 福祉系高校ルート：こころとからだの理解	30時間 60時間 280時間の内数	450時間 1,850時間 1,855時間
実務者研修	認知症の理解Ⅰ・Ⅱ	30時間	450時間
介護職員初任者研修	認知症の理解	6時間	130時間
生活援助従事者研修	老化と認知症の理解	6時間	59時間
介護職員基礎研修(※1)	認知症の理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

(※1) 平成25年4月1日より廃止。

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

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

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



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



論点③

- 特別養護老人ホームにおける中重度者や看取りへの対応を充実する観点から、どのような対応が考えられるか。

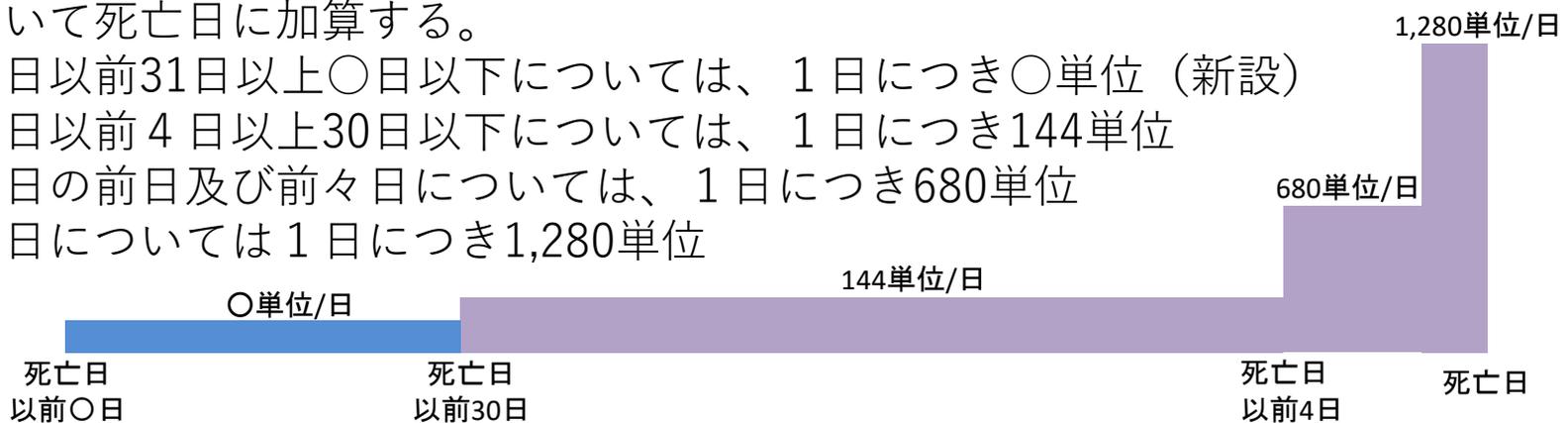
対応案

- 看取りへの取組状況等についての評価やソーシャルワーカーの関与を明文化する等についてご意見があることを踏まえ、また、看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、看取り介護加算の要件に、
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明示すること、
 - ・「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示すること
 としてはどうか。
- 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、看取りへの対応を充実する観点から、看取り介護加算の算定日数をより早期としてはどうか。

※特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護においても、同様としてはどうか。

以下について死亡日に加算する。

- ・死亡日以前31日以上○日以下については、1日につき○単位（新設）
- ・死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144単位
- ・死亡日の前日及び前々日については、1日につき680単位
- ・死亡日については1日につき1,280単位



概要

※介護予防特定施設入居者生活介護は含まない

- 夜間の緊急時における対応や適切な処置を行うために、看護体制を整備している事業所に対して評価。

単位数

- 夜間看護体制加算 10単位／日

算定要件等

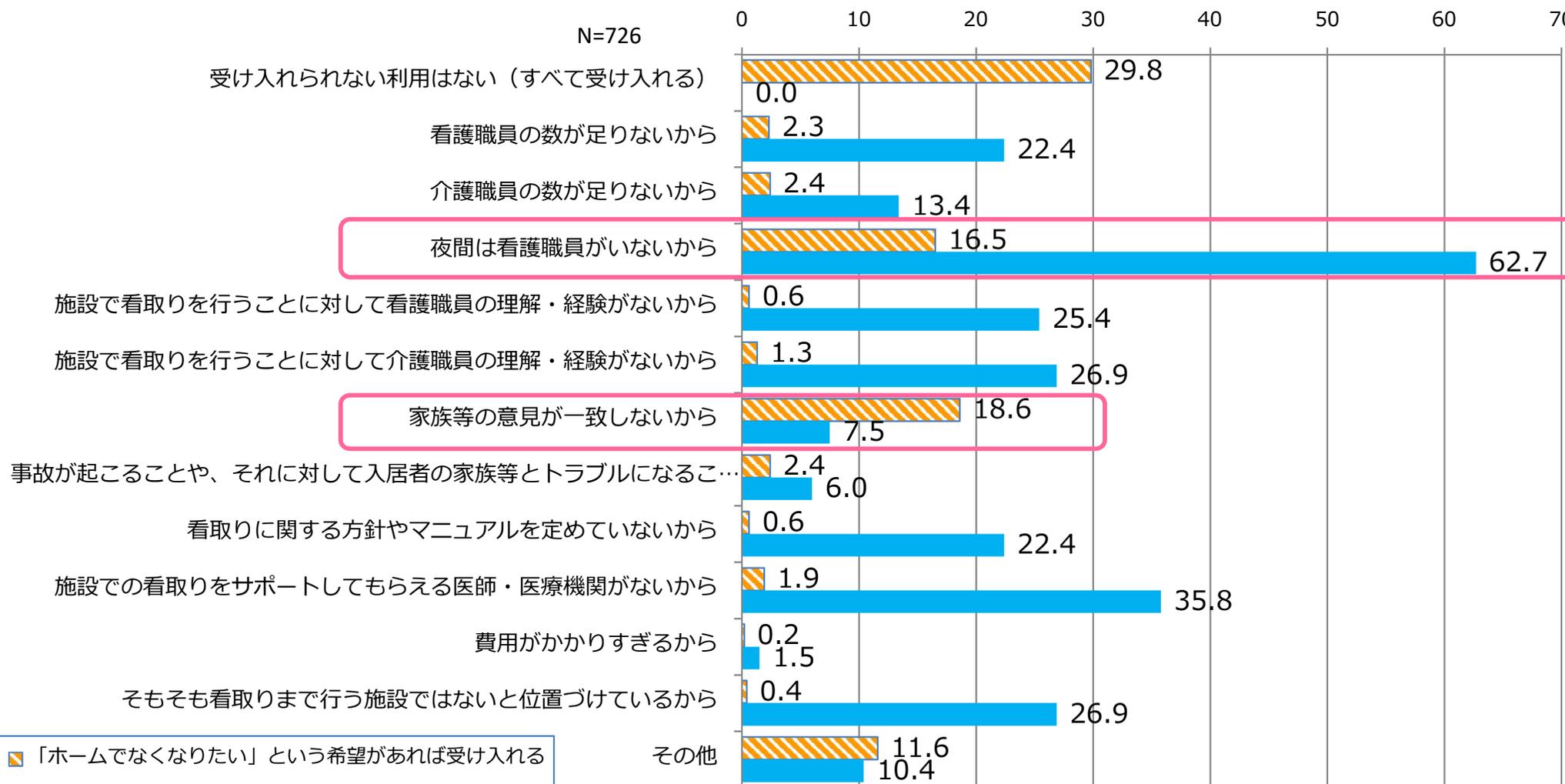
- 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
- 看護職員等により、利用者に対して24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者等に対して当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

特定施設入居者生活介護における看取りの状況③

- 介護付きホーム（有料老人ホーム）における看取りを受け入れられないことがある理由については、看取りを原則的に受け入れていない施設では、「夜間は看護職員がいないから」が最も多く、6割を超えている。
- 一方、ホームでなくなりたいという希望があれば受け入れる施設では、「家族等の意見が一致しないから」が最も多く、約2割となっている。

2. (2)⑤

介護付きホーム(有料老人ホーム)における看取りを受け入れられないことがある理由(複数回答)



※（出典）令和元年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

訪問介護における看取り期の利用者に対するサービス提供状況

2. (2)⑤

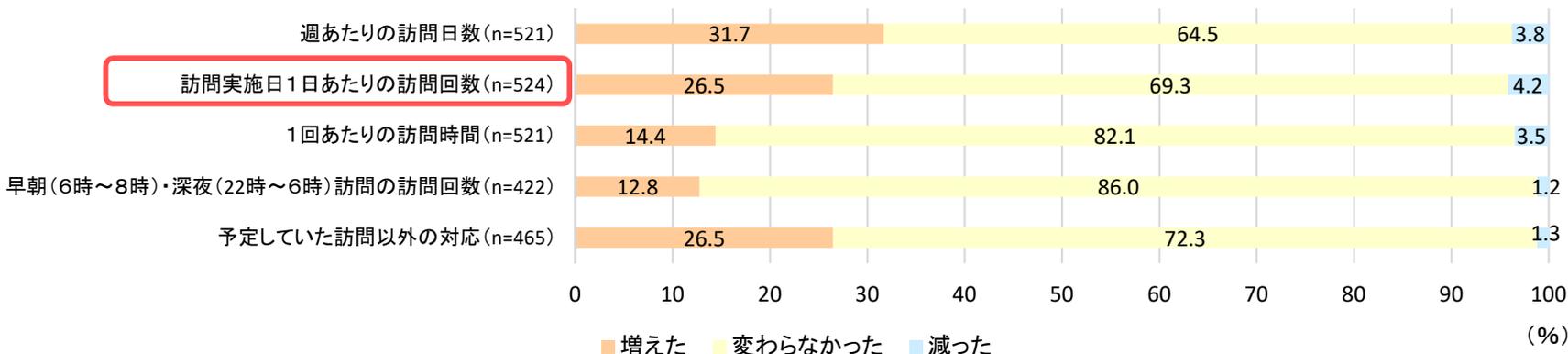
- 看取り期の利用者に対するサービス提供をした訪問介護事業所は約5割であり、1事業所あたり1年間で平均2.25人。
- 看取り期の訪問回数の変化については、1日あたりの訪問回数が増えた事業所は約3割。
- 訪問回数が増えたタイミングとしては、利用者が亡くなる3週間前～1か月前から回数が増える場合が多い。

〔これまでの看取り期(※)の利用者に対するサービス提供の実施状況〕

〔直近1年間でサービス提供した看取り期(※)の利用者数〕



〔「看取り期(※)」の訪問日数・回数等の変化〕 (無回答を除く)



〔訪問日数・回数等が増えたタイミング〕 (無回答を除く)

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

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

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

看取り期の利用者の訪問介護のニーズの例

2. (2) ⑦

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

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

事例①: 利用者の概況 独居・癌末期、医師から数日で看取りになると連絡を受けた後、訪問看護も利用している状況。

事例②: 利用者の概況 独居(同一敷地内に親族)、要介護度が悪化した頃から訪問回数が増加している。

午前	8:00	食事介助・服薬介助・排泄介助
	9:00	
	10:00	訪問看護
	11:00	
午後	12:00	食事介助・服薬介助
	13:00	
	14:00	水分補給・体位変換・排泄介助
	15:00	
	16:00	水分補給・体位変換・部分浴
	17:00	
	18:00	
夜間	19:00	食事介助・服薬介助・排泄介助
	20:00	
	21:00	
	22:00	水分補給・体位変換・ゴミ出し
深夜	23:00	
	0:00	
	1:00	
	2:00 ～	水分補給・排泄介助

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

午前	8:00	食事介助
	9:00	
	10:00	訪問看護
	11:00	
午後	12:00	水分補給・体位変換・排泄介助
	13:00	食事介助・清拭
	14:00	
	15:00	水分補給・体位変換・排泄介助又は買い物
	16:00	
	17:00	食事介助・ゴミ出し
	18:00	訪問看護
	19:00	
夜間	20:00	水分補給・排泄介助
	21:00	
	22:00	
	23:00	
深夜	0:00	
	1:00	
	2:00 ～	

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

2時間未満の間隔での訪問介護

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

(基本方針)

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

かかりつけ医等が地域社会における様々な支援につなげる取組の例

かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取組みから(抜粋)

2. (3)①

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

- (概要) 70歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし
(経過)

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている(20本/日)が多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に発見され、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

(本事例から見える課題)

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

めざす姿の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

- (概要) 80歳代、男性、心不全、一人暮らし
(経過)

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診[※]を依頼した。往診した医師より、血圧168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。

2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができている。

(本事例で達成できていること)

- ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

(本事例から見える課題)

- ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

めざす姿の達成に必要な要素

○かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続
○再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

- (概要) 80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし
(経過)

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

(本事例で達成できていること)

- ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

(本事例から見える課題)

- ・早期の介護保険サービスの利用
- ・栄養管理
- ・体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

めざす姿の達成に必要な要素

○医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
○診療所同士の連携

(出典)高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業(令和元年度老人保健事業推進費等補助金)

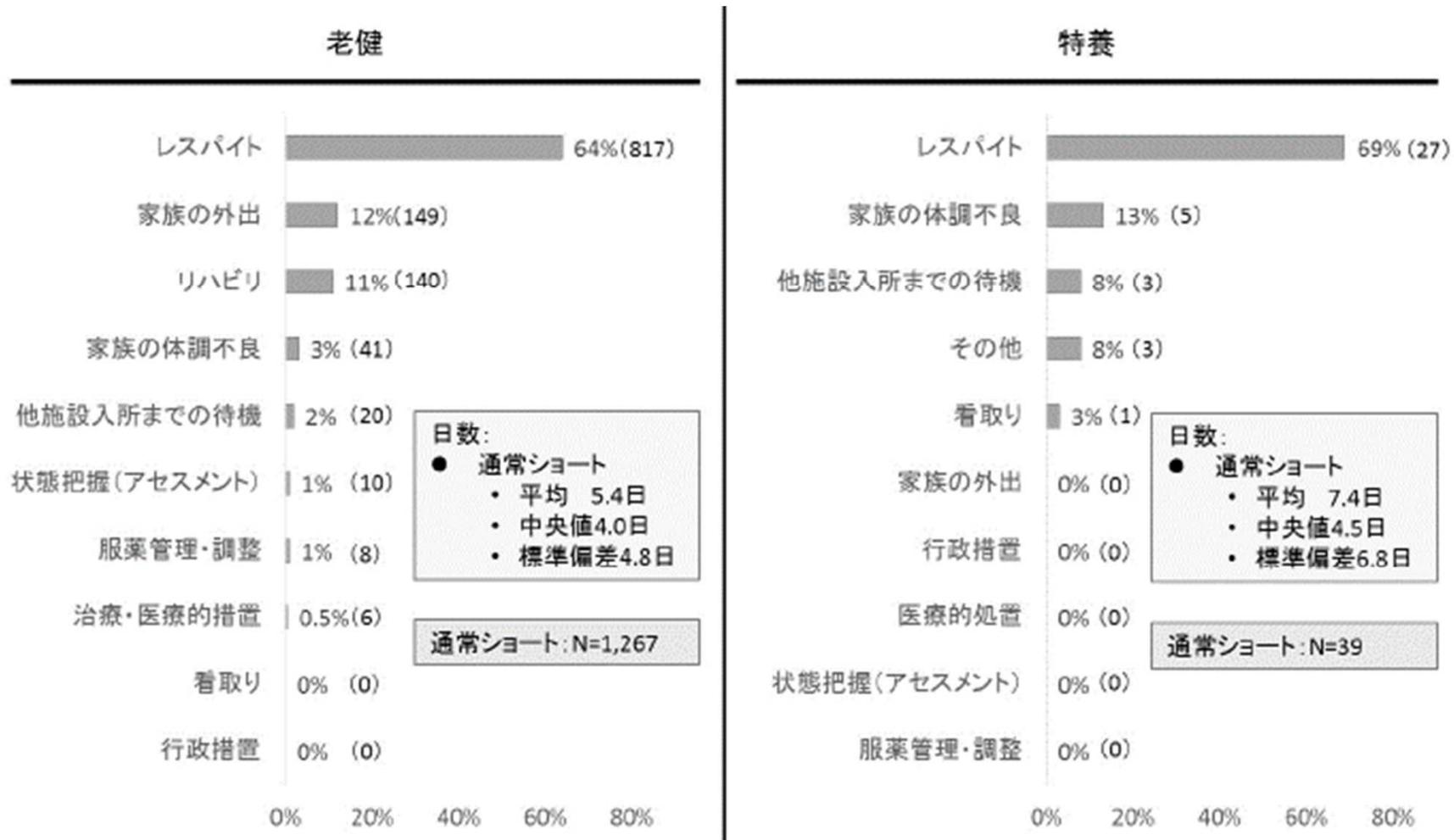
※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に向かうこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に向かうことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

短期入所療養介護の利用目的

○ 短期入所療養介護、短期入所生活介護の利用目的については、老健・特養ともレスパイトが最多で、老健では次いで家族の外出、リハビリとなり、特養では次いで家族の体調不良、他施設入所までの待機であった。

2. (3)⑤

短期入所療養介護・短期入所生活介護の利用目的



短期入所療養介護の利用目的

○ 事業所内で実施している医療的ケアが「なし」となった利用者の割合は、介護老人福祉施設併設型短期入所生活介護で74.8%、介護老人保健施設併設型短期入所療養介護で75.5%、単独型の短期入所生活介護で76.9%であった。

2. (3)⑤

事業所内で利用者に対して実施している医療的ケア

	件数	人工肛門(ヘスア)	酸素療法(酸素吸入)	気管切開のケア	点滴	胃ろうによる栄養管理	インスリン注射	たんの吸引	導尿	複数回答	
										なし	無回答
介護老人福祉施設	3,746	48 1.3%	43 1.1%	6 0.2%	41 1.1%	482 12.9%	86 2.3%	351 9.4%	93 2.5%	2,446 65.3%	452 12.1%
介護老人福祉施設(本体)	3,469	46 1.3%	39 1.1%	6 0.2%	39 1.1%	462 13.3%	74 2.1%	338 9.7%	91 2.6%	2,244 64.7%	417 12.0%
介護老人福祉施設(ショート)	242	2 0.8%	3 1.2%	-	2 0.8%	14 5.8%	10 4.1%	9 3.7%	1 0.4%	181 74.8%	32 13.2%
介護老人保健施設	3,001	40 1.3%	27 0.9%	13 0.4%	68 2.3%	278 9.3%	112 3.7%	183 6.1%	91 3.0%	2,025 67.5%	361 12.0%
介護老人保健施設(本体)	2,897	39 1.3%	26 0.9%	13 0.4%	68 2.3%	269 9.3%	109 3.8%	181 6.2%	89 3.1%	1,947 67.2%	350 12.1%
介護老人保健施設(ショート)	94	1 1.1%	1 1.1%	-	-	8 8.5%	3 3.2%	2 2.1%	2 2.1%	71 75.5%	9 9.6%
特定施設入居者生活介護	3,135	55 1.8%	78 2.5%	9 0.3%	43 1.4%	165 5.3%	93 3.0%	121 3.9%	61 1.9%	2,333 74.4%	340 10.8%
短期入所生活介護(単独型)	960	13 1.4%	16 1.7%	2 0.2%	1 0.1%	54 5.6%	37 3.9%	31 3.2%	13 1.4%	738 76.9%	87 9.1%

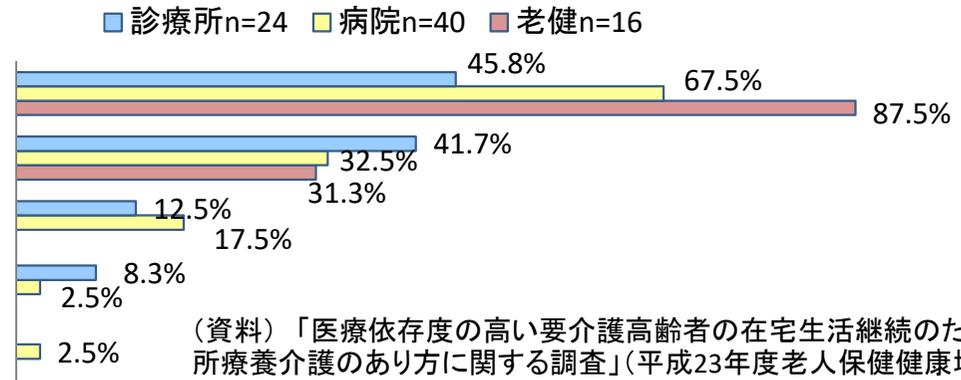
短期入所療養介護の受入れの状況

- 6か月間、短期入所療養介護の利用がなかった理由は、「空床がなく受入れができなかったから」及び「ケアマネジャーから依頼がなかったから」が多い。
- 一方で、ケアマネジャーからは、「緊急時の受入れ」及び「医療ニーズ対応の向上」の要望が多い。
- 医療ニーズの高い利用者の受入れを断られた経験が「よくある」及び「ときどきある」と回答したケアマネジャーは約8割である。

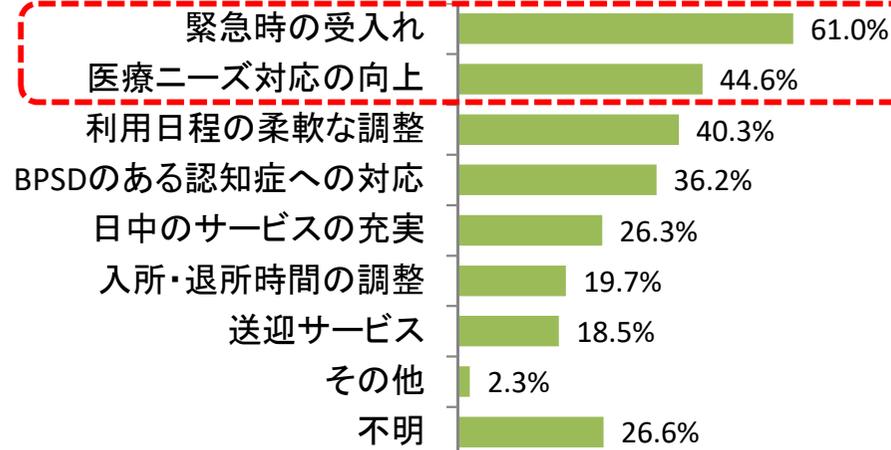
2. (3) ⑤

施設において利用がなかった理由(複数回答)

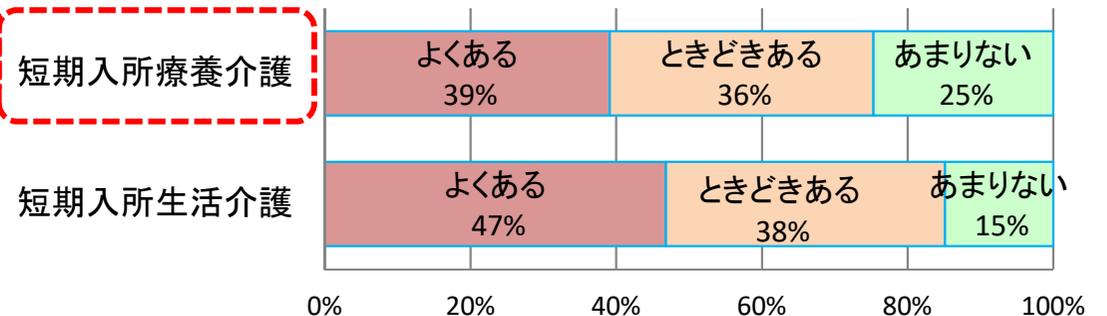
- 空床が少なく、受入れができなかったから
- ケアマネジャーから依頼がなかったから
- 病状が不安定なため、入院で対応したから
- 採算が取れないから
- 病状が不安定だったため、受入れができなかったから



ケアマネジャーの短期入所療養介護に対する要望(複数回答)



医療ニーズの高い利用者の受入れを断られた経験(複数回答)



所定疾患施設療養費

2. (3)⑧

概要

- 肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定する。

単位数

所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239単位／日
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480単位／日

算定要件等

所定疾患施設療養費（Ⅰ）

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）

- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。）
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

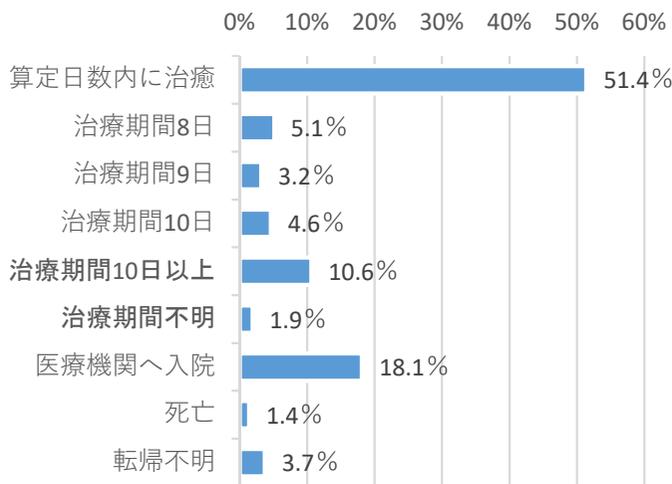
※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

所定疾患施設療養費の治療期間について

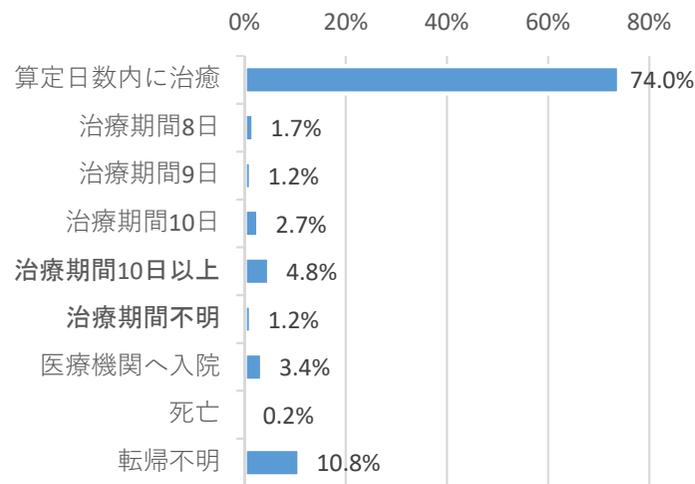
○ 算定日数を超えて治療を行い治癒した入所者が一定数存在した。

2. (3)⑧

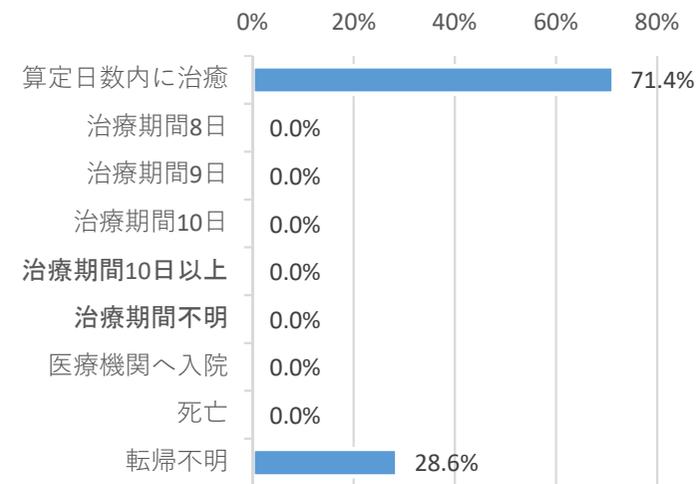
肺炎 (Ⅰ) (n = 216)



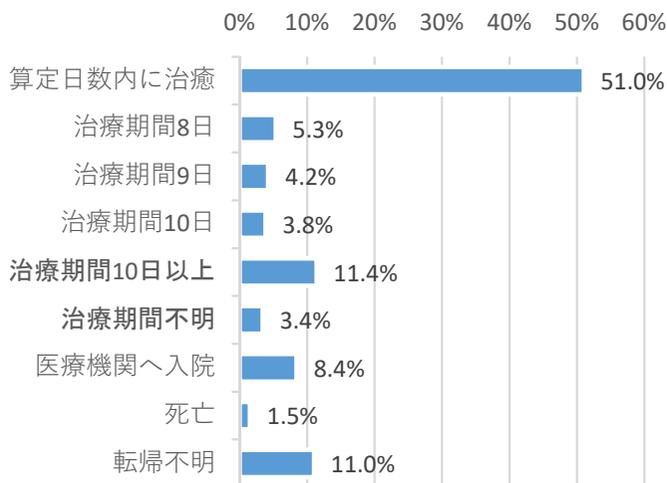
尿路感染症 (Ⅰ) (n = 415)



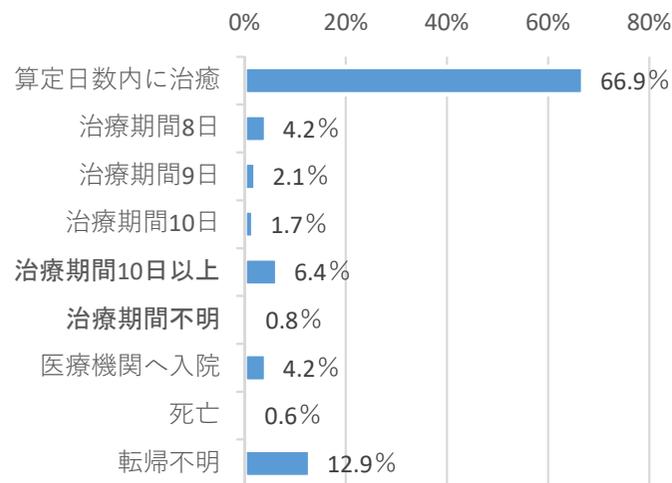
带状疱疹 (Ⅰ) (n = 7)



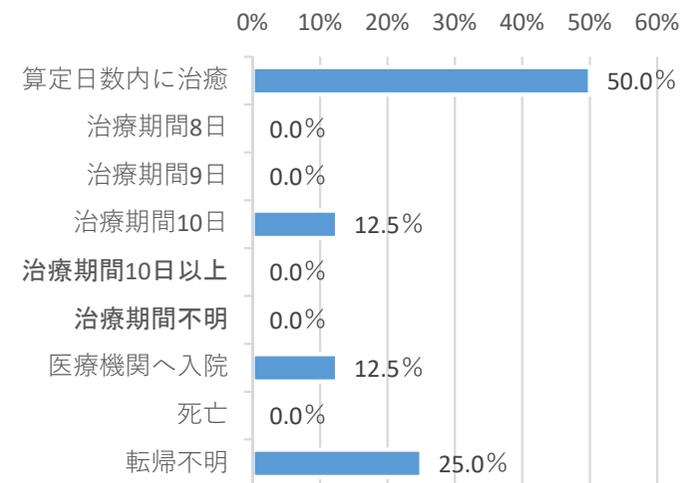
肺炎 (Ⅱ) (n = 263)



尿路感染症 (Ⅱ) (n = 472)



带状疱疹 (Ⅱ) (n = 8)



かかりつけ医連携薬剤調整加算について

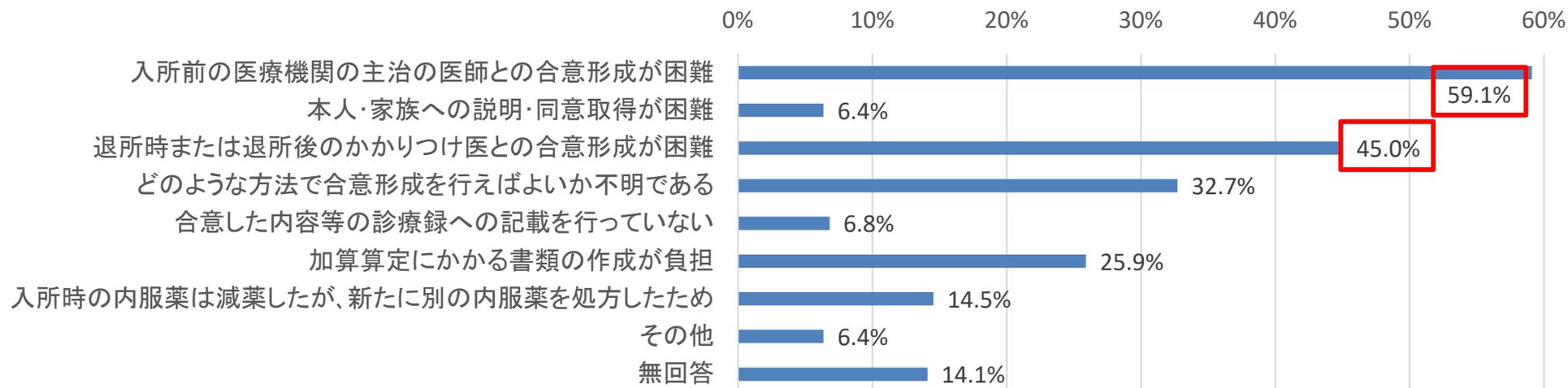
- 入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた退所者のうち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人の割合は31.3%、このうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人の割合は6.9%であった。
- 減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由は「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」が59.1%、「退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成が困難」が45.0%であった。

2. (3) ⑨

退所者の処方等の状況 (回答数425施設)

	合計人数：人	退所者数に対する割合	6種類以上の内服薬が処方されていた人数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人に対する割合	該当者がいた施設数：施設	該当者がいた施設数に対する割合	6種類以上の内服薬が処方されていた人がいた施設数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人がいた施設数に対する割合
退所者数 (死亡を除く)	19,226	100.0%			425	100.0%		
退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人数	6,929	36.0%	100.0%		310	72.9%	100.0%	
うち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人数	2,172	11.3%	31.3%	100.0%	227	53.4%	73.2%	100.0%
うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	149	0.8%	2.2%	6.9%	21	4.9%	6.8%	9.3%

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

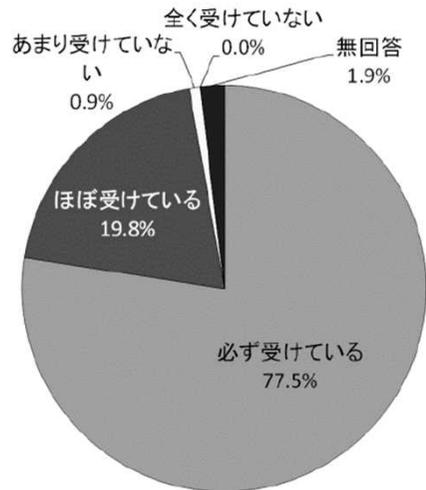


かかりつけ医との連携

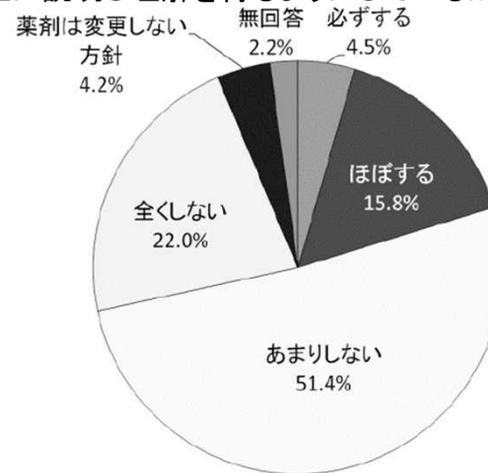
2. (3)⑨

- 入所時にかかりつけ医から診療情報提供を「必ず受けている」が77.5%、「ほぼ受けている」が19.8%であった。
- 入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているかについて、「あまりしない」が51.4%、「全くしない」が22.0%であった。
- 退所時に、減らした薬について、その理由を診療情報提供書に記載するかについて、「必ずする」が20.8%、「ほぼする」が20.0%、「あまりしない」が20.4%であった。

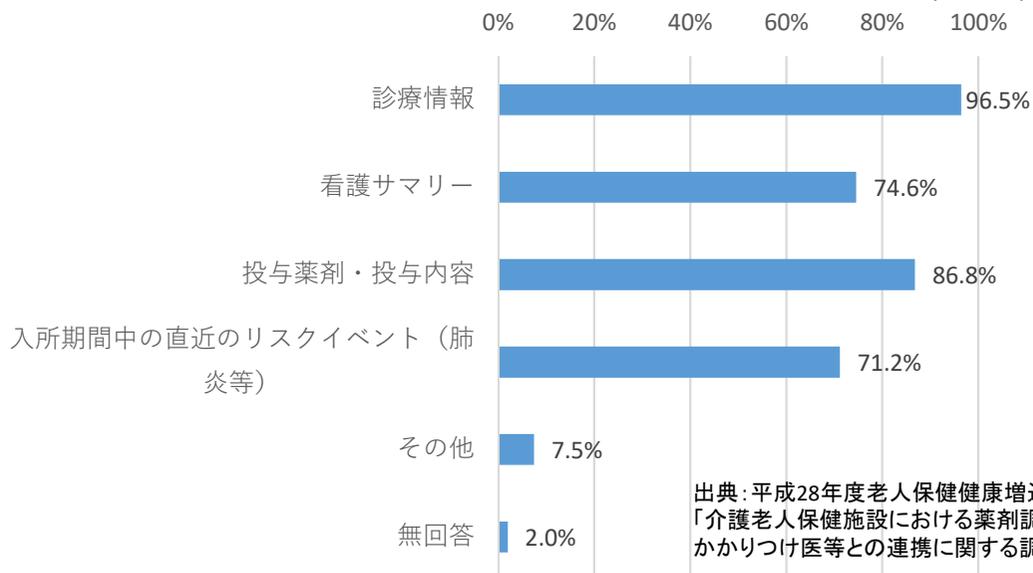
入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか (n=692)



入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているか(n=692)

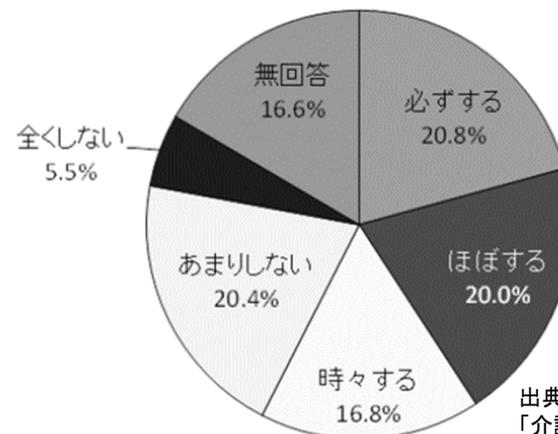


退所時にかかりつけ医に提供する医療に関わる情報(複数回答)(n=692)



出典:平成28年度老人保健健康増進等事業
「介護老人保健施設における薬剤調整のあり方と
かかりつけ医等との連携に関する調査研究事業」

退所時に、減らした薬について、その理由を診療情報提供書に記載の有無(n=770)



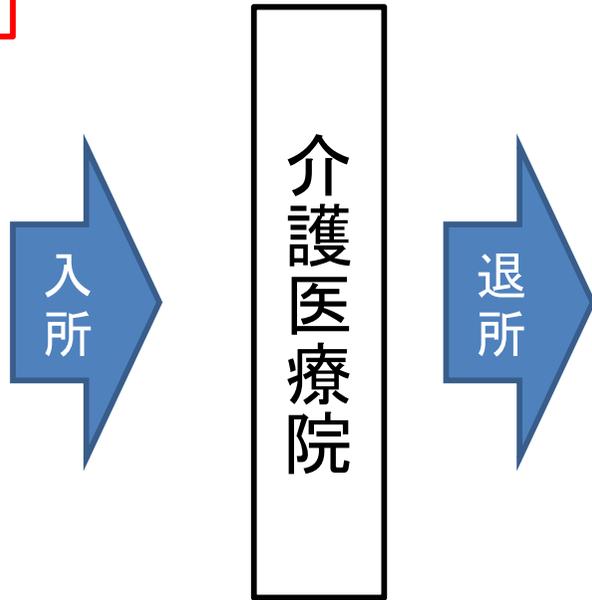
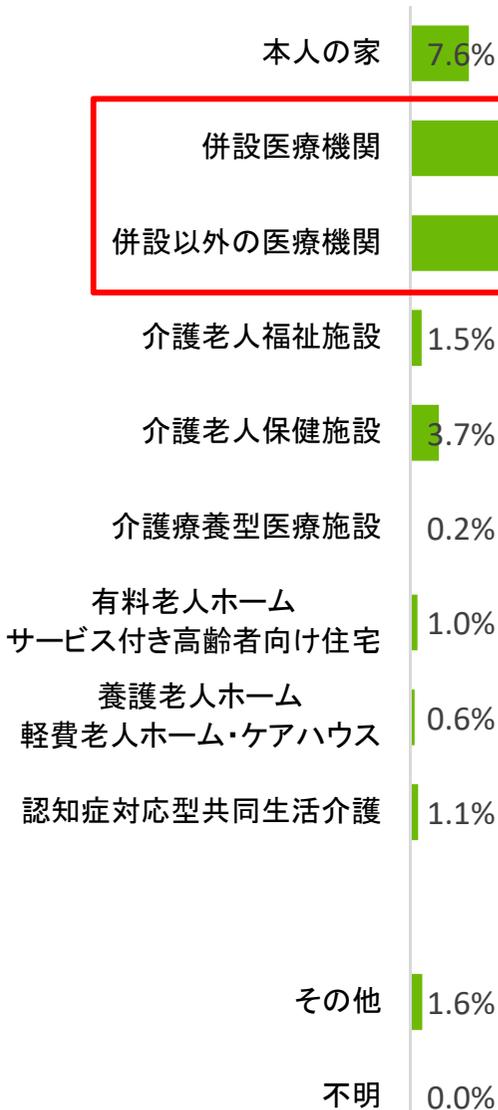
出典:平成27年度老人保健健康増進等事業
「介護老人保健施設における薬物治療の
在り方に関する調査研究事業」

介護医療院における入所者・退所者の状況

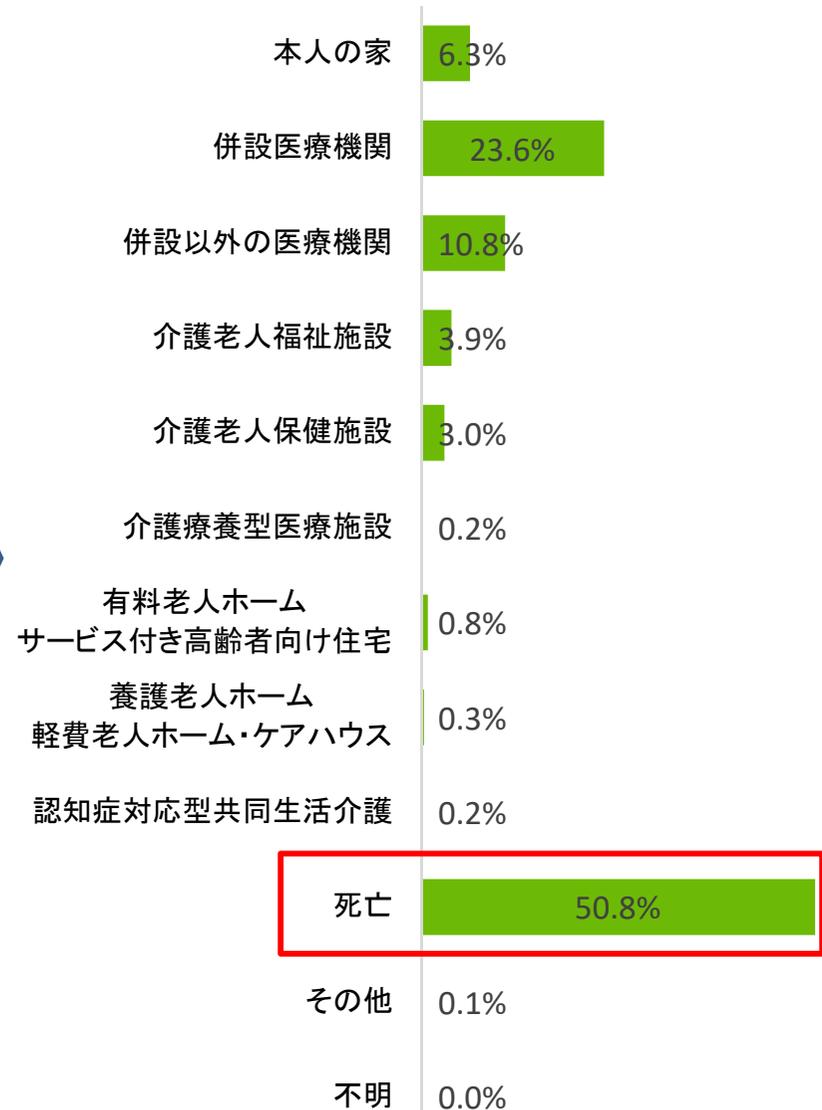
2. (3)⑪

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

2019年4月～9月における
新規入所者の入所元の内訳 (n=1,315)



2019年4月～9月における
退所者の退所先の内訳 (n=1,182)

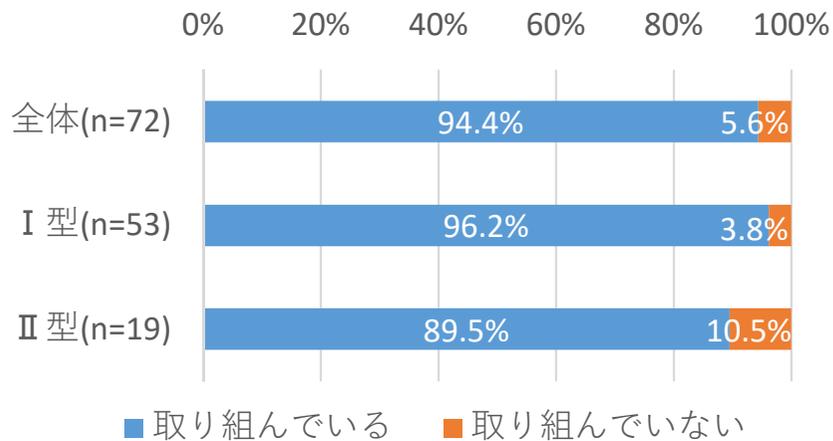


介護医療院におけるターミナルケアへの取組等

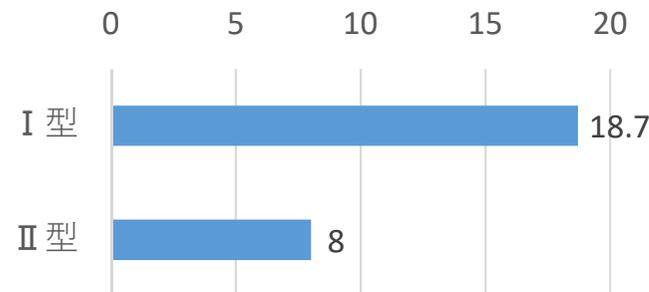
○ 看取り期に入った入所者に対するターミナルケアについて、94.4%が取り組んでいる。

2. (3) ⑪

看取り期に入った入所者に対するターミナルケアへの取組



ターミナルケアを提供している人数



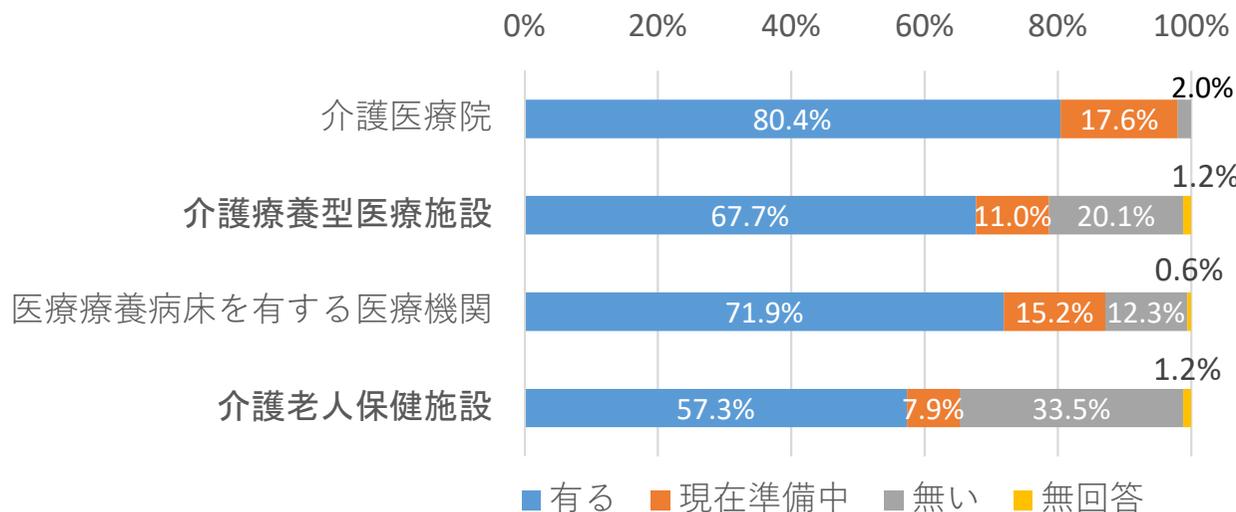
以下①～③の条件全てに適合した者をターミナルケア提供者としている。(2019年10月1日24時時点)

- ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
- ②入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
- ③医師、看護師、介護職員等が協同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

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

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

看取りの指針の作成



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

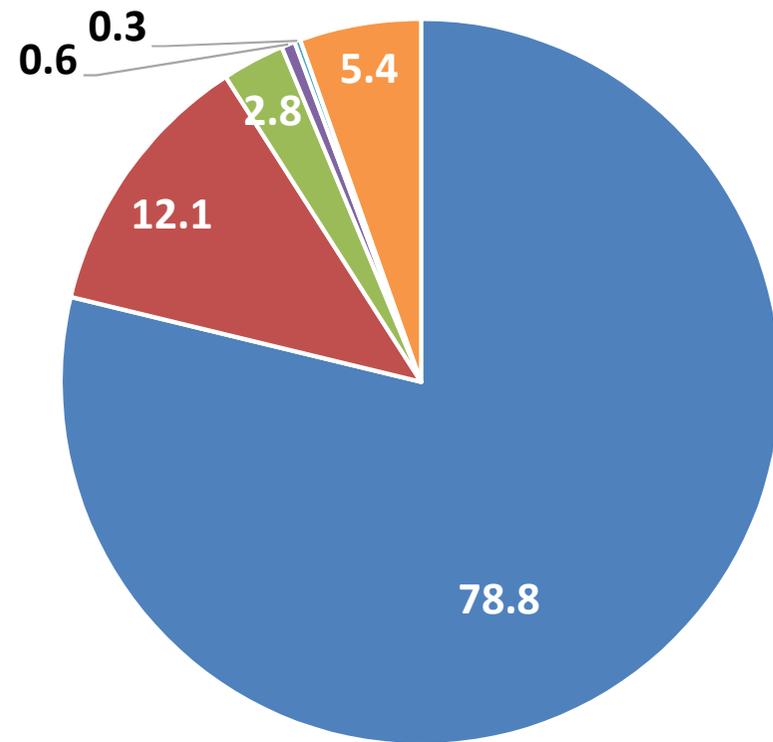
介護療養病床の移行先等

2. (3)⑫

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

介護療養病床の移行先等（平成30年4月～令和2年9月）

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



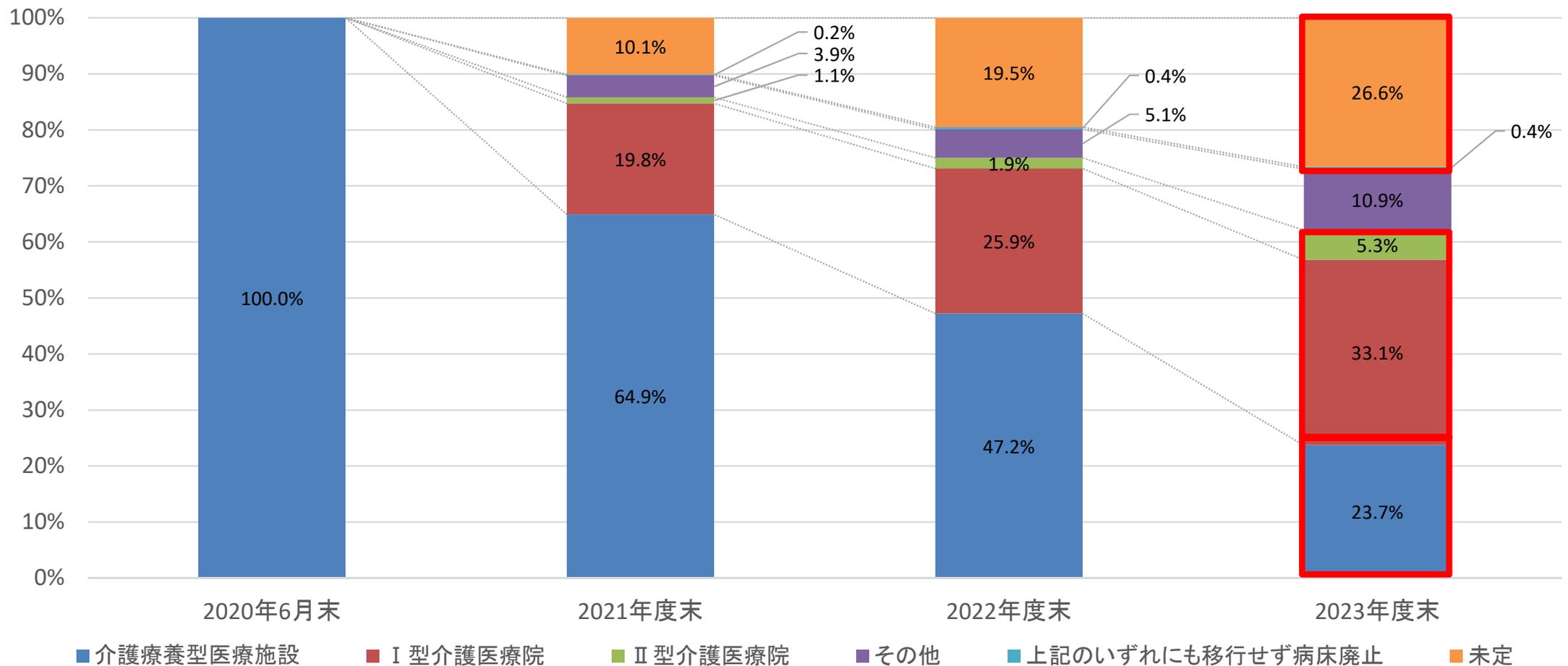
- 介護医療院
- 医療療養病床
- 医療療養病床以外の病床
- 介護老人保健施設
- その他(サ高住、有料老人ホーム、認知症GH等)
- 廃止

介護療養型医療施設の移行予定

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

2. (3)⑫

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

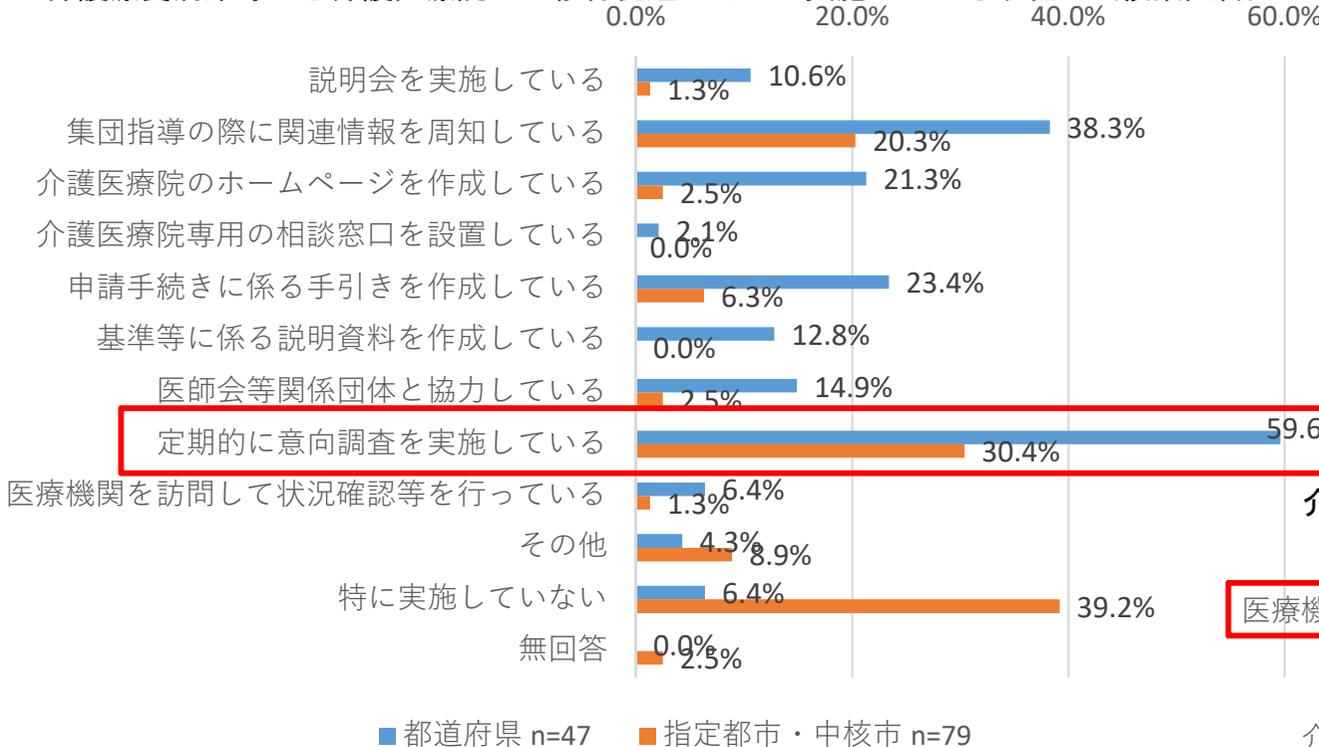


介護医療院への移行に関する自治体の取組等

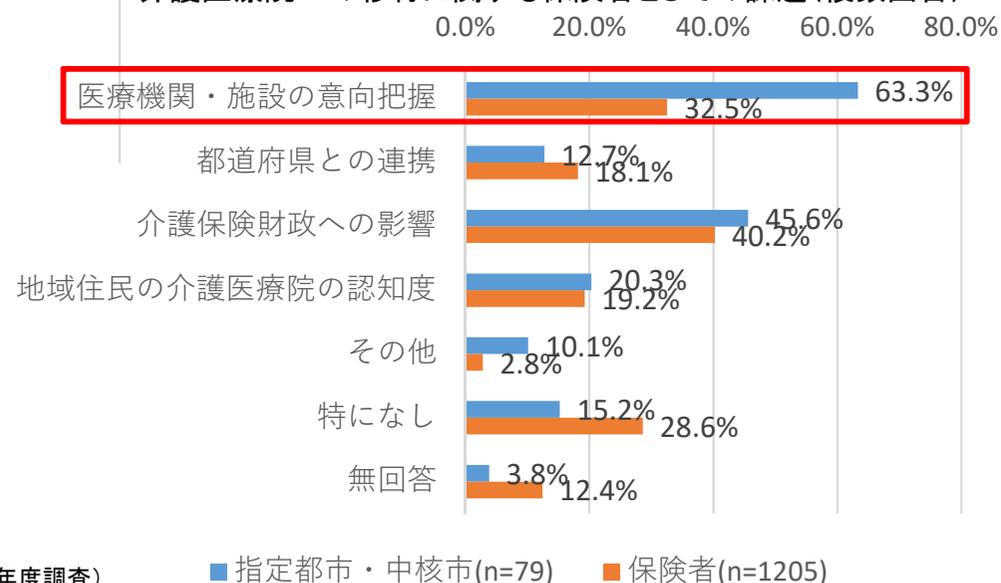
2. (3) ⑫

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

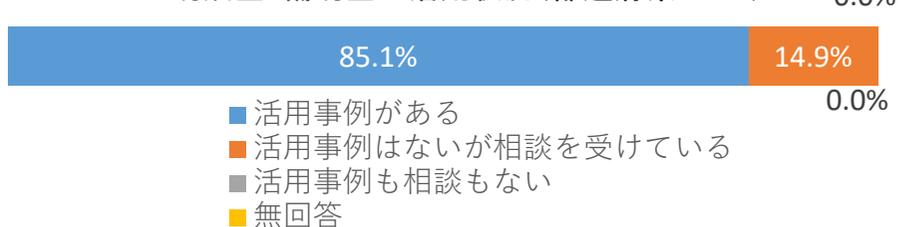
介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組 (複数回答)



介護医療院への移行に関する保険者としての課題 (複数回答)



助成金・補助金の活用状況 (都道府県 n=47)



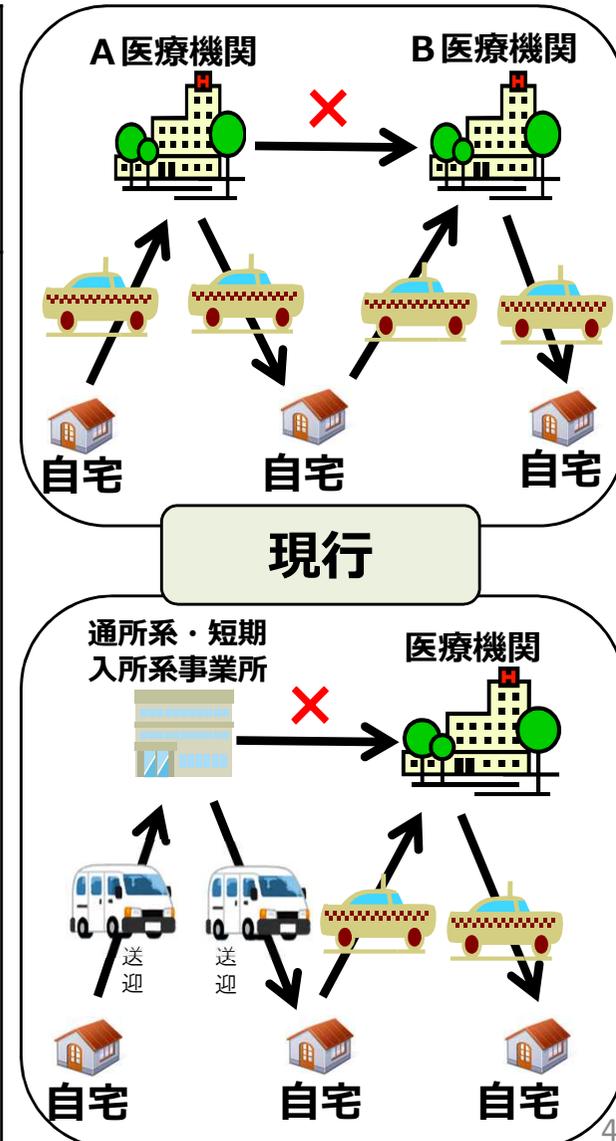
出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)
「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

訪問介護の通院等乗降介助の運用

2. (4)①

- 現行制度では、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について通院等乗降介助を算定できない。そのため、1日に複数の医療機関を受診する場合には、一度自宅に戻る必要がある。
 - また、通所系・短期入所系サービス事業所から医療機関への移送に伴う介護についても同様である。
- ※通院等乗降介助 利用者数：83.6千人（利用者数割合：8.3%） 請求事業所数：6,584事業所（事業所数割合：20.0%）
算定回数：498.7千回（回数割合：2.1%） 算定単位数：50,546千単位（単位数割合：0.7%）
（介護給付費等実態統計 平成31年3月サービス提供分（4月審査分）。（ ）内は、それぞれ訪問介護全体に占める割合）

<p>指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成12年2月10日厚生省令第19号)</p>	<p>指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)</p>	<p>15.5.30 事務連絡 介護保険最新情報 vol.151 介護報酬に係るQ&A</p>
<p>1 訪問介護費 ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 98単位</p> <p>注 4 ハについては、利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助(以下「通院等乗降介助」という。)を行った場合に1回につき所定単位数を算定する。</p>	<p>第二 居宅サービス単位数表(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限るに関する事項 1 通則 (6)訪問サービスの行われる利用者の居宅について 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、(場合により)院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地(病院等)に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。</p> <p>2 訪問介護 (9)「通院等乗降介助」と通所サービス・短期入所サービスの「送迎」の区分 <u>通所サービス又は短期入所サービスにおいて利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合は、当該利用者の心身の状況により当該事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービスの送迎加算を算定することとし(通所サービスは基本単位に包括)、「通院等乗降介助」は算定できない。</u></p>	<p>Q 1日に複数の医療機関を受診する場合に、医療機関から医療機関への移送に伴う介護について「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定できるか</p> <p>A 居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。したがって、<u>医療機関から医療機関への移送に伴う介護については、「通院等のための乗車又は降車の介助」を算定することはできない。</u></p>



介護保険制度における通院等乗降介助の適用範囲の拡大について(概要)－行政苦情救済推進会議の意見を踏まえた通知－ (平成24年8月31日付け厚生労働省老健局長あて総務省行政評価局長通知)

2. (4)①

行政相談の要旨

- 介護保険制度における通院等乗降介助においては、居宅要介護者の目的地（病院等）が複数ある場合であって、出発地及び到着地が居宅以外である目的地間の移送は、介護給付費の算定をすることができないとされているが、このような目的地間の移送についても、介護給付費の算定を認めるようにしてほしい。

【行政苦情救済推進会議】 ○は座長

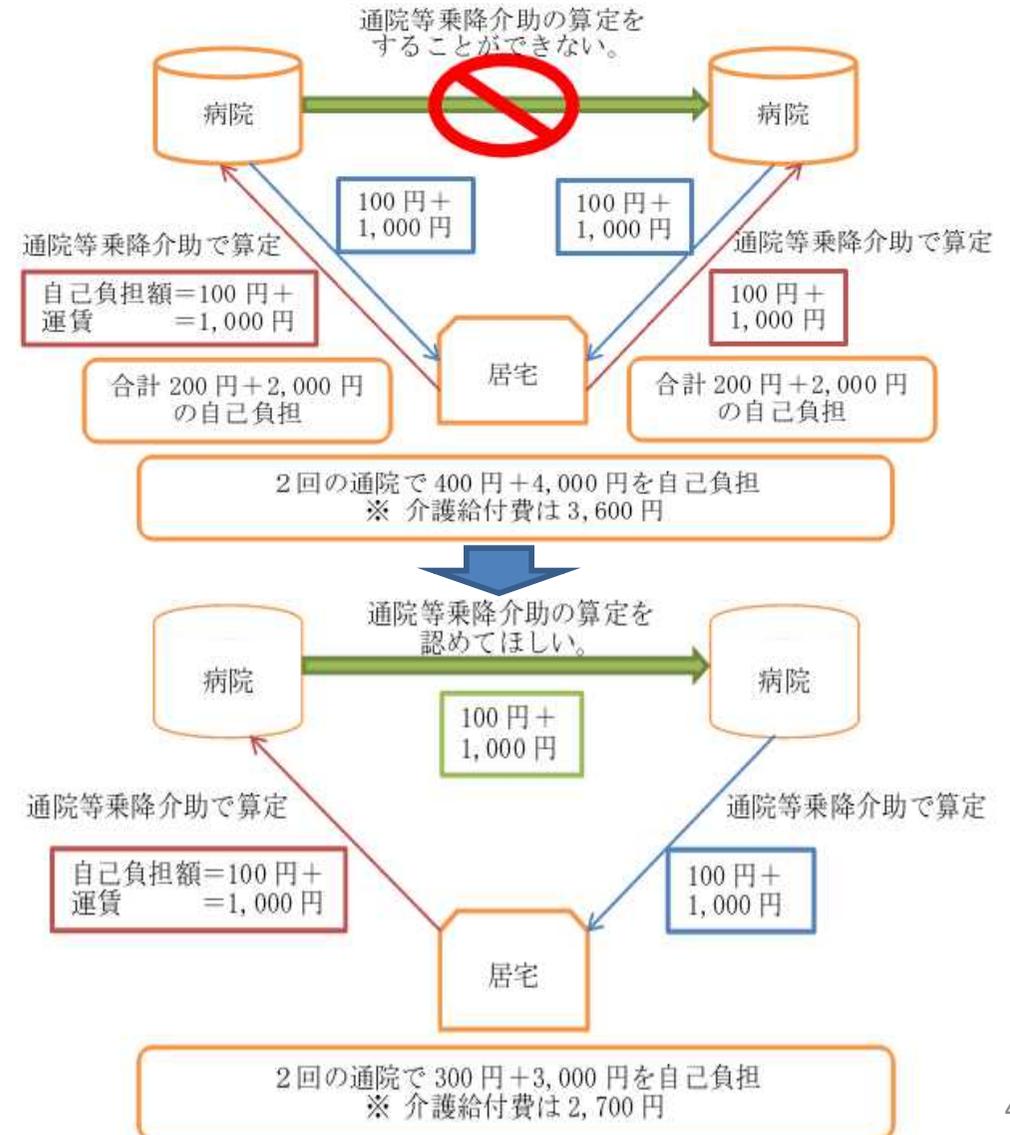
- 大森 彌 東京大学名誉教授
- 秋山 収 元内閣法制局長官
- 加賀 美幸子 千葉市女性センター名誉館長
- 加藤 陸美 元環境事務次官
- 小早川 光郎 成蹊大学法科大学院教授
- 谷 昇 (社)全国行政相談委員連合協議会会長
- 松尾 邦弘 弁護士、元検事総長

問題点

- 通院等乗降介助においては、出発地及び到着地が居宅以外である目的地間の移送は、介護給付費を算定することができないため、当該目的地間の移送に係る介護費用は、居宅要介護者の負担となる。
- 複数回に分けて病院に通院等した場合には、それぞれ介護給付費の算定が可能となるが、居宅要介護者の経済的及び身体的な負担が増加することとなる。

通知の内容

- 居宅から出発して、一つの病院等（目的地）に行くのも、二つの病院等（目的地）に行くのも、最終的には居宅に戻ってくるのであり、目的地間の移送についてのみ、訪問介護の定義に該当しないことを理由として介護給付費の算定を認めないとすることは、身体介護が中心である場合には算定が認められていることと比較して、合理性がないと考えられる。
- 厚生労働省は、通院等乗降介助の適用範囲の拡大について、居宅要介護者の通院等の実態に照らして、居宅要介護者の負担の軽減や介護給付費の節減という観点から、法制度の見直しを含めた検討をすべきである。



※下線については、事務局において加工したものである。

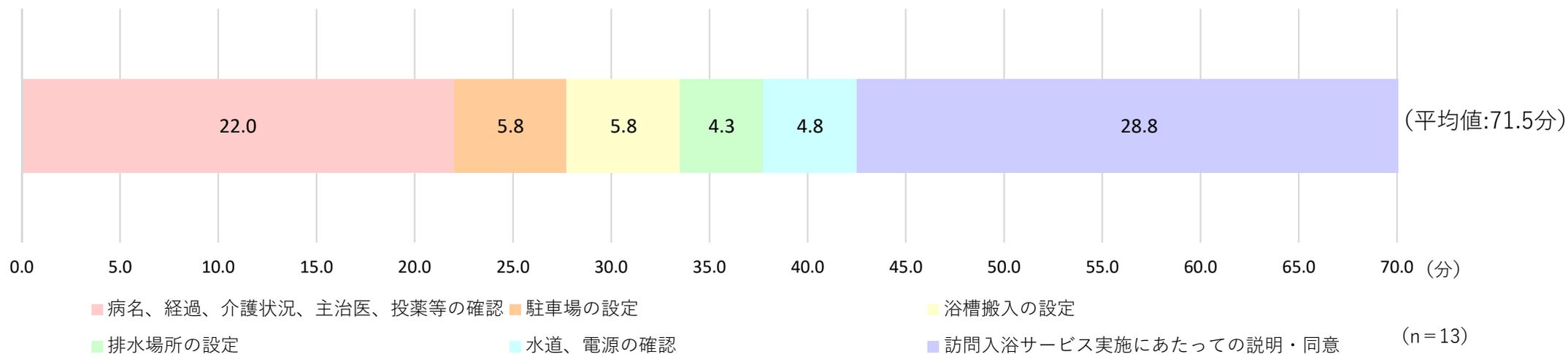
令和3年4月 介護報酬改定に関する要望書

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

(初期加算の創設について)

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

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



※ 移動時間は含まない。

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

初回・初期加算

2. (4)②

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

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

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

訪問入浴介護 清拭又は部分浴を実施した場合の減算の概要と算定状況

2. (4)②

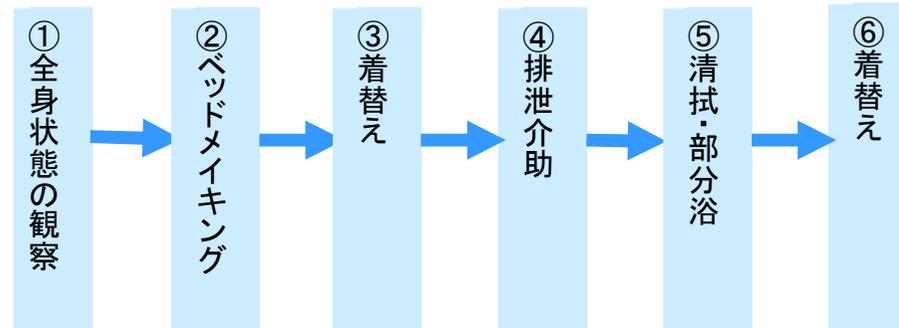
- 訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合であって、利用者の希望により清拭又は部分浴（洗髪、陰部、足部等の洗浄）でのサービス提供を行った場合には、介護予防を含め、報酬が30%減算される。
- 当該減算の算定状況をみると、全体に占める減算の単位数や回数ベースの算定率は1%程度であるが、減算の適用を受けているのは、事業所ベースで6割見られる。

概要	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成12年2月10日厚生省告示第19号)	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について (平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
	2 訪問入浴介護費 イ 訪問入浴介護費 1,256単位 注3 訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合であって、当該利用者の希望により清しき又は部分浴(洗髪、陰部、足部等の洗浄をいう。)を実施したときは、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。	3 訪問入浴介護費 (3)利用者の心身の状況により入浴を見合わせた場合の取扱い 実際に入浴を行った場合に算定の対象となり、入浴を見合わせた場合には算定できない。ただし、利用者の希望により清拭、部分浴を実施した場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定できる。

	単位数 (単位：千単位)	割合 (単位数ベース)	回数 (単位：千回)	算定率 (回数ベース)	請求 事業所数	算定率 (事業所ベース)
訪問入浴介護（介護予防除く）	380,428.6	-	305.6	-	1,754	-
清拭又は部分浴減算あり	3,287.3	0.9%	3.8	1.2%	1,024	58.4%
清拭又は部分浴減算なし	377,141.3	99.1%	301.9	98.8%	1,754	100.0%

出典：介護保険総合データベースの任意集計（平成31年3月サービス提供分）

〔(参考)サービス提供の流れ(清拭・部分浴)のイメージ〕



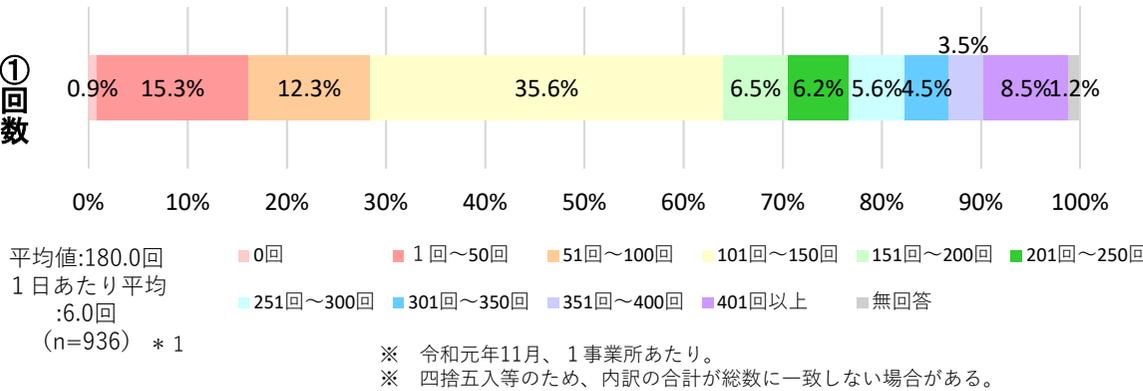
訪問入浴介護 サービス提供回数・時間、清拭・部分浴への変更回数・時間

○ 訪問入浴介護 1 回あたりのサービス提供時間の目安は平均60分、清拭・部分浴を行った場合のサービス提供時間は平均53分となっており、顕著な差は見られない。

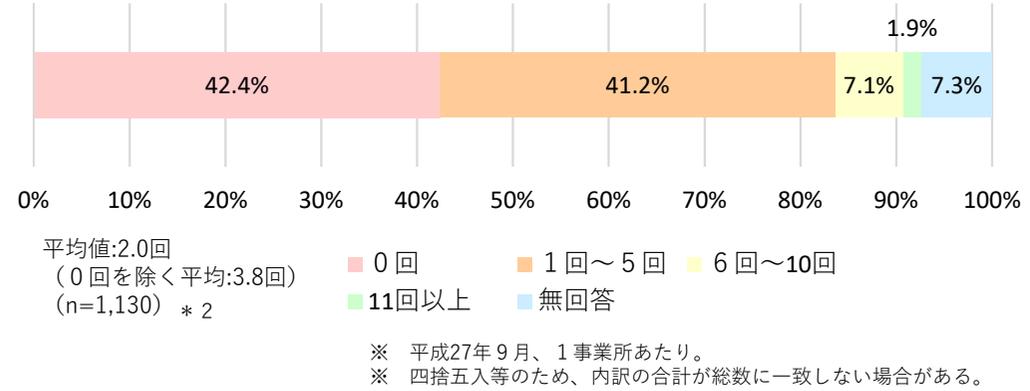
2. (4)②

〔通常の訪問入浴介護のケース〕

①回数



〔清拭・部分浴に変更となったケース〕



②時間

事業所のサービス提供目安時間 (n=924)

平均60分 * 3

清拭・部分浴の場合のサービス提供時間 (n=613)

平均53分 * 4

↓ 清拭・部分浴への主な変更理由

当日、利用者の体調不良等の理由による清拭変更	主治医の指示による清拭変更	ターミナルケアの利用者の清拭変更
<ul style="list-style-type: none"> ・バイタル測定時、普段より熱が高く再検温するも変わらないため ・血圧高め、再検するも変わらなかったため ・息苦しさがあるため、ご家族と相談の上、大事を取る ・当日、トイレで転倒したと左上腕、左下腿部5cmの剥離あり、疲労感あるため ・訪問時、嘔吐されている、つらいとの訴えあり、バイタル安定されていたが相談の上、対応 ・疲労感強く、入浴拒否強いため ・昨夜から睡眠がとれていないとのことで、疲労感が強く、利用者希望のため 	<ul style="list-style-type: none"> ・高熱(38.5度)のため、主治医・訪問看護指示による ・左肘の傷が深く、主治医指示による ・体調悪化に伴い主治医より清拭対応の指示 ・退院直後で体調不良により、主治医の指示による 	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期に突入し、入浴は体力的に難しいと主治医より指示があったため ・ターミナルの利用者、前日より状態が悪化、呼吸荒く、主治医に状況を報告し、指示を受ける ・ターミナルケア、入浴後胸が苦しいとの訴えがあり、利用者からの要望

(注) 各ケースで出典データが異なることに留意が必要。

* 1 : 令和元年度老人保健健康増進等事業 「訪問入浴介護のICT活用や経営の安定性や災害時等の支援に関する調査研究事業」 (実施主体: 株式会社デベロ)

* 2 : 平成27年度老人保健健康増進等事業 「訪問入浴介護の実態調査及び医療連携と業務の効率性についての調査研究事業」 (実施主体: 株式会社デベロ)

* 3 : 令和元年度老人保健健康増進等事業 「訪問入浴介護のICT活用や経営の安定性や災害時等の支援に関する調査研究事業」 (実施主体: 株式会社デベロ) のデータより算出。

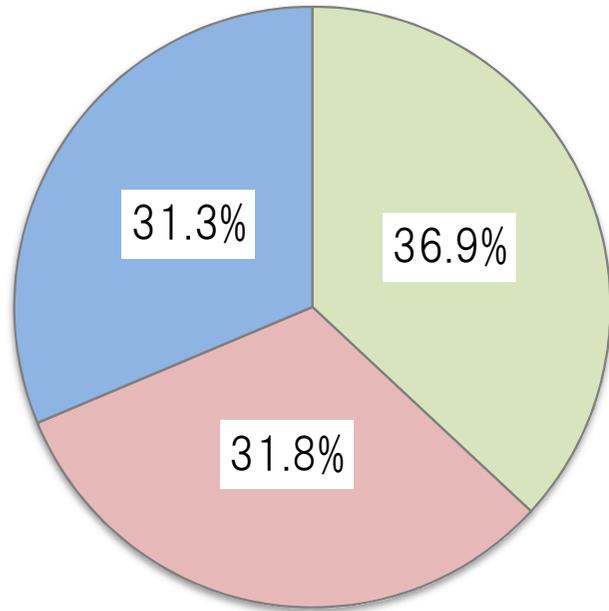
* 4 : 民間介護事業推進委員会における調査結果 (令和2年6月サービス提供分)

退院当日の訪問看護等の現状

- 退院当日に訪問を行った者のうち、訪問看護費を算定しなかった利用者は31.8%となっている。
- 特別管理加算対象者以外の利用者について、入院・入所施設からの退院当日の訪問の要請があったケースは37.9%で、そのうち、要請をした職種では医師が39.2%であった。

2. (4)③

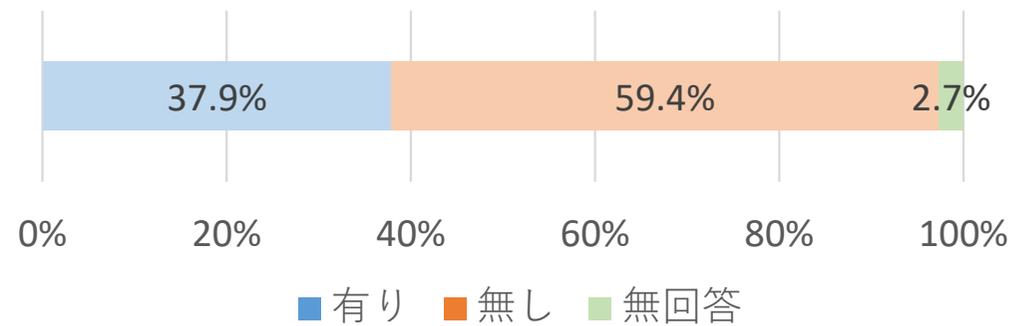
■ 退院当日の介護保険の訪問看護 (n=428)



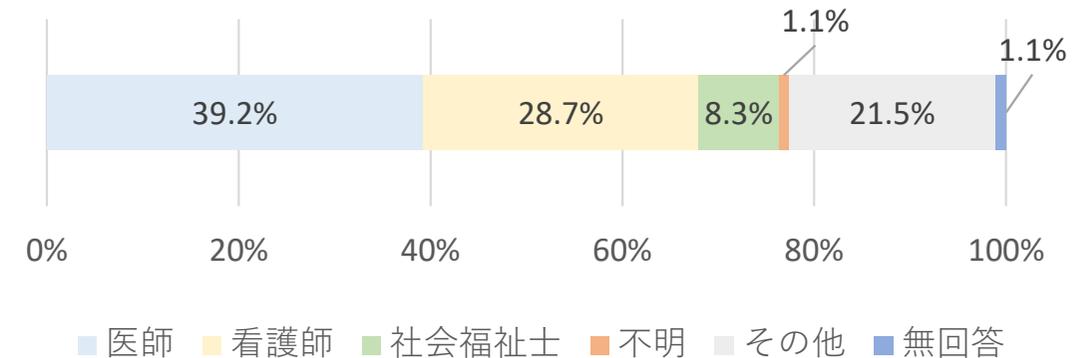
- 退院当日に訪問し、訪問看護費を算定
- 退院当日に訪問したが、訪問看護費を算定しなかった
- 退院当日に訪問しなかったが、訪問できなかった

(退院・退所後に介護保険の訪問看護の利用を開始した1,491人のうち、特別管理加算対象者以外について)

■ 入院・入所施設からの退院当日の訪問の要請 (n=478)



■ 入院・入所施設からの退院当日の訪問の要請有の場合の要請者の場合の要請者 (n=181)

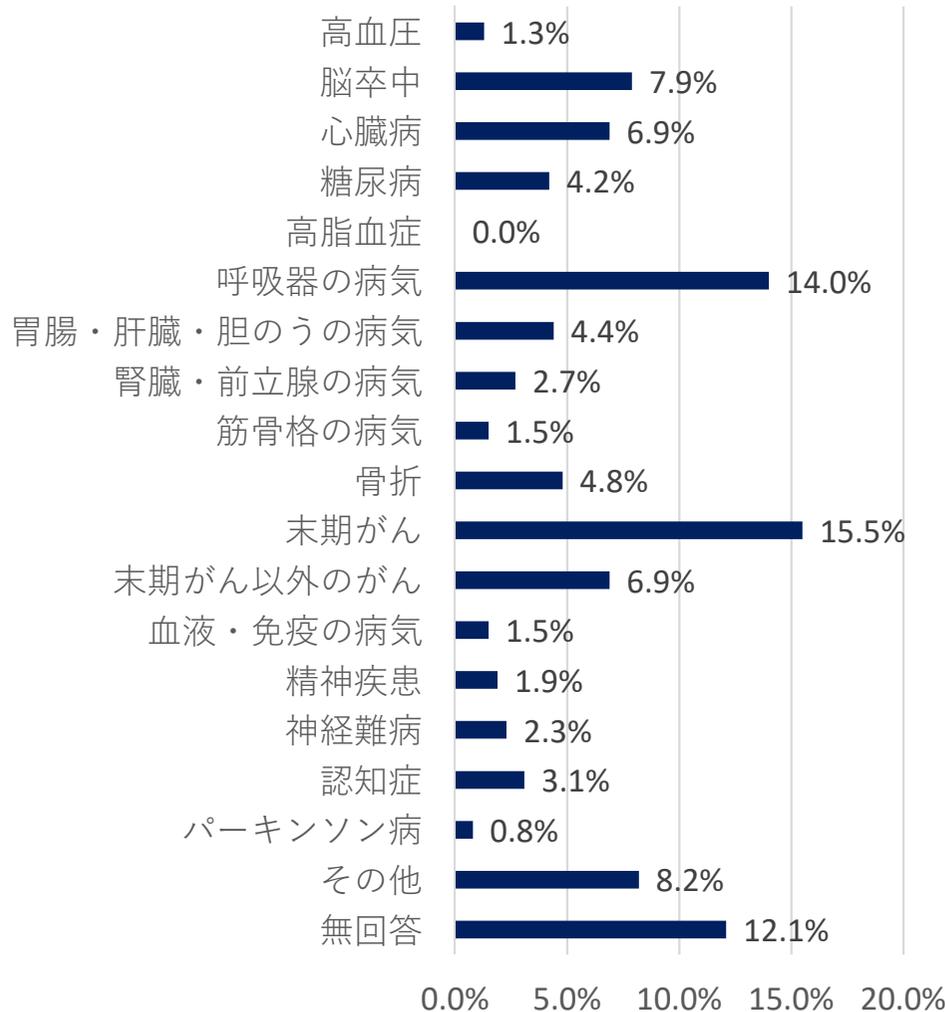


退院当日に訪問の必要があった利用者の状況

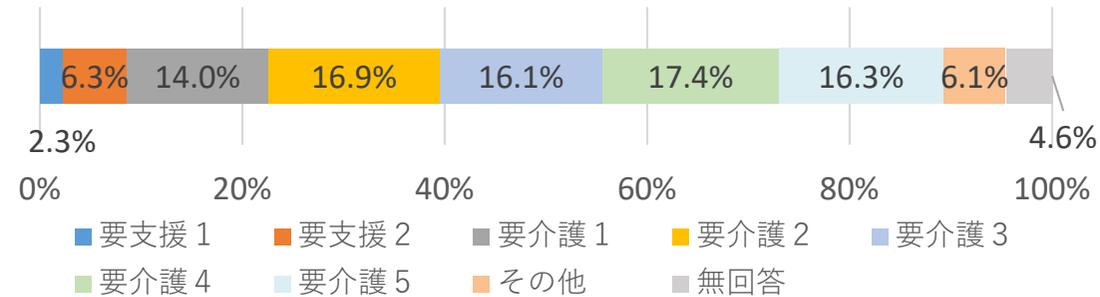
2. (4)③

- 退院当日に訪問が必要であった利用者の入院等の理由となった疾患は、末期がん15.5%、呼吸器の病気14.0%で、要介護度は、要介護4が17.4%、要介護2が16.9%、要介護5が16.3%であった。
- 処置や医療機器管理が必要な状態については、服薬援助45.0%、心理的支援30.8%、疼痛管理と浣腸・摘便がそれぞれ19.0%であった。

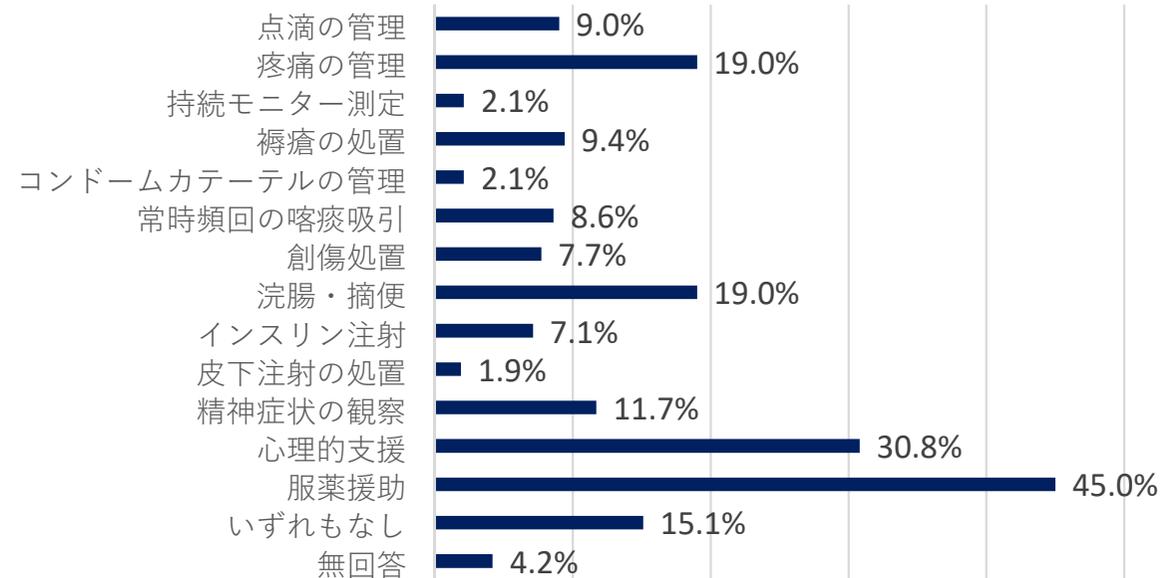
■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の入院・入所の理由となった疾患 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の要介護度 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の処置や医療機器管理の必要な状態 (n=478)



看護体制強化加算

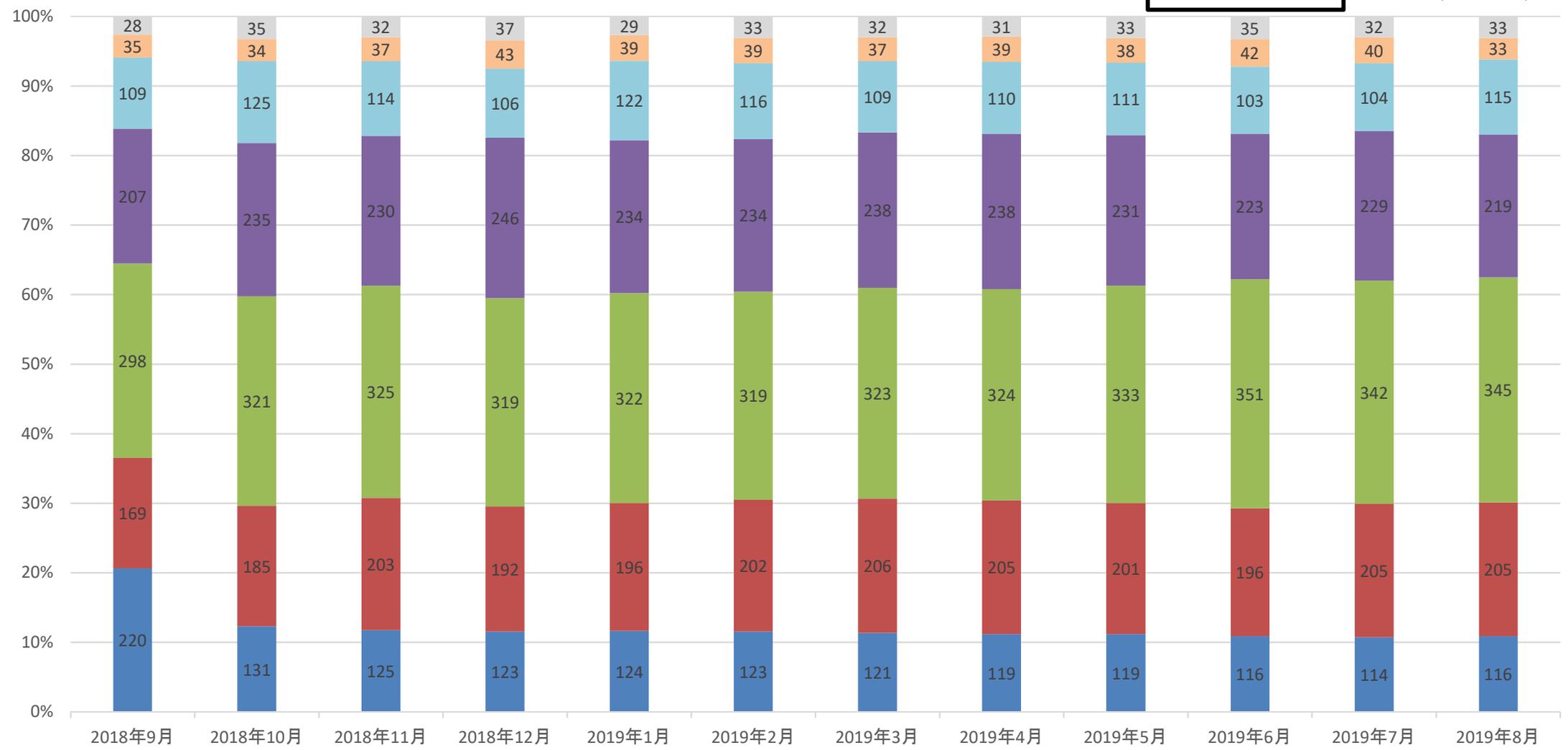
2. (4)④

	訪問看護		介護予防訪問看護
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
単位数	600単位（1月につき）	300単位（1月につき）	300単位（1月につき）
要件	算定月の前6月間における利用者総数のうち		
	① 緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上 ② 特別管理加算を算定した割合が30%以上		
	算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が		
	③ 5人以上	③ 1人以上	—

特別管理加算算定者の割合別 訪問看護ステーションの分布

2. (4)④

(n=1,066事業所)



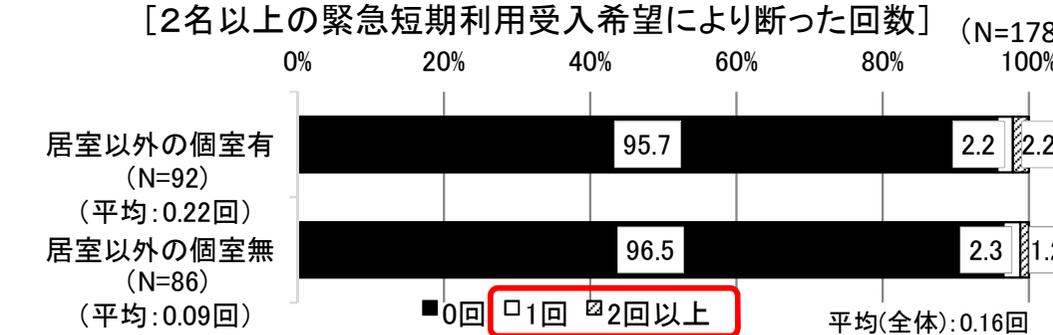
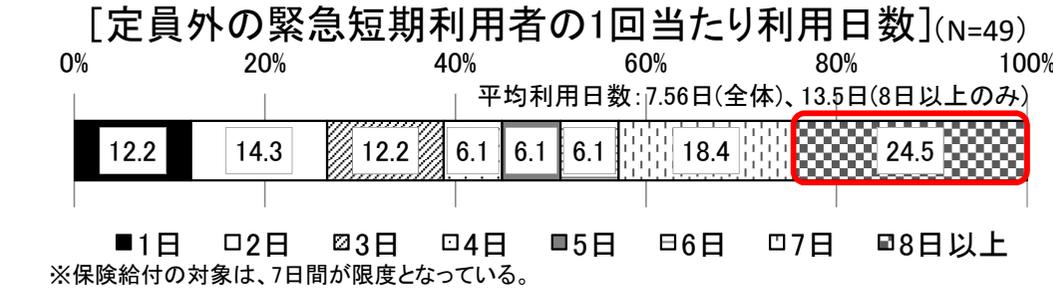
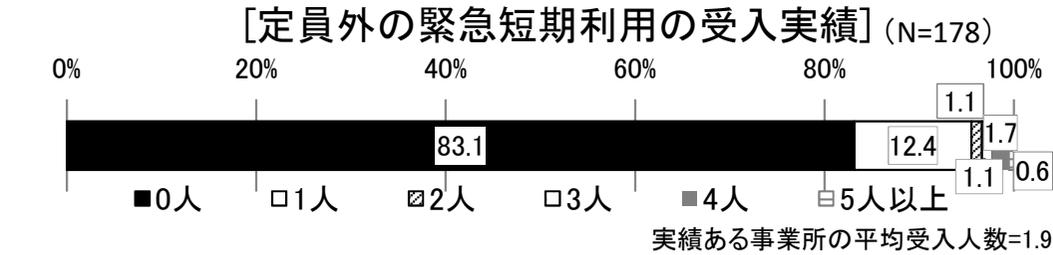
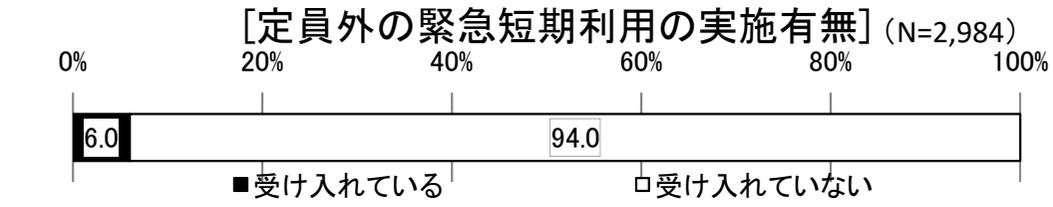
訪問看護ステーションの利用者に占める特別管理加算の算定者割合

- 特別管理加算算定者なし
- 10%未満
- 10%以上～20%未満
- 20%以上～30%未満
- 30%以上～40%未満
- 40%以上～50%未満
- 50%以上

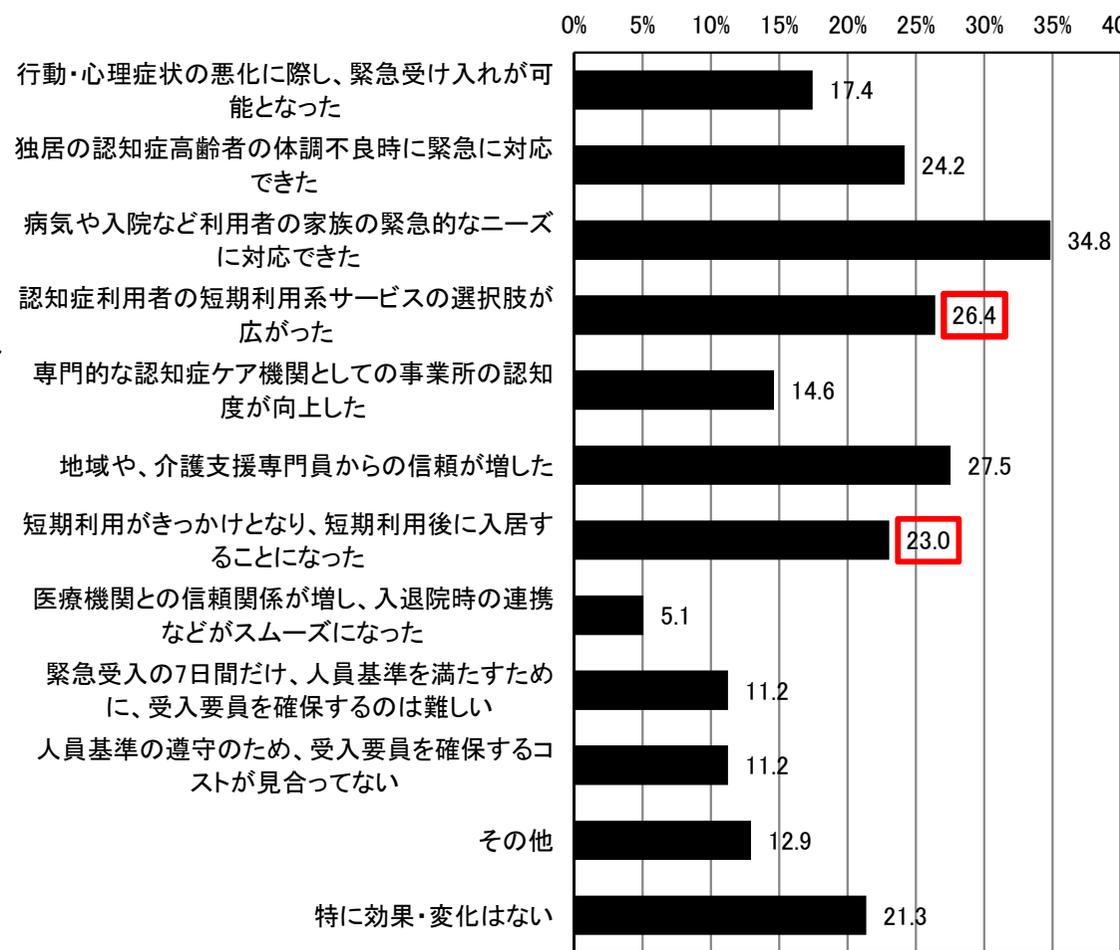
注) 訪問看護ステーションの利用者に占める特別管理加算算定者の割合は、回答が得られた訪問看護ステーションにおける毎月の特別管理加算算定実利用者／総実利用者により求めた。

短期利用認知症対応型共同生活介護(緊急時に定員を超えて受け入れる場合)の実施状況

- 1回当たりの平均利用日数は、(保険給付の対象は、7日が限度であるが)7.56日で、8日以上の利用が24.5%で最多。
- 定員外の緊急短期利用の受け入れを実施している事業所が、同時に2名以上の受入希望があったため利用を断ったケースも一部存在。
- 定員外の緊急短期利用を受け入れている効果・変化として、「認知症利用者の短期利用系サービスの選択肢が広がった」事業所が26.4%、「短期利用がきっかけとなり、短期利用後に入居することになった」事業所が23.0%見られる。



[定員外の緊急短期利用を受け入れている効果・変化] (複数回答) (N=178)



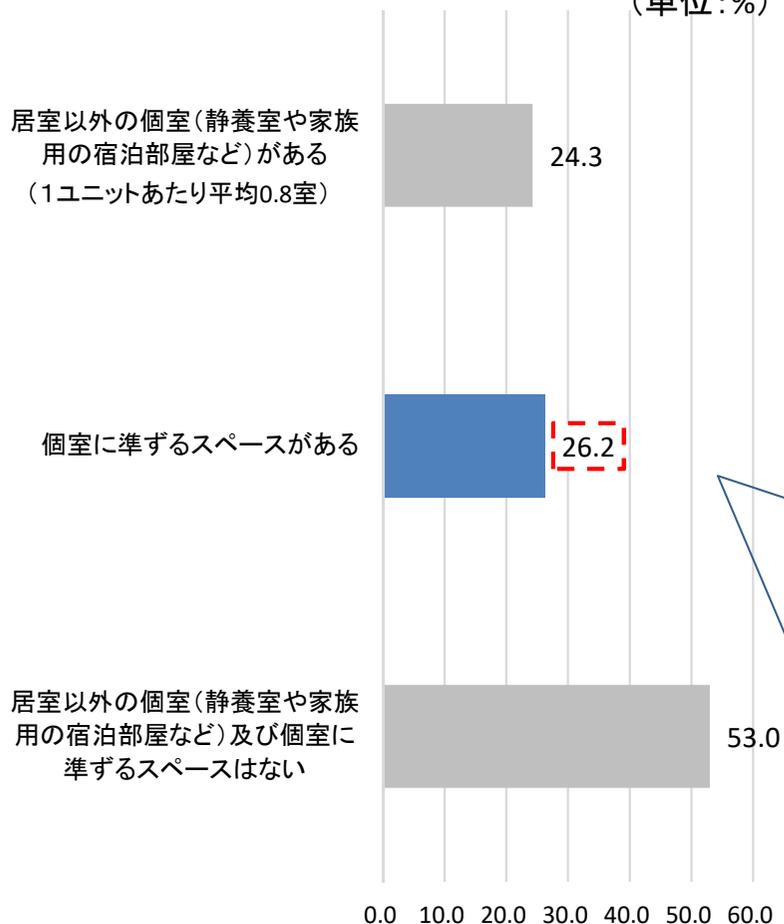
出典: 令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」(速報値)

仮に定員外の緊急時短期利用を個室に準ずるスペースで実施した場合

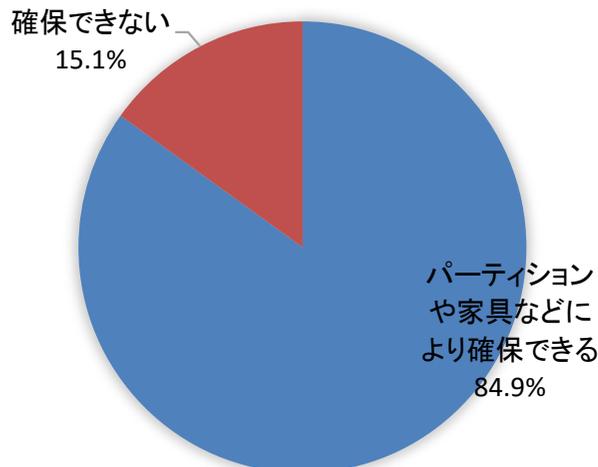
2. (4)⑤

- 短期利用を実施しているグループホームのうち、「個室に準ずるスペースがある」と回答した事業所は26.2%。
- このうち、グループホームの個室に準ずるスペースにおいて、仮に、定員外の緊急時短期利用を実施した場合、見守り・巡回に支障は生じないと回答した事業所は7割、入居者のケアに支障は生じないと回答した事業所は5割強。

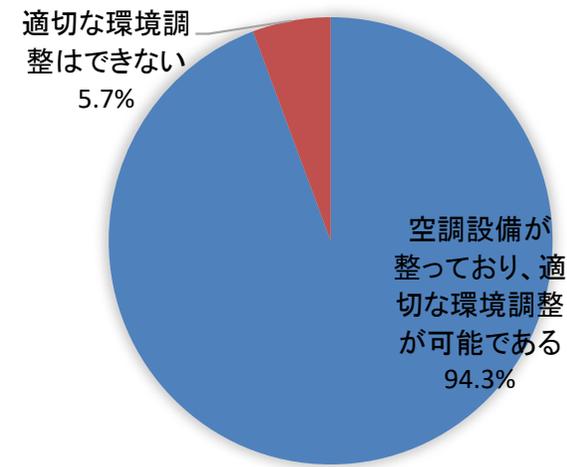
[居室等の設置状況] (※1、2) (N=202)
(単位:%)



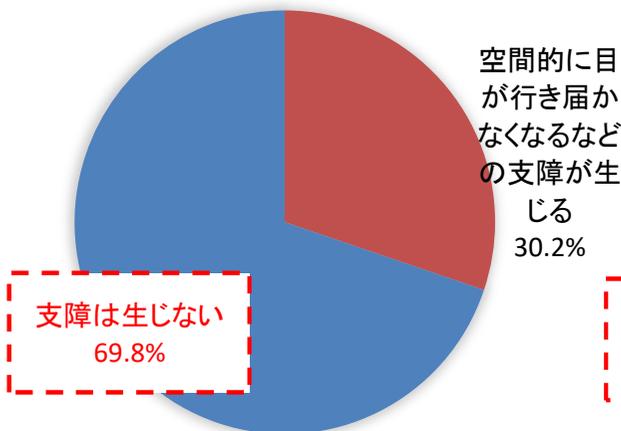
[プライバシーの確保] (N=53)



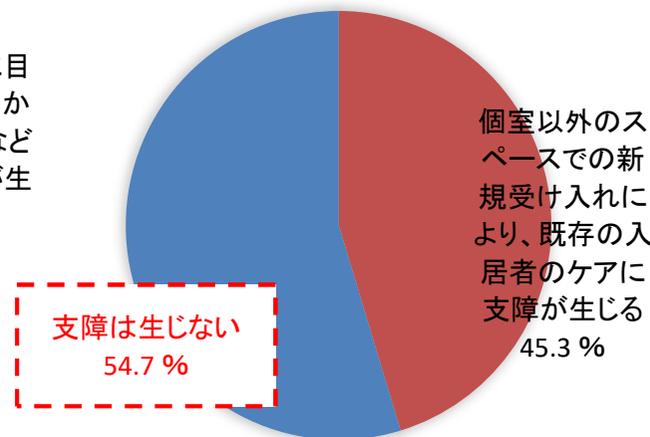
[環境調整] (N=53)



[見守り・巡回] (N=53)



[入居者のケア] (N=53)



※1 個室に準ずるスペースは居間の一角など概ね7.43㎡(居室面積)以上のスペースを想定

※2 短期利用認知症対応型共同生活介護を実施している事業所が回答したもの

出典: 令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」(速報値)

(公益社団法人日本認知症グループホーム協会) ※管理者を回答者としたもの

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

（設備）

第四十条 一 ユニット

イ(2) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居定員は、おおむね十人以下としなければならない。

（勤務体制の確保等）

第四十七条

2 前項の従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。

- 一 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- 二 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
- 三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年老企第43号）

3 設備に関する要件

(4) 居室

③ ユニットの入居定員

ユニット型指定介護老人福祉施設は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものであることから、1のユニットの入居定員は、10人以下とすることを原則とする。

ただし、敷地や建物の構造上の制約など特別の事情によりやむを得ない場合であって、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居定員が10人を超えるユニットも認める。なお、この場合にあっても、次の2つの要件を満たさなければならない。

- イ 入居定員が10人を超えるユニットにあっては、「おおむね10人」と言える範囲内の入居定員であること。
- ロ 入居定員が10人を超えるユニットの数は、当該施設の総ユニット数の半数以下であること。

省令イメージ

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

（設備）

第四十条

一 ユニット

イ(2) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居定員は、原則としておおむね十人以下とし、十五人を超えないものとする。

附 則

第〇条 当分の間、この省令の施行日以降、改正後の第四十条第一項第一号イ(2)の規定に基づき入居定員が十人を超えるユニットを整備するユニット型指定介護老人福祉施設は、第二条第一項第三号イ及び第四十七条第二項の基準を満たすほか、ユニット型指定介護老人福祉施設における介護職員及び看護職員の平均的な配置を勘案して職員を配置するよう努めるものとする。

※ 令和2年度介護事業経営実態調査におけるユニット型指定介護老人福祉施設の看護・介護職員（常勤換算）1人当たり利用者数は、1.8人

行政指導等の対応

上記の努力義務規定の施行に当たっての行政指導等の対応について、少なくとも次のような取組を行う。

- 今後、現行の入居定員の基準を超える新たなユニットを整備する施設は、当該ユニットの入居定員に加え、当該ユニットに勤務する介護職員及び看護職員の総数、当該総数が平均的な職員配置に満たない場合はその理由を都道府県に届け出るものとする。
- 国は、都道府県が届出の確認や指導を行う際に、施設が職員確保のために十分な努力を行ったと認められない場合には適切に指導を行うよう、通知を発出する。また、国は、聴取すべき内容や指導の方法をマニュアルとして都道府県に示すことで、適切な施行を期する。
- さらに、国は、新たに整備された現行の入居定員の基準を超えるユニットの整備・運営状況を都道府県を通じて定期的に把握しつつ、適切な運営や指導が行われているか検証し、必要に応じて制度の見直しを行う。

特定事業所加算(質の高いケアマネジメントについて)【見直しイメージ】

特定事業所加算 算定要件一覧表

2. (6)①

名称変更

算定要件	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(a)	特定事業所加算(Ⅳ)
	500単位	400単位	300単位	●単位	125単位
(1) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上	【算定要件】 (1) 前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上 (2) 前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定 (3) 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること
(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤: 1名以上 非常勤: 1名以上 (非常勤は他事業所との兼務可)	
(3) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること	○	○	○	○	
(4) 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可	
(5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×	
(6) 当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可	
(7) 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○	
(8) 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○	
(9) 居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○	
(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満であること	○	○	○	○	
(11) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○	○	○ 連携でも可	
(12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可	
(●) 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○	

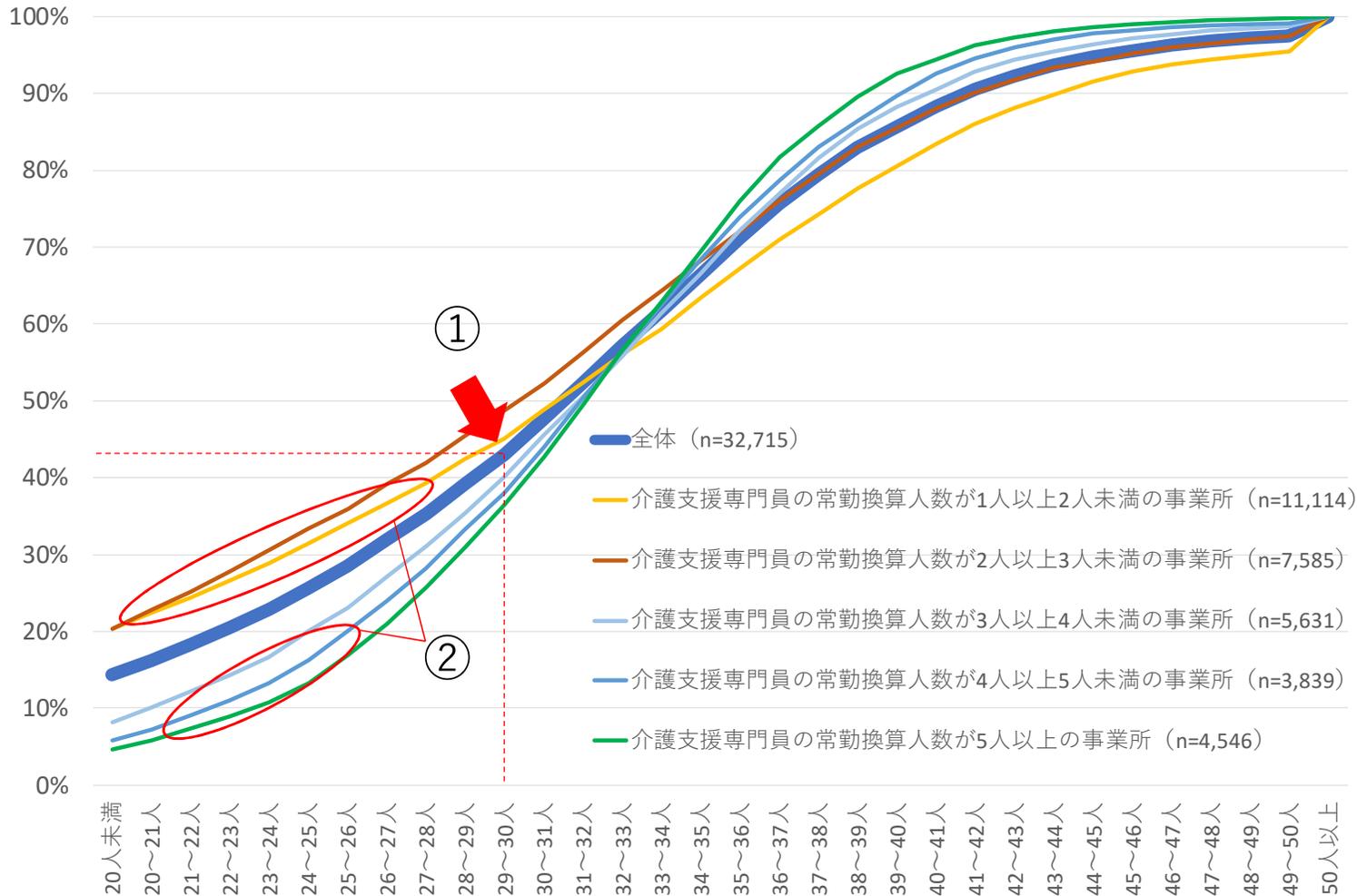
介護支援専門員の1人あたり担当利用者数の分布について(累積分布)

- ① 事業所全体では、1人あたり利用者数が30人に満たない事業所が概ね半数を占めている。
- ② 介護支援専門員（常勤換算人数）が3人未満の事業所は、全体に比べて30人未満の事業所が多い傾向にあり、一方、介護支援専門員（常勤換算人数）が3人以上の事業所は、全体に比べて30人未満の事業所が少ない傾向にある。

2. (6)①

事業所数の累積

事業所の累積分布



(注) 介護支援専門員1人あたり利用者数が計算できない場合
(常勤換算人員が無回答等) の事業所を除く。

介護支援専門員1人あたりの利用者数

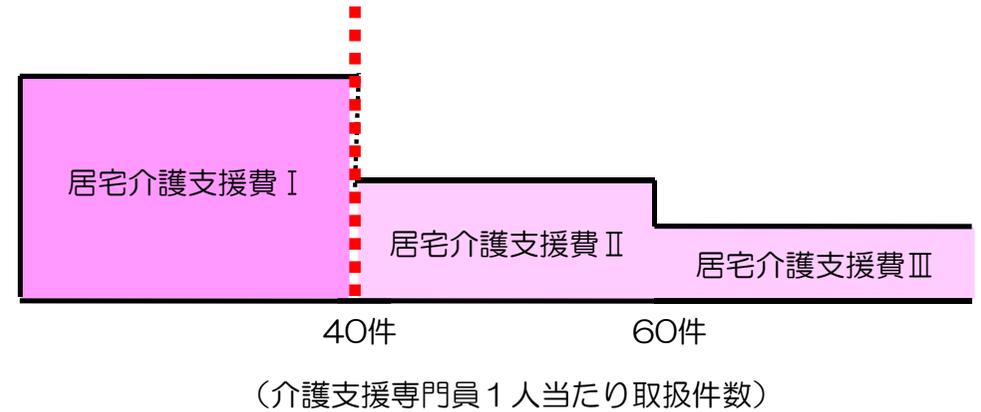
【出典】老人保健健康増進等事業（令和元年度）「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業「管理者要件に関する調査」」（株）三菱総合研究所

逓減制【見直しイメージ】

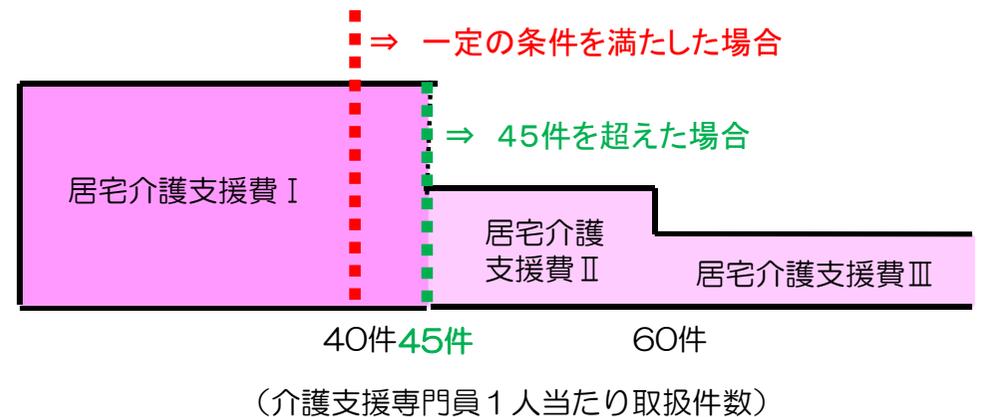
※第194回(R2.11.26)介護給付費分科会資料
を一部改変

2. (6)②

通常の場合(現行のまま)



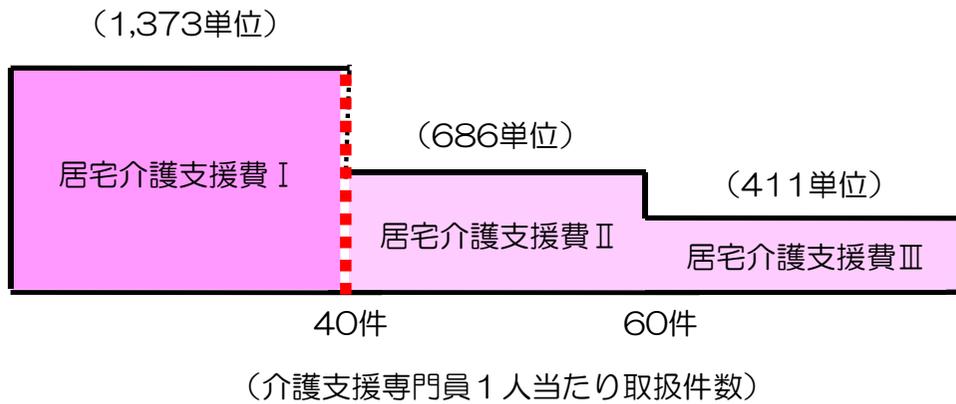
ICT等を活用する場合



逓減率については、メリハリをつけるべきではないか。

現行

例：要介護3・4・5の場合



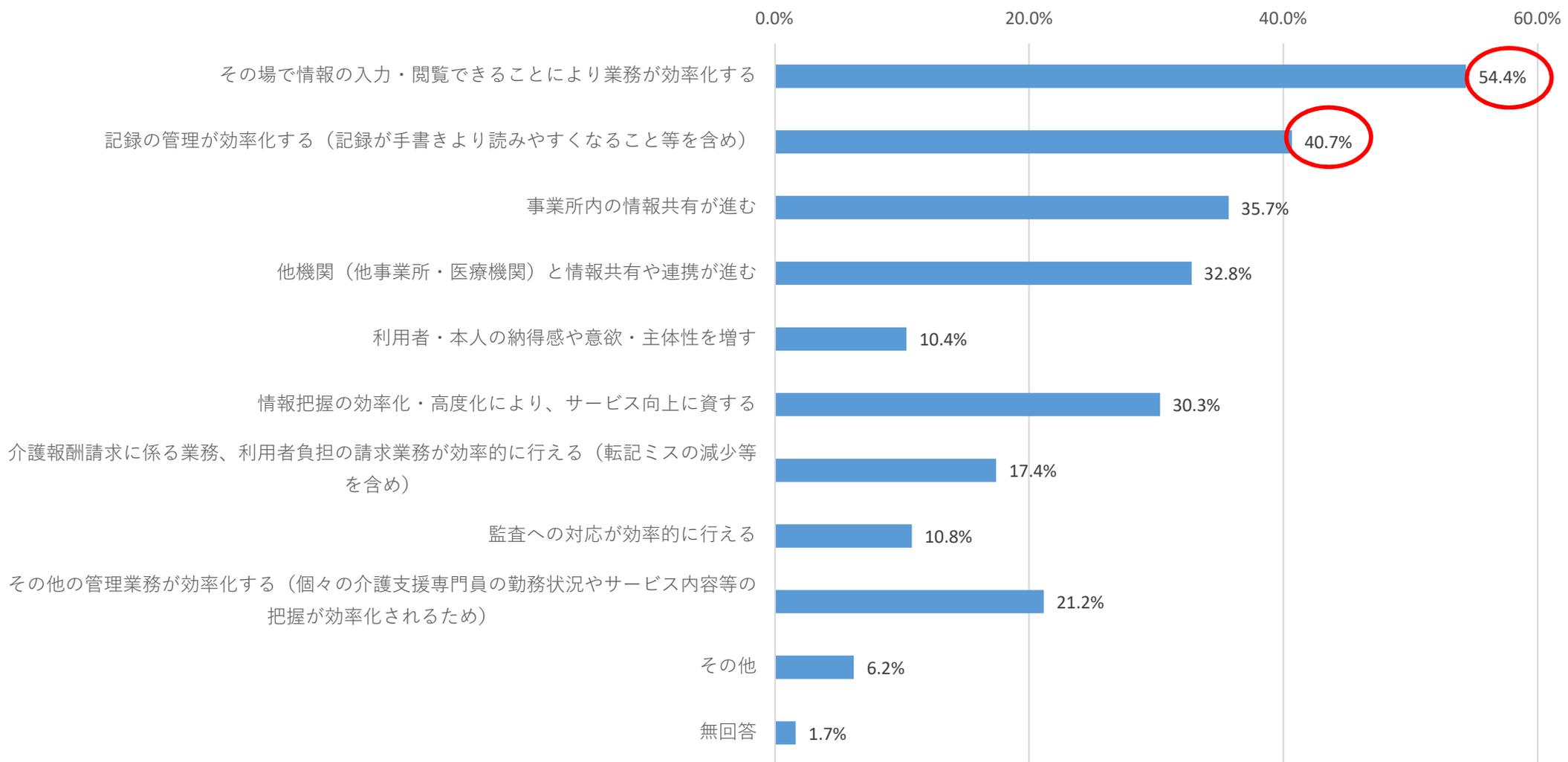
ケアマネジメントのプロセスにおける携帯情報端末について (スマートフォン、タブレット等で効果のあること)

○ 携帯情報端末（スマートフォン、タブレット等）で効果のあることについては、「その場で情報の入力・閲覧できることにより業務が効率化する」が54.4%で最も多く、次いで「記録の管理が効率化する（記録が手書きより読みやすくなること等を含め）」が40.7%であった。

2. (6)②

(複数回答)

(n=241ケアマネジャー)



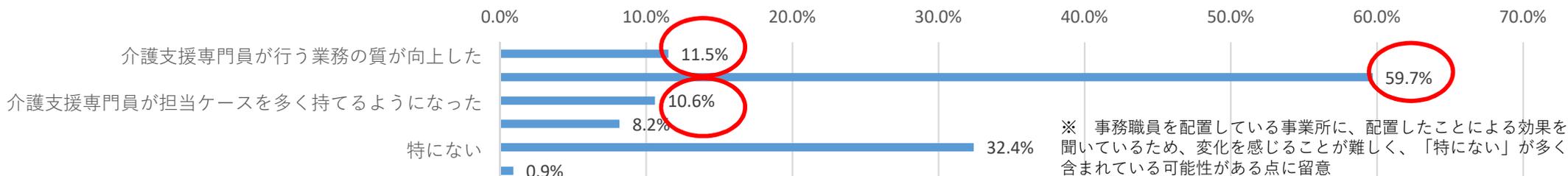
事務職員を配置したことによる効果

2. (6)②

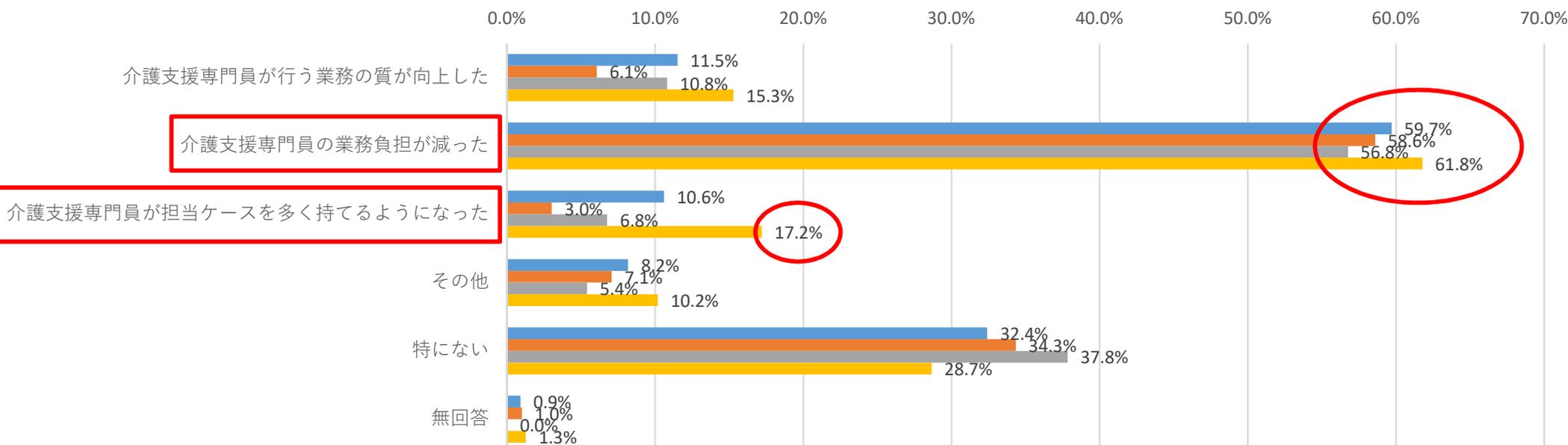
- 事務職員を配置したことによる効果について、「介護支援業務の業務負担が減った」が59.7%と最も高かった。また、「介護支援専門員が行う業務の質が向上した」が11.5%、「介護支援専門員が担当ケースを多く持てるようになった」が10.6%であった。
- また、事業所の介護支援専門員の人数別では、「介護支援専門員の業務負担が減った」が約6割で、3人以上の事業所で「介護支援専門員が担当ケースを多く持てるようになった」が17.2%で、3人未満の事業所より、その割合が大きかった。

事務職員を配置したことによる効果【事務職員を配置している回答者限定質問】(複数回答)

(n=330事業所)



事務職員を配置したことによる効果【事務職員を配置している回答者限定質問】[介護支援専門員人数別]



■ ケアマネジャー人数 (常勤換算) : 全体(n=330)

■ ケアマネジャー人数 (常勤換算) : 1人以下(n=99)

■ ケアマネジャー人数 (常勤換算) : 1~3人(n=74)

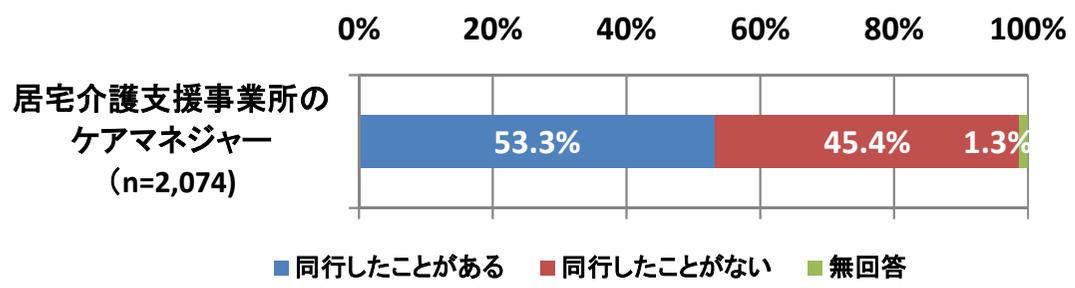
■ ケアマネジャー人数 (常勤換算) : 3人以上(n=157)

介護支援専門員の医療機関への通院同行の状況

- 介護支援専門員の医療機関への通院同行の状況については、「同行したことがある」が53.3%、「同行したことがない」が45.4%であった。
- 通院同行する場合の理由については、「具体的な医師の指示や指導が必要な場合」が62.2%、「医師に利用者の生活に関する具体的な情報を提供する場合」が51.8%、「服薬状況や薬の内容等に関する相談」が46.0%であった。

医療機関への通院同行の状況(令和元年9月)

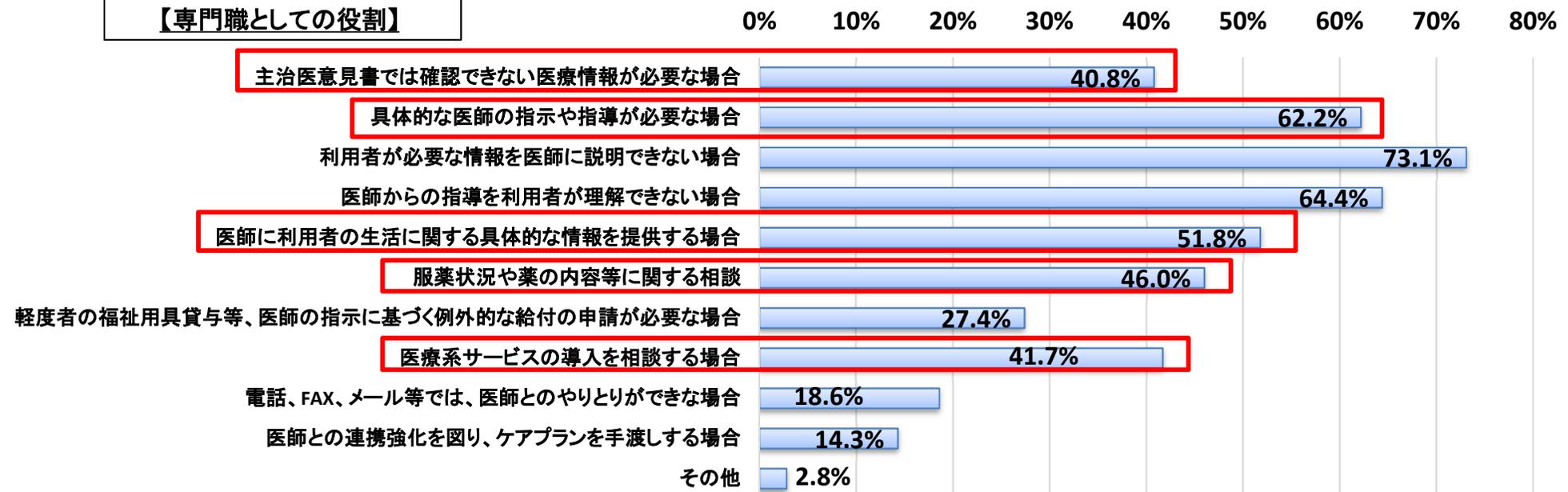
【同行したことがある場合】



1ヶ月間に同行した平均利用者数	1.9人	2. (6) ③
	平均同行回数	1回あたりに要する平均時間
通常の事業の実施地域内の医療機関	1.9回	1.8時間
通常の事業の実施地域外の医療機関	0.3回	2.6時間

通院同行する場合の理由(複数回答)

【専門職としての役割】



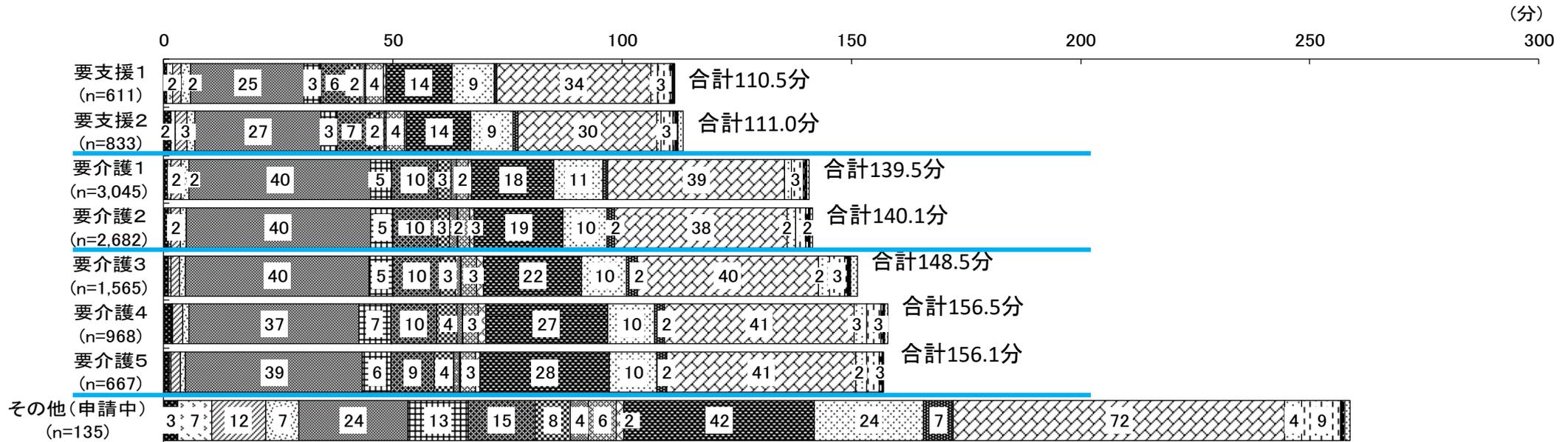
【出典】居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業（令和元年度調査）（ケアマネジャー調査票）

居宅介護支援費・介護予防支援費の報酬体系について

2. (6)⑤

○ 利用者1人1月の労働投入時間について、要支援と要介護にかかるケアマネジメント業務の時間について、約30～45分程度の差に留まっている。(令和元年度調査)

利用者1人1月の労働投入時間(分):要介護度別



- 担当利用者宅への訪問
- ▨ 初回の訪問
- ▨ アセスメントのための訪問
- ▨ 居宅サービス計画の説明のための訪問
- モニタリングのための訪問
- ▨ その他訪問
- ▨ 担当以外の利用者宅への訪問
- 移動・待機時間
- ▨ 主治医・医療機関等への訪問
- ▨ 通院同行のための訪問(医療連携)
- ▨ 通院同行のための訪問(移動支援)
- ▨ その他(地域包括支援センター・関係機関等)への訪問
- ▨ 来所
- 利用者・サービス提供事業所・他機関との連絡
- ▨ サービス担当者会議/居宅サービス担当者等への専門的な意見の照会
- ▨ 書類の作成
- ▨ 退院・退所カンファレンス/医療機関または介護保険施設への専門的な意見の照会
- ▨ その他
- ▨ ケアプラン作成以外で利用者に係る事業所内での業務
- 介護保険に関連するもの以外の各種手続きの代理申請や手続き、書類の受け取り
- ▨ 個別利用者への介護保険外サービスに関する支援業務
- ▨ 個別利用者の緊急時や入退院のためのやむを得ない対応

【出典】 老人保健健康増進等事業 (令和元年度) 「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」 (株) 三菱総合研究所

居宅介護支援に関する各種意見①

社保審－介護給付費分科会

第182 (R2.8.19) 資料6

社保審－介護給付費分科会

第190回 (R2.10.30) 資料7

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

2. (6)⑤

I 介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)

3. ケアマネジメント

- 高齢化の進展に伴い、居宅介護支援事業所の数、ケアマネジメントの利用者数は年々増加してきている。ケアマネジメントが国民の間に普及・浸透してきている状況もある中で、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)には、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことも期待されている。
- ケアマネジメントについて、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策等について、議論を行った。
- ケアマネジメントについて、高齢者の多様なニーズに対応した自立支援に資する適切なサービス提供の観点から、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整備を進めることが必要である。
- 医療をはじめ、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが行われることが必要である。そのために、地域ケア会議の積極的な活用などケアマネジャーが専門家と相談しやすい環境の整備が重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、地域ケア会議については、利用者や家族の参加を確保するとともに、地域ケア会議の内容を利用者や家族に丁寧に説明すべきとの意見があった。
- 高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続していくためには、医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供されることが重要であり、インフォーマルサービスも盛り込まれた居宅サービス計画(以下「ケアプラン」という。)の作成を推進していくことが必要である。なお、インフォーマルサービスへの信用の確保のために、国、都道府県、市町村はケアマネジャーへの情報提供などの支援をすることが必要であるとの意見があった。
- 公正中立なケアマネジメントの確保や、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を一層進めることが必要である。適切な修了評価やICT等を活用した受講環境の整備など、研修の充実や受講者の負担軽減等が重要である。
- 適切なケアマネジメントを実現するため、ケアマネジャーの処遇の改善等を通じた質の高いケアマネジャーの安定的な確保や、事務負担軽減等を通じたケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要である。ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要である。

4. 地域包括支援センター

- 業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、要支援者等に対する適切なケアマネジメントを実現する観点から、外部委託は認めつつ、引き続き地域包括支援センターが担うことが必要である。外部委託を行いやすい環境の整備を進めることが重要である。**介護報酬上の対応についても検討が必要**である。なお、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメント業務を担うべきとの意見もあった。

認知症対応型通所介護 中山間地域等に居住する者への加算

○ 中山間等に居住する者へのサービス提供加算は、他の通所系サービス（通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション）・多機能系サービス（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）には設けられているが、認知症対応型通所介護には設けられていない。

2.(7)①

離島・中山間地域等に対する加算

以下3つの加算があり、①・②は訪問系のみ、③は認知症対応型通所介護以外の通所系サービスを対象としている。

	訪問系									多機能系		通所系		
	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ	定期巡回	夜間訪問	福祉用具	介護支援	療養管理	小多機	看多機	通所介護	通所リハ	認デイ
① 特別地域加算	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×
② 中山間地域等の小規模事業所加算	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×
③ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×

	単位数	要件
① 特別地域加算	15/100	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定。
② 中山間地域等の小規模事業所加算	10/100	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定。
③ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合に算定。

- サービス確保が困難な離島等の特例などにより、離島等における介護サービスの確保・充実に必要な措置を実施。
- 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額については、他地域との均衡を図る観点から、低所得者の利用者負担額の1割分を減額する事業がある。

○サービス確保が困難な離島等の特例

- ・ 指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができる。

○中山間地域等に対する報酬における評価

- ・ 訪問系・多機能系・通所系サービスについて、中山間地域等に事業所が所在する場合や居住している利用者に対してサービス提供をした場合、介護報酬における加算で評価

○離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置

- ・ 離島等地域においては、訪問系の介護サービスを利用した場合、上記のとおり特別地域加算が行われ、利用者負担額も増額されることになる。このため、離島等地域の利用者負担額について、他地域との均衡を図る観点から、低所得者の利用者負担額の1割分を減額（通常10%の利用者負担を9%に）する。

（注）中山間地域等における小規模事業所加算（サービス費用の10%相当の加算）も同様の措置を実施。

○離島等サービス確保対策事業

- ・ 離島等地域の実情を踏まえたサービス確保等のため、離島におけるホームヘルパー養成など、人材の確保対策に重点をおき、具体的な方策・事業の検討や試行的事業を実施し、もって、介護サービスの確保等を図る。

（注）厚生労働大臣が認めた場合には、自治体の実情に応じた介護サービス確保等のための事業が実施可能。

サテライト型事業所の基準・報酬案①

2. (7)②

現行

追加(案)

参考

	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (本体事業所)	サテライト型 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護等 (本体事業所)	サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所
代表者	認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者	常勤・専従であって、3年以上認知症の介護の従事経験がある認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者	本体の管理者が兼務可能	常勤・専従であって、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者	本体の管理者が兼務可能
介護従業者	常勤換算方法で3:1以上	常勤換算方法で3:1以上	(通い) 常勤換算方法で3:1以上 (訪問) 常勤換算方法で1以上 (他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。) (看護職員) 小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	(通い) 常勤換算方法で3:1以上 (訪問) 1以上 (本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。) (看護職員) 本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	時間帯を通じてユニットごとに1以上	時間帯を通じてユニットごとに1以上	(夜間勤務) 時間帯を通じて1以上 (宿直) 時間帯を通じて1以上 (宿泊利用者がいない場合、夜間勤務職員及び宿直職員を配置しないこともできる。)	(夜間勤務) 時間帯を通じて1以上 (宿直) 本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。 (宿泊利用者がいない場合、夜間勤務職員及び宿直職員を配置しないこともできる。)
計画作成担当者 介護支援専門員	介護支援専門員であって、認知症介護実践者研修を修了した者 1以上	認知症介護実践者研修を修了した者 1以上	介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上

※ 代表者・管理者・介護支援専門員である計画作成担当者は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

サテライト型事業所の基準・報酬案②

2. (7)②

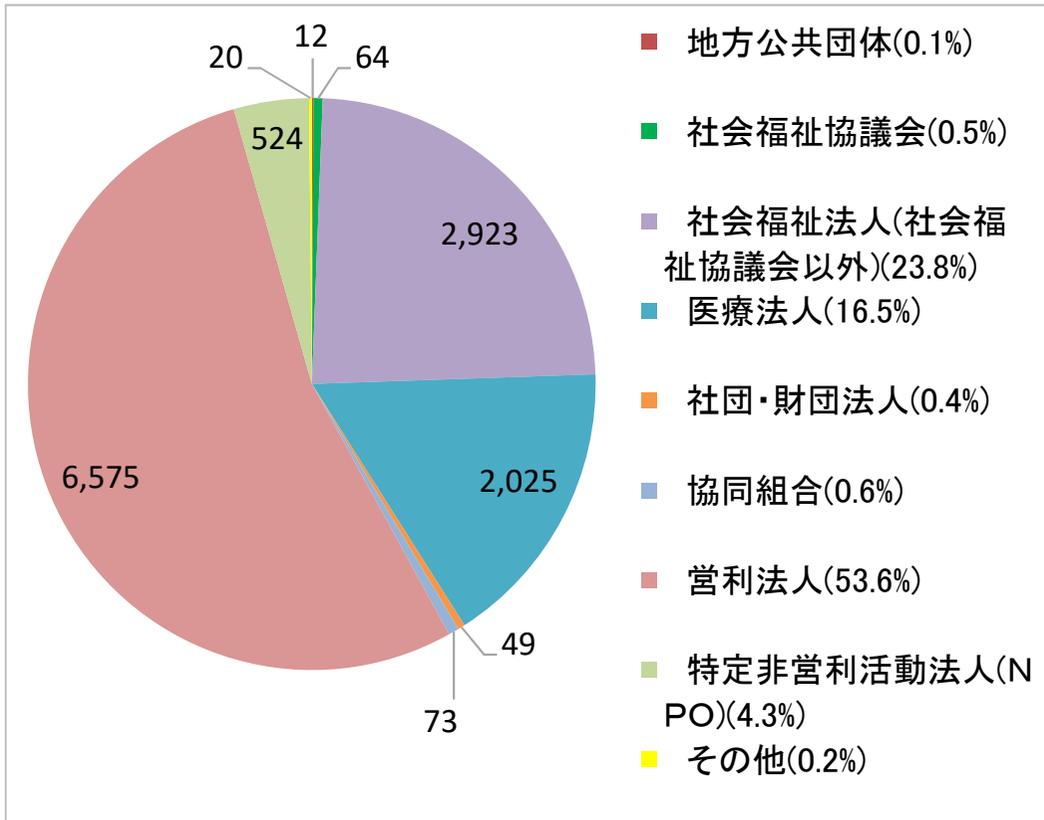
	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 追加(案)	小規模多機能型居宅介護 参考																		
サテライト型事業所の 本体となる事業所	認知症グループホーム ※ 事業開始後1年以上の本体事業所としての実績を有すること、又は、入居者が当該本体事業所において定められた入居定員の100分の70を超えたことがあること	小規模多機能型居宅介護事業所 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ※ 事業開始後1年以上の本体事業所としての実績を有すること、又は、登録者が当該本体事業所において定められた登録定員の100分の70を超えたことがあること																		
本体1に対するサテラ イト型事業所の箇所数	最大2箇所まで	最大2箇所まで																		
本体事業所とサテラ イト型事業所との距離等	自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近 距離 本体事業所と同一建物や同一敷地内は不可	自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近 距離 本体事業所と同一建物や同一敷地内は不可																		
サテライト型事業所の 設備基準等	本体事業所と同様	サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問機能は 必要 ※ 本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、 サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊すること も可能 ※ 本体の訪問スタッフが、サテライト型利用者に訪問する ことも可能																		
指定	本体、サテライト型事業所それぞれが受ける ※ 医療・介護・福祉サービスについて3年以上の実績を有 する事業者であること ※ あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営 委員会等の意見を聴くこと	本体、サテライト型事業所それぞれが受ける ※ 医療・介護・福祉サービスについて3年以上の実績を有 する事業者であること ※ あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営 委員会等の意見を聴くこと																		
定員	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>本体事業所</th> <th>サテライト型事業所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ユニット数</td> <td>3まで</td> <td>2まで</td> </tr> <tr> <td>入居定員</td> <td>1ユニットあたり 5~9人</td> <td>1ユニットあたり 5~9人</td> </tr> </tbody> </table>		本体事業所	サテライト型事業所	ユニット数	3まで	2まで	入居定員	1ユニットあたり 5~9人	1ユニットあたり 5~9人	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>本体事業所</th> <th>サテライト型事業所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>登録定員</td> <td>29人まで</td> <td>18人まで</td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td>(通い) 登録定員の1/2~18人まで (泊まり) 通い定員の1/3~9人まで</td> <td>(通い) 登録定員の 1/2~12人まで (泊まり) 通い定員の 1/3~6人まで</td> </tr> </tbody> </table>		本体事業所	サテライト型事業所	登録定員	29人まで	18人まで	利用定員	(通い) 登録定員の1/2~18人まで (泊まり) 通い定員の1/3~9人まで	(通い) 登録定員の 1/2~12人まで (泊まり) 通い定員の 1/3~6人まで
	本体事業所	サテライト型事業所																		
ユニット数	3まで	2まで																		
入居定員	1ユニットあたり 5~9人	1ユニットあたり 5~9人																		
	本体事業所	サテライト型事業所																		
登録定員	29人まで	18人まで																		
利用定員	(通い) 登録定員の1/2~18人まで (泊まり) 通い定員の1/3~9人まで	(通い) 登録定員の 1/2~12人まで (泊まり) 通い定員の 1/3~6人まで																		
介護報酬	通常の(介護予防)認知症対応型共同生活介護の介護報酬と 同額	通常の(介護予防)小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同 額																		

認知症対応型共同生活介護の事業所概況

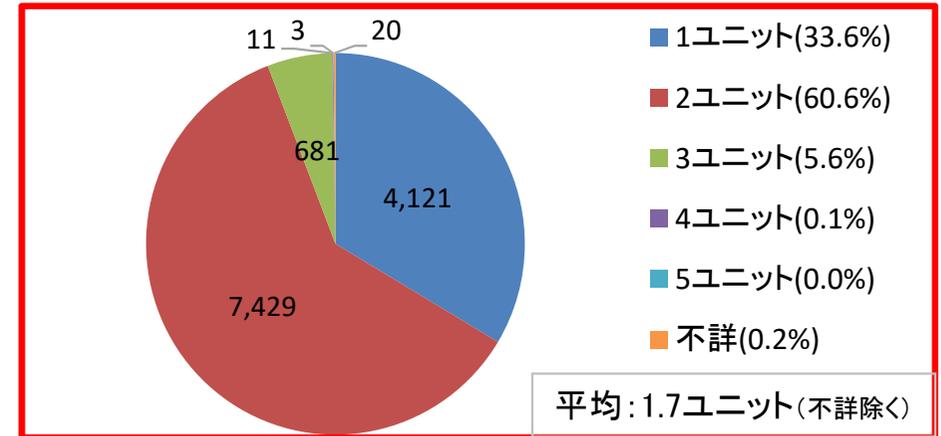
2. (7)②

- 事業所の設置主体は「営利法人」が53.6%で最も多く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」が23.8%、「医療法人」が16.5%となっていた。
- 事業所のユニット数は「2ユニット」が60.6%で最も多く、次いで「1ユニット」33.6%となっていた。3ユニット以上の事業所は695事業所（5.6%）であった。
- 事業所の定員数は「15人～19人」が60.2%で最も多く、次いで「5～9人」が33.6%となっていた。

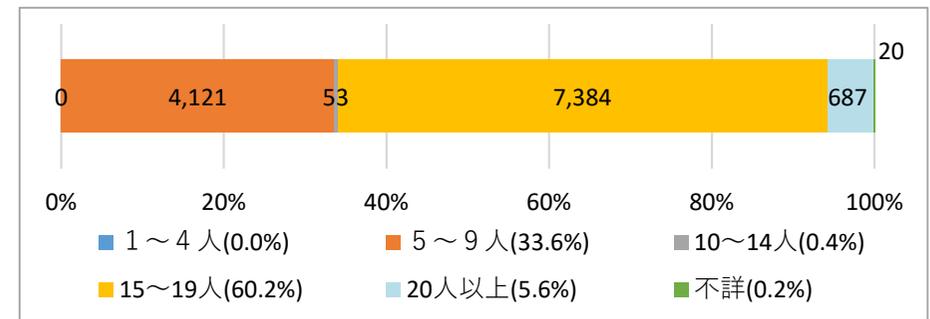
【経営主体 n=12,265】



【ユニット数 n=12,265】



【定員数 n=12,265】



【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成29年10月1日時点)

【参考】指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第34号)

第93条 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、共同生活住居を有するものとし、その数は1又は2とする。ただし、指定認知症対応型共同生活介護事業所に係る用地の確保が困難であることその他地域の実情により指定認知症対応型共同生活介護事業所の効率的運営に必要と認められる場合は、1の事業所における共同生活住居の数を3とすることができる。

※ 当該規定は、「標準基準」(通常よるべき基準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの)である。73

5 義務付け・枠付けの見直し等

【厚生労働省】

(30) 介護保険法（平9法123）

- (ii) 指定小規模多機能型居宅介護については、過疎地域等において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間に限り行わない措置を講ずることについて検討し、令和3年度の報酬改定に向けて結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

指定小規模多機能型居宅介護における登録定員超過時の介護報酬減算の基準緩和

〈具体的な支障事例〉

島牧村では平成28年度の提案募集制度により、小多機施設内で「要介護＝小規模多機能デイ」、「要支援＝総合事業通所型サービスA」によるサービスを提供できるようになったことから、島牧村の小多機施設に登録できるのは「要介護」の方のみとすることになったが、24時間・365日のサービス提供となり、利用者の利便性が向上することから登録希望者が29人を超える可能性が危惧されている（今後、最大35人程度が見込まれる。）。小多機施設開設後に「要介護者」が村で受けられる他の在宅介護サービスは、村社会福祉協議会で行っている訪問介護（ヘルパー）だけという現状であることから、もし「通所介護（デイ）」や「短期入所（ショートステイ）」を必要とする要介護者数が30人以上となった場合、あふれた人たちを救済する術がない状況となってしまう。これらの問題の解決策として、サービス事業所の新規参入及びサテライト型小規模多機能型居宅介護施設の活用について検討したが、現状、新規事業者の参入は見込めない状況であることや、新たな施設整備に伴う財政負担など解消が難しい課題がある。

〈制度改正による効果〉

- ① 小規模多機能のサービスを必要とする高齢者（島牧村の場合は要介護者）が30人以上となっても介護従事者を増員することで受け入れることができ、在宅で生活する高齢者の受け皿としての機能を引き上げることができる。
- ② 新たにサテライト施設を整備する費用負担が軽減される他、本体事業所で一時的であれ登録定員を超えての対応が可能となることにより、別途サテライトを設置するよりも少ない人員・経費負担増で対応が可能となると考えられる。

※下線については、事務局において追加したものである。

小規模多機能型居宅介護支援事業の定員に関する規定について

- 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第66条に定員に関する規定が置かれている。

2. (7)④

	本体事業所	サテライト事業所
登録定員	29人まで	18人まで
通いの定員	登録定員の1/2～15人まで(※)	登録定員の1/2～12人まで
泊まりの定員	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで

※ 登録定員が25人を超える場合は、登録定員に応じて、通いの定員を次の表のとおりとすることが出来る。

登録定員	通いの定員
26人又は27人	16人
28人	17人
29人	18人

小規模多機能型居宅介護 指定基準を条例で定める場合の基準の関係法令

- 地方分権推進計画と地方分権一括法に基づき、地方公共団体が指定基準を条例委任する際の基準を法令により規定。
- 現状、定員は原則「標準基準」のところ、小規模多機能型居宅介護の登録定員及び利用定員は、小規模で馴染みの空間で家庭的なケアの実施を本旨とする小規模多機能型サービス等の概念自体に関わるものであるとして、「従うべき基準」となっている。

2. (7)④

介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）

- 第78条の4 指定地域密着型サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、市町村の条例で定める基準に従い市町村の条例で定める員数の当該指定地域密着型サービスに従事する従業者を有しなければならない。
- 2 前項に規定するもののほか、指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、市町村の条例で定める。
 - 3 市町村が前二項の条例を定めるに当たっては、第一号から第四号までに掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、第五号に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準を標準として定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。
 - 一 指定地域密着型サービスに従事する従業者に係る基準及び当該従業者の員数
 - 二 指定地域密着型サービスの事業に係る居室の床面積
 - 三 小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型通所介護の事業に係る利用定員
 - 四 指定地域密着型サービスの事業の運営に関する事項であって、利用又は入所する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの
 - 五 指定地域密着型サービスの事業(第三号に規定する事業を除く。)に係る利用定員
 - 4 厚生労働大臣は、前項に規定する厚生労働省令で定める基準(指定地域密着型サービスの取扱いに関する部分に限る。)を定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。
 - 5～8 (略)

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）

- 第1条 共生型地域密着型サービスの事業に係る介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第78条の2の2第2項の厚生労働省令で定める基準及び指定地域密着型サービスの事業に係る法第78条の4第3項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める基準とする。
- 一～四 (略)
 - 五 法第78条の4第2項の規定により、同条第3項第三号に掲げる事項について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 第42条第4項、第46条第1項及び第66条の規定による基準（注 第66条が小多機の登録定員及び利用定員）
 - 六 (略)

条例委任する場合の基準設定の類型

2. (7)④

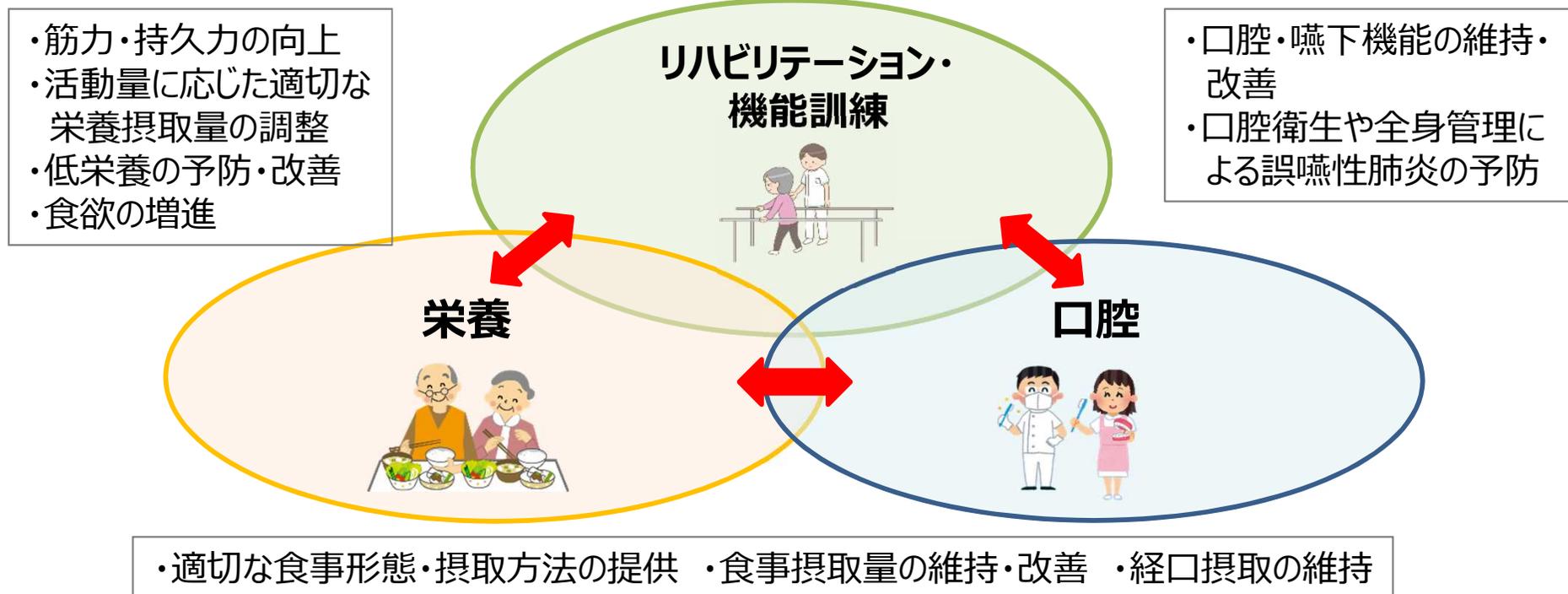
	「参酌すべき基準」型	「標準」型	「従うべき基準」型
法的効果	<p>○「参酌すべき基準」とは、十分参照しなければならない基準</p> <p>○条例の制定に当たっては、法令の「参酌すべき基準」を十分参照した上で判断しなければならない</p>	<p>○「標準」とは、通常よるべき基準</p> <p>○条例の内容は、法令の「標準」を標準とする範囲内でなければならない</p>	<p>○「従うべき基準」とは、必ず適合しなければならない基準</p> <p>○条例の内容は、法令の「従うべき基準」に従わなければならない</p>
異なるものを定めることの許容の程度	<p>法令の「参酌すべき基準」を十分参照した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることは許容</p>	<p>法令の「標準」を標準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることは許容</p>	<p>法令の「従うべき基準」と異なる内容を定めることは許容されないが、当該基準に従う範囲内で、地域の実情に応じた内容を定めることは許容</p>
備 考	<p>参酌する行為を行ったかどうかについて説明責任（行為規範） ⇒参酌する行為を行わなかった場合は違法</p> <p>「参考とすべき基準」「斟酌すべき基準」「勘案すべき基準」「考慮すべき基準」も同じ</p>	<p>「標準」と異なる内容について説明責任 ⇒合理的な理由がない場合は違法</p> <p>「準則」も同じ</p>	<p>「従うべき基準」の範囲内であることについて説明責任 ⇒基準の範囲を超える場合は違法</p> <p>「定めるべき基準」「遵守すべき基準」「適合すべき基準」「よるべき基準」も同じ</p>

3. 自立支援・重度化防止の推進

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

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

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



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

主なりハ・栄養・口腔関係加算等における各種計画書・会議の要件

○ リハビリ、栄養、口腔に係る加算等の要件としている各種計画作成・会議参加者について、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の参加が規定されている。

3. (1)①

対象サービス	計画（加算名）	実施者	会議・計画作成参加者
通所リハ・訪問リハ	リハビリテーション計画	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	※計画作成者 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
	リハビリテーション会議（リハマネ加算（Ⅱ～Ⅳ））	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	※会議参加者 利用者、家族、医師、PT、OT、ST、その他の職種
通所リハ 通所介護	口腔機能向上管理指導計画（口腔機能向上加算）	（配置・実施）言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員	※共同して計画を作成 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種
	栄養ケア計画（栄養改善加算）	管理栄養士	※共同して計画を作成 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種
介護保険施設	口腔衛生管理加算	歯科医師・歯科衛生士	※歯科医師の指示に基づき施設入所者に対して口腔ケアを実施。（実施記録） 入所者の口腔ケアマネジメント計画について技術的助言等を実施。
	栄養ケア計画（栄養マネジメント加算）	管理栄養士	※共同して計画を作成 医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種
	栄養ケア計画と一体的に作成する計画（低栄養リスク改善加算）	管理栄養士又は栄養士	※共同して会議を行い、計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種
	経口移行計画（経口移行加算）	（栄養管理）管理栄養士又は栄養士 （支援）ST又は看護職員	※共同して計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種
	経口維持計画（経口維持加算（Ⅰ））	管理栄養士又は栄養士	※共同して食事観察及び会議等を行い、計画を作成 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種
	（経口維持加算（Ⅱ））	管理栄養士又は栄養士	（Ⅰ）に加えて、協力歯科医療機関を定め、医師、歯科医師、歯科衛生士又はST
介護保険施設 認知症GH等	入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画（口腔衛生管理体制加算）	歯科医師・歯科衛生士	歯科医師又は歯科衛生士の指導のもと介護職員※施設単位の計画立案

訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の要件

3. (1)②

加算 (I)

(訪問リハ：230単位/月)
(通所リハ：330単位/月)

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

加算 (II)

(訪問リハ：280単位/月)
(通所リハ：6月以内の期間 850単位/月
6月を超えた期間 530単位/月)

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算 (III)

(訪問リハ：320単位/月)
(通所リハ：6月以内の期間 1120単位/月
6月を超えた期間 800単位/月)

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について**医師**が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算 (IV)

(訪問リハ：420単位/月)
(通所リハ：6月以内の期間 1220単位/月
6月を超えた期間 900単位/月)

- 加算(III)の全ての要件のいずれにも適合すること
- VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

<算定率>	【訪問リハ】	【通所リハ】
リハビリテーションマネジメント加算 (I)	83.4%	89.2%
リハビリテーションマネジメント加算 (II)	5.8%	9.8%(1) 13.8%(2)
リハビリテーションマネジメント加算 (III)	12.0%	22.2%(1) 27.2%(2)
リハビリテーションマネジメント加算 (IV)	1.0%	1.4%(1) 1.7%(2)

※令和元年10月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合DBから集計。算定率は、当該月の加算算定事業所/請求事業所数より算出

VISIT・CHASEへのデータ提出内容の見直し(案)

3. (1)②

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

<現行>

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

<見直し案>

提出は任意とする。

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

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

※下線の項目は自由記述。

目標、具体的支援内容についてはコードあり。

※原則、該当項目を全て入力することとされている。

整理

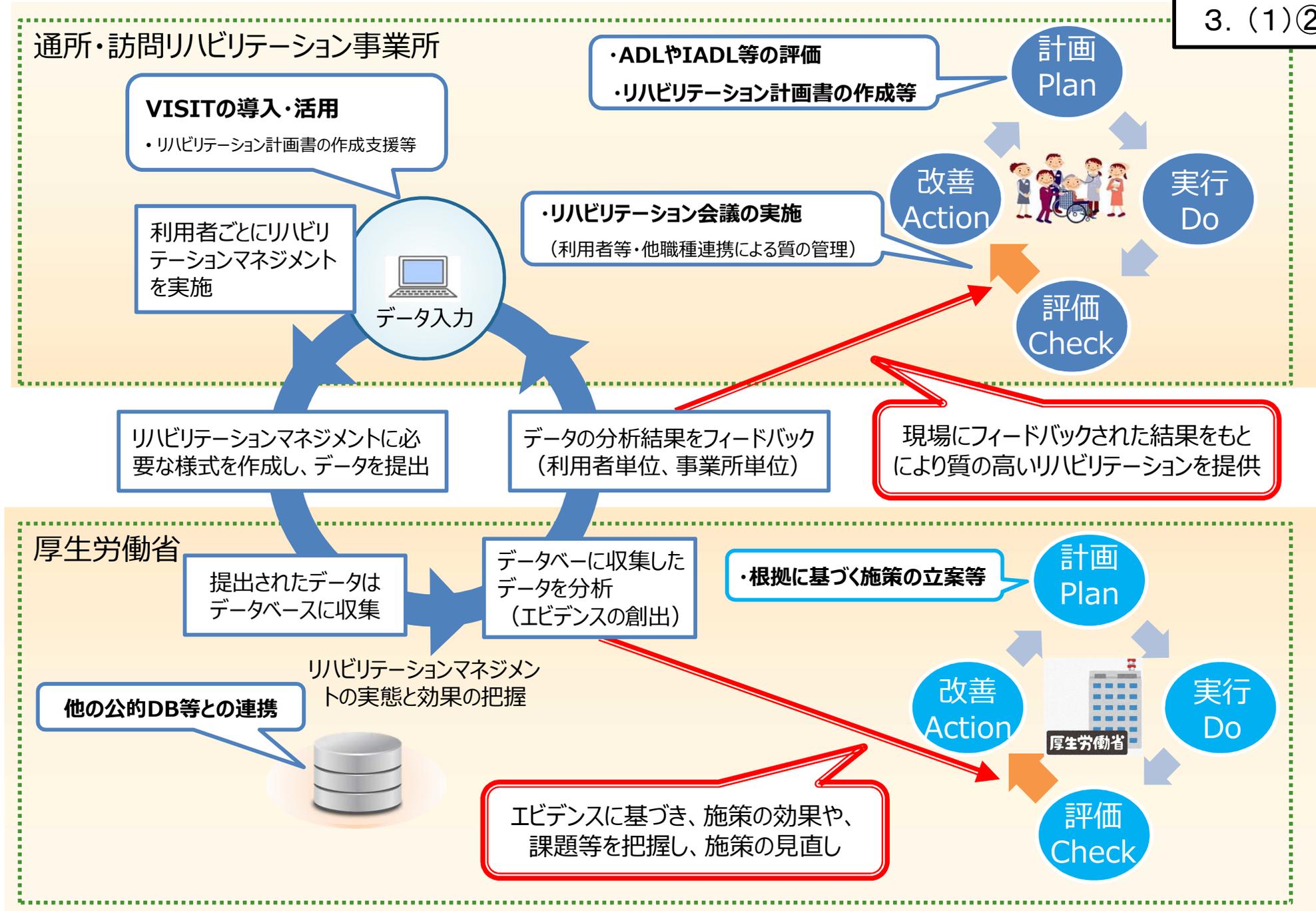
- ・様式2-1 (リハビリテーション計画書)
- ・様式2-2 (リハビリテーション計画書)

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

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

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

3.(1)②



<短期集中リハビリテーション実施加算>

報酬告示

注6 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

留意事項通知 [第2の5(7)抜粋]

◇ 短期集中リハビリテーション実施加算について [平成12年3月1日 老企第36号 第2の5(1)]

② 「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施するものでなければならない。

<訪問リハビリテーション>

◇算定の基準について [平成12年3月1日 老企第36号 第2の5(1)]

- ③ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。

<在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（診療報酬）の要件>

(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料について)

- (1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境などを踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下この区分において「1単位」という。）に算定する。
- (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。

通所リハビリテーション

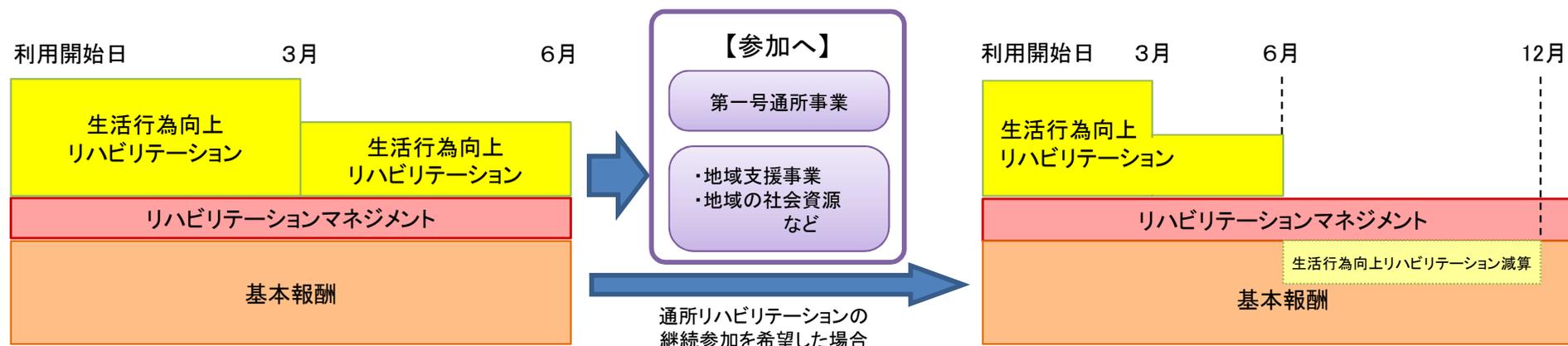
- 通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。
- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
 - ② リハビリテーションの目標と実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ③ 当該計画で定めた通所リハビリテーションの実施期間中に、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 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）～（Ⅳ）のいずれか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	2000単位／月
	3月超、6月以内	1000単位／月

※ ただし、当該加算を算定後に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いても同様の加算あり】

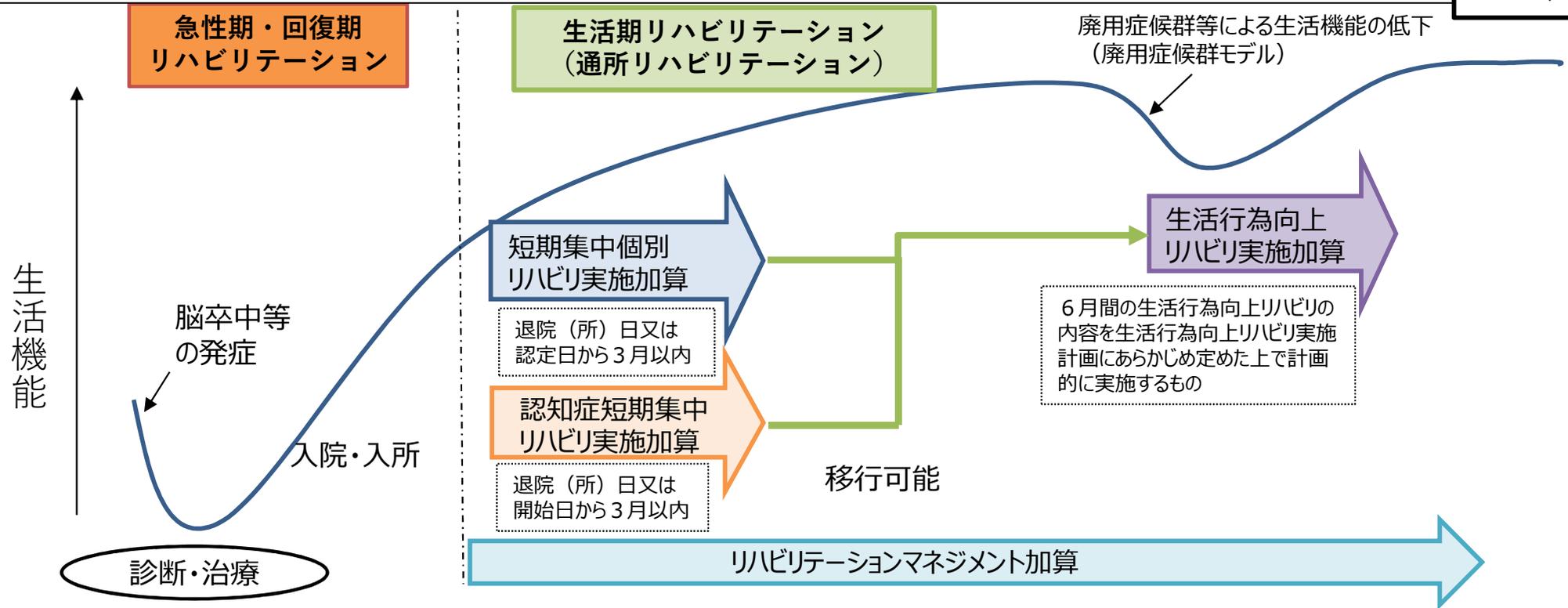
【通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

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

3. (1)⑥



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

- 通所介護事業所等・リハビリテーション事業所等間の連携を促進し、通所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、通所介護事業所等に提供することとしてはどうか。

通所介護事業所 (地域密着型・認知症対応型含む)

⑤ 保険者から提供された情報をもとに連携先を選定



④ リストを提供

提供されたリストを参考に事業所にて連携先候補を選定



③ 提供情報を集約し、リスト化

都道府県
保険者

① 情報 (※3) 提供を依頼

② 連携に必要な情報を提供

- 基本情報：事業所名、サービス種別、住所、連絡先、担当者名等
- 連携方法：連携可能職種、人数、謝金の額、連携方法（訪問又はオンライン）等

⑥ リハビリテーション専門職が通所介護事業所等を訪問する又はICT活用による連携を行うことにより、事業所職員と共同で個別機能訓練計画を作成。



医療機関

リハビリテーション事業所 (※1)

関係団体 (※2)



※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（病院にあつては、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。

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

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

3. (1)⑧

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

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

- 現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を統合し、
 - ・ 人員配置要件：小規模事業所でも必要な人員を確保できるよう、専従1名以上（配置時間帯の定めなし）とする。
（ただし人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。）
 - ・ 機能訓練項目：利用者の心身の状況に応じて項目設定を行うことができるよう、身体機能向上・生活機能向上のいずれかを目的として設定するのではなく、両者を柔軟に組み合わせて設定できることとする。
 - ・ 訓練対象者・訓練実施者：「個別」機能訓練であることをふまえ、5人程度以下の小集団又は個別に、機能訓練指導員が直接実施する。 こととしてはどうか。

- ただし、これまで個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を併算定していた事業所もあることをふまえ、人員配置につき、常勤・専従1名以上（サービス提供時間帯を通じて配置）を要件とする上位区分を設けてはどうか。

個別機能訓練加算（案）			
ニーズ把握・情報収集	通所介護・地域密着型通所介護事業所の職員が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。		
機能訓練指導員の配置	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 基本要件 <u>専従1名以上配置 （配置時間の定めなし）</u> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 上位区分 <u>専従1名以上配置 （サービス提供時間帯通じて配置）</u> </td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"> ※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※基本要件については、運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。上位区分については、運営基準上配置を求めている機能訓練指導員に加えて専従で1名以上配置することとする。 ※機能訓練指導員 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師 （はり師又はきゅう師については、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月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。） </p>	基本要件 <u>専従1名以上配置 （配置時間の定めなし）</u>	上位区分 <u>専従1名以上配置 （サービス提供時間帯通じて配置）</u>
基本要件 <u>専従1名以上配置 （配置時間の定めなし）</u>	上位区分 <u>専従1名以上配置 （サービス提供時間帯通じて配置）</u>		
計画作成	居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。		
機能訓練項目	<u>利用者の心身の状況に応じて、身体機能・生活機能向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。</u>		
訓練の対象者	<u>5人程度以下の小集団又は個別</u>		
訓練の実施者	<u>機能訓練指導員が直接実施</u>		
進捗状況の評価	上記の過程を3ヶ月に1回以上実施し、個別機能訓練計画の進捗状況等に応じ、訓練内容の見直し等を行う。		

通所介護・地域密着型通所介護 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)の概要

- 通所介護・地域密着型通所介護における個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定要件は、人員配置基準・計画作成にあたっての留意事項等について、以下のとおり定められている。
- 人員配置については個別機能訓練加算(Ⅰ)の方が厳しい基準となっているが、個別機能訓練の対象者・実施者については個別機能訓練加算(Ⅱ)の方が厳しい基準となっている。

3. (1)⑨

	個別機能訓練加算(Ⅰ) 1日につき46単位	個別機能訓練加算(Ⅱ) 1日につき56単位
ニーズ把握・情報収集	通所介護・地域密着型通所介護事業所の職員が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。	
機能訓練指導員の配置	常勤・専従1名以上配置 (サービス提供時間帯を通じて配置)	専従1名以上配置 (配置時間の定めなし)
	※機能訓練指導員 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師 (はり師又はきゅう師については、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月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)	
個別機能訓練計画	居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。	
機能訓練項目	身体機能向上を目的とする複数種類の機能訓練項目 (座る、立つ、歩く等ができるようになるといった身体機能の向上に関する目標設定)	生活機能向上を目的とする機能訓練項目 (1人でお風呂に入る等といった生活機能の維持・向上に関する目標設定が必要)
訓練の対象者	人数制限なし	5人程度以下の小集団又は個別
訓練の実施者	制限なし (機能訓練指導員の管理の下に別の従事者が実施した場合でも算定可能)	機能訓練指導員が直接実施
進捗状況の評価	上記の過程を3ヶ月に1回以上実施し、個別機能訓練計画の進捗状況等に応じ、訓練内容の見直し等を行う。	

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

通所介護・地域密着型通所介護 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)の目的・趣旨

- 通所介護・地域密着型通所介護における個別機能訓練加算を算定する利用者に対しては、住み慣れた地域での在宅生活を継続することができるよう、身体機能・生活機能の維持又は向上を目指し機能訓練を実施している。
- 個別機能訓練加算(Ⅰ)は身体機能、個別機能訓練加算(Ⅱ)は生活機能の維持・向上を図ることとしている。

3. (1)⑨

	個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)
目的	○ 座る・立つ・歩く等ができるようになるといった <u>身体機能の向上</u> を目指すことを中心に行う。	○ 利用者が居宅や住み慣れた地域において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、身体機能の向上を目的として実施するのではなく、 ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」 ② ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」 ③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」といった <u>生活機能の維持・向上</u> を図るために行う。
訓練内容	○ 利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するような複数メニューから選択できるプログラムの実施が求められる。	○ 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、実践的な訓練を反復して行うことが中心となるため、 <u>身体機能を向上させることを目的とした機能訓練とは異なる</u> 。 ○ 実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動そのものや、それを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことになることから、事業所内であれば、 <u>実践的訓練に必要な浴槽設備、調理設備・備品等を備えるなど、事業所内外での実地的な環境下で訓練を行うことがのぞましい</u> 。 ○ 従って、例えば単に「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」といった身体機能向上を目的とした目標ではなく、「週に1回、囲碁教室に行く」といった <u>具体的な生活上の行為の達成が目標</u> となる。また居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）、地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）も目標となり得る。

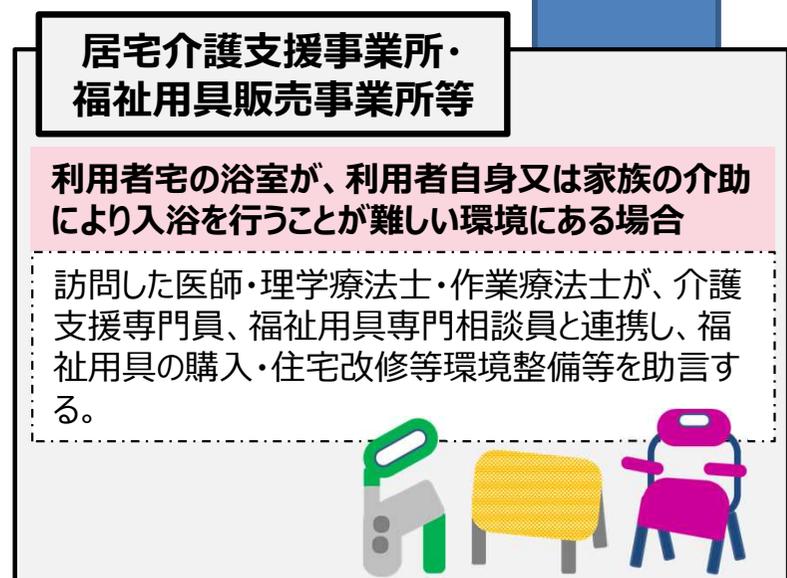
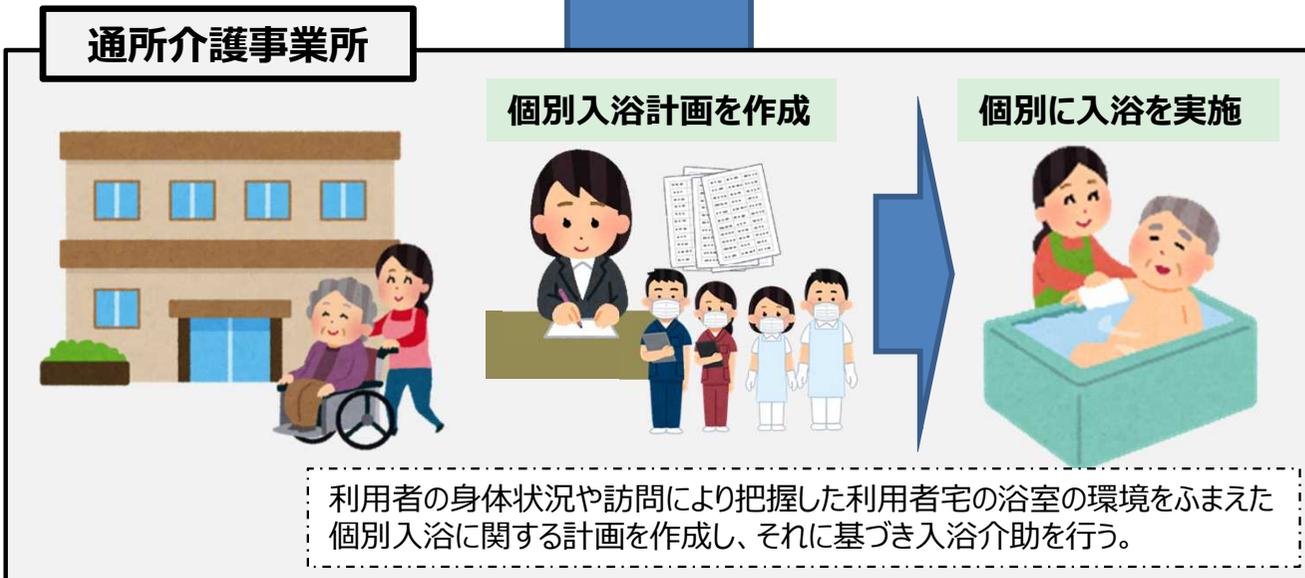
【個別機能訓練加算(Ⅰ)と(Ⅱ)の関係性】

- 個別機能訓練加算(Ⅰ)と個別機能訓練加算(Ⅱ)をそれぞれ算定する場合は、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、別々の目標を明確に立てて訓練を実施する必要がある。

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 入浴介助加算(新たな加算)のイメージ

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

3. (1)⑩



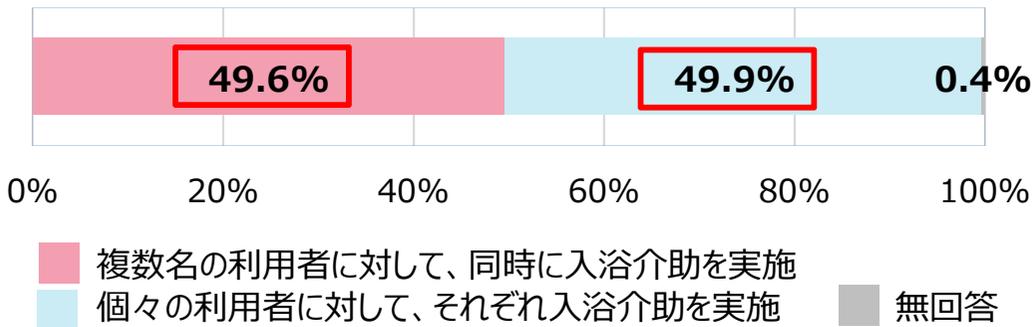
通所介護・地域密着型通所介護 入浴介助の状況

- 入浴介助の方法をみると、「個々の利用者に対して、それぞれ入浴介助を実施」している場合(49.9%)と、「複数名の利用者に対して、同時に入浴介助を実施」している場合(49.6%)はほぼ同率であった。
- 同時に入浴介助を行う最大人数をみると、平均3.89人、最大20人、最小1人であった。また入浴介助に関わる職員数をみると、平均3.66人、最大35人、最小1人であった。
- 利用者の自宅での入浴回数の把握状況をみると、「把握している」(69.7%)が最も多かった。
- 個別機能訓練計画を策定している場合の同計画における入浴に係る項目の設定状況をみると、「設けていない」(40.7%)が最も多かった。設けている場合の主な項目は以下のとおりであった。

3. (1) ⑩

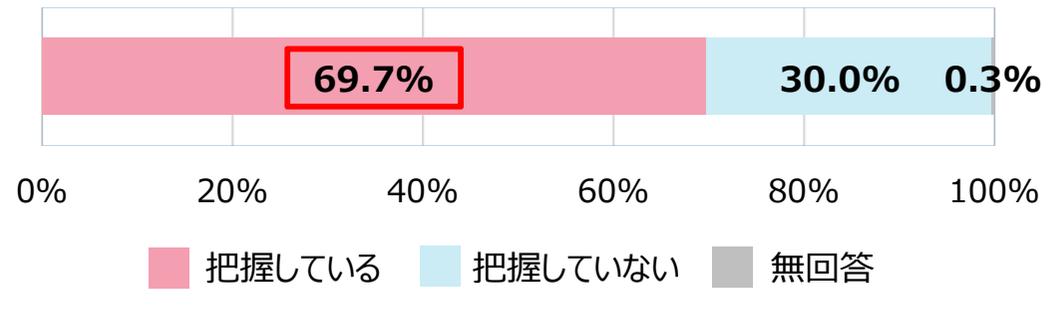
入浴介助の方法

n = 693 (単数回答)



利用者の自宅での入浴回数の把握

n = 693 (単数回答)



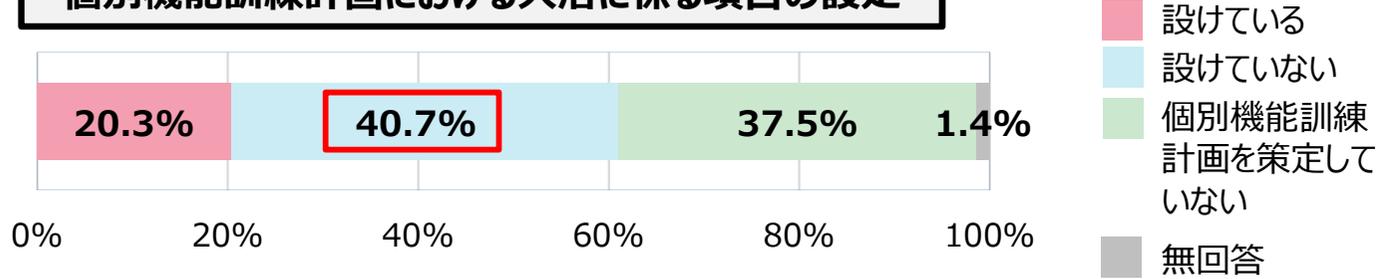
**同時に入浴介助を行う最大人数
入浴介助に関わる職員数**

左 : n=343
右 : n=692

	同時に入浴する人数	入浴介助に関わる職員数
平均	3.89人	3.66人
中央値	3.00人	3.00人
最大値	20人	35人
最小値	1人	1人

個別機能訓練計画における入浴に係る項目の設定

n = 693 (単数回答)



設定された項目の例

- ・脱衣、洗髪、洗身、椅子の立ち座り、浴槽またぎ、着衣等、入浴にかかる一連の動作について目標設定。
- ・できることは自分で行う。 ・1人で入浴できるようにする。
- ・個室での入浴を行い、自宅同様の環境を作り実践する。

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス

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

<口腔衛生管理体制加算>

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

<口腔衛生管理加算>

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

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

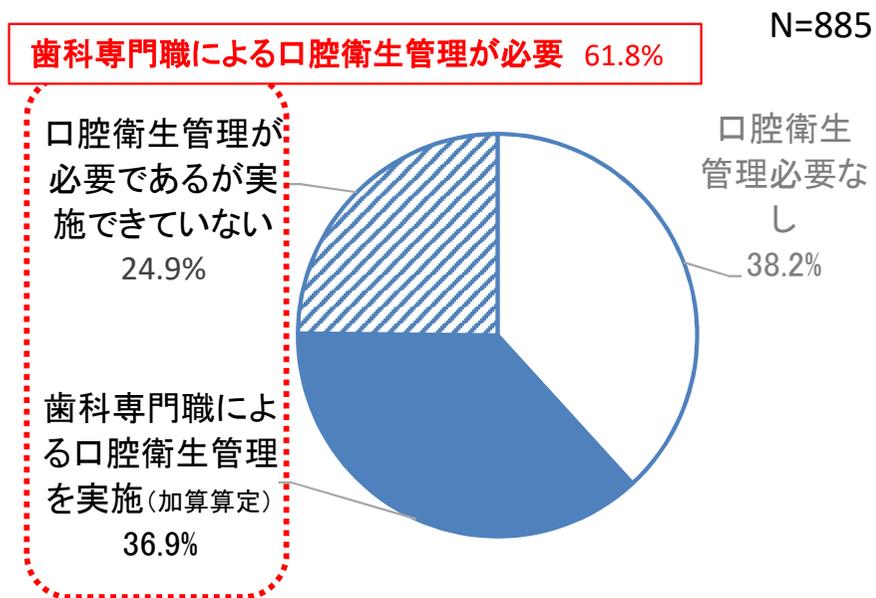
	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
介護老人福祉施設	57.7	13.5
介護老人保健施設	57.4	19.6
介護医療院	62.5	32.2
介護療養型医療施設	28.5	12.0
地域密着型介護老人福祉施設	42.1	10.8

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

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

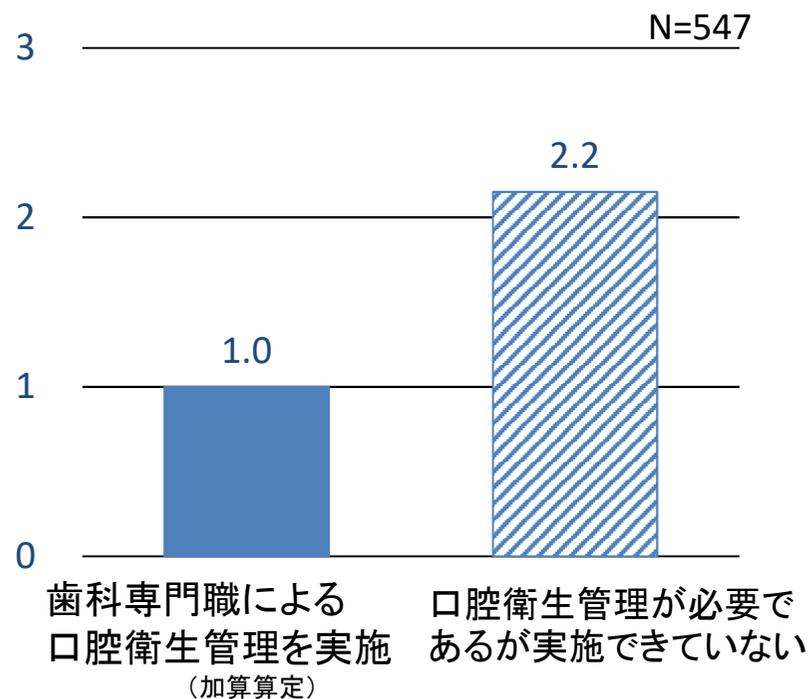
3. (1) ⑭

入所者の口腔衛生管理の必要性と提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

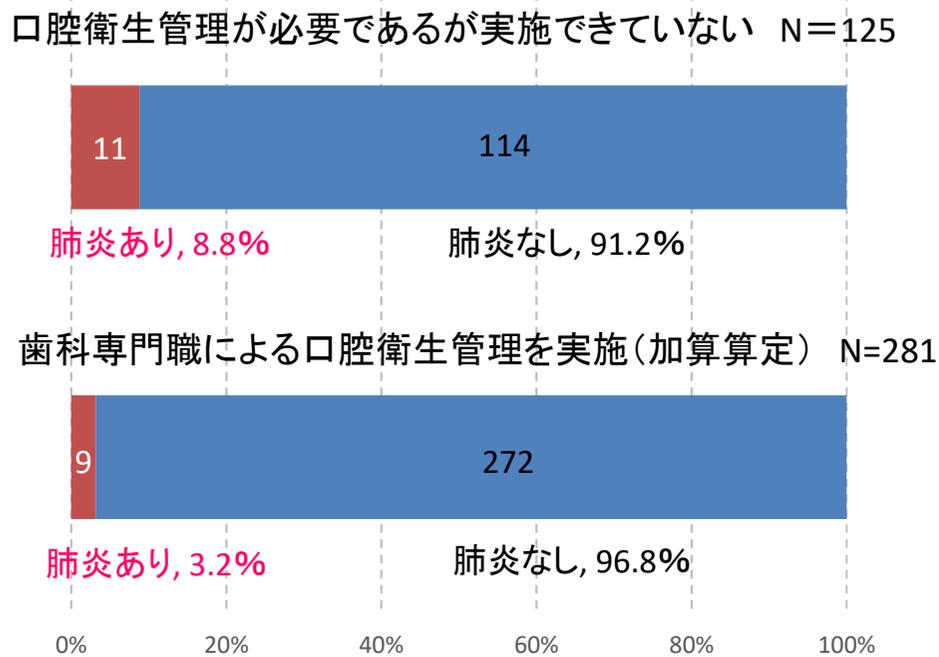
出典: 令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

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

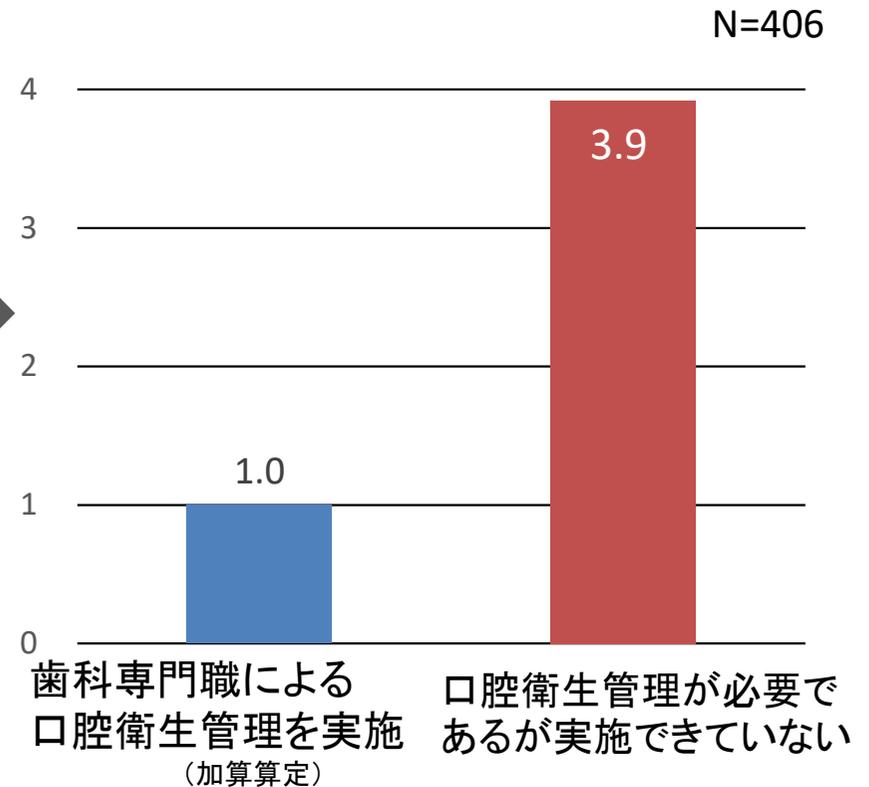
3. (1) ⑭

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

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

施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントへの評価

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの



施設サービス

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

栄養マネジメント加算 (14単位/日)

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

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

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

経口移行加算 (28単位/日)

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

低栄養リスク改善加算
(H30新設) (300単位/月)

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

再入所時栄養連携加算 (H30新設) (400単位/回)

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

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

3. (1) ⑮

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

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

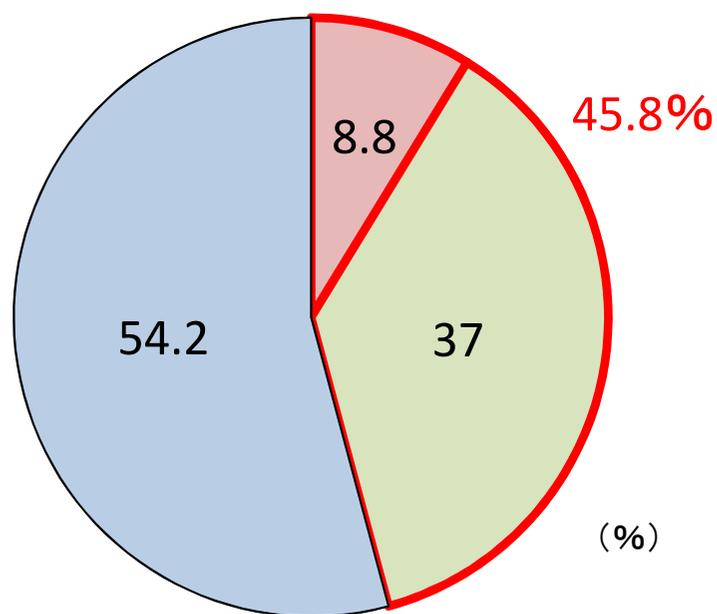
出典: 介護給付費等実態統計 (平成30年4月～平成31年3月サービス提供分) (老健局老人保健課による特別集計) 及び 介護保険総合データベースの任意集計 (平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

介護保険施設入所者の栄養状態

3. (1) ⑮

○ 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



(参考) 低栄養リスクの分類について*

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

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

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

※「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)

○栄養ケア・マネジメント体制を強化し、管理栄養士を2名以上配置している介護老人保健施設（入所者80人以上）では在宅復帰が有意に推進され、管理栄養士を2名以上配置している介護老人福祉施設（入所者80人以上）では入院が有意に抑制されていた。

3. (1) ⑮

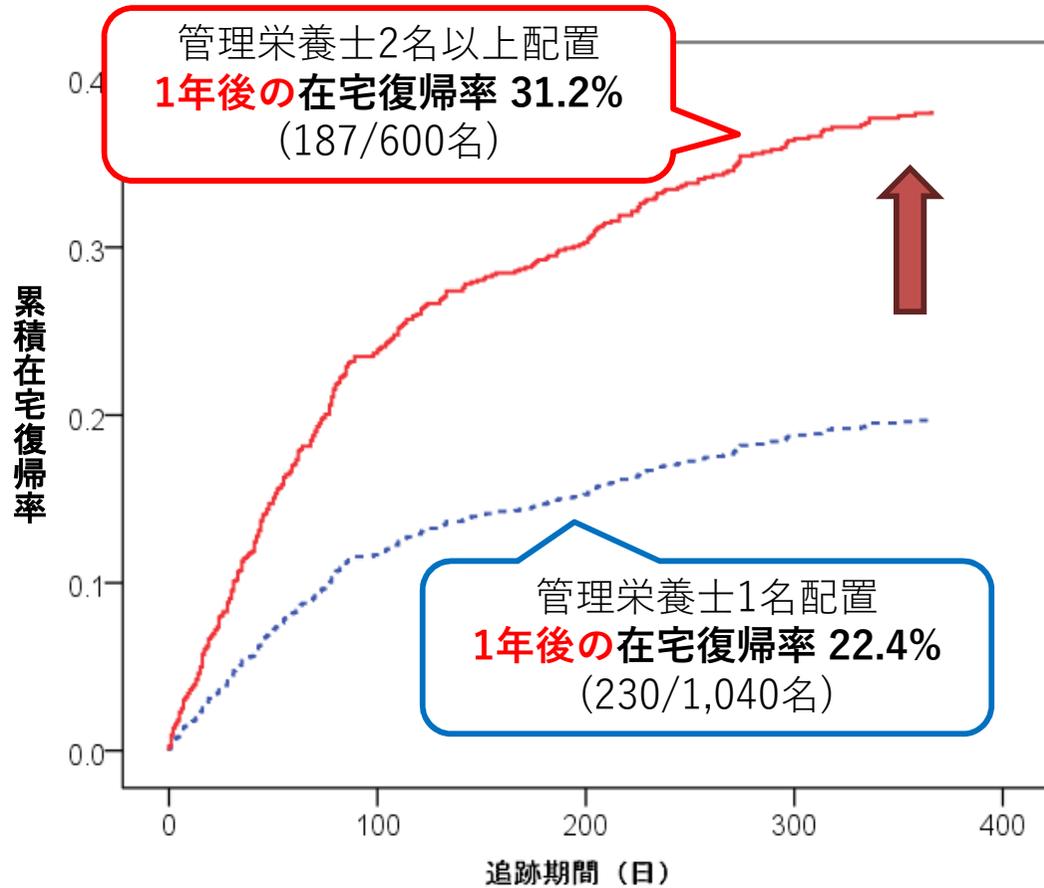


図 介護老人保健施設（入所者80人以上）における累積在宅復帰率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比2.174 (95%信頼区間 1.773-2.665, P<0.001) COX比例ハザード分析
(性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整)

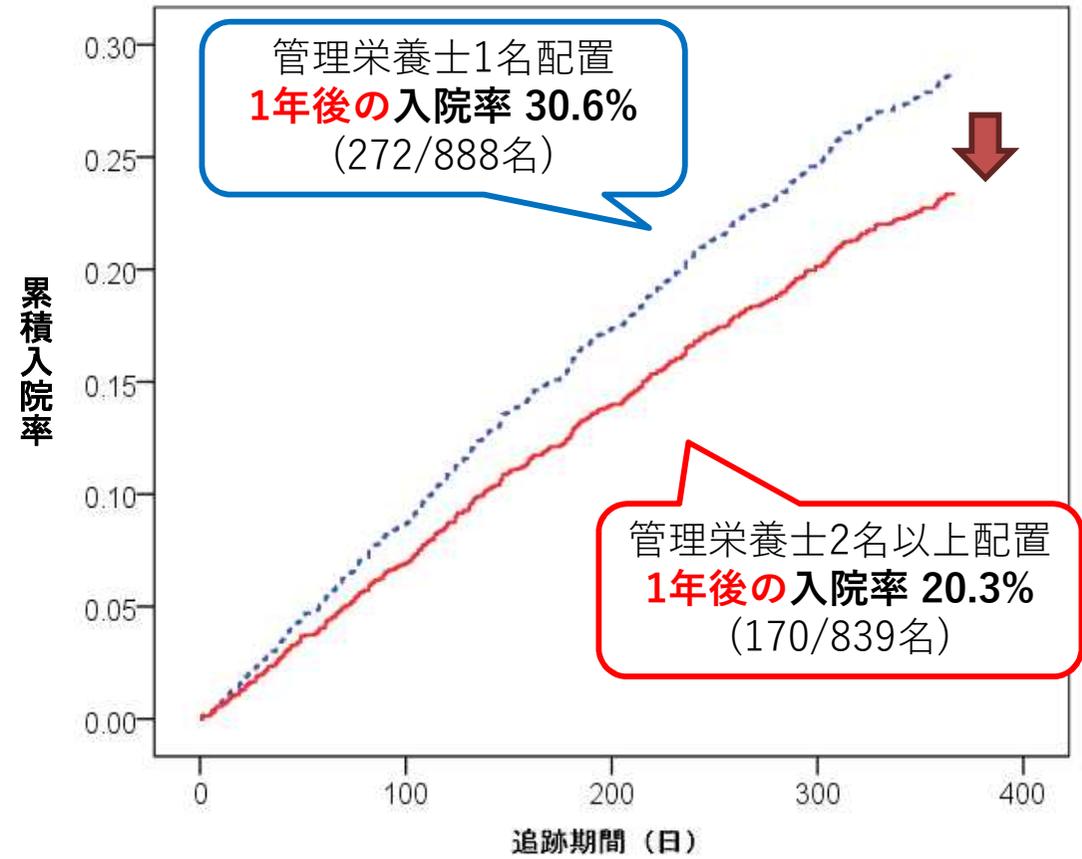


図 介護老人福祉施設（入所者80人以上）における累積入院率（1年間の追跡データ）

※調整済みハザード比0.789 (95%信頼区間0.638-0.976) COX比例ハザード分析
(性別、年齢、要介護度、摂食・嚥下グレード、低栄養リスク、入所者数で調整)

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業

「介護保険施設における重点的な栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

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

3. (1)⑮

人員に関する基準

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

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

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

通則事項

< 栄養管理について >

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

< 参考 > 1施設・事業所当たり管理栄養士・栄養士（常勤換算）配置状況

（単位：人）

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

通所サービス事業所における口腔機能向上加算の算定実績と加算を算定しない理由

社保審—介護給付費分科会

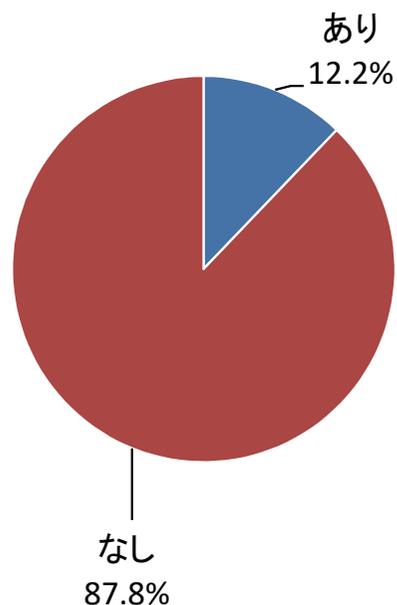
第185回 (R2.9.14)

資料

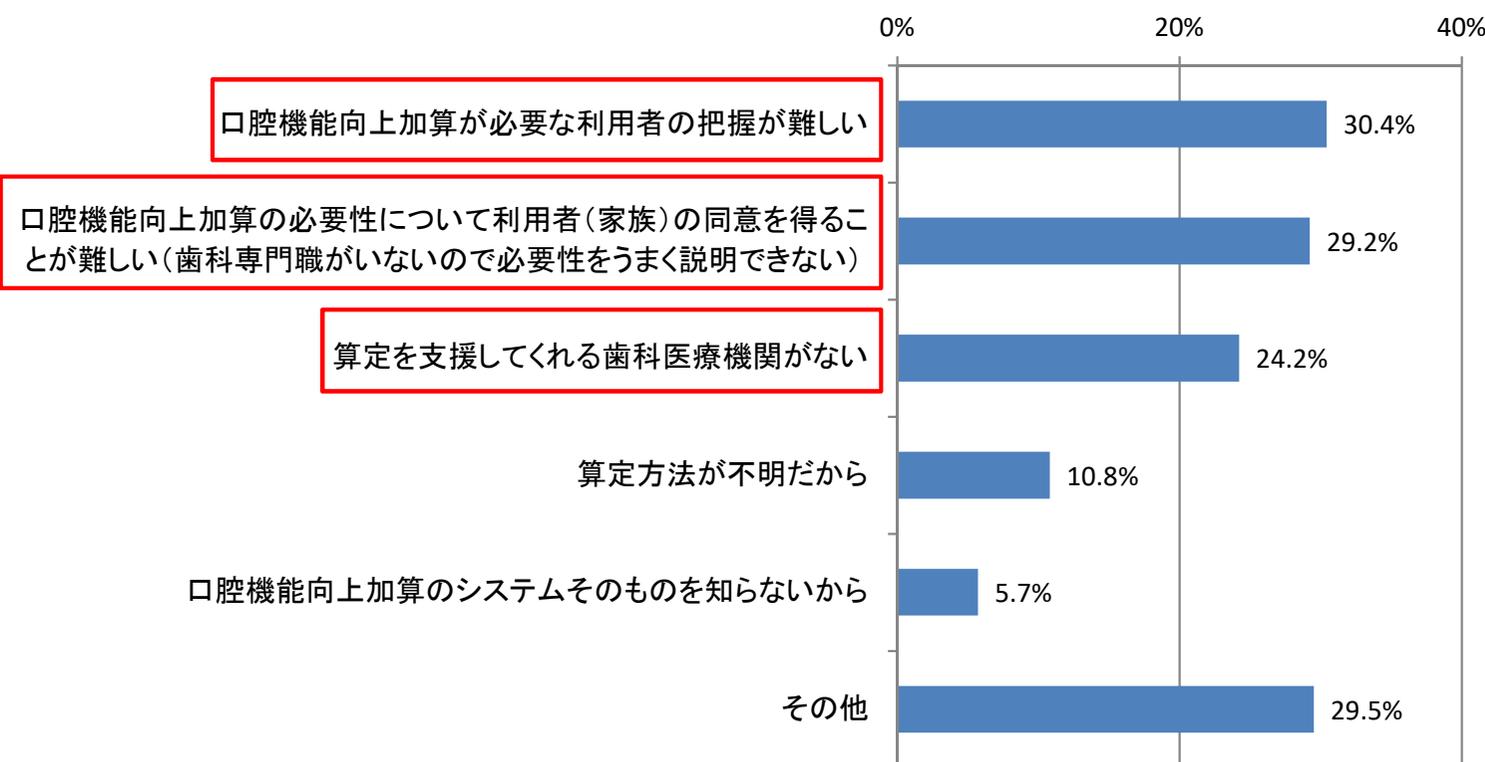
- 口腔機能向上加算を算定している通所サービス事業所は12.2%であった。
- 口腔機能向上加算を算定していない事業所の理由は、「口腔機能向上加算は必要な利用者の把握が難しい」、「口腔機能向上加算の必要性について利用者（家族）の同意を得ることが難しい（歯科専門職がないので必要性をうまく説明できない）」、「算定を支援してくれる歯科医療機関がない」が多かった。

3. (1) ⑰

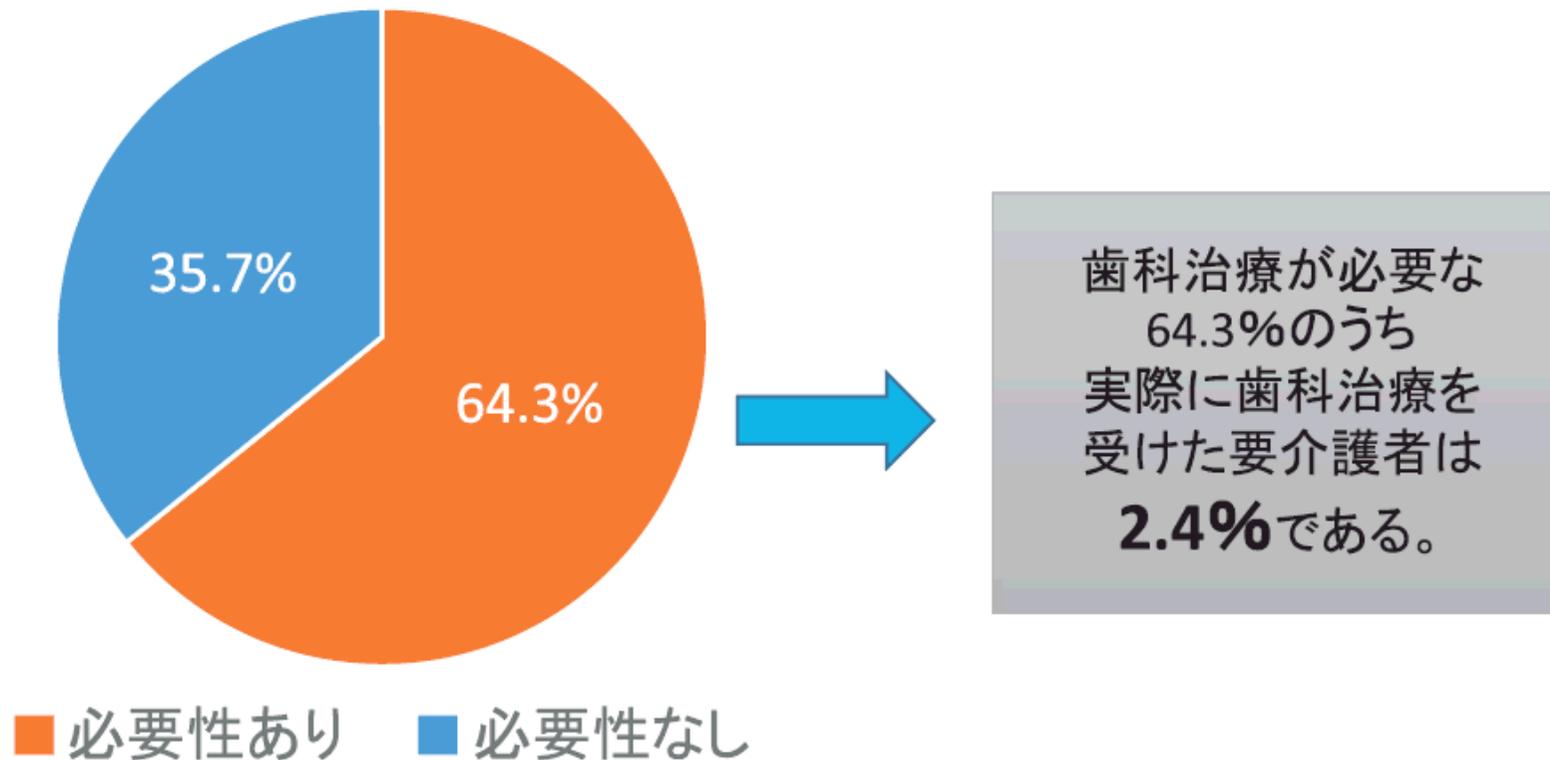
口腔機能向上加算の算定実績(N=1210)



口腔機能向上加算を算定していない理由(N=1062)



- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



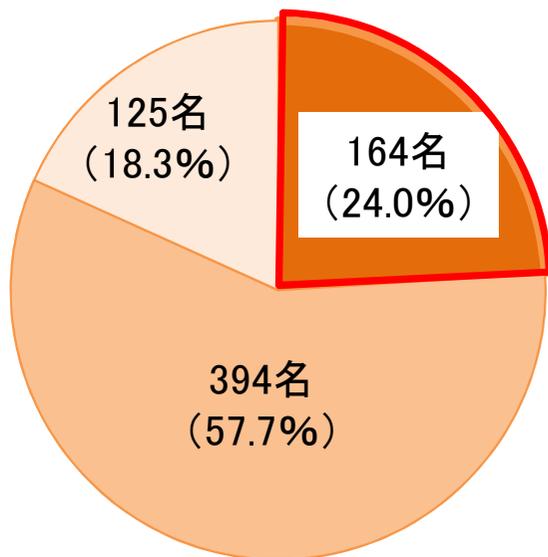
通所サービス利用者の栄養状態

3. (1)⑱

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

BMI

■ 18.5未満 ■ 18.5以上25.0未満 ■ 25.0以上



※対象者： 全国31か所の通所利用要介護者683名

図 通所利用要介護者における体格指数(BMI)の状況

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

表 通所利用要介護者の栄養状態

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

38.7%

※対象者： 秋田、富山、福岡、愛知に在住の通所利用要介護者351名

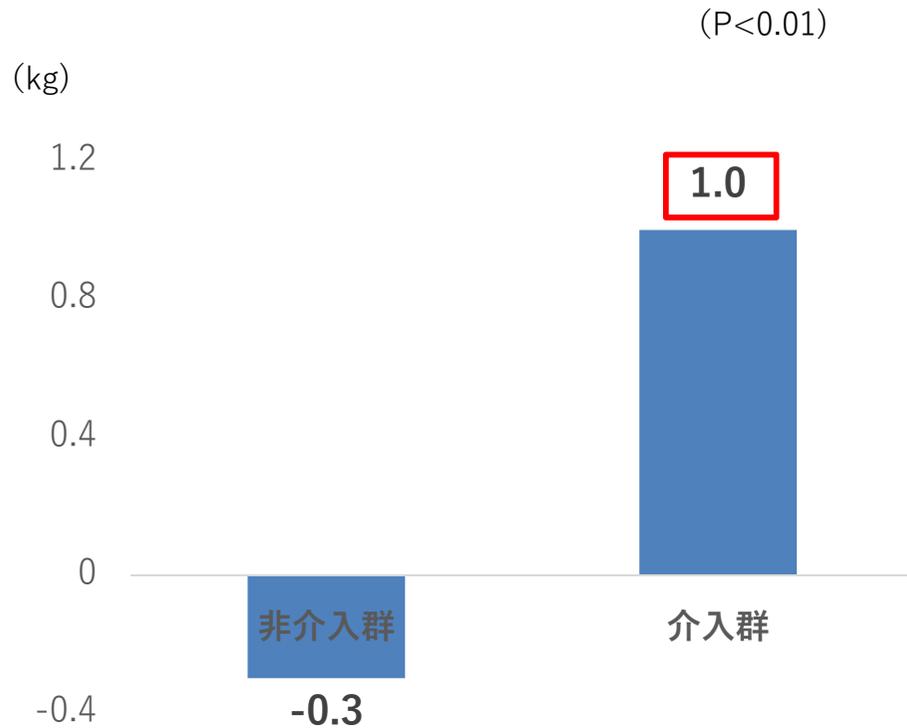
出典：平成25年度長寿医療研究開発費「高齢者の食の自立を守るための口腔と栄養に関する長期介入研究」及び平成25年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員による要介護者等の口腔・栄養状態の把握状況に関する調査研究事業」(東京都健康長寿医療センター研究所)【同研究所提供データ】

通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

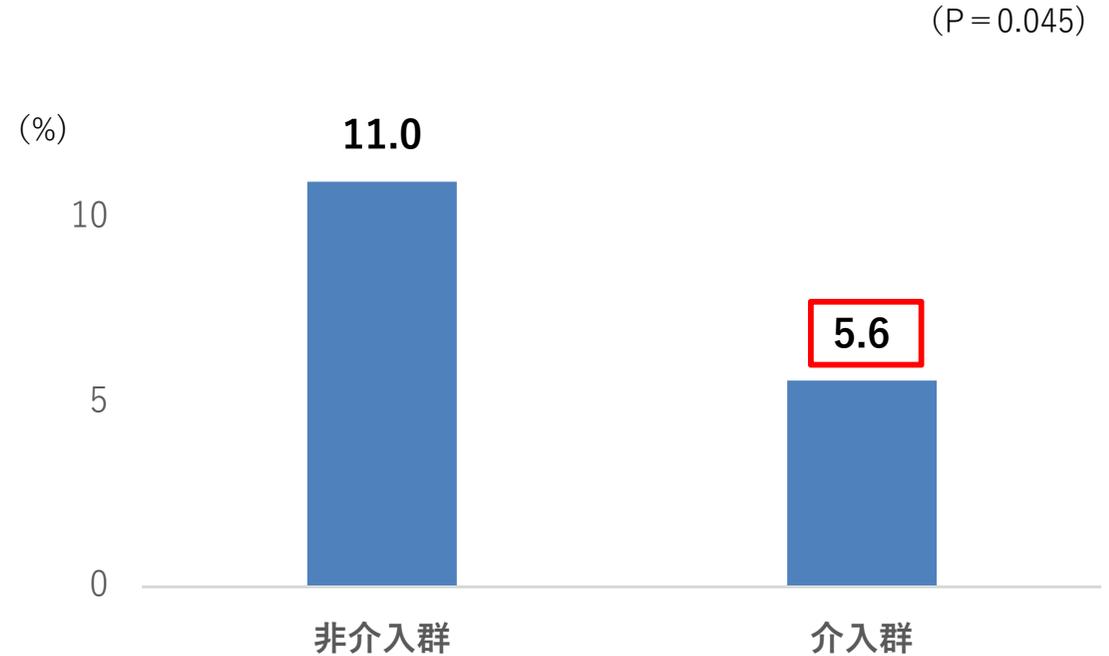
○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。

3. (1)⑱

6 か月間の体重増加量



6 か月間のIADL (手段的日常生活動作) 悪化率



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

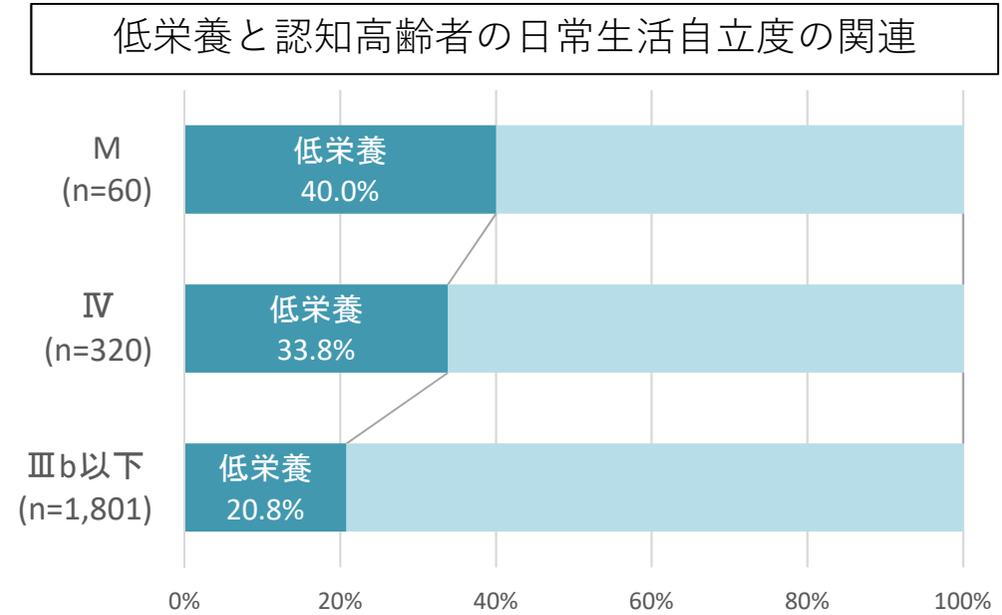
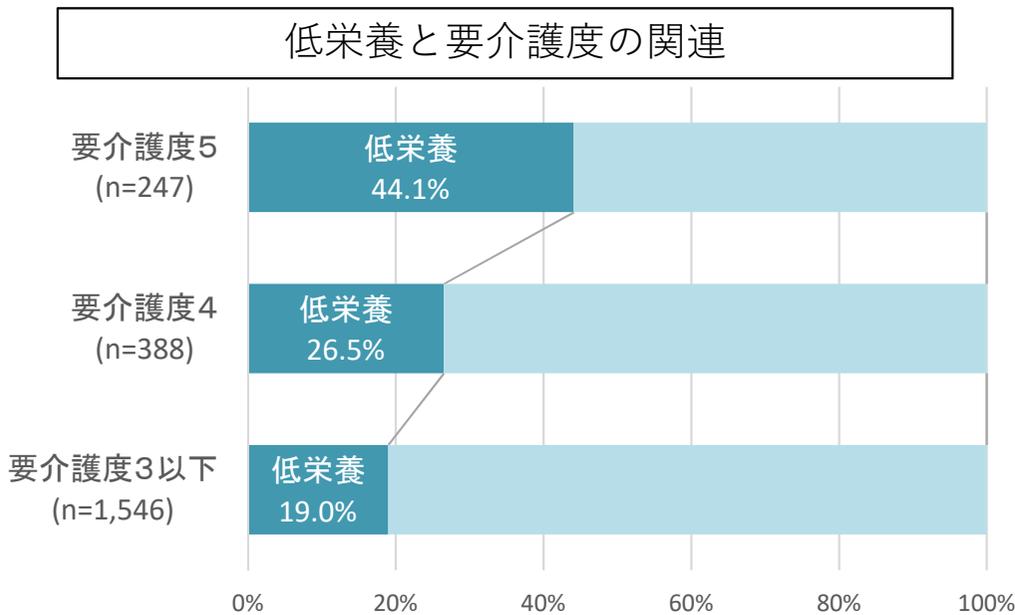
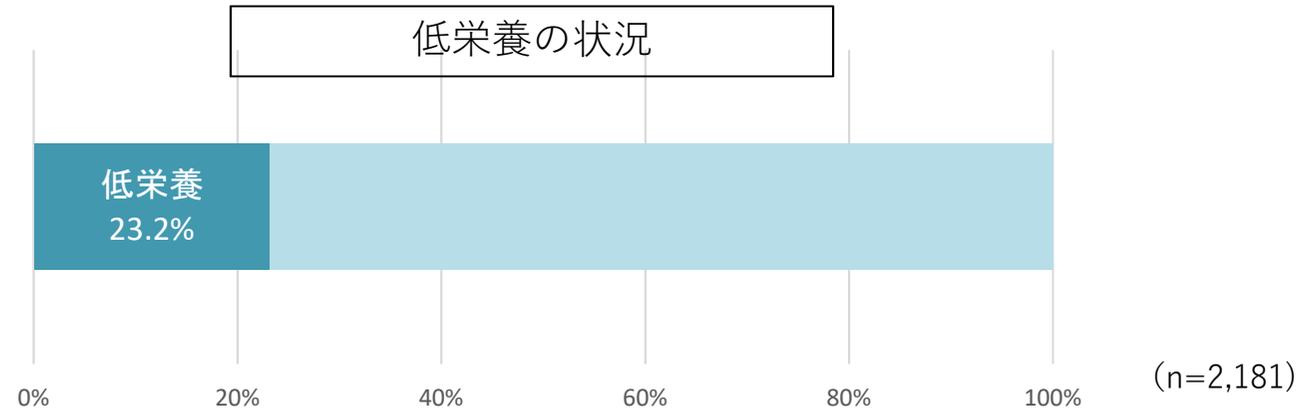
出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

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

認知症対応型共同生活介護利用高齢者の低栄養の状況

3. (1) ⑱

- 認知症GH利用高齢者のうち、低栄養（BMI18.5未満）の者は2割強。
- 要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度が重度なほど低栄養の割合が高い



低栄養：BMI18.5未満

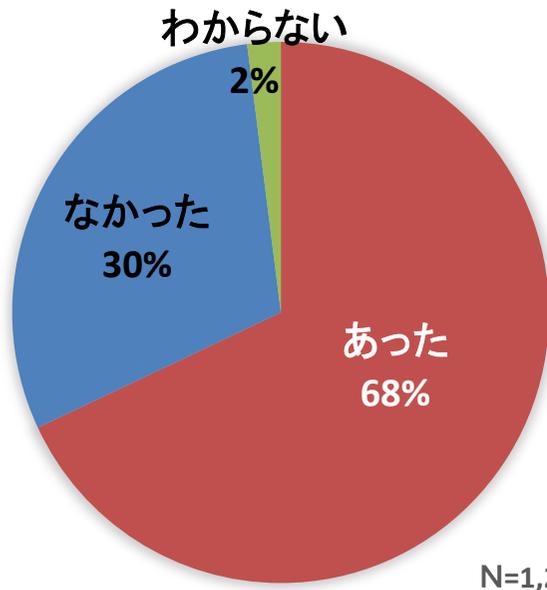
認知症対応型共同生活介護における管理栄養士・栄養士の関わり

3. (1) ⑱

○利用者の食事提供・栄養管理に関して「不安あり」と回答した事業所が約7割。

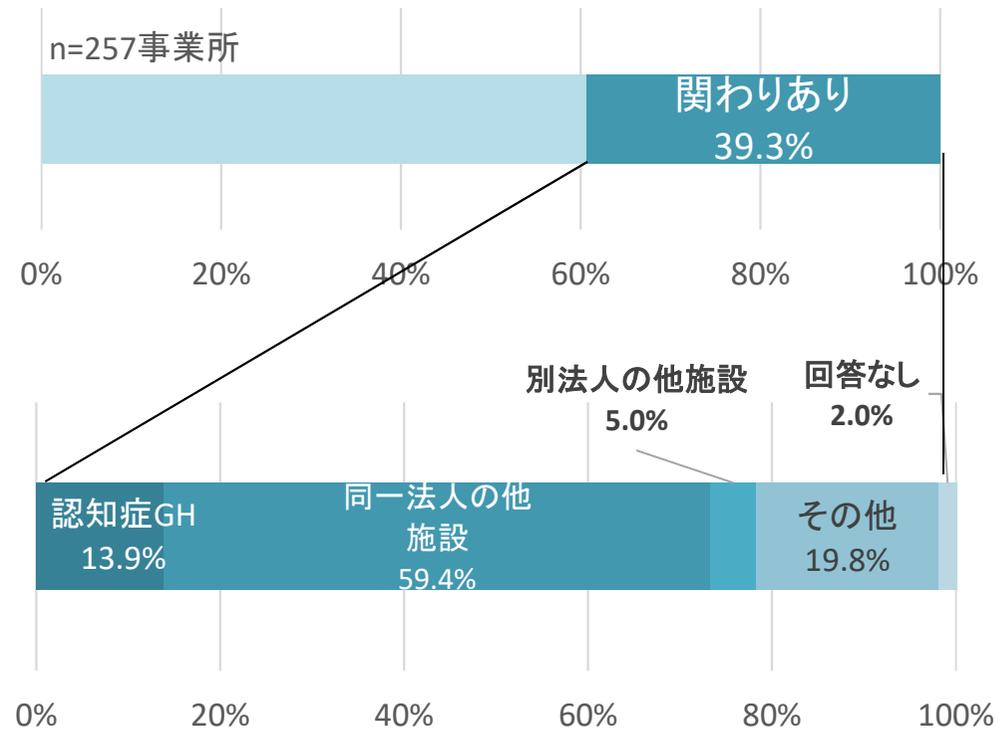
○認知症GHにおいて管理栄養士・栄養士の関わりがあった事業所は約4割であり、管理栄養士・栄養士の所属としては同一法人の他施設が約6割。

利用者の食事提供・栄養管理に関する不安



出典：令和2年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

認知症GHにおける管理栄養士・栄養士の関わりと所属



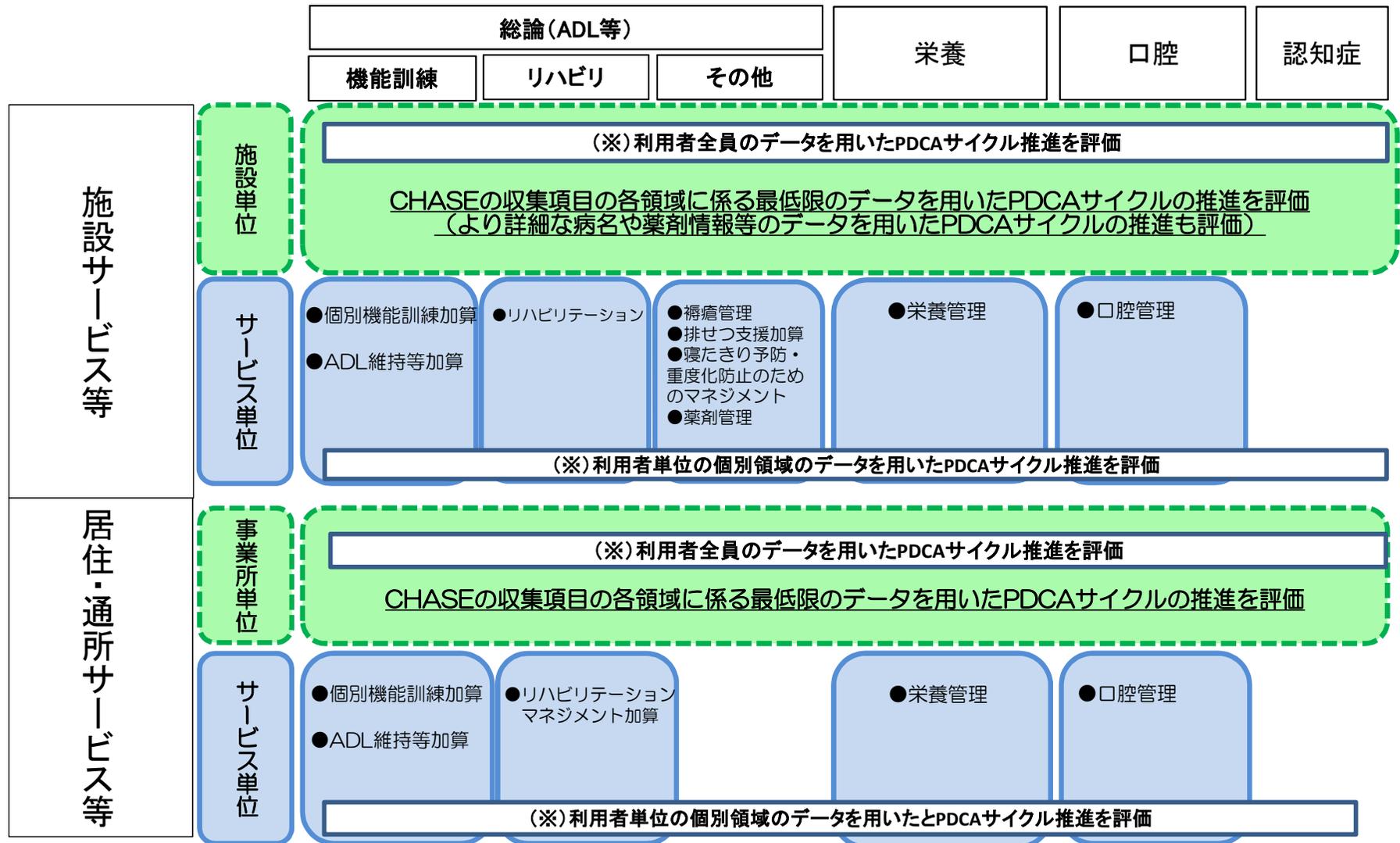
対象事業所：全国の認知症GH事業所

管理栄養士・栄養士の関わり：認知症GHにおいて過去6か月間に管理栄養士・栄養士による関わりがあったと回答

出典：平成29年度老人保健健康増進等事業 「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

VISIT・CHASEによるPDCAサイクルの推進に係る評価の全体像(イメージ)

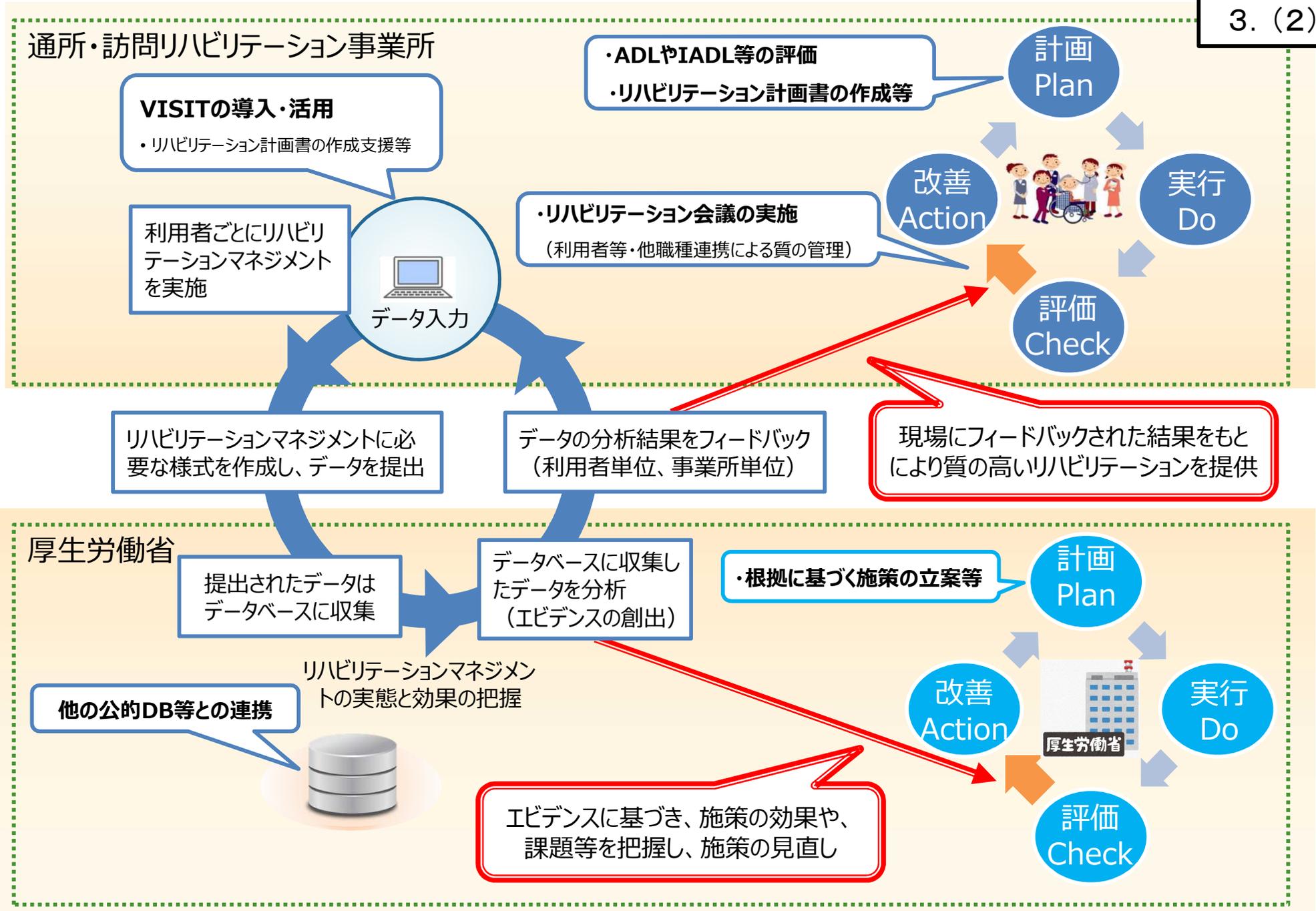
3. (2)①



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

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

3. (2)①



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

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

各介護サービスの比較①

3. (2)④

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R.2.9.14)

資料
一部改変

○ 各介護サービスごとに、その目的や実施内容、対象となる利用者、求められる要件等が異なっている。

	訪問介護	訪問看護	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
<p>目的※ 法律上の定義</p> <p>※ 基準省令における基本方針から抜粋</p>	<p>【目的】 (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)</p>	<p>【目的】 <u>心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指す</u></p>	<p>【目的】 居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められたもの)について、利用者の心身の機能の維持回復を図る</p> <p>対象者: 病状が安定期にあり、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要するもの</p>	<p>【目的】 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の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る</p>	<p>【目的】 居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められたもの)について、利用者の心身の機能の維持回復を図る</p> <p>対象者: 病状が安定期にあり、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要するもの</p>
	<p>【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの</p>	<p>【法律上の定義】 <u>療養上の世話又は必要な診療の補助</u></p>	<p>【法律上の定義】 <u>その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション</u></p>	<p>【法律上の定義】 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと</p>	<p>【法律上の定義】 <u>その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション</u></p>
医師の配置	(一)	(一)	専任の常勤医師 1以上	(一)	専任の常勤医師 1以上
リハビリテーションや機能訓練を行う者の配置	(一)	(一)	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1以上	機能訓練指導員 1以上※ ※ 機能訓練指導員は、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、一定の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	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1名以上※ ※ 所要1～2時間の場合は、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可能
計画書	訪問介護計画	訪問看護計画書	訪問リハビリテーション計画書	通所介護計画	通所リハビリテーション計画書

各介護サービスの比較②

3. (2)④

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R.2.9.14)

資料
一部改変

特定施設
入居者
生活介護

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

介護老人
福祉施設

介護老人
保健施設

介護医療院

【目的】
(利用者が当該指
定特定施設にお
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)

【目的】
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
者の家族の身体
的及び精神的負
担の軽減を図る

【目的】
(利用者がその有
する能力に応じ自
立した日常生活を
営むことができる
ようにする)

【目的】
(利用者がその有
する能力に応じ自
立した日常生活を
営むことができる
ようにする)

【目的】
(入所者がその有
する能力に応じ自
立した日常生活を
営むことができる
ようにすることを
目指す)

【目的】
(入所者がその有
する能力に
応じ自立した日常
生活を営むこと
ができるようにす
ることと、)その
者の居宅におけ
る生活への復帰
を目指す)

【目的】
(その者がその有
する能力に
応じ自立した日常
生活を営むこと
ができるようにす
る)

目的※ 法律上の定義

※ 基準省令における
基本方針から抜粋

【法律上の定義】
入浴、排せつ、食
事等の介護その
他の日常生活上
の世話であって厚
生労働省令で定
めるもの、機能訓
練及び療養上の
世話

【法律上の定義】
入浴、排せつ、食
事等の介護その
他の日常生活上
の世話であって厚
生労働省令で定
めるもの及び機能
訓練を行うこと

【法律上の定義】
入浴、排せつ、食
事等の介護その
他の日常生活上
の世話であって厚
生労働省令で定
めるもの及び機能
訓練を行うこと

【法律上の定義】
入浴、排せつ、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

【法律上の定義】
入浴、排せつ、食
事等の介護その
他の日常生活上
の世話、機能訓練、
健康管理及び療
養上の世話

【法律上の定義】
看護、医学的管理の下にお
ける介護及び機能
訓練その他必要
な医療並びに日
常生活上の世話

【法律上の定義】
療養上の管理、看護、医学的
管理の下における
介護及び機能訓
練その他必要
な医療並びに日
常生活上の世話

(一)

(一)

(一)

(一)

入所者に対し健
康管理及び療養
上の指導を行うた
めに必要な数

常勤換算方法で、入所者の
数を100で除して得た数以上

常勤換算方法で、I型療養
床の利用者の数を48で除し
た数に、II型療養床の利用
者の数を100で除した数を
加えて得た数以上

医師の配置

機能訓練指導員
1以上

機能訓練指導員
1以上

(一)

(一)

機能訓練指導員
1以上

理学療法士、作業療法士又
は言語聴覚士 常勤換算方
法で、入所者の数を100で
除して得た数以上

理学療法士、作業療法士又
は言語聴覚士 介護医療院
の実情に応じた適当数

リハビリテーションや 機能訓練を行う者の 配置

計画書

特定施設サービ
ス計画

認知症対応型通
所介護計画

小規模多機能型
居宅介護計画

認知症対応型共
同生活介護計画

施設サービス計
画

施設サービス計画

施設サービス計画

介護保険法(平成9年12月17日号外法律第123号)
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)
介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年1月18日厚生省令第5号)
介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第40号)
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日号外厚生省令第39号)
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日号外厚生労働省令第34号)

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

3. (2)⑤

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値
(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

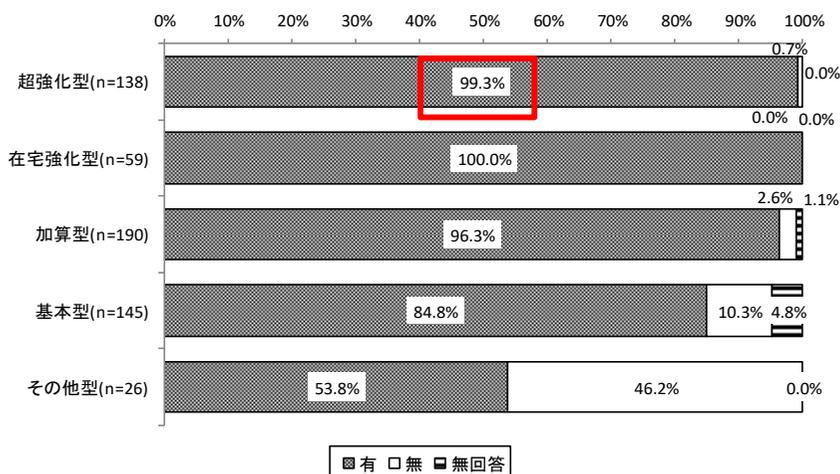
※要介護4・5については、2週間。

在宅復帰・在宅療養支援機能の算定要件について

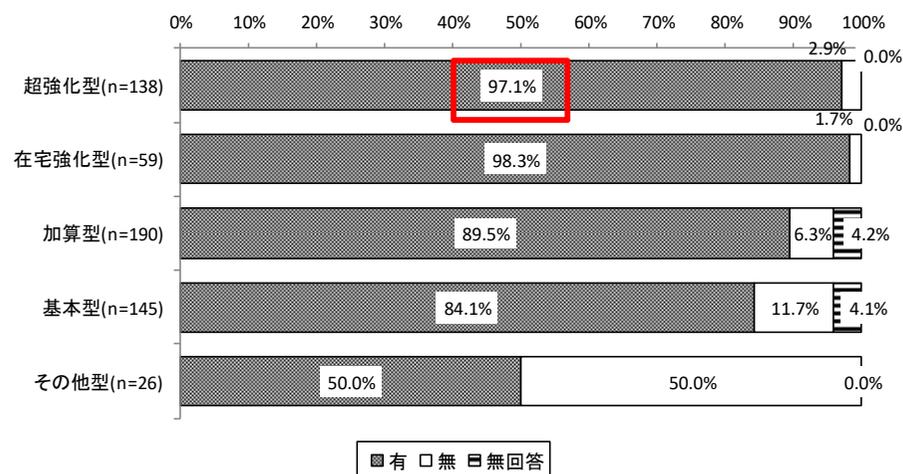
3. (2)⑤

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

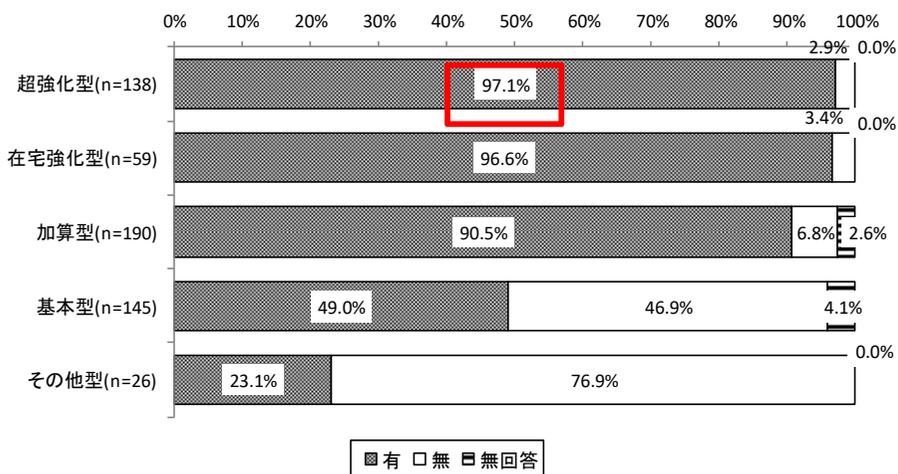
施設類型別 退所時指導等の取組状況(n=558)



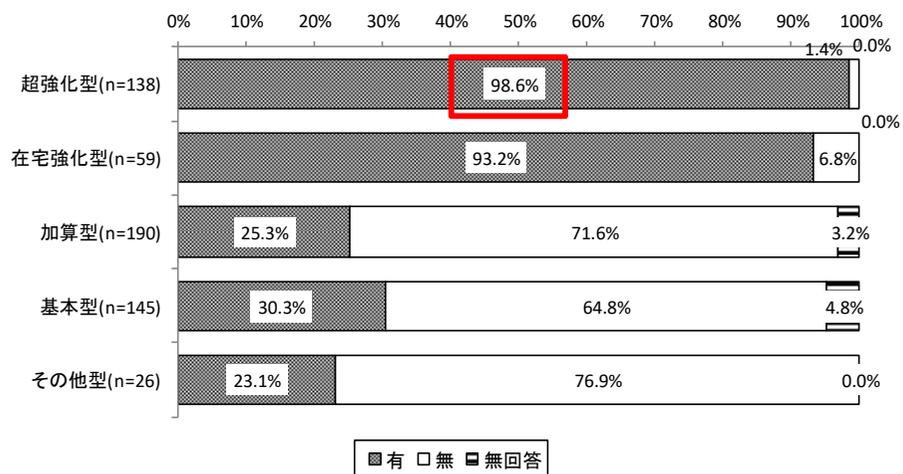
施設類型別 リハビリテーションマネジメントの取組状況(n=558)



施設類型別 地域貢献活動取組状況(n=558)



施設類型別 充実したリハビリテーション(n=558)



寝たきり予防・重度化防止に係る取組に対する評価の新設について

3. (3)①

- 対象サービス：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院等の施設サービス
- 利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、以下の取組を行う。

① 定期的なアセスメントの実施

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

② ケアプランの策定・ケアの内容等に係る会議の実施

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

③ CHASEを活用したPDCAサイクルの推進

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

※ 様式について

具体的内容としては、下記を想定。

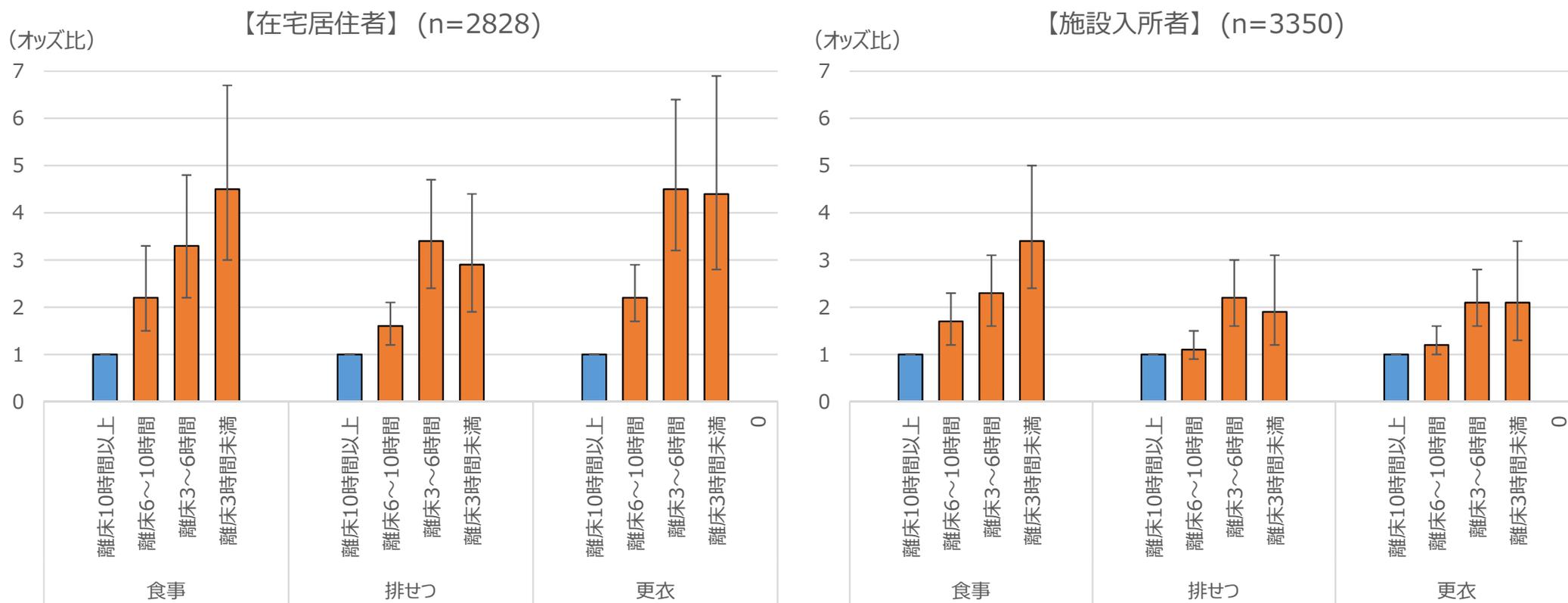
- 医学的アセスメント
- リハビリテーション・機能訓練の必要性
- 日々の過ごし方（離床時間、座位保持時間、食事・排せつ・入浴の場所や方法、社会参加的活動等）

要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

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

3. (3)①

離床時間と日常生活動作能力の障害との関連



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

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

【現行の算定要件】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等において、以下の要件を満たす場合に評価を行う。
 - 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、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
 - ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
 - ・ 関連職種の方が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
 - ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
 - ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

【変更案】

- ・ 算定の頻度：3月に1回を限度 ⇒ 毎月
- ・ 評価結果等の提出方法：褥瘡の発生に係るリスク等の評価結果等（利用者全員のスクリーニングの結果を含む。）について、CHASEを用いて厚生労働省にデータを提出。
 - ※ ただし、これまで褥瘡マネジメント加算を取得している事業所については、一定期間の経過措置を検討する。
- ・ 体制加算に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等に対する評価の新設（利用者単位）

対象	体制加算を算定している介護施設等において、入所時等に褥瘡の発生に係るリスクがあり、褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡管理を実施した利用者
評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡（※）の発症がない月については、所定単位数を算定可能とする。 ・ 入所時等に褥瘡があった利用者については、当該褥瘡の治癒後、褥瘡の再発がない月については、所定単位数を算定可能とする。

（※）褥瘡の定義はDESIGN-Rの持続する発赤（d1）からとすることを想定。 119

褥瘡マネジメント加算の概要(平成30年度介護報酬改定)

社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

3. (3)②

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

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

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

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

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

排せつ支援加算の変更案

3. (3)③

現行（利用者単位の加算）	変更案（事業所単位の加算）
対象サービス：介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院	対象サービス：介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、 看護小規模多機能型居宅介護
1. 加算を算定しようとする入所者が次の要件を満たすことを確認する（医師又は医師と連携した看護師が判断）。 ① 排せつに介護を要すること ② 適切な対応を行うことにより排せつにかかる要介護状態の軽減が見込めること	1. 入所者全員に対して、施設入所時等に排せつに係るスクリーニングを実施し、次の要件を満たす入所者を確認する（医師又は医師と連携した看護師が判断）。 ① 排せつに介護を要すること ② 適切な対応を行うことにより排せつにかかる要介護状態の軽減が見込めること
2. 加算を算定しようとする入所者について、原因分析、支援計画の作成を行う。	2. 1. の要件を満たす入所者全員について、原因分析、支援計画の作成を行う。
3. 支援計画に基づいた支援を継続して実施した場合に加算が算定可能。 ・ 支援開始前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。 ・ 支援を継続して実施している間、支援を開始した月を1月目として、6月目まで算定可能。 ・ 同一入所期間中、1回まで算定可能。 ・ 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、1. ②における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明。	3. 支援計画に基づいた支援を継続して実施するとともに、支援計画は定期的に見直す。 ・ 支援開始前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。 ・ 毎月継続して算定可能。 ・ 支援を行っていない入所者に対しても、排せつに係るスクリーニングを定期的実施する。 ・ 支援を終了する場合は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、1. ②における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明。
	5. スクリーニングの結果と支援計画については、厚生労働省（CHASE）にデータを提出する。

※ ただし、これまで排せつ支援加算を取得している事業所等については、一定期間の経過措置を検討する。

【排せつ状態の改善に対する評価の新設（利用者単位の加算）】

対象	事業所単位の加算を算定している介護施設等において、支援計画を作成し、支援を行っている入所者
評価方法	一定期間後に排尿・排便の状態の項目およびおむつの使用の有無について評価を行い、施設入所時等と比較して排せつ状態が改善している場合に算定可能とする（以下の一方に該当する場合、または両方に該当する場合をそれぞれ評価することを想定）。 ・ 排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれの状態も悪化がない ・ おむつ使用ありから、おむつ使用なしに改善

排せつ支援加算の概要(平成30年度介護報酬改定)

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

3. (3)③

各種の施設系サービス

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

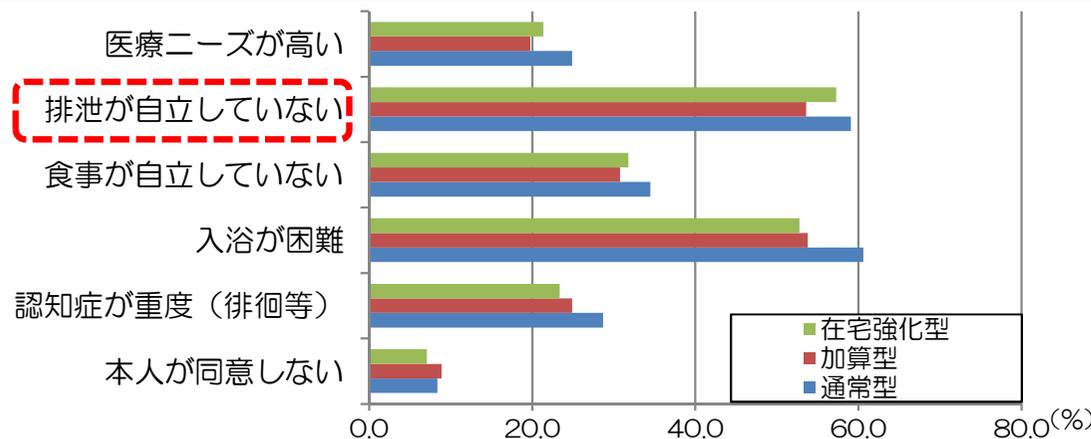
（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

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

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

排せつ支援加算 **100単位/月（新設）**

介護老人保健施設における退所困難者の在宅復帰阻害要因 (n:10,928)



排泄に係るガイドライン(例)

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



4. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

2019年度介護報酬改定に関する審議報告(2018年12月26日 社会保障審議会介護給付費分科会) 抜粋

1.介護職員の処遇改善

(2) 加算の対象(取得要件)

(前略)

- 長く働き続けられる環境を目指す観点から、一定のキャリアパスや研修体制の構築、職場環境等の改善が行われることを担保し、これらの取組を一層推進するため、
 - ・ 現行の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)から(Ⅲ)までを取得している事業所を対象とすることとし、加えて、
 - ・ 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
 - ・ 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていることを求め、加算の取得要件とすることが適当である。その際、職場環境等要件に関し、実効性のあるものとなるよう検討することが適当である。

(後略)

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

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

【働きやすい環境の整備】

- 離職防止・定着促進の取組を進めることが必要である。離職理由に「職場の人間関係」が多いことから、相談支援が重要である。事業者のマネジメントの力量を高めていくことも重要である。小規模事業者への取組支援も重要である。人材の育成や業務負担の軽減などを通じて、働く人の健康を守っていくことも重要である。

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

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について
(老発0305第6号令和2年3月5日厚生労働省老健局長通知)

表4 職場環境等要件

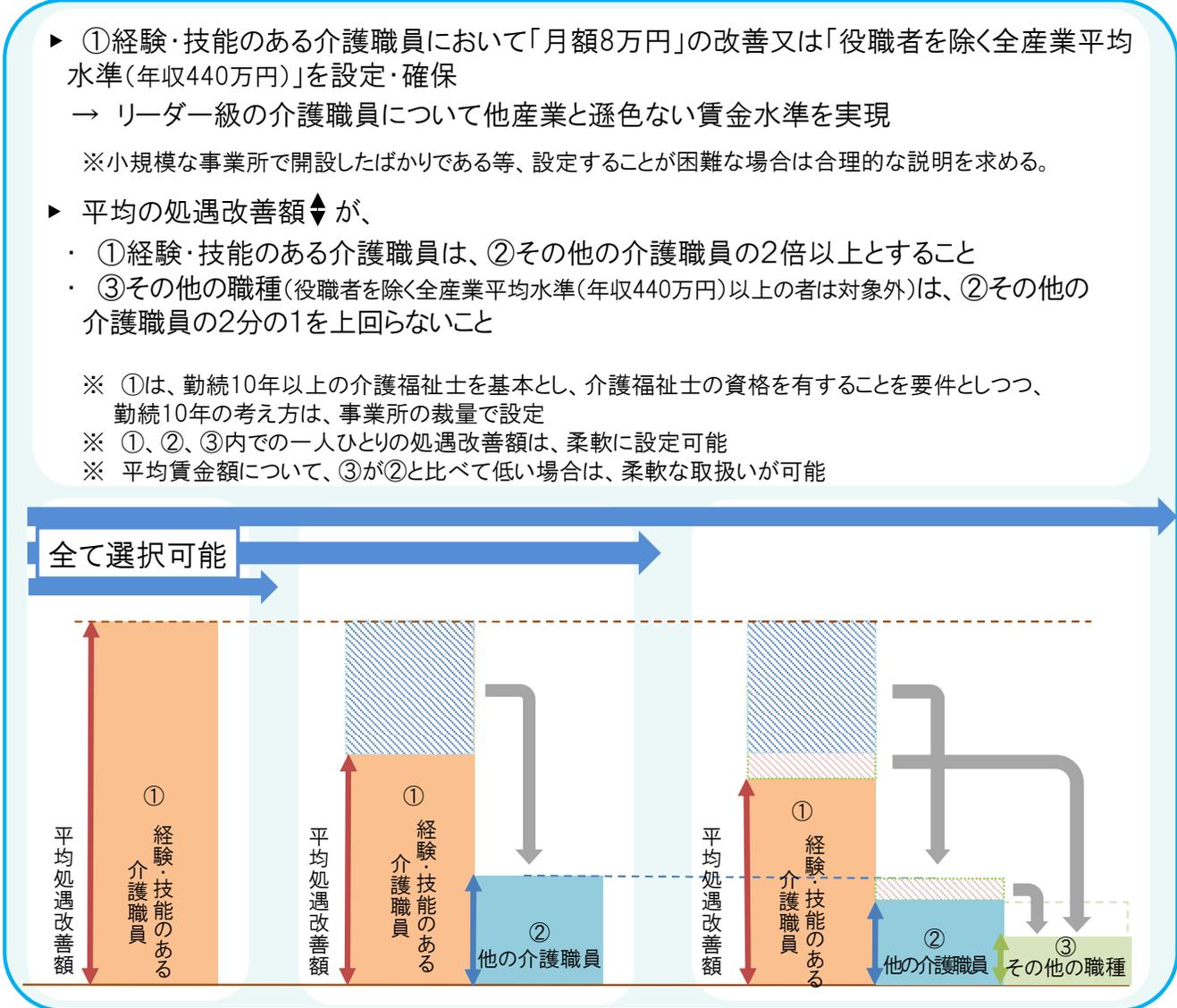
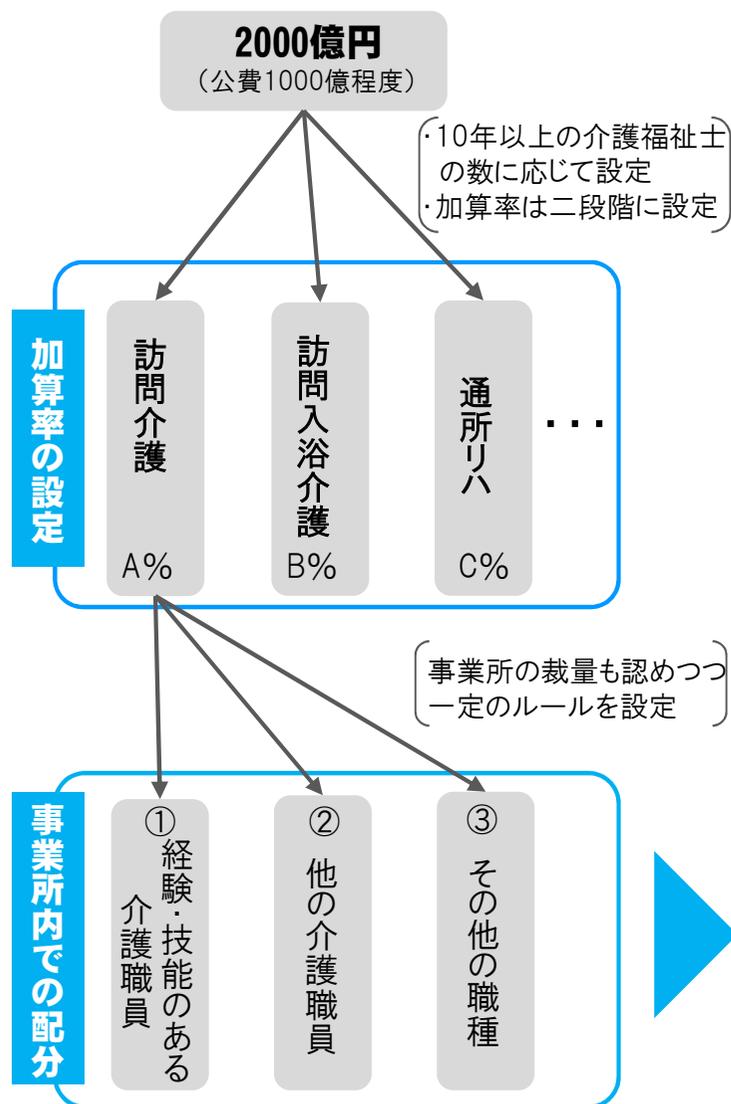
資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む） 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る） その他
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: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

新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善 (令和元年度介護報酬改定)

4. (1)②

○ 新しい経済政策パッケージ (抜粋)

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化**を図りながら、**介護職員の更なる処遇改善**を進める。
 具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう**柔軟な運用を認めること**を前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について**月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。



介護職員等特定処遇改善加算のサービス別の請求状況

4. (1)②

< 特定処遇改善加算の算定率の推移 >

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

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

< 特定処遇改善加算のサービス別の算定状況 (6月サービス提供分) >

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

令和2年度介護従事者処遇状況等調査結果のポイント

4. (1)②

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

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

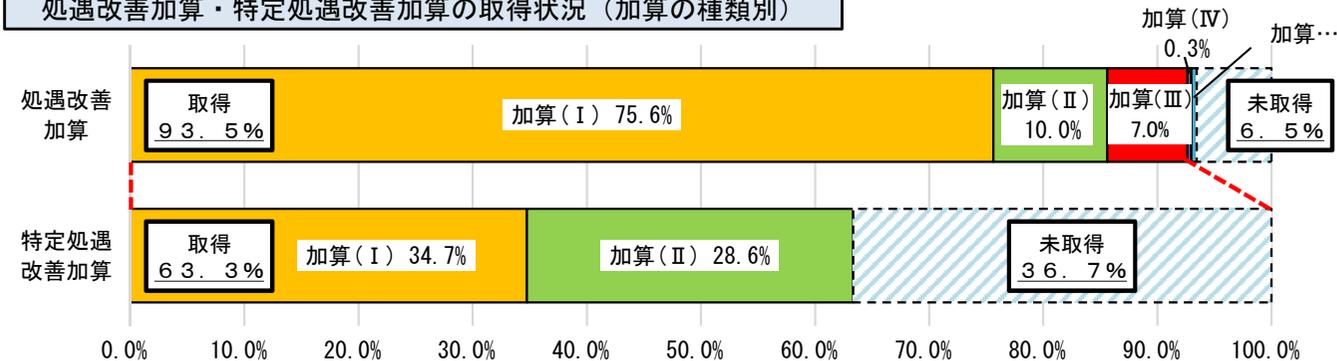
- ※1 調査対象となった施設・事業所に平成30年度と令和元年度ともに在籍している者の平均給与額を比較している。
- ※2 平均給与額 = 基本給(月額) + 手当 + 一時金(10月～3月支給金額の1/6)
- ※3 平均給与額は10円単位を四捨五入している。
- ※4 処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)を取得した施設・事業所の介護職員の平均給与額は、30.0万円(平成31年)から31.6万円(令和2年)に増加(+1.6万)。

給与等の引き上げの実施方法(複数回答)

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

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

処遇改善加算・特定処遇改善加算の取得状況(加算の種類別)



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

1 特定処遇改善加算を配分した職員の範囲(複数回答)

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

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

※ 上位4職種を掲載

2 経験・技能のある介護職員の賃金改善の状況(一部複数回答)

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

3 特定処遇改善加算の届出を行わない理由(複数回答)

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

※ 上位4つを掲載

サービス提供体制強化加算について

4. (1)③

社保審－介護給付費分科会第186回 (R2.9.30) 資料1より

- 介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。
- また、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。
- なお、「常勤職員の割合」や「一定以上の勤続年数の職員の割合」については、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を進めることを前提に、暫定的に用いている。

※赤字は平成27年度介護報酬改定で拡充した部分

サービス	要件（人材要件）	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。	①：36単位/回 ②：24単位/回
夜間対応型訪問介護	② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	①：18単位/回 ②：12単位/回 (包括型 ①：126単位/人・月 ②：84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：18単位/回 ②：12単位/回 ③：6単位/回 ※介護予防通所リハビリ 【要支援1】 【要支援2】 ①：72単位/人・月 ①：144単位/人・月 ②：48単位/人・月 ②：96単位/人・月 ③：24単位/人・月 ③：48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：640単位/人・月 ②：500単位/人・月 ③・④：350単位/人・月
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：640単位/人・月 ②：500単位/人・月 ③・④：350単位/人・月
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 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が75%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：18単位/人・日 ②：12単位/人・日 ③・④：6単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算において、人材に関する同旨の要件を定めている。

※2 表中、複数の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービスを直接提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

サービス提供体制強化加算の見直し(イメージ)

4. (1)③

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

介護報酬の人員配置基準における育児・介護休業法等の取扱い

4. (1)⑥

社保審－介護給付費分科会第186回（R2.9.30）資料1より

- 介護報酬においては、
- ・ 常勤配置について、育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度については特例が設けられているが、
 - ・ 診療報酬と異なり、介護の短時間勤務や、育児や介護の休業制度等に関する特例が設けられていない。

		「常勤」の取扱い	「常勤換算」の取扱い	育児・介護休業法等の取扱い
短時間勤務	育児	特例あり ※ 短時間勤務を利用し勤務する場合、 <u>育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱い</u>	特例なし ※ 短時間勤務か否かに関わらず、常勤換算方法により、通常定められている員数の配置が必要	・ 3歳に達するまでの子を養育する労働者に、短時間勤務の措置（1日原則6時間）
	介護	特例なし ※ <u>当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は32時間）の勤務が必要</u>		・ 介護を行う労働者に、3年の間で2回以上利用可能な、短時間勤務制度等の措置
	(参考) 診療報酬の取扱い	育児・介護休業法に基づく短時間勤務制度を利用し勤務する場合、週30時間以上で常勤扱いとなるとともに、常勤換算上も「1」と扱うことが可能		
休業	産前産後育児	特例なし ※ <u>常勤の者が休業を取得する場合、別の常勤の者の確保が必要</u>	—	・ 原則、出産予定日の6週間前からの産前休業、出産翌日からの8週間の産後休業
	介護			・ 原則、子が1歳に達するまでの育児休業（保育所に入れえない等の場合は最長2歳まで）
	(参考) 診療報酬の取扱い	休業を取得する場合、同等の資質を有する複数非常勤職員を常勤換算して施設基準を満たすことが可能		・ 対象家族1人につき、通算93日の範囲で合計3回までの介護休業

常勤配置の取扱いの明確化

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

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



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

常勤看護師が育児休業を取得

休業
期
限

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

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

短時間勤務制度利用期間



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

ハラスメント対策に関する事業主の責務

4. (1)⑦

○ハラスメント対策に関する事業主への義務付けの状況

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

※職場におけるセクシュアルハラスメント

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

※職場におけるパワーハラスメント

= 職場において行われる①優越的な関係を背景とした言動であって、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、③労働者の就業環境が害されるものであり、①から③までの要素を全て満たすもの。

		H19.4.1	R2.6.1	R4.4.1
職場関係者からのハラスメント	セクシュアルハラスメント	雇用管理上の措置（※1）を義務付け （※1）相談窓口の設置などの相談体制の整備等		
	パワーハラスメント	大企業	雇用管理上の措置を義務付け	
		中小企業	雇用管理上の措置を努力義務化	雇用管理上の措置を義務付け
職場関係者以外のサービス利用者等からのハラスメント （介護現場におけるハラスメント対策の主な対象）	セクシュアルハラスメント	雇用管理上の措置を義務付け（※2） （※2）R2.6.1より指針に明記		
	パワーハラスメント	行うことが望ましい取組（※3）について指針に明記 （※3）対応マニュアルの作成や研修の実施等		

○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案に対する附帯決議 (令和2年5月22日衆議院厚生労働委員会)抄

- 四 介護保険法第五条第一項に規定する介護サービス提供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ずるに当たっては、介護人材の確保及び資質の向上の重要性に十分に留意すること。
- 五 介護・障害福祉に関するサービスに従事する者の賃金等の状況を把握するとともに、賃金、雇用管理及び勤務環境の改善等の介護・障害福祉に関するサービスに従事する者の確保及び資質の向上のための方策について検討し、速やかに必要な措置を講ずること。

○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案に対する附帯決議 (令和2年6月4日参議院厚生労働委員会)抄

- 二、認知症に対する概念の変化、政令で定める状態について広く周知し、「共生」と「予防」の概念を分かりやすく国民に説明すること。
- 三、医療・介護のデータ基盤整備に関し、本法の施策によって解決・改善される問題・課題及びもたらされる具体的なメリットについて、費用対効果を含め、国民に分かりやすく提示するとともに、進捗管理を徹底すること。
- 四、介護・障害福祉サービスに従事する者、とりわけ国家試験に合格した介護福祉士の需要の充足状況及び賃金・処遇等の改善の状況を適切に把握するとともに、賃金・処遇、ハラスメント対策を含む雇用管理及び勤務環境の改善等の方策について検討し、処遇改善加算等が賃金・処遇等の改善に有効につながる施策を講ずる等、介護・障害福祉サービスに従事する者の確保・育成に向けて必要な措置を講ずること。

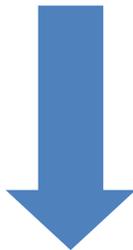
令和2年度の夜間の見守りセンサーの導入に係る実証について

4. (2)①

- 前回の平成30年度改定時の実証では、1施設あたり1日のみのタイムスタディ調査を行ったところ、令和2年度の実証では1施設あたり5日間のタイムスタディ調査を行い、職員データ数の確保に努め、データの安定性を確保している。
- その上で、見守りセンサーの導入割合が0%と約10%の夜勤職員1人あたりの業務時間の減少効果について見てみると、平成29年度の実証と令和2年度の実証は同水準の内容となっている。

	平成29年度の実証	令和2年度の実証		
	見守りセンサー導入割合別比較 実証(0%と平均11%)	実証①導入割合別比較 (0%と平均9.6%)	実証②全床導入	実証③相関分析
施設数	23施設	11施設 (うち0%は4施設、約10%は7施設)	8施設	26施設
職員数 (延べ人数)	84人	71人 (うち0%は17人、約10%は54人)	109人 (うち事前60人、事後49人)	412人 (うち事前231人、事後181人)
1施設あたりの 実証期間	1日間	5日間	5日間	5日間
実証結果	夜勤職員1人あたりの業務時間 5.4%減少	夜勤職員1人あたりの業務時間 5.7%減少	夜勤職員1人あたりの業務時間 25.7%減少	夜勤職員1人あたりの業務時間 26.2%減少 (導入割合0%と100%の比較の場合)
統計的な 有意差	—	5%有意	—	5%有意 (導入割合0%と100%の比較の場合)

前回は初めての介護ロボットの報酬上の評価を行うことを踏まえ、算定要件は安全面を考慮して実証結果の導入割合(平均11%)よりも高めに設定



※職員数は延べ人数。(実証時の夜勤体制が、施設によって2人交代制や3人交代制など異なっているため、事前と事後の人数は一致しない。)
 ※統計的な有意差は、職員数データを用いて確認。
 ※令和2年度の実証協力施設は、青森県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、静岡県、三重県、大阪府、和歌山県、岡山県、香川県、福岡県、宮崎県、鹿児島県に所在する施設。
 出典:「令和2年度介護ロボット導入支援及び導入効果実証研究事業」

■平成30年度の見守りセンサーを活用した夜勤職員配置加算の見直し

見守りセンサーを活用する場合の人員配置要件	0.9人
見守りセンサーの導入割合要件	15%

※ 令和2年度の実証では、導入割合平均9.6%の施設においても前回改定時の実証結果と同水準の効果(夜勤職員1人あたりの業務時間の減少効果)があることを確認。

- 今回の実証に協力した施設に対してヒアリングを行ったところ、テクノロジーを活用することによって、時間外勤務の削減や離職者の減少等の職員の負担軽減が図られていることや、利用者のリスク予防や事故防止に役立つとの意見が見られた。
- 見守りセンサーを効果的に活用するためには、利用者の状態に応じて見守りセンサーの通知設定を変更することによって、職員が適切にケアを行うことが可能となり、職員の心理的負担が軽減されることを確認した。
- また、日頃からテクノロジーを活用している施設は、活用していない施設に比べて記録、文書作成等の割合が小さい一方、休憩時間等の割合がやや大きくなっている。

■実証協力施設に対するヒアリング結果

職員の負担軽減

- ・ ICT端末で利用者の見守りや状況確認ができるため、従来に比して職員の緊張感が軽減され、職員自身に余裕が生まれた。
- ・ これまでは時間に追われながら作業し、時には時間外勤務も発生していたが、テクノロジーを導入したことで職員は落ち着いて対応できるようになり、実証期間中は全員が定時で退勤することができた。
- ・ 夜間に動きが多い利用者のモニターで見守ることで、普段落ち着いてできなかった事務作業ができるようになった。
- ・ テクノロジー導入前の離職状況は毎年8～10人であったが、導入後は年4人程度まで減少し、負担退職はゼロになった。

ケアの質への影響

- ・ 訪室の時間が減ったことで、職員に時間的余裕が生まれ、焦りやイライラすることがなくなり、ケアの質の向上につながった。
- ・ 見守りセンサーによって常時利用者の状態を把握することが可能となることで、この時間帯にこういう介助をすればよいという先取りのケアができるようになり、リスク予防や事故防止にもつながった。

効果的な活用方法

- ・ 利用者の見守り支援の必要性の程度には差があるため、利用者の状態に応じて見守りセンサーの通知設定(例えば、離床時での通知や端座位での通知等)を変更することで、事故防止のために職員が慌てて訪室することがなくなり、職員の心理的負担が軽減された。

■テクノロジーを活用している施設と活用していない施設との休憩時間等の比較

分類	記録・文書作成・連絡調整等の時間割合	休憩・待機の時間割合
日常的にテクノロジーを活用している施設の介護福祉士(n=40) ※5施設	6.8%(29分)	10.2%(43分)
テクノロジーを導入していない施設の介護福祉士(n=86) ※実証施設全体11施設(特養、老健、ショート、認知症GH、介護付きホーム)	11.3%(47分)	8.7%(37分)

約5%の差 (記録・文書作成・連絡調整等)

約2%の差 (休憩・待機)

※日中時間帯の比較。

夜間における見守りセンサーの導入の実証結果のまとめ

4. (2)①

平成29年度の介護ロボット実証結果と平成30年度介護報酬改定における見直しの考え方

社保審一介護給付費分科会(第192回)
(R2.11.9)資料2抜粋

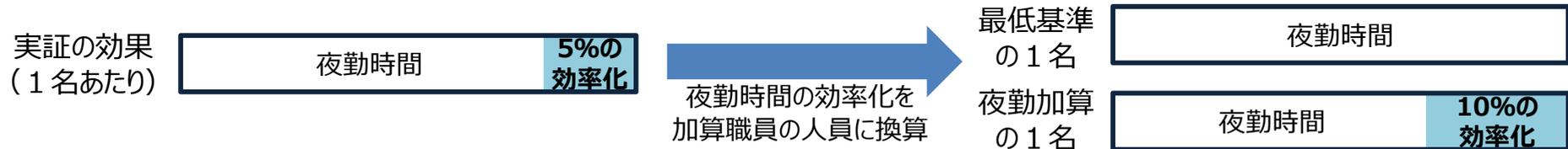
(前回の実証結果)

- 前回の平成30年度改定では、見守りセンサーを平均11%導入した場合、夜勤職員1人当たりの業務時間が5.4%減少した。

(介護老人福祉施設及び短期入所生活介護に係る夜勤職員配置加算の見守りセンサーの活用による見直し)

- 夜勤職員配置加算を算定する施設の夜間の人員体制は、最低基準を満たす人員と加算要件を満たす加配人員の2人以上の体制となっていることを踏まえ、当該加算における算定要件については、①0.9名の人員配置、②利用者に占める見守りセンサーの導入割合15%等の設定を行ったところ。

夜勤職員と夜勤時間の効率化の考え方



令和2年度の介護ロボット実証結果

(利用者に占める見守りセンサーの導入割合別にみた効果)

- 導入割合10%の場合では、以下の効果を確認した。
 - ・ 見守りセンサーの導入割合が平均9.6%の場合、夜勤職員1人当たりの業務時間が5.7%減少したこと。
 - ・ 見守りセンサーの導入割合と業務時間の相関式によって算出した数値では、導入割合が10%の場合に業務時間が6.7%減少すること。
- さらに、導入割合100%の場合では、以下の効果を確認した。
 - ・ インカム等のICTと併用することにより、利用者1人あたりの業務時間は平均25.7%減少し、夜勤職員1人あたりで対応可能な利用者数が平均34.0%増えたこと。
 - ・ 見守りセンサーの導入割合と業務時間の相関式によって算出した数値では、導入割合が100%の場合に業務時間が26.2%減少すること。

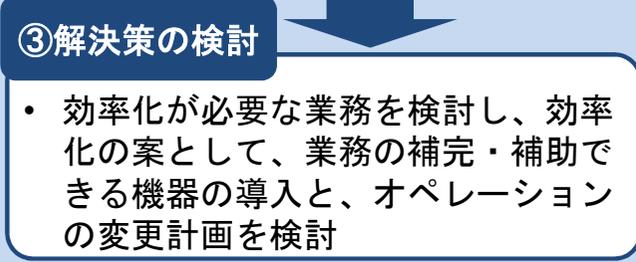
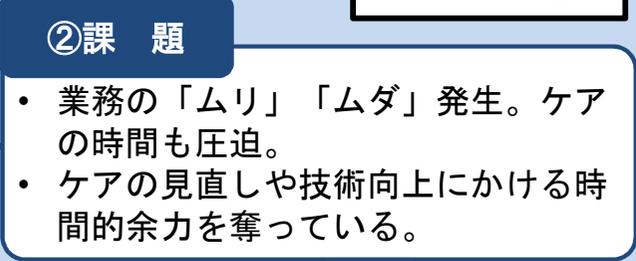
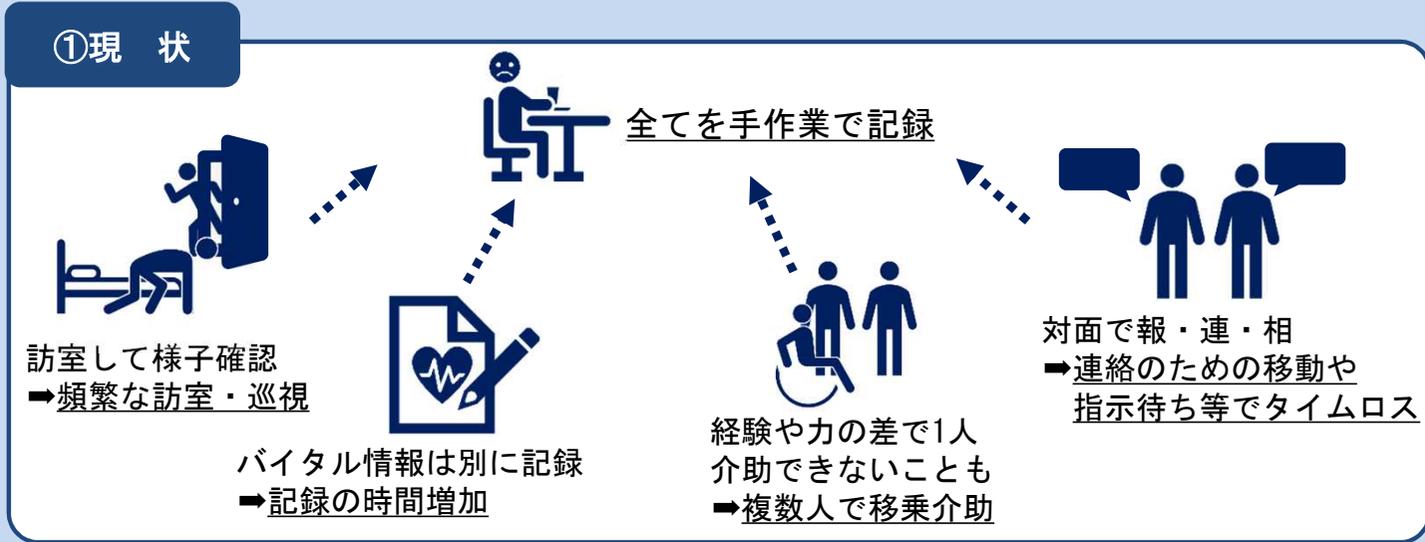
※ 導入割合が100%の実証については、実証協力施設において従前から見守りセンサーを活用している現状を踏まえると、導入前後比較が困難なため、夜勤職員1人当たりの対応可能な業務量がどれだけ増えるのかという観点から実証を行った。

(見守りセンサー等を活用した定時巡視の効率化や安全利用に資する取組)

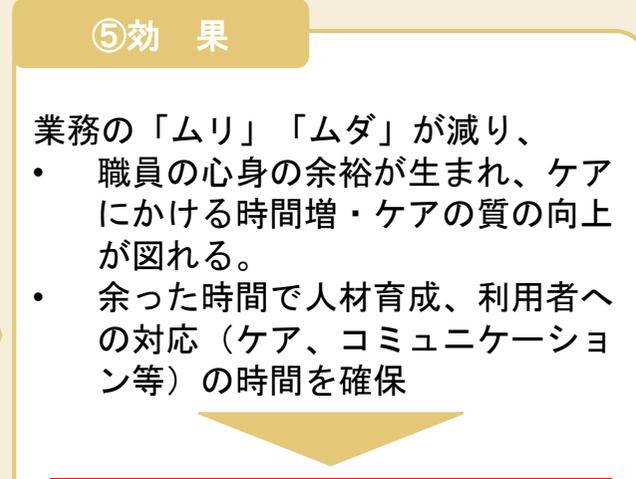
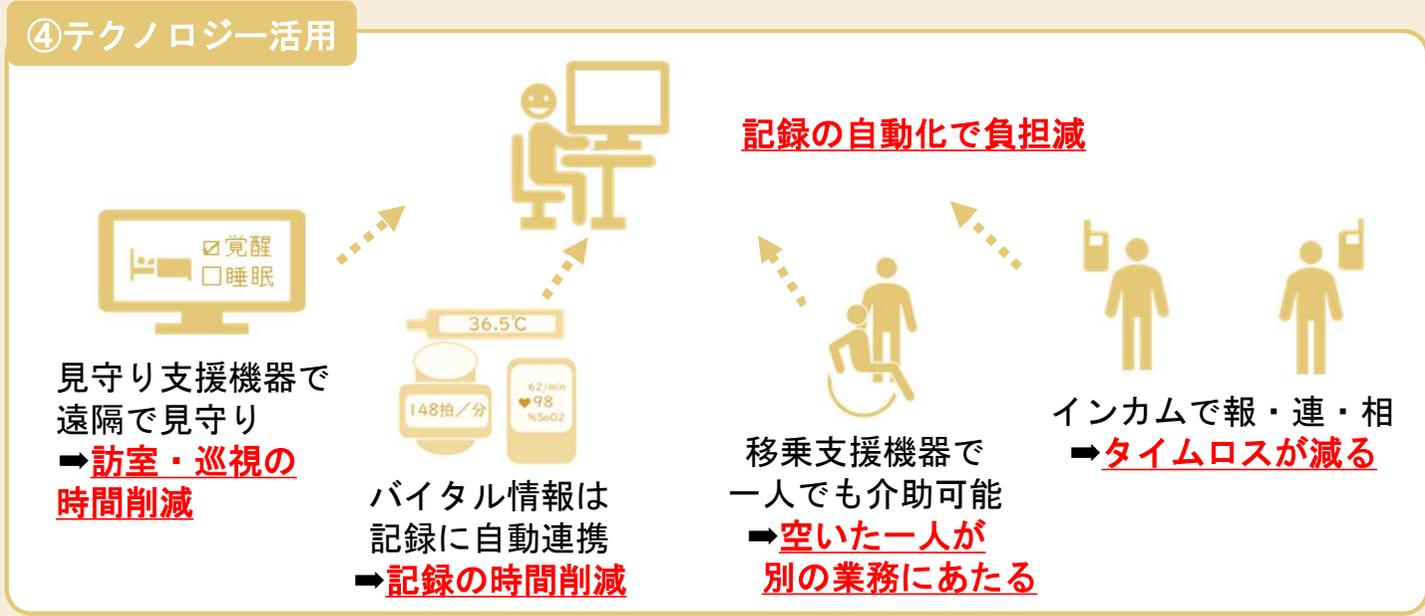
- 日常的にテクノロジーを活用する施設における定時巡視の効率化や安全利用に資する取組を整理すると、①会議体の設置等の組織的な検討、②個別の状況に合わせた見守り支援、③機器の不具合の定期チェック、④職員に対する教育、⑤インカム等のICTの併用、⑥緊急時の体制整備が挙げられる。

- テクノロジー機器の効果的な活用にあたっては、①介護現場における現状把握、②課題分析、③解決策の検討を経て、④オペレーションの変更を含めた課題の解決に資するテクノロジー機器を活用することによって、⑤職員の専門性を最大限発揮する効果を生み出すことが可能となる。

4. (2)③



検討結果を踏まえた複数の介護ロボット・ICT機器の導入、オペレーションの変更



職員の専門性を踏まえた業務分担が可能となり、ケアの質が向上

運営基準等において求められる各種会議

社保審一介護給付費分科会(第192回(R2.11.9))資料2改変

4. (2)④

	会議名称	会議の趣旨・内容	サービス
利用者等が参加	サービス担当者会議	利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める	全サービス共通
	リハビリテーション会議	訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者により構成される会議	訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション
関係者間での実施	運営推進会議	事業所が提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保する	地域密着型通所介護／療養通所介護／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／認知症対応型共同生活介護／看護小規模多機能型居宅介護
	介護・医療連携推進会議	事業所が提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ること及び地域における介護及び医療に関する課題について関係者が情報共有を行い、介護と医療の連携を図る	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	安全・サービス提供管理委員会	安全かつ適切なサービスの提供を確保する	療養通所介護
	感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会	感染症及び食中毒の予防及びまん延の予防を図る	(地域密着型) 介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院
	事故発生の防止のための委員会	事故発生防止を図る	(地域密着型) 介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院
	身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会	身体拘束等の適正化を図る	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／(地域密着型) 介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院

加算等における各種会議の要件①

社保審一介護給付費分科会(第186回(R2.9.30))資料1改変

4.(2)④

	加算・減算	会議の趣旨・内容	サービス
利用者等が参加	生活機能向上連携加算	機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を評価し、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行う	(地域密着型) 通所介護/短期入所生活介護/認知症対応型通所介護/(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/認知症対応型共同生活介護
	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)～(Ⅳ)	リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を会議の構成員と共有する	訪問リハビリテーション/通所リハビリテーション
	退院・退所加算	当該利用者の退院又は退所に当たって、当該施設の職員と面談を行い、職員から必要な情報の提供を受ける	居宅介護支援
	退院・退所時連携加算	当該利用者の退院又は退所に当たって、当該施設の職員と面談を行い、職員から必要な情報の提供を受ける	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護
	医療機関連携加算	看護職員が、面談等により、協力医療機関又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供する	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護
	退院時共同指導加算	病院等に入院中又は入所中の者又はその看護に当たっている者に対し、訪問看護ステーション等の看護師等が、病院等の従業者と共同して、在宅での療養上必要な指導を行う	訪問看護/定期巡回・随時対応型訪問介護看護/看護小規模多機能型居宅介護

加算等における各種会議の要件②

社保審一介護給付費分科会(第186回(R2.9.30))資料1改変

	加算・減算	会議の趣旨・内容	サービス
関係者間での実施	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	サービス提供責任者等とリハビリ専門職等がそれぞれ利用者の居宅を訪問した上で、カンファレンスを行い、利用者のADL及びIADLに関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、生活機能アセスメントを行う	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
	特定事業所加算	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議	居宅介護支援
	特定事業所加算	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は介護事業所における介護従事者の技術指導を目的とした会議	訪問介護
	サービス提供体制強化加算		訪問入浴介護／訪問看護／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護／小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護
	夜勤職員配置加算	見守り機器を安全かつ有効に活用する(ための委員会)	短期入所生活介護／(地域密着型)介護老人福祉施設
	認知症専門ケア加算	認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的助言(に係る会議)	短期入所生活介護／短期入所療養介護／(地域密着型)特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／(地域密着型)介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院
	感染対策指導管理	施設内感染防止(施設内感染防止対策委員会)	介護療養型老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院
	入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	医師、看護職員、支援相談員、理学療法士等が会議を行い、生活機能の具体的な改善目標及び退所後の生活に係る支援計画を定める	介護老人保健施設
	介護職員処遇改善加算	ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善等	訪問介護／夜間対応型訪問介護／定期巡回・随時対応型訪問介護／訪問入浴介護／(地域密着型)通所介護／通所リハビリテーション／(地域密着型)特定施設入居者生活介護／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護／認知症対応型共同生活介護／短期入所生活介護／短期入所療養介護／(地域密着型)介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院

4.(2)④

介護報酬における居宅への訪問等

社保審一介護給付費分科会(第186回 (R2.9.30)) 資料1 改変

4. (2)④

	内容	サービス
モニタリング	利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する	居宅介護支援
緊急時等居宅カンファレンス加算	医師又は看護師と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行う	居宅介護支援
リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ)～(Ⅳ)	(加算Ⅰ) 通所リハ事業所の医師又は理学療法士等が、新規利用者の居宅を訪問し、診療や運動機能検査等を実施 (加算Ⅱ～Ⅳ) 通所リハ事業所の理学療法士等が指定居宅サービス事業者の従業員と利用者の居宅を訪問し、当該従業員に対し、介護の工夫に関する指導等を行う	通所リハビリテーション
入所前後訪問指導加算 (Ⅰ)	入所予定者の入所日前30日から入所後7日までの間に、居宅を訪問し、退所を目的としたサービス計画の策定や診療方針の決定を実施	介護老人保健施設
退所時指導等加算	入院患者の退院に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入院患者が退院後生活をする居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行う	介護医療院
退所前訪問相談援助加算／退所後訪問相談援助加算	介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかが、特養入所者が退所後生活する居宅を訪問し、相談援助を行う	(地域密着型) 介護老人福祉施設
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言・指導を月1回以上実施	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／(地域密着型) 介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／介護医療院
再入所時栄養連携加算	介護老人福祉施設等の管理栄養士が、サービス利用者が入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成する	(地域密着型) 介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護医療院

- 特養と特養を併設する場合の介護・看護職員の兼務について、従来型とユニット型を併設する場合は兼務不可だが、従来型と従来型、ユニット型とユニット型を併設する場合には、「入所者の処遇に支障がない場合」には兼務が可能。

＜特養と特養を併設する場合の介護・看護職員の兼務の可否状況＞

	従来型	ユニット型
従来型	○ ※入所者の処遇に支障がない場合	×
ユニット型	×	○ ※入所者の処遇に支障がない場合

広域型特養と小規模多機能の兼務

4. (2)⑪

○ 広域型特別養護老人ホームに併設する小規模多機能型居宅介護については、短期入所生活介護と異なり、介護職員や管理者の兼務は認められていない。

兼務の可否	短期入所生活介護			小規模多機能型居宅介護		
	介護職員	看護職員	管理者	介護職員	看護職員	管理者
地域密着型特養	○ (併設)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	○ (併設)
広域型特養	○ (併設)	○ (併設)	○ (同一敷地内)	×	○ (同一敷地内)	×

	介護職員・看護職員	管理者						
併設短期入所生活介護	<p>◆指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(解釈通知)</p> <p>ハ 生活相談員、介護職員及び看護職員の員数については、併設されているのが特別養護老人ホームである場合には、特別養護老人ホームとして確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を、特別養護老人ホームの入所者と併設事業所の利用者の数とを合算した数について常勤換算方法により必要とされる従業者の数とするものである。</p>	<p>指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、<u>指定短期入所生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定短期入所生活介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</u></p>						
小規模多機能型居宅介護	<p>次の表の上(左)欄に掲げる場合において、前各項に定める人員に関する基準を満たす小規模多機能型居宅介護従業者を置くほか、同表の中欄に掲げる施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、同表の下(右)欄に掲げる当該小規模多機能型居宅介護従業者は、同表の中欄に掲げる施設等の職務に従事することができる。</p> <table border="1" data-bbox="264 895 1240 1441"> <tr> <td data-bbox="264 895 573 1166">当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合</td> <td data-bbox="573 895 1115 1166">指定認知症対応型共同生活介護事業所、<u>指定地域密着型特定施設</u>、<u>指定地域密着型介護老人福祉施設</u>、指定介護療養型医療施設(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。)又は介護医療院</td> <td data-bbox="1115 895 1240 1166">介護職員</td> </tr> <tr> <td data-bbox="264 1166 573 1441">当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合</td> <td data-bbox="573 1166 1115 1441"><u>前項中欄に掲げる施設等</u>、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、<u>指定認知症対応型通所介護事業所</u>、<u>指定介護老人福祉施設</u>又は介護老人保健施設</td> <td data-bbox="1115 1166 1240 1441">看護師又は准看護師</td> </tr> </table>	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合	指定認知症対応型共同生活介護事業所、 <u>指定地域密着型特定施設</u> 、 <u>指定地域密着型介護老人福祉施設</u> 、指定介護療養型医療施設(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。)又は介護医療院	介護職員	当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合	<u>前項中欄に掲げる施設等</u> 、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、 <u>指定認知症対応型通所介護事業所</u> 、 <u>指定介護老人福祉施設</u> 又は介護老人保健施設	看護師又は准看護師	<p>指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理上支障がない場合は、(略) <u>当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に併設する前条第六項の表の当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合の項の中欄に掲げる施設等の職務、同一敷地内の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務(当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、指定夜間対応型訪問介護事業者、指定訪問介護事業者又は指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、一体的な運営を行っている場合には、これらの事業に係る職務を含む。)若しくは法第百十五条の四十五第一項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(同項第一号二に規定する第一号介護予防支援事業を除く。)</u>に従事することができるものとする。</p> <div data-bbox="1339 1310 2159 1465" style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>地密特養と小多機併設の場合、介護職員の兼務可能だが、広域型特養と小多機併設の場合は不可。看護職員はいずれの場合でも兼務可能。</p> </div>
当該指定小規模多機能型居宅介護事業所に中欄に掲げる施設等のいずれかが併設されている場合	指定認知症対応型共同生活介護事業所、 <u>指定地域密着型特定施設</u> 、 <u>指定地域密着型介護老人福祉施設</u> 、指定介護療養型医療施設(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する診療所であるものに限る。)又は介護医療院	介護職員						
当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の同一敷地内に中欄に掲げる施設等のいずれかがある場合	<u>前項中欄に掲げる施設等</u> 、指定居宅サービスの事業を行う事業所、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、 <u>指定認知症対応型通所介護事業所</u> 、 <u>指定介護老人福祉施設</u> 又は介護老人保健施設	看護師又は准看護師						

介護老人福祉施設・老人保健施設の主な人員配置基準

4. (2)⑪

社保審一介護給付費分科会

第186回 (R2.9.30)

資料1

	介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設)	サテライト型 介護老人福祉施設	介護老人保健施設	サテライト型 介護老人保健施設
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算で、3:1以上 ・地密の場合、介護職は、1人以上常勤 		<ul style="list-style-type: none"> ・常勤換算で、3:1以上 ・看護職は、2/7程度が標準 ・介護・看護職員は専らその職務に従事する常勤職員 	
看護職員	※ユニット型施設と併設従来型施設の両方に従事することは不可 <ul style="list-style-type: none"> ・1人以上は常勤 		<ul style="list-style-type: none"> ・ただし、業務の円滑化が図られる場合や併設サービス事業所の職務に従事する場合(ユニット型施設と併設従来型施設の両方に従事することも可)は、(1)、(2)の条件を満たせば非常勤でも可 (1) 常勤の職員の割合が、7割以上 (2) 非常勤の職員の勤務時間数が、常勤の勤務時間数以上 	
生活相談員 ・ 支援相談員	生活相談員:入所者の生活の向上を図るための適切な相談や援助等を行う能力を有する者 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤で、1人以上 ・100:1以上(広域型) 	常勤換算で、1以上 ※ 本体施設が老健の場合は、支援相談員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき、置かないことが可	支援相談員:入所者に対する各種支援や相談業務を行うのにふさわしい者 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤で、1人以上 ・100:1以上 	×(置かないことが可) ※ 本体施設の支援相談員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤で、1人以上 ・100:1以上(広域型) 	×(置かないことが可) ※ 本体施設の介護支援専門員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤で、1人以上 ・100:1以上 	×(置かないことが可) ※ 本体施設の介護支援専門員によりサービス提供が適切に行われると認められるとき

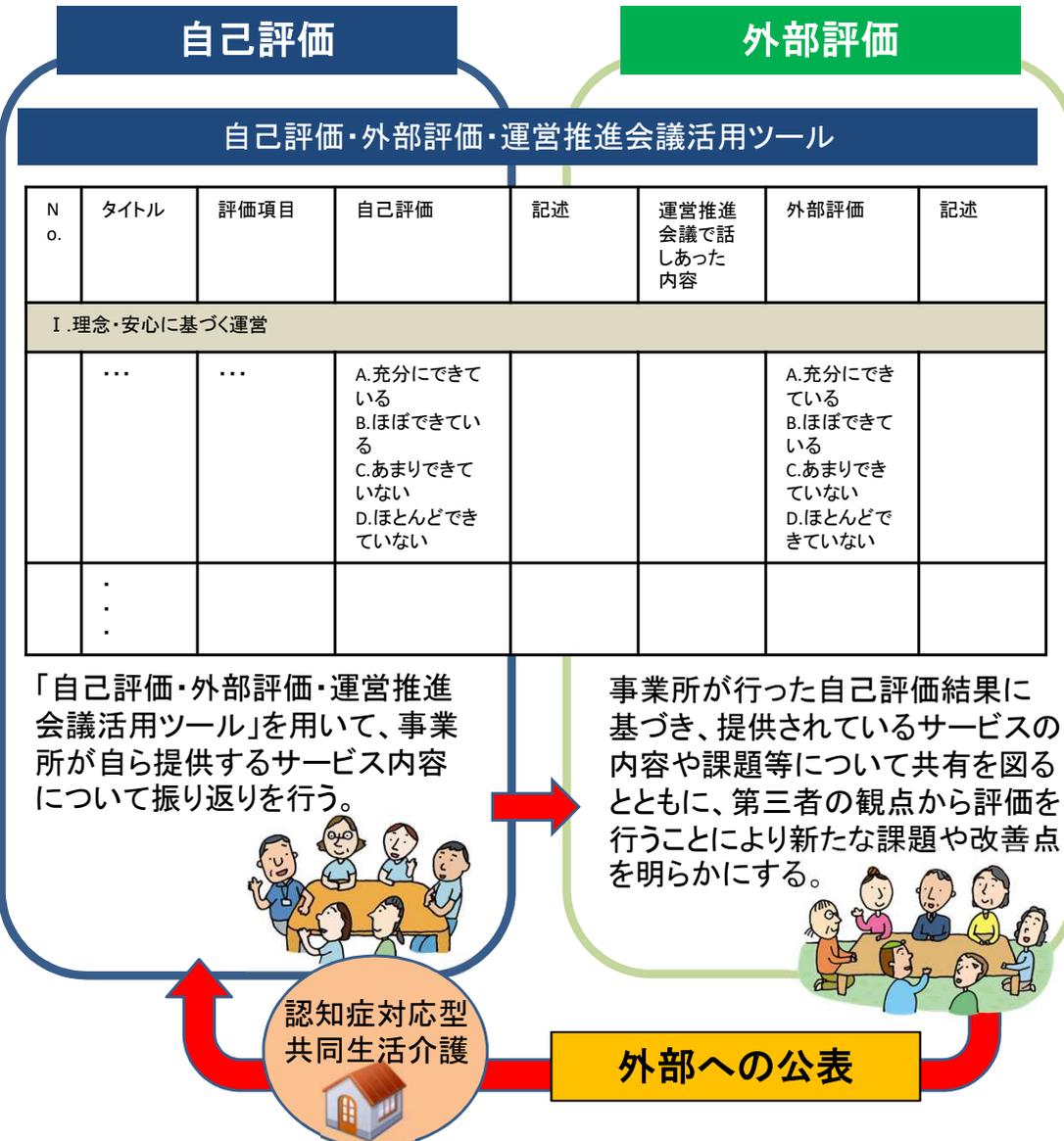
※ 介護職員、看護職員、生活相談員・支援相談員、介護支援専門員ともに、原則として専ら当該施設の職務に従事することが必要

※ 医師、薬剤師、栄養士、機能訓練指導員等については別途規定あり

認知症対応型共同生活介護 運営推進会議での自己評価及び外部評価【イメージ】

- 認知症対応型共同生活介護事業所は、自らその提供する認知症対応型共同生活介護の質の評価（自己評価）を行い、これを運営推進会議においてチェックし、公表することができる仕組みとする。
- その上で、客観的な評価能力を担保するため、「第三者による評価」として行う運営推進会議には、構成員として市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者を参加させることを求める。

4. (2)⑭



- 【評価の確認項目】**
- I 理念・安心に基づく運営
 - 1 理念の共有と実践
 - 2 事業所と地域とのつきあい
 - 3 運営推進会議を活かした取り組み
 - 4 市町村との連携
 - 5 身体拘束をしないケアの実践
 - 6 虐待の防止の徹底
 - 7 権利擁護に関する制度の理解と活用
 - 8 契約に関する説明と納得
 - 9 運営に関する利用者、家族等意見の反映
 - 10 運営に関する職員意見の反映
 - 11 就業環境の整備
 - 12 職員を育てる取り組み
 - 13 同業者との交流を通じた向上
 - 14 本人と共に過ごし支えあう関係
 - 15 馴染みの人や場との関係継続の支援
 - II その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント
 - 16 思いや意向の把握
 - 17 チームでつくる介護計画とモニタリング
 - 18 個別の記録と実践への反映
 - 19 一人ひとりを支えるための事業所の多機能化
 - 20 地域資源との協働
 - 21 かかりつけ医の受診支援
 - 22 入退院時の医療機関との協働
 - 23 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援
 - 24 急変や事故発生時の備え
 - 25 災害対策
 - III その人らしい暮らしを続けるための日々の支援
 - 26 一人ひとりの尊重とプライバシーの確保
 - 27 日々のその人らしい暮らし
 - 28 食事を楽しむことのできる支援
 - 29 栄養摂取や水分確保の支援
 - 30 口腔内の清潔保持
 - 31 排泄の自立支援
 - 32 入浴を楽しむことができる支援
 - 33 安眠や休息の支援
 - 34 服薬支援
 - 35 役割、楽しみごとの支援
 - 36 日常的な外出支援
 - 37 お金の所持や使うことの支援
 - 38 電話や手紙の支援
 - 39 居心地のよい共用空間づくり
 - IV 本人暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）
 - 40～42 本人主体の暮らし
 - 43～45 生活の継続性
 - 46～48 本人が持つ力の活用
 - 49 総合

運営推進会議等の概要

4. (2)⑭

- 各地域密着型サービス事業者が、利用者、市町村職員、地域の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにして、事業者による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保することを目的として、自ら設置すべきもの。

対象サービス (介護予防を含む) (※1)	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 看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	地域密着型通所介護 療養通所介護(※2) 認知症対応型通所介護
会議の名称	介護・医療連携推進会議	運営推進会議	
構成員	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等)、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、有識者 ※介護・医療連携推進会議では、加えて地域の医療関係者(地方医師会の医師等、地域の医療機関の医師やソーシャルワーカー等) ※有識者は、学識経験者である必要はなく、高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者等も含め、そのサービスについて知見を有する者として、客観的、専門的な立場から意見を述べるができる者		
開催頻度	概ね6月に1回以上	概ね2月に1回以上	概ね6月に1回以上(※2)
会議の内容	事業者は、サービスの提供状況等を報告し、会議による評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設ける		
記録の作成と公表	報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、記録を公表(事業者の義務)		
合同開催について	複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める。 i 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。 iii 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。 iv 外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行うこと。		

※1 夜間対応型訪問介護は、対象サービスではない。 ※2 療養通所介護の開催頻度は、概ね12月に1回。

○外部評価とは、グループホームが都道府県が指定する外部評価機関に手数料を支払ってサービス評価を受ける仕組み。

外部評価の概要

根拠法令
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）第97条第8項
（指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針）
第97条（略）
2～7（略）
8 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

関係通知
「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第7項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について〔抄〕（平成18年10月17日 老計発第1017001号）

1 自己評価及び外部評価について
（略）外部評価は、第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとするものである。

（略）

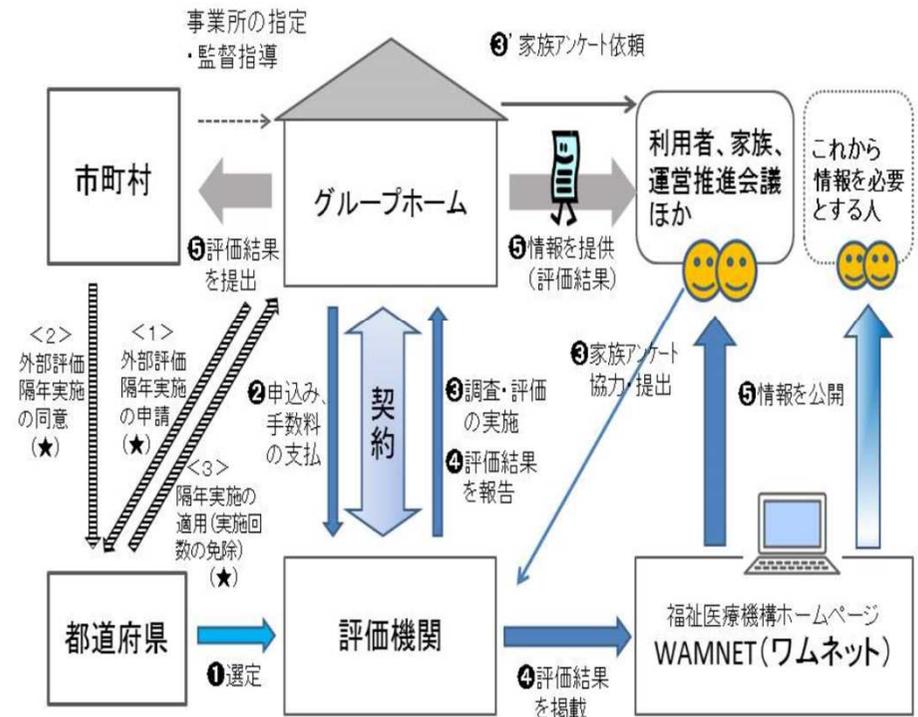
2 自己評価及び外部評価の実施回数

(1) (略)

(2) 都道府県は、事業所ごとの自己評価及び外部評価の実施回数を定めるにあたっては、原則として、少なくとも年に1回は自己評価及び外部評価を実施させるものとする。

(3) 都道府県は、過去に外部評価を5年間継続して実施している事業所であって、かつ、次に掲げる要件(※)を全て満たす場合には、(2)の規定にかかわらず、当該事業者の外部評価の実施回数を2年に1回とすることができる。(以下略)

サービス評価のしくみ



出典：平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける運営推進会議及び外部評価のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）

- (※) ア 「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市町村に提出していること。
- イ 運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されていること。
- ウ 運営推進会議に、事業所の存する市町村の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。
- エ 「自己評価及び外部評価結果」のうち、一定の項目の実践状況(外部評価)が適切であること。

○ 内容及び手続きの説明及び同意については、各サービスごとに規定を設けている。

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（省令）	指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（解釈通知）
<p>(例) 訪問介護 第8条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、（中略）重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。</p>	<p>一 訪問介護 3 運営に関する基準 (1)内容及び手続きの説明及び同意 居宅基準第8条は、指定訪問介護事業者は、（中略）利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定訪問介護の提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定訪問介護事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。</p>
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（省令）	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）
<p>第4条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、（中略）重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。</p> <p>2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第1条の2に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。</p>	<p>3 運営に関する基準 (1)内容及び手続きの説明及び同意 基準第4条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。（中略）重要事項を説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該指定居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。</p> <p>また、指定居宅介護支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って行われるものであり、（中略）居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。</p>

①説明・同意の取扱い(各サービス計画等)

4. (3)①

○ 各サービスに係るサービス計画書等における同意の取扱いは以下のとおり。

	訪問介護	訪問看護	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
計画書	訪問介護計画	訪問看護計画	訪問リハビリテーション計画	通所介護計画	通所リハビリテーション計画	短期入所生活介護計画	短期入所療養介護計画	特定施設サービス計画
利用者の同意(省令)	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。様式例(通知)に署名欄あり。	同意は必要。手段の定めはない。様式例(通知)に署名欄あり。	同意は必要。手段の定めはない。様式例(通知)に署名欄あり。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	文書による同意が必要。

	福祉用具貸与/特定福祉用具販売	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
計画書	福祉用具貸与計画/特定福祉用具販売計画	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画	夜間対応型訪問介護計画	地域密着型通所介護計画	認知症対応型通所介護計画	認知症対応型共同生活介護計画	小規模多機能型居宅介護計画	看護小規模多機能型居宅介護計画
利用者の同意(省令)	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。様式例(通知)に署名欄あり。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。	同意は必要。手段の定めはない。

①(押印についてのQ&A(内閣府、法務省、経済産業省(令和2年6月19日)))

新型コロナウイルス感染症対策としてテレワークが推進されているところ、契約での押印がテレワーク推進に影響を及ぼすとの懸念に 대응するため、内閣府・法務省・経済産業省が連名で契約における押印についての考え方を「押印についてのQ&A」としてまとめた。

押印についてのQ&A (抜粋)

問1. 契約書に押印をしなくても、法律違反にならないか。

- ・私法上、契約は当事者の意思の合致により、成立するものであり、書面の作成及びその書面への押印は、特段の定めがある場合を除き、必要な要件とはされていない。
- ・特段の定めがある場合を除き、契約に当たり、押印をしなくても、契約の効力に影響は生じない。

(中略)

問6. 文書の成立の真正を証明する手段を確保するために、どのようなものが考えられるか。

- ・次のような様々な立証手段を確保しておき、それを利用することが考えられる。

① 継続的な取引関係がある場合

- ▶取引先とのメールのメールアドレス・本文及び日時等、送受信記録の保存（請求書、納品書、検収書、領収書、確認書等は、このような方法の保存のみでも、文書の成立の真正が認められる重要な一事情になり得ると考えられる。）

② 新規に取引関係に入る場合

- ▶契約締結前段階での本人確認情報（氏名・住所等及びその根拠資料としての運転免許証など）の記録・保存本人確認情報の入手過程（郵送受付やメールでのPDF送付）の記録・保存
- ▶文書や契約の成立過程（メールやSNS上のやり取り）の保存

③ 電子署名や電子認証サービスの活用（利用時のログインID・日時や認証結果などを記録・保存できるサービスを含む。）

上記①、②については、文書の成立の真正が争われた場合であっても、例えば下記の方法により、その立証が更に容易になり得ると考えられる。また、こういった方法は技術進歩により更に多様化していくことが想定される。

- (a) メールにより契約を締結することを事前に合意した場合の当該合意の保存
- (b) PDF にパスワードを設定
- (c) (b)のPDF をメールで送付する際、パスワードを携帯電話等の別経路で伝達
- (d) 複数者宛のメール送信（担当者に加え、法務担当部長や取締役等の決裁権者を宛先に含める等）
- (e) PDF を含む送信メール及びその送受信記録の長期保存

③記録の保存方法と各種記録の保存期間(省令等の取り扱い)

4. (3)③

居宅サービス等の運営基準 (省令)

(例) 訪問介護

第39条 指定訪問介護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、**その完結の日から2年間保存しなければならない。**

- 一 訪問介護計画
- 二 第19条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- 三 第26条に規定する市町村への通知に係る記録
- 四 第36条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- 五 第37条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

※他のサービスも同様の規定

事務連絡 (平成27年4月1日)

1. 介護報酬の請求等の消滅時効について

① **介護報酬の請求**

介護保険法第200条第1項の規定により **2年**。

② **介護予防・日常生活支援総合事業費の請求**

地方自治法第236条第1項の規定により **5年**。

③ **過払いの場合 (不正請求の場合を含まない。) の返還請求**

公法上の債権であることから、地方自治法第236条第1項の規定により **5年**。

④ **過払いの場合 (不正請求の場合に限る。) の返還請求**

徴収金としての性格を帯びることから、介護保険法第200条第1項の規定により **2年**。

2. 介護給付費請求書等の保管期限

保管期限については保険者の判断によるが、1. を踏まえれば**最長5年間保管することが望ましい**と考えられる。

(以下、略)

③記録の保存方法と各種記録の保存期間(保存が義務づけられた記録)

4. (3)③

○ 介護分野の運営基準で保存を義務づけられている記録は以下のとおり。
訪問介護計画等、一部の記録についてはe-文書法により電磁的記録による保存が可能であることが明示されている。

No	記録の種類	No	記録の種類	No	記録の種類
1	訪問介護計画	24	介護予防訪問看護報告書	44	介護予防支援台帳
2	訪問看護計画書	25	介護予防訪問リハビリテーション計画	45	主治の医師による指示の文書
3	訪問看護報告書	26	介護予防通所リハビリテーション計画	46	具体的なサービス内容等の記録
4	訪問リハビリテーション計画	27	介護予防短期入所生活介護計画	47	行った具体的な処遇の内容等の記録
5	通所介護計画	28	介護予防短期入所療養介護計画	48	居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録
6	通所リハビリテーション計画	29	介護予防特定施設サービス計画	49	身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
7	短期入所生活介護計画	30	介護予防認知症対応型通所介護計画	50	運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録
8	短期入所療養介護計画	31	介護予防福祉用具貸与計画	51	安全サービス・提供管理委員会の検討の結果についての記録
9	特定施設サービス計画	32	特定介護予防福祉用具販売計画	52	業務の全部又は一部を委託により他の事業者に行わせる場合の当該事業者の業務の実施状況について定期的に確認した結果等の記録
10	福祉用具貸与計画	33	指定介護予防サービス等の利用に係る計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画	53	受託居宅サービス事業者から受けた報告に係る記録
11	特定福祉用具販売計画	34	介護予防認知症対応型共同生活介護計画	54	受託居宅サービスに係る業務の実施状況について定期的に確認した結果等の記録
12	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画	35	介護予防サービス計画	55	福祉用具の保管又は消毒を他の事業者に行わせる場合の当該事業者の業務の実施状況について定期的に確認した結果等の記録
13	夜間対応型訪問介護計画	36	施設サービス計画(介護老人福祉施設)	56	市町村への通知に係る記録
14	地域密着型通所介護計画	37	施設サービス計画(介護老人保健施設)	57	苦情の内容等の記録
15	療養通所介護計画	38	施設サービス計画(介護療養型医療施設)	58	事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
16	認知症対応型通所介護計画	39	施設サービス計画(介護医療院)		
17	居宅サービス計画	40	入所者の処遇に関する計画		
18	小規模多機能型居宅介護計画	41	居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録		
19	認知症対応型共同生活介護計画	42	居宅介護支援台帳		
20	地域密着型特定施設サービス計画	43	介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録		
21	看護小規模多機能型居宅介護計画				
22	看護小規模多機能型居宅介護報告書				
23	介護予防訪問看護計画				

- 基準省令において、運営規程の概要や勤務の体制等の重要事項は「事業所（施設）の見やすい場所に掲示しなければならない。」と規定している。

（例）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（省令）

（例）訪問介護
（掲示）

第三十二条 指定訪問介護事業者は、**指定訪問介護事業所の見やすい場所に**、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる**重要事項を掲示しなければならない。**

（例）通所介護
（準用）

第百五条 第八条から第十七条まで、第十九条、第二十一条、第二十六条、第二十七条、**第三十二条**から第三十四条まで、第三十五条から第三十六条の二まで、第三十八条及び第五十二条の規定は、**指定通所介護の事業について準用する。**この場合において、第八条中「第二十九条」とあるのは「第百条」と、「訪問介護員等」とあるのは「通所介護従業者」と、**第三十二条中「訪問介護員等」とあるのは「通所介護従業者」と読み替えるものとする。**

（例）指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（省令）

（掲示）

第二十九条 指定介護老人福祉施設は、**当該指定介護老人福祉施設の見やすい場所に**、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる**重要事項を掲示しなければならない。**

（例）介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（省令）

（掲示）

第三十五条 介護医療院は、**当該介護医療院の見やすい場所に**、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる**重要事項を掲示しなければならない。**

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

集合住宅でサービス提供する場合や規模別の報酬と区分支給限度基準額の関係

社保審－介護給付費分科会

第186回（R2.9.30）

資料2 一部改変

※下線部分は、H30改定で対応したもの

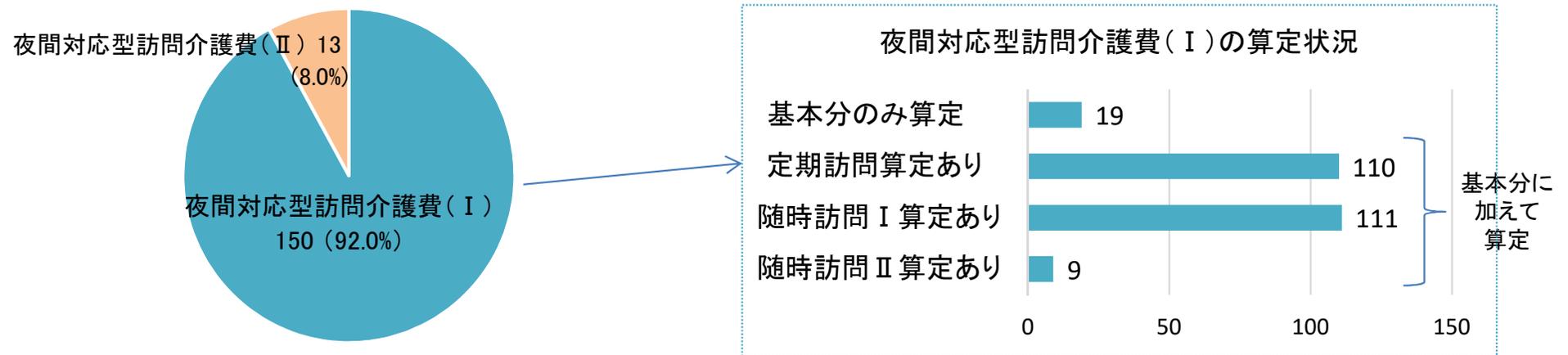
	減算等の内容	区分支給限度額	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	①・③10% 減算 ②15%減算	減算前の単位数を 用いて計算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 (②に該当する場合を除く。) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50 人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	5.(1)① —
定期巡回・随時対応型訪問介 護看護	①600単位/月 減算 ②900単位/月 減算	減算前の単位数を 用いて計算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のう ち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合	—
居宅療養管理指導 ※区分支給限度額の対象外	医師：509単位 → 485単位 → 444単位 等	/	・単一建物居住者。具体的には以下の利用者 ①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高 齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複 数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）、認知症対応型共同生活介 護、複合型サービス（宿泊サービス）などのサービスを受けている複 数の利用者	・同月に2人以上9 人以下、10人以上の 利用者を訪問する場 合
通所介護 地域密着型通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	①94単位/日 ②47単位/片道 減算	—	①事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的 には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下 等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を 挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の 管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。 ②事業所が送迎を行っていない者	・やむを得ず送迎が 必要と認められる利 用者の送迎は減算し ない
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	(別報酬体系)	—	・事業所と同一建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人 ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する者	・利用者の居所（事業 所と同一建物に居住 するか否か）に応じ た基本報酬を設定
通所介護 通所リハビリテーション	(別報酬体系)	—	・平均利用延べ人員に応じ設定された通常規模型と大規模型の事業 所に通う者	—

夜間対応型訪問介護の給付実態

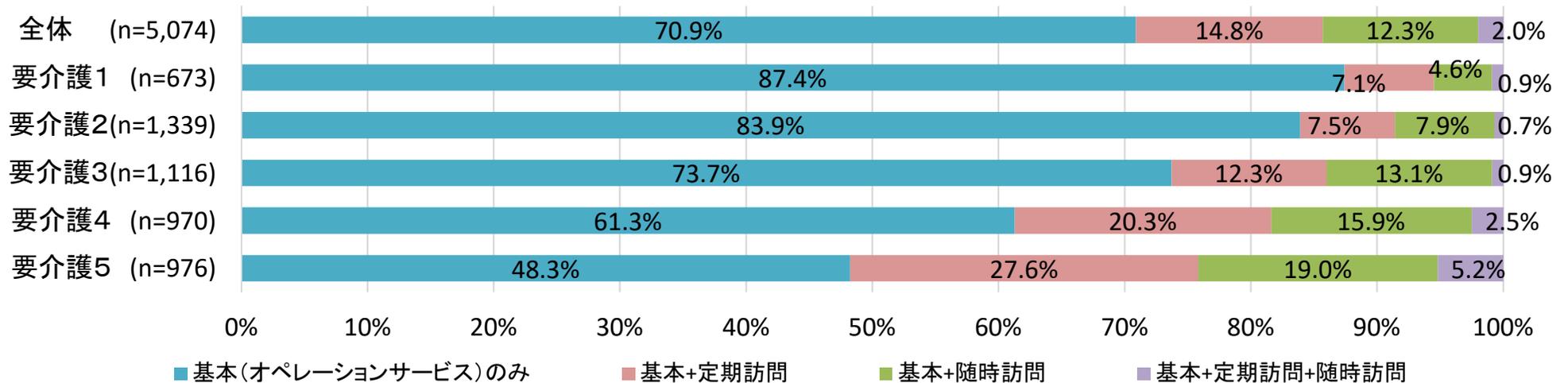
5. (1)②

- (1) 事業所別に見ると、9割以上の事業所が夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定しており、そのうち19事業所は基本分（オペレーションサービス）のみの算定となっていた。
- (2) 利用者別に見ると、全体の約7割の利用者が基本分（オペレーションサービス）のみの算定となっており、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が多い。

(1) 事業所が算定する基本報酬の区分 (n=163事業所)



(2) 夜間対応型訪問介護費 (Ⅰ) : 利用形態別利用者割合 (n=5,074人)

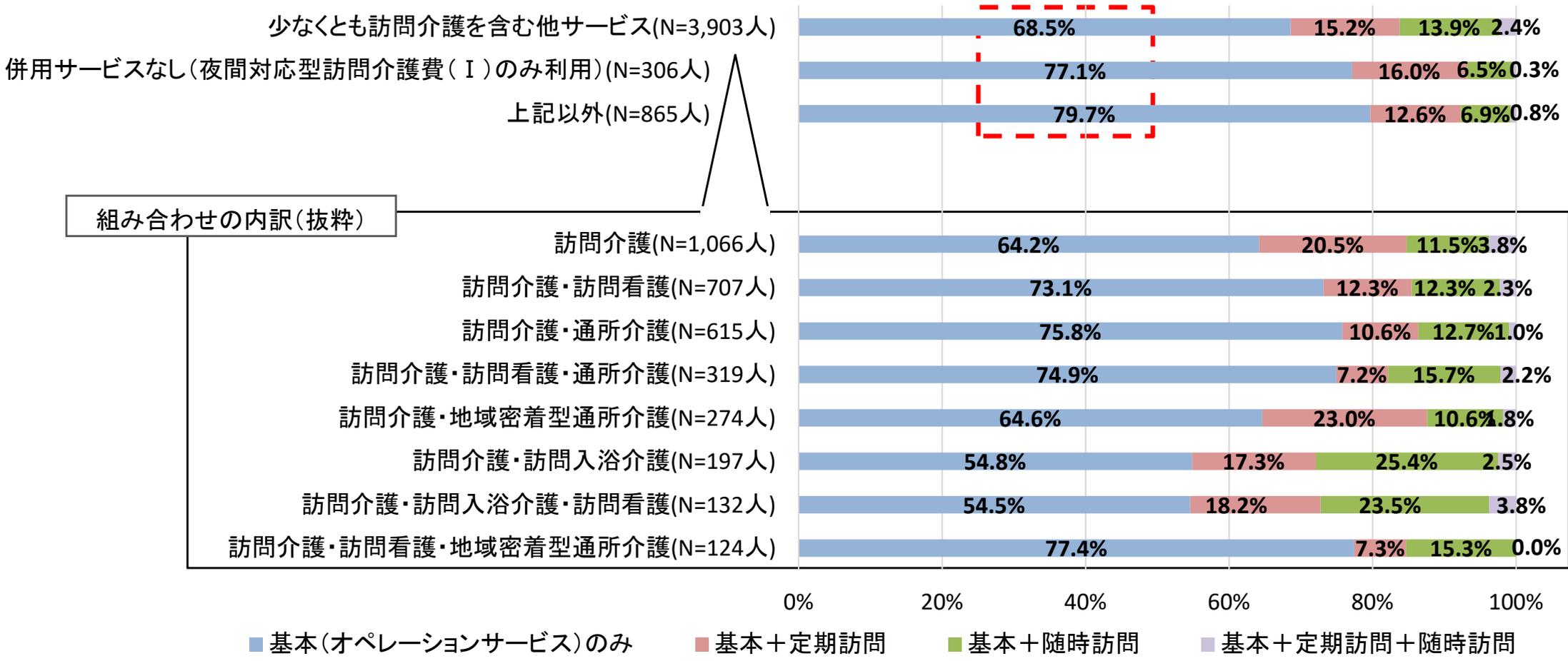


(注) (1)~(2)は、介護保険総合データベースの任意集計(令和元年11月サービス提供分)

夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定している利用者の他サービス併用状況

- 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定している利用者は、訪問介護を併用しているケースが8割（3,903/5,074人）。
- 以下の指摘があるが、他サービスの併用状況に関わらず、月に一度も訪問サービスを受けていないケースが7～8割。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用から移行等した利用者が、24時間365日のつながりという安心感が得られるように、訪問介護等＋夜間対応型訪問介護にて、随時対応（コール）サービスの提供を受けているケースがある。
 - ・ このような場合には、基本分（オペレーションサービス）のみの利用や、基本分＋随時訪問のみ利用ということになる。

[夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定している利用者が併用するサービスの組み合わせ] (N=5,074人)

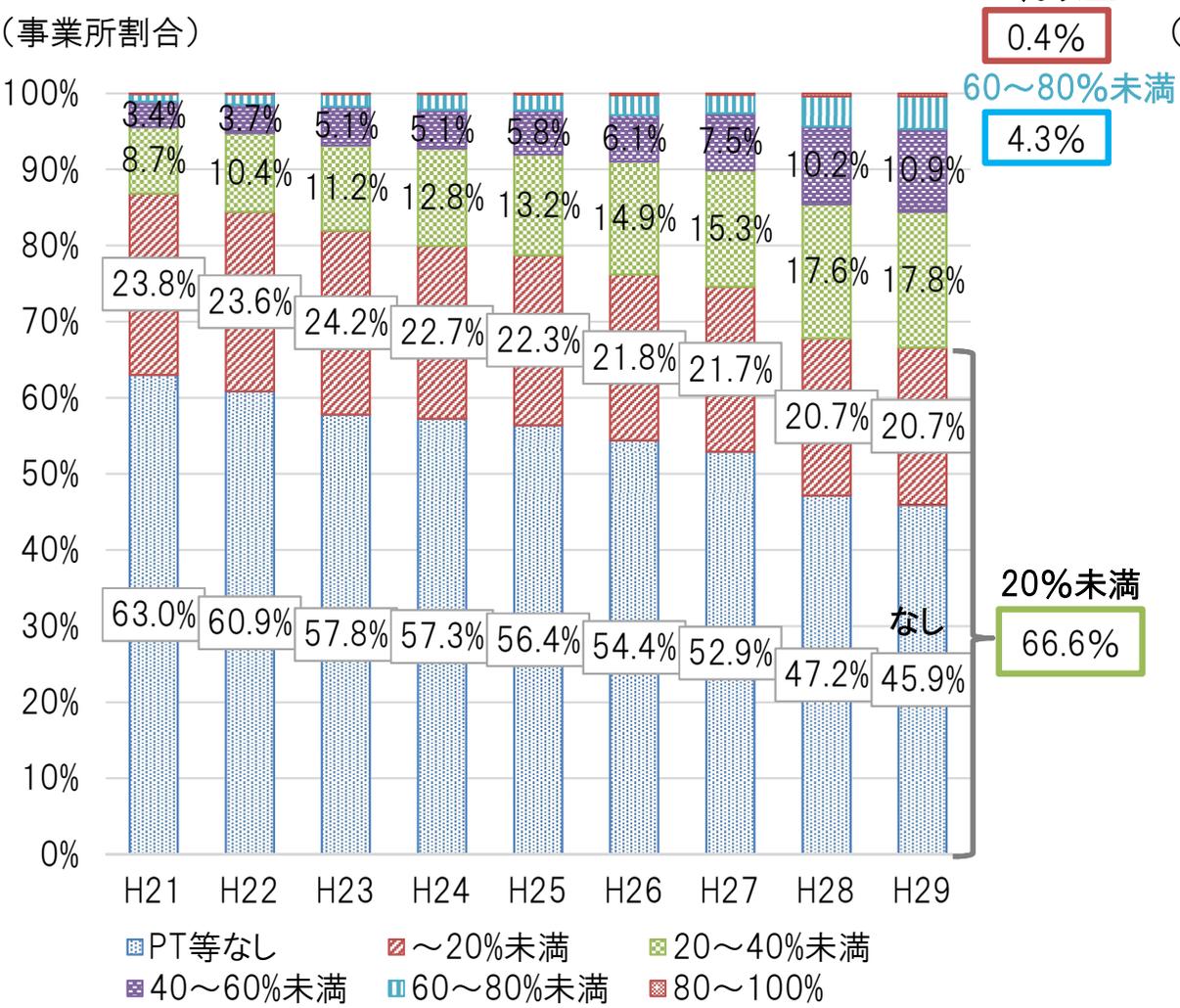


出典：介護保険総合データベースの任意集計(令和元年11月サービス提供分) 月遅れ、過誤請求は除く。
 ※1 他サービス…訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護
 ※2 四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

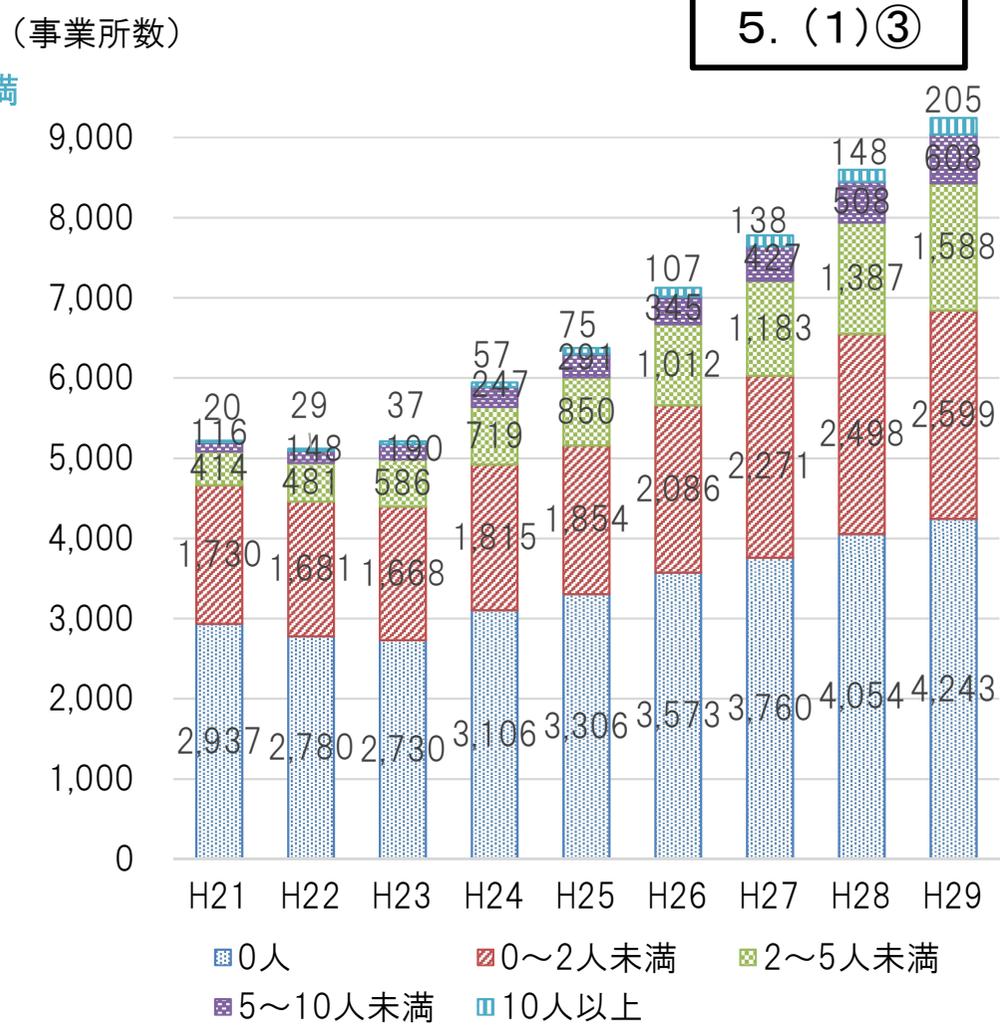
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況

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

■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別の年次推移 (事業所割合)



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

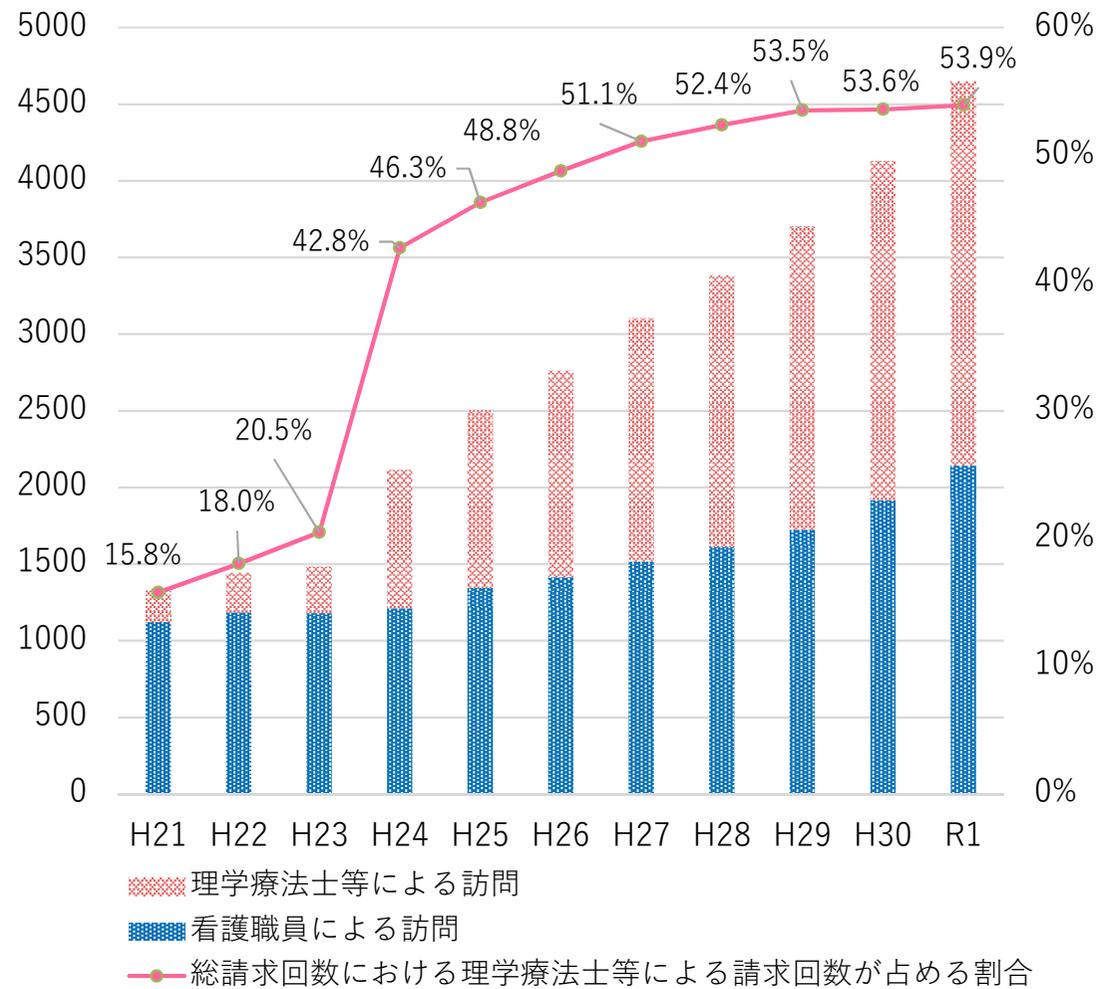


※常勤換算理学療法士等(P.T・O.T・S.T)従事者数の常勤換算保健師～言語聴覚士従事者数に占める割合階級別は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員＋理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。

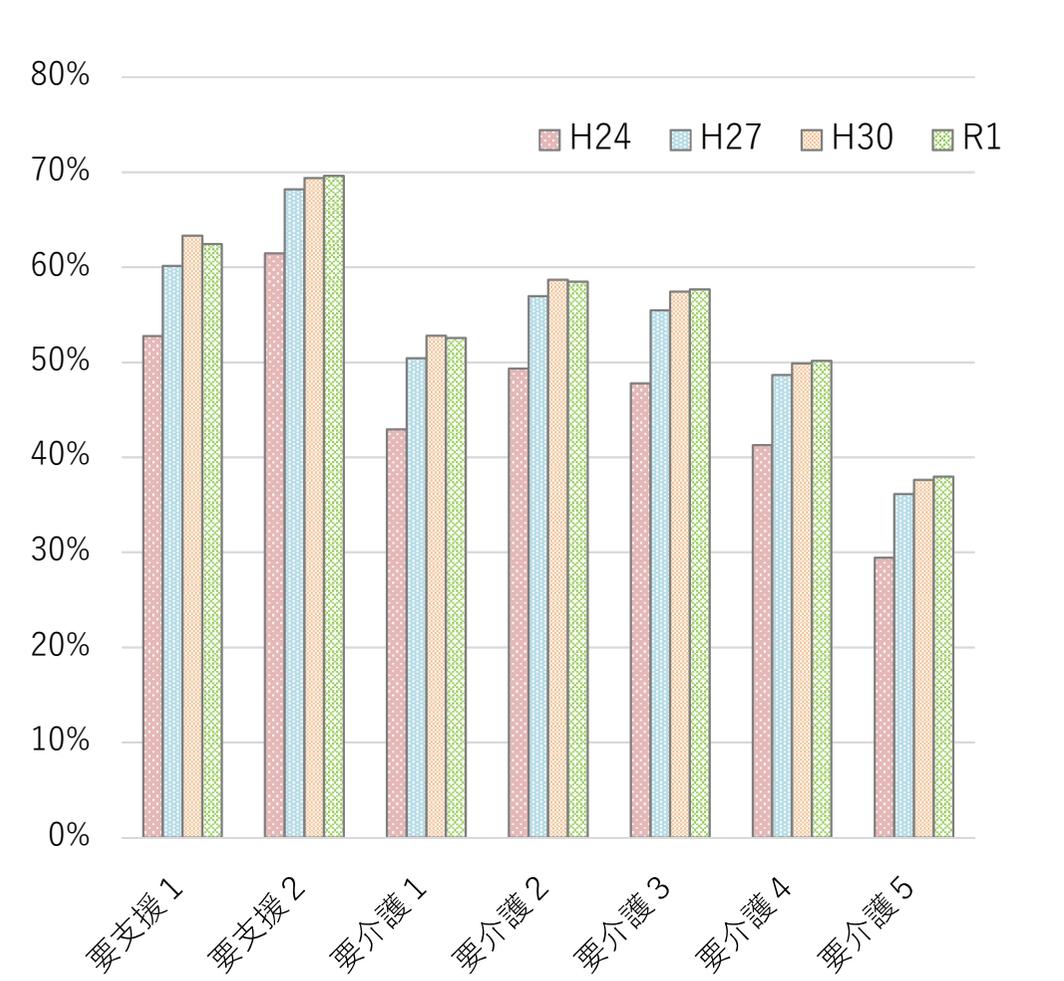
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 訪問看護ステーションにおける訪問看護費の請求回数は、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問が増加している。特に、要支援における理学療法士等による訪問の割合が高い。 **5. (1)③**

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



■ 訪問看護費の理学療法士等による請求が占める割合 (要介護度別)



注1) 看護職員 = 保健師・看護師・准看護師、理学療法士等 = 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
 注2) 平成24年介護報酬改定において理学療法士等による訪問看護については提供単位20分1回を基本とし、週に6回まで提供可能とする見直しを行った。これにより、請求回数が増加していることに留意が必要。
 注3) 総請求回数における理学療法士等による請求回数が占める割合 = 理学療法士等による請求回数 / 総請求回数により算出した。
 【出典】介護給付費等実態統計 (旧調査) (各年5月審査分) 162

訪問看護を受けている要介護者の状態

○ 利用者の主傷病名、受けている医療的処置・ケア、訪問看護の目的は、主なサービス提供が看護職員であるかリハビリ職であるかによって異なっており、特に、リハビリ職による訪問看護を主に提供されている利用者は、医療的処置・ケアが少ない。

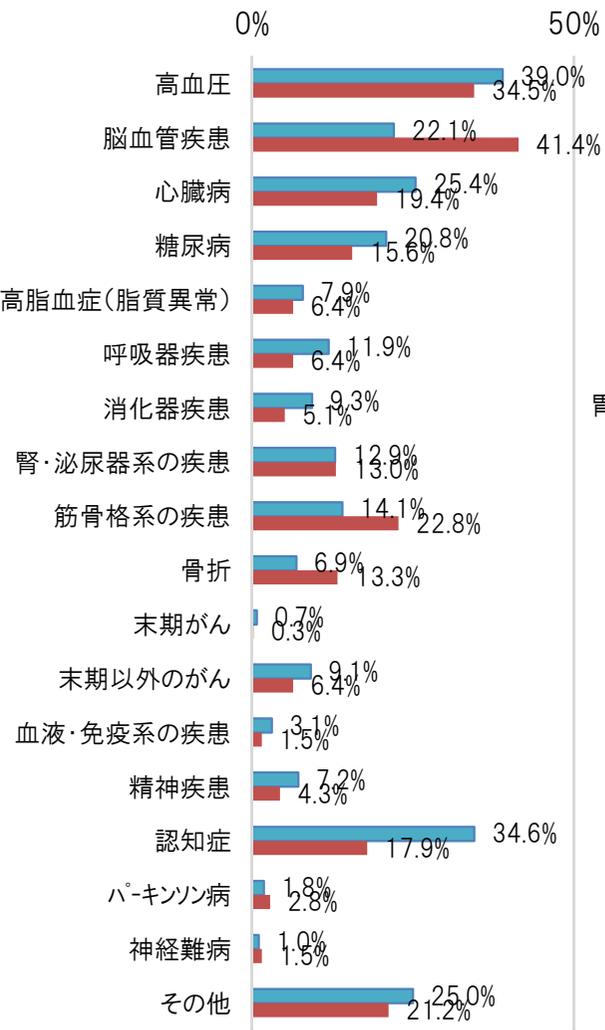
■ 要介護利用者の主傷病名、受けている医療的処置・ケア、訪問看護の目的(複数回答)(看護:n=975、リハ:n=391)

5. (1) ③

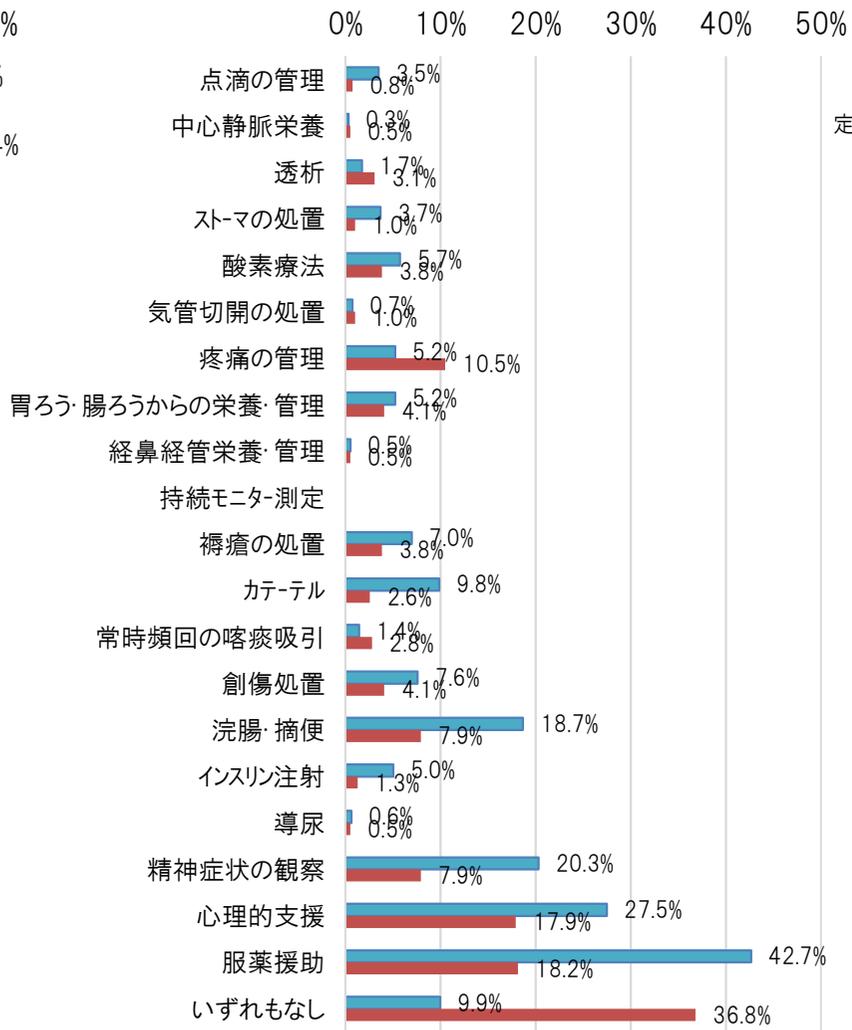
- 主に看護職員による訪問 ※
- 主にリハビリ職による訪問

※収集した利用者データを元に、介護保険の看護職員(保健師・看護師・准看護師)による訪問回数の合計が、介護保険のリハビリ職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)による訪問回数(20分を1回として計上)よりも上回っているデータを「主に看護職員による訪問」とした。なお、医療保険のみの利用者、他事業所からの看護職員またはリハビリ職による訪問がある対象は除いた。

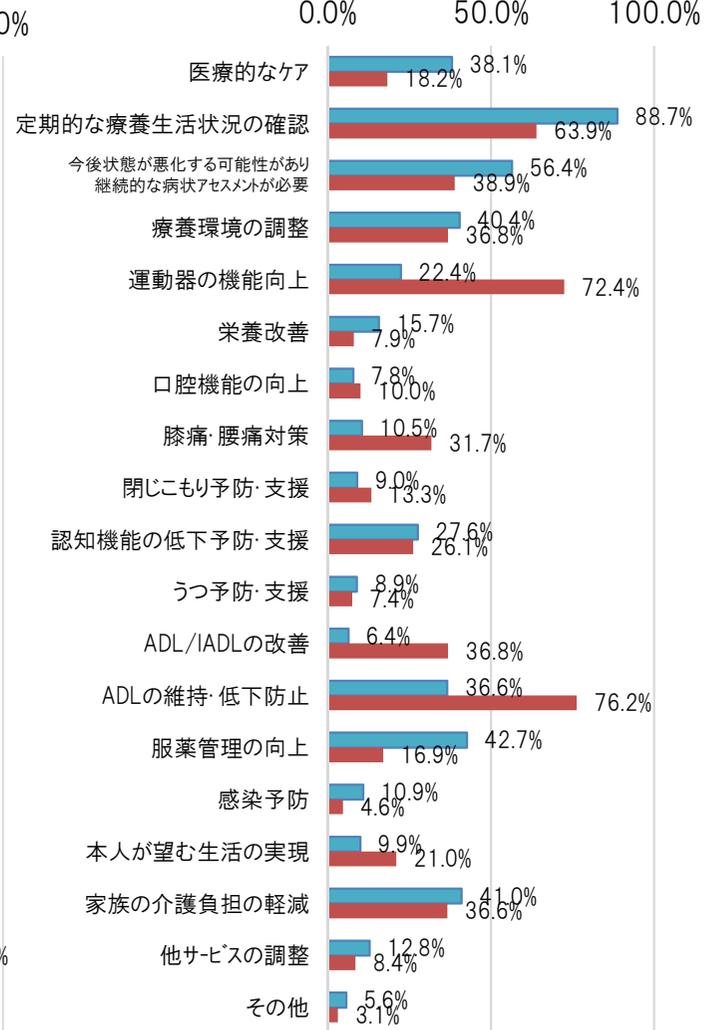
◆ 利用者の傷病名



◆ 受けている医療的処置・ケア



◆ 訪問看護の目的



介護予防訪問リハビリテーションの対象者

社保審－介護給付費分科会

第189回（R2.8.19）

資料4

告示「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」

5. (1)④

介護予防訪問リハビリテーション費

注1 通院が困難な者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

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

介護予防訪問リハビリテーション費

(3) 「通院が困難な利用者」について

訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、指定介護予防通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた指定介護予防訪問リハビリテーションの提供など、介護予防ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は介護予防訪問リハビリテーション費を算定できるものである。

「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

※訪問リハビリテーションにも同様の記載あり

訪問リハビリテーションの受給者数

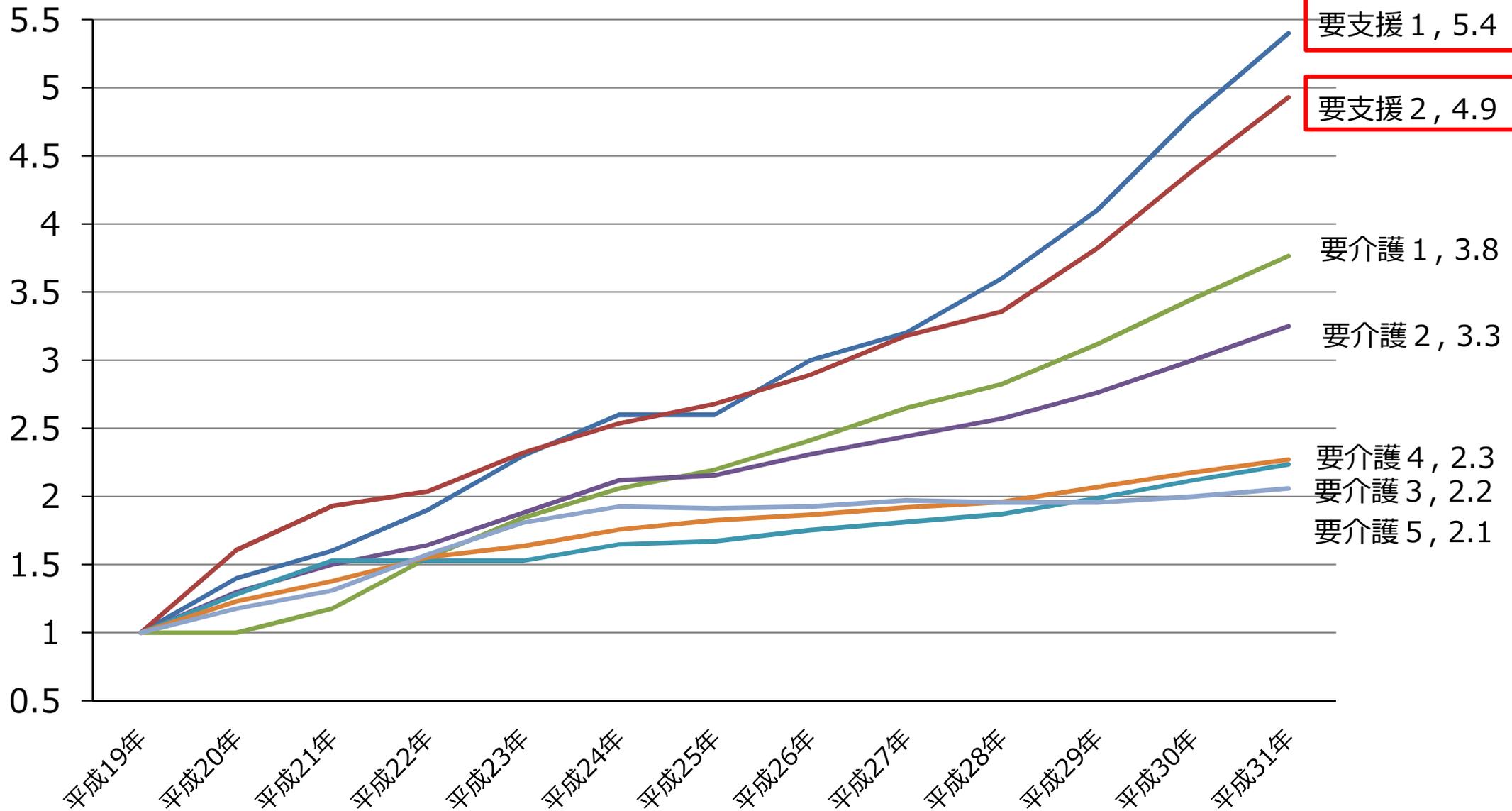
5. (1)④

社保審一介護給付費分科会

第189回 (R2.10.22)

資料3

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



※平成19年4月を1とした比率で表示。

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

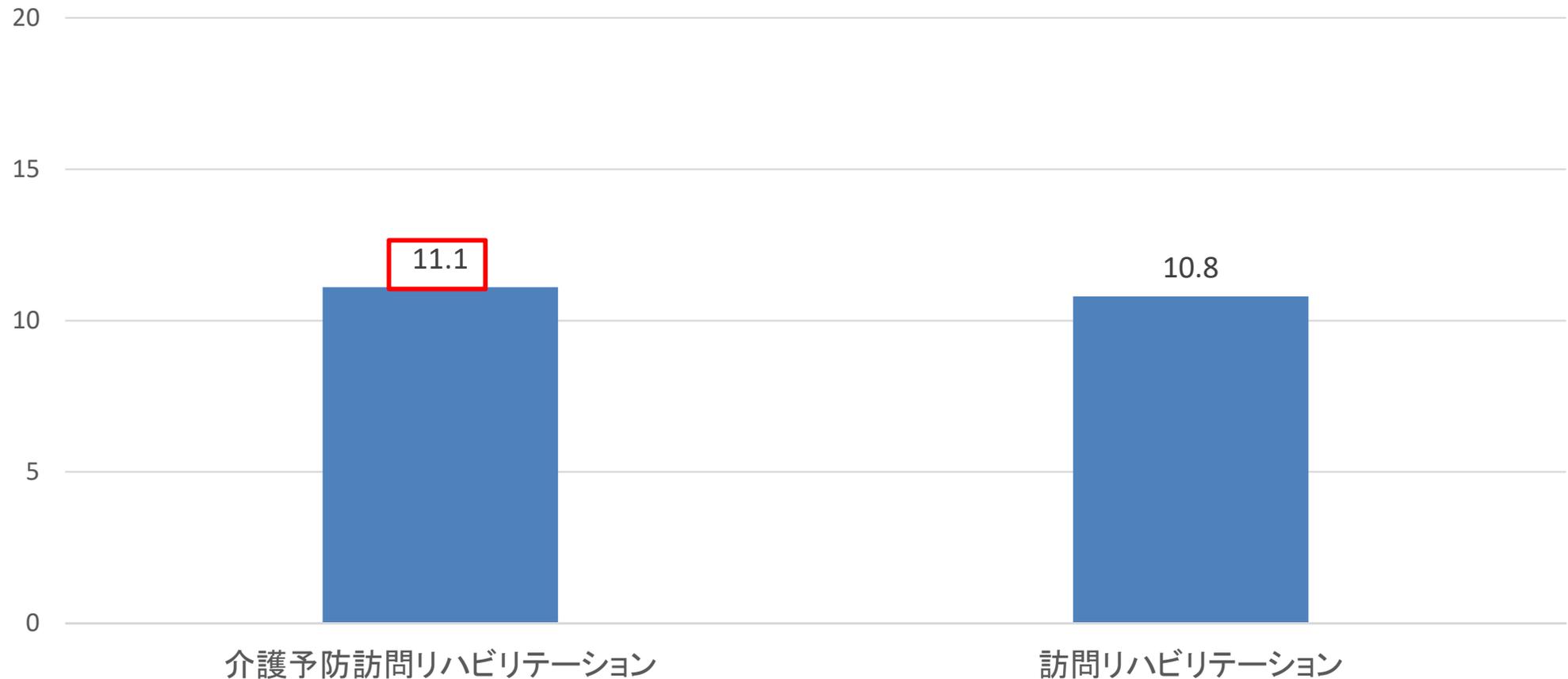
※経過的要介護は含まない。

(介護予防)訪問リハビリテーションの平均利用期間

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

5. (1)④

利用者単位の利用期間（月）の平均値



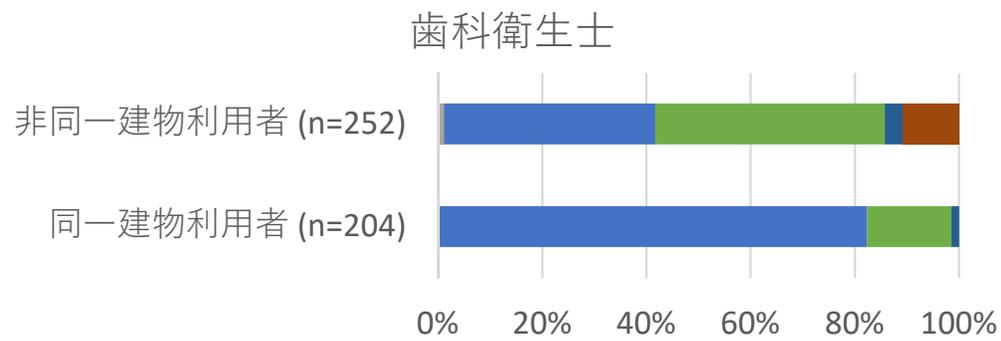
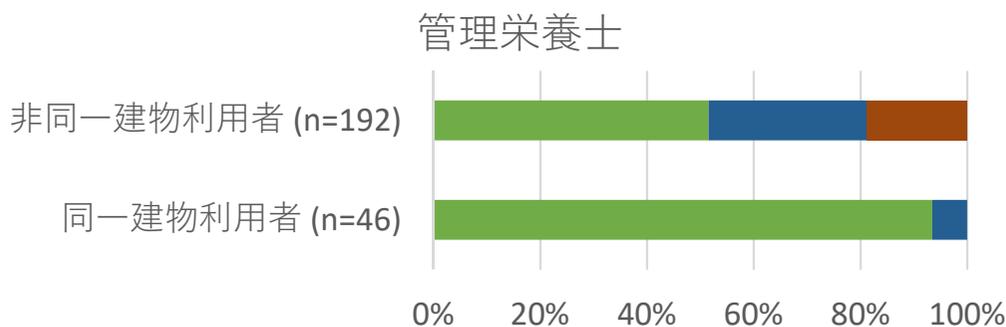
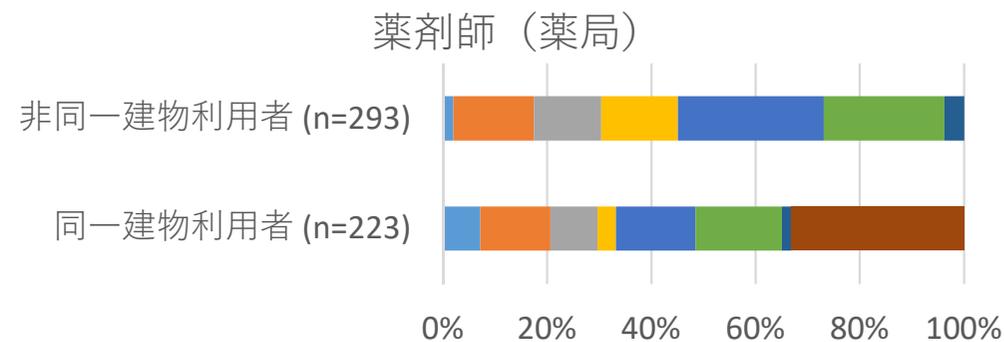
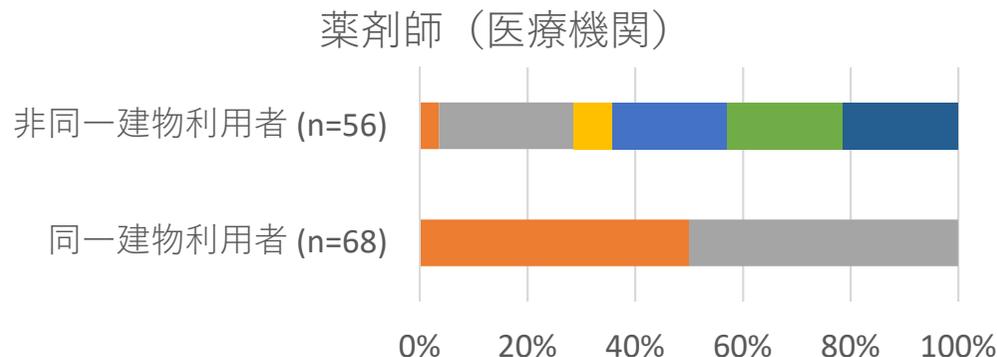
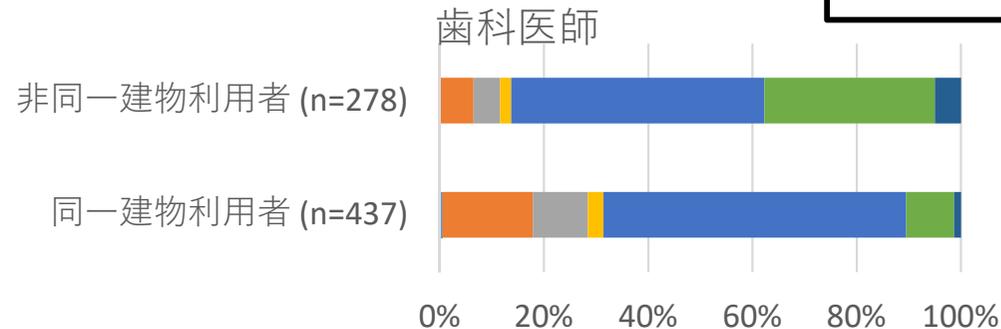
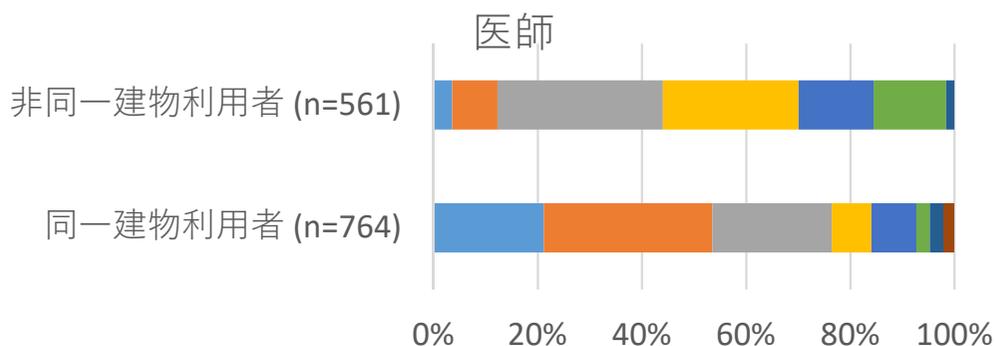
※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

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

利用者1人あたりの滞在時間

○ 利用者1人あたりの滞在時間は、非同一建物と比較し、同一建物利用者が短い傾向がある。

5. (1)⑦



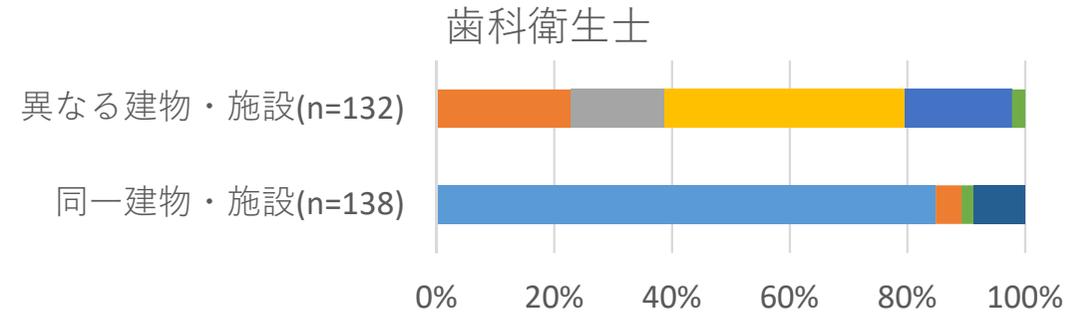
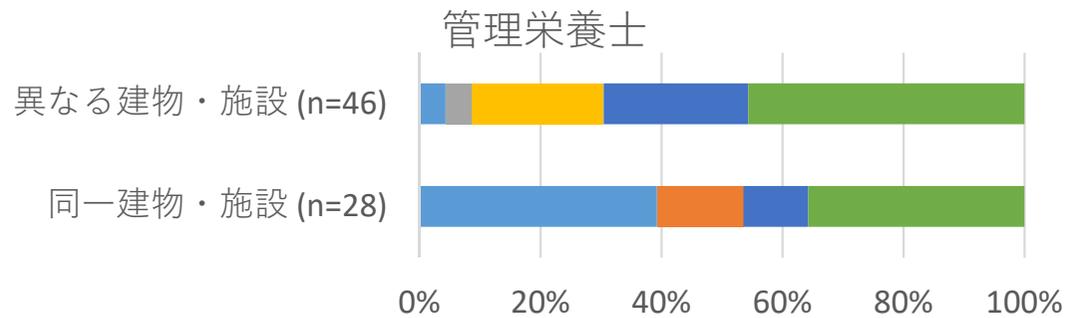
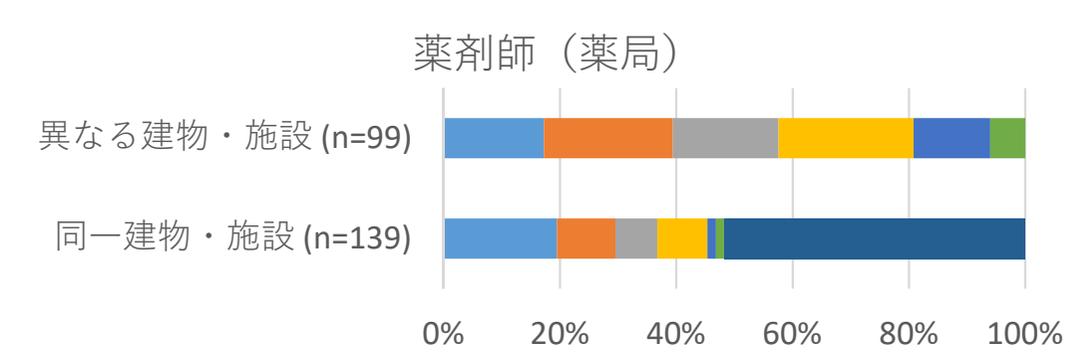
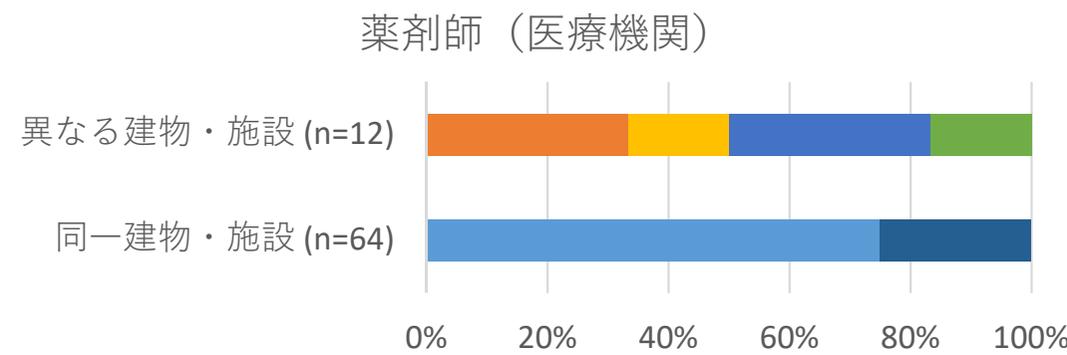
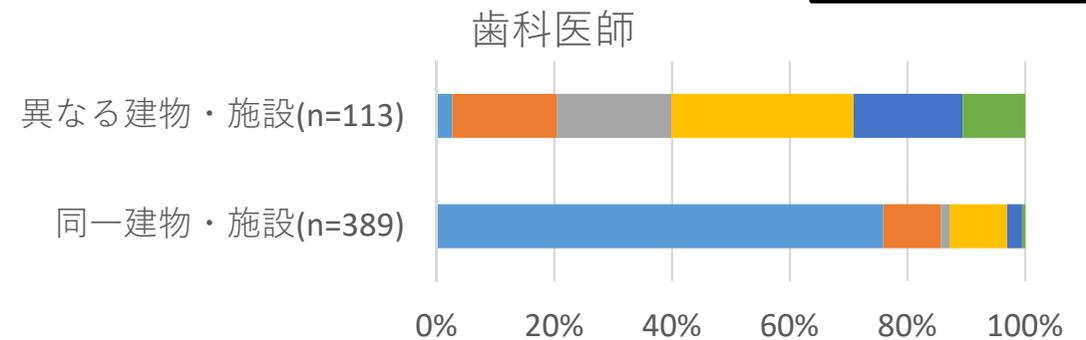
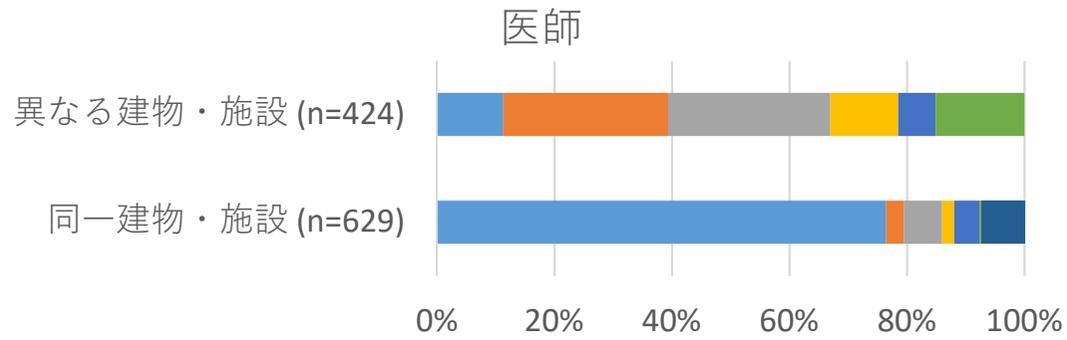
■ 5分未満 ■ 5分～10分未満 ■ 10分～15分未満
■ 15分～20分未満 ■ 20分～30分未満 ■ 30分～50分未満
■ 50分以上 ■ 無回答

■ 5分未満 ■ 5分～10分未満 ■ 10分～15分未満
■ 15分～20分未満 ■ 20分～30分未満 ■ 30分～50分未満
■ 50分以上 ■ 無回答

次の移動先別の移動時間

○ 次の移動先別の移動時間は、異なる建物・施設への移動時間と比較し、同一建物・施設への移動時間の方が短い傾向にある。

5. (1) ⑦



■ 5分未満 ■ 5分～10分未満 ■ 10分～15分未満
■ 15分～20分未満 ■ 20分～30分未満 ■ 30分以上
■ 無回答

■ 5分未満 ■ 5分～10分未満 ■ 10分～15分未満
■ 15分～20分未満 ■ 20分～30分未満 ■ 30分以上
■ 無回答

訪問先の建物1か所あたりの居宅療養管理指導を行った利用者数 (訪問先の建物に対象者が複数名いた場合)

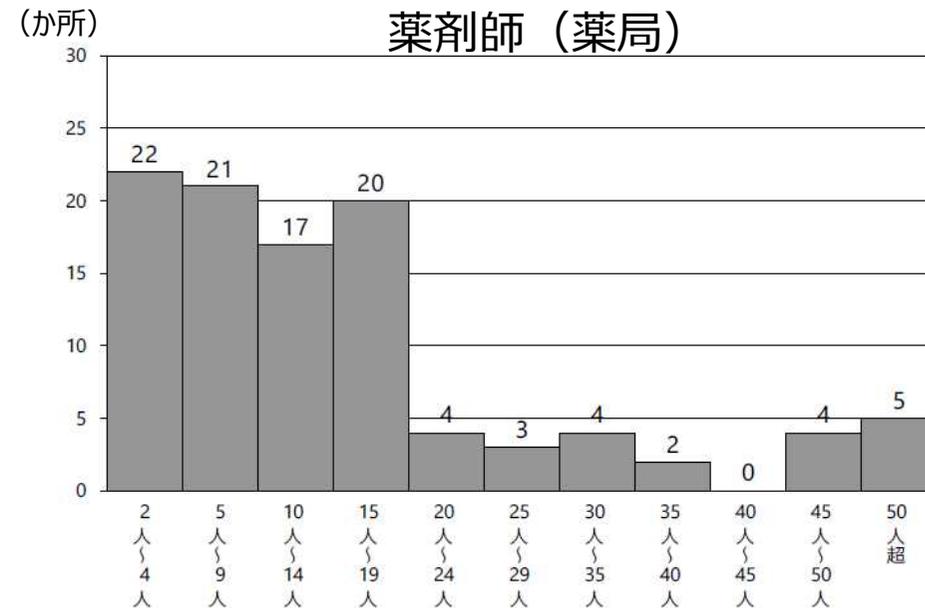
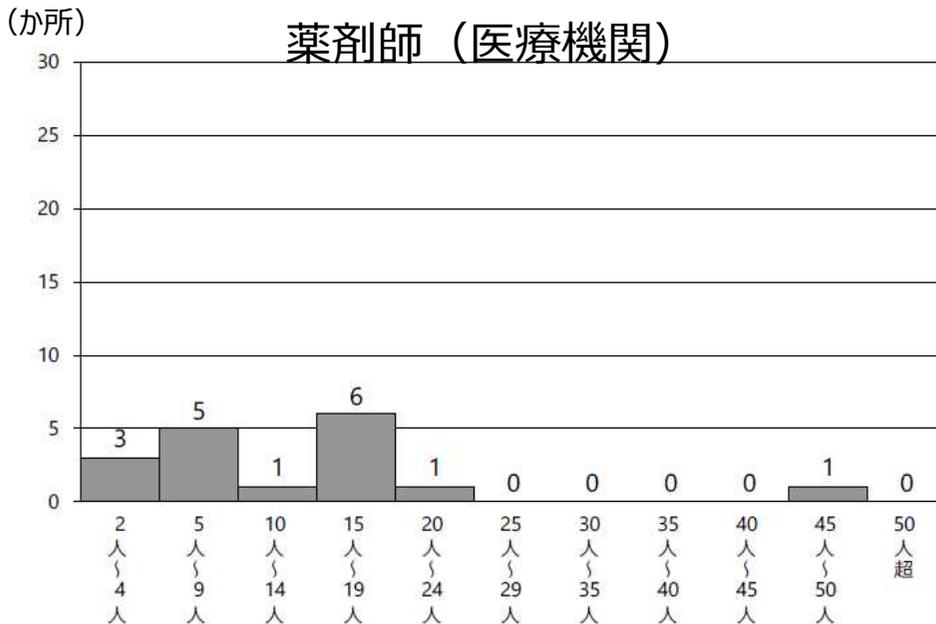
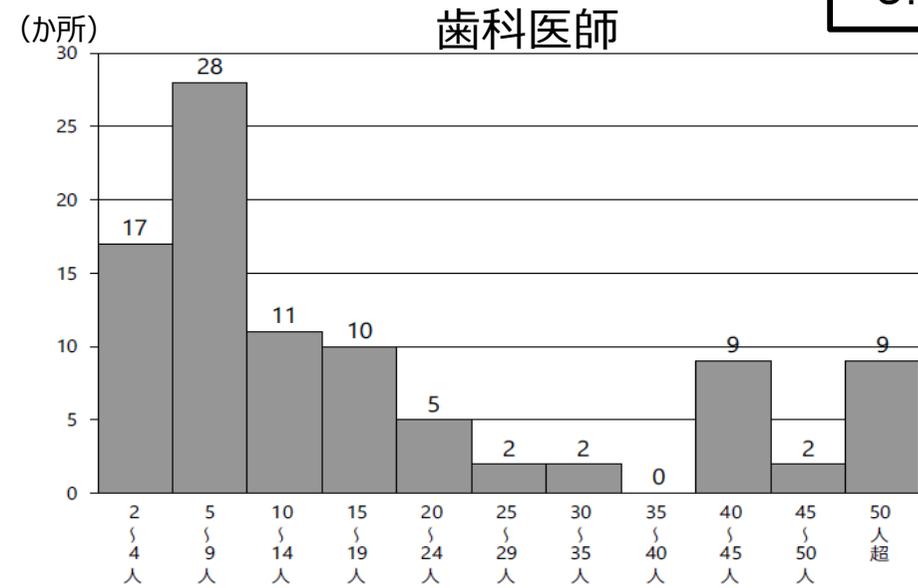
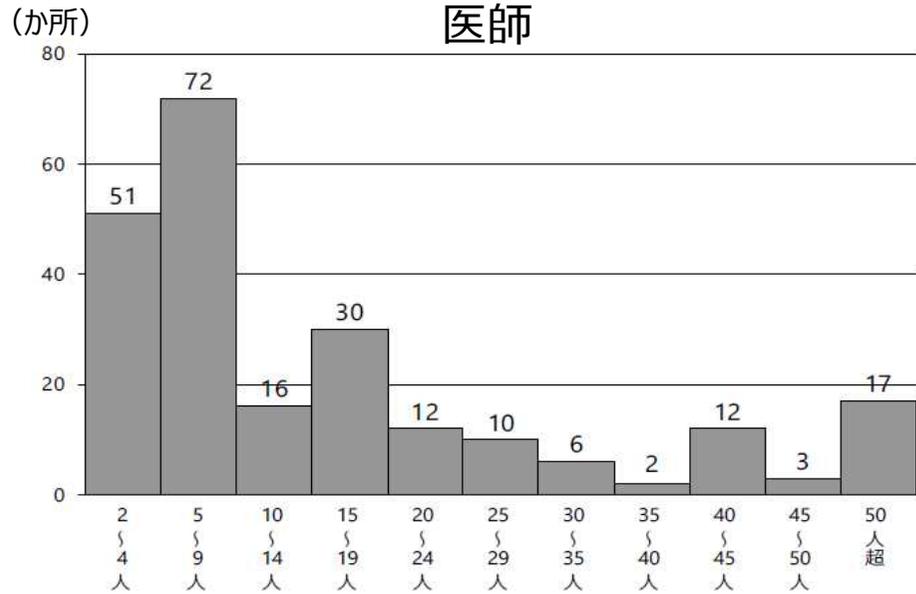
社保審一介護給付費分科会

第189回 (R2.10.22)

資料4

○ 職種によって、建物1か所あたりの利用者数の分布は異なる。

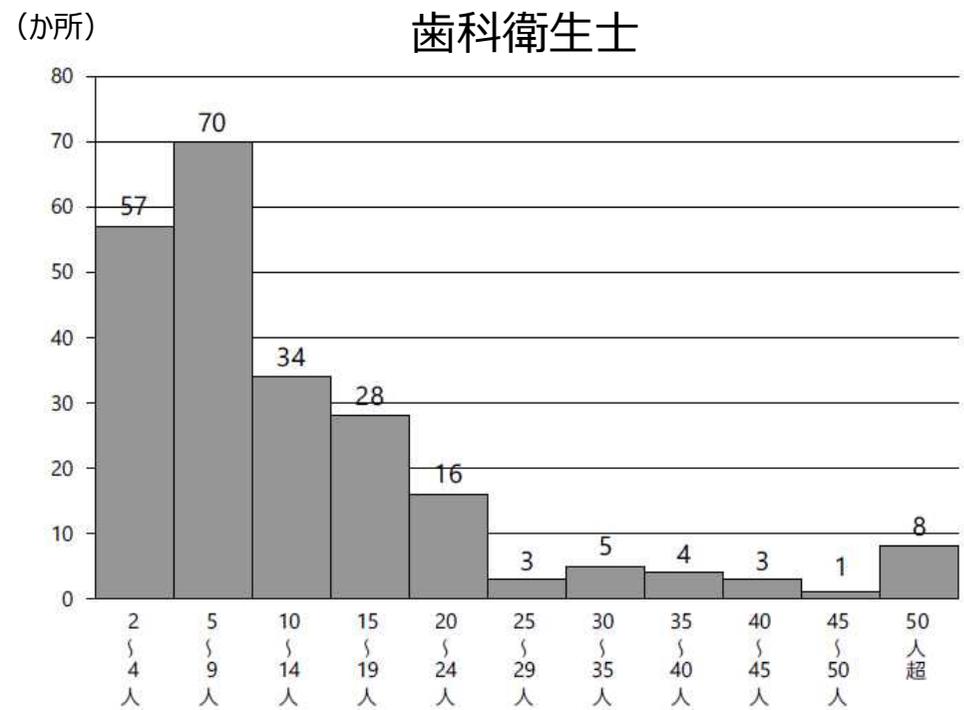
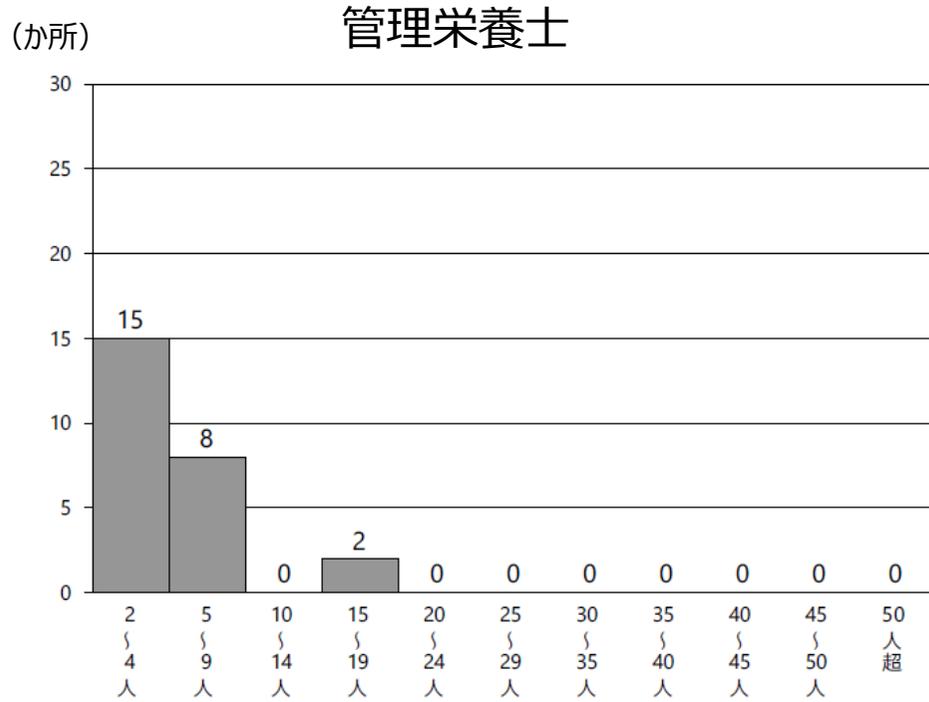
5. (1)⑦



訪問先の建物1か所あたりの居宅療養管理指導を行った利用者数 (訪問先の建物に対象者が複数名いた場合)

○ 職種によって、建物1か所あたりの利用者数の分布は異なる。

5. (1) ⑦



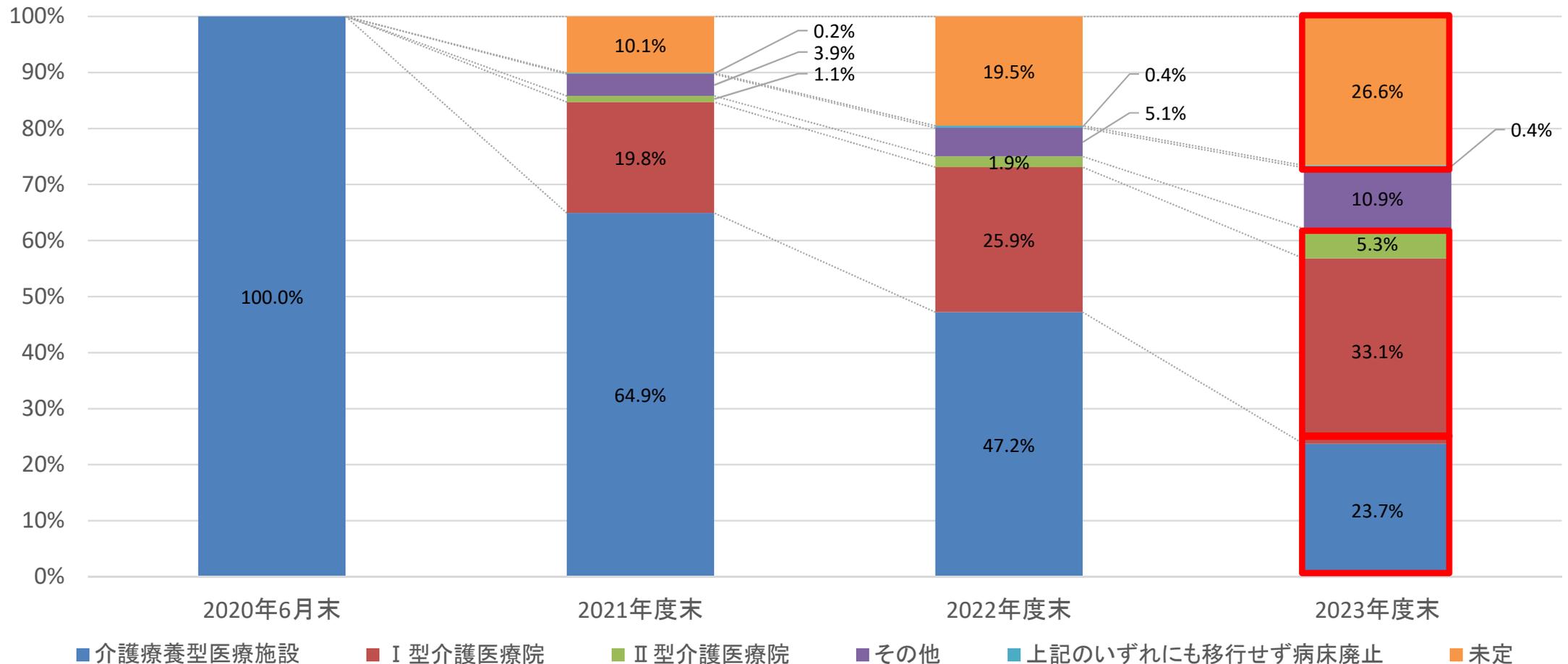
令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導サービス利用者の実態把握のための調査研究事業」

介護療養型医療施設の移行予定

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

5. (1)⑧

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



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

介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業

令和2年度予算額

令和3年度概算要求額

自治体実施分：150,428千円

自治体実施分：150,428千円

国実施分：7,444千円

国実施分：7,350千円

事業趣旨

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、平成30年度介護報酬改定において、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点などを踏まえ、廃止することとされたが、その際、一定の経過措置期間を設け、介護サービス事業所に対して、その旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととされたところである。本事業は、これを踏まえ、介護職員処遇改善加算の新規取得や、より上位の区分の加算取得に向けた支援を行うものである。

併せて、本事業の中で「新しい経済対策パッケージ」（平成29年12月8日閣議決定）に基づく介護職員等特定処遇改善についても、加算の取得にかかる支援を行う。

5. (1)⑩

事業イメージ等

国

・研修会の実施 による支援（委託費）

都道府県・指定都市

・研修会の実施
・個別訪問等の実施 による支援
(国による補助金（補助率10/10）)

事業者等（介護サービス事業者等）

現状

○介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業
申請件数

H30年度：24件 R1年度：32件 R2年度：39件

○介護職員処遇改善加算取得率（令和2年7月審査分）
加算Ⅰ：79.5%、加算Ⅱ：7.2%、

加算Ⅲ：5.4%、加算Ⅳ：0.2%、加算Ⅴ：0.3%

○介護職員等特定処遇改善加算取得率（令和2年7月
審査分）

特定加算Ⅰ：31.7%、特定加算Ⅱ：33.8%

国実施分 令和3年度概算要求額：7,350千円

実施主体：国（民間法人による委託）

1. 都道府県等担当者向け研修会の実施

都道府県等担当者向けに国の制度等に関する研修会を開催
※研修会の中で、令和3年度介護報酬改定の内容を周知

自治体実施分 令和3年度概算要求額：150,428千円

実施主体：都道府県・指定都市（補助率10/10）

1. 研修会の実施

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の仕組みや取得方法等について説明を行い、介護サービス事業所等における当該加算の取得にかかる支援を行う。

2. 個別訪問等の実施

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の取得に向けて、専門的な相談員（社会保険労務士など）を介護サービス事業所に派遣し、個別の助言・指導等を行い、加算の取得を支援する。

※研修会や個別訪問等の中で、令和3年度介護報酬改定の内容を周知¹⁷²

介護職員処遇改善加算の請求状況

5. (1)⑩

○ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の算定状況は、平成30年度改定前（平成30年3月）と直近（令和2年6月）のサービス提供について比較すると、（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定率が上昇する中で、（Ⅳ）、（Ⅴ）の算定率は4分の1程度となり、それぞれ0.2%、0.3%となっている。

○介護職員処遇改善加算請求状況

(%)

	年度	H26年度	H27年度			H28年度			H29年度			H30年度			R元年度			R2年度
	サービス提供月	3月	4月	10月	4月	10月	3月	4月	10月	3月	4月	10月	3月	4月	10月	3月	6月	
介護職員処遇改善加算	Ⅰ	—	—	—	—	—	—	64.8	66.7	67.9	72.4	73.6	74.0	76.1	77.2	77.6	79.5	
	Ⅱ	—	66.1	68.8	71.5	73.0	73.3	13.8	13.0	12.5	9.9	9.6	9.5	8.3	8.1	8.0	7.2	
	Ⅲ	81.2	18.6	16.8	14.2	13.9	13.7	9.6	9.2	8.7	7.4	7.3	7.1	6.3	6.3	6.1	5.4	
	Ⅳ	1.1	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.5	0.3	0.3	0.3	0.2	
	Ⅴ	1.2	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4	0.4	0.3	
	合計	83.5	86.6	87.6	87.6	88.7	88.9	89.7	90.5	90.7	90.8	91.7	91.8	91.5	92.3	92.3	92.6	

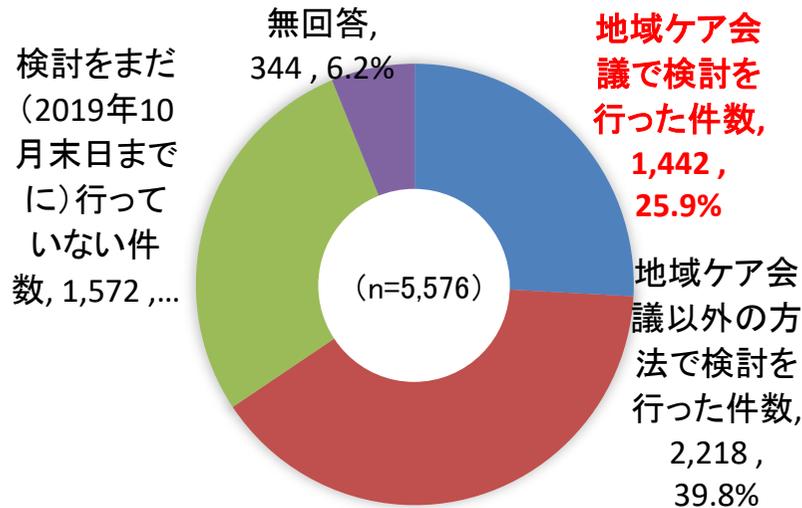
※厚生労働省「介護給付費等実態統計」の特別集計により算出

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの件数(平成30年10月～令和元年9月)

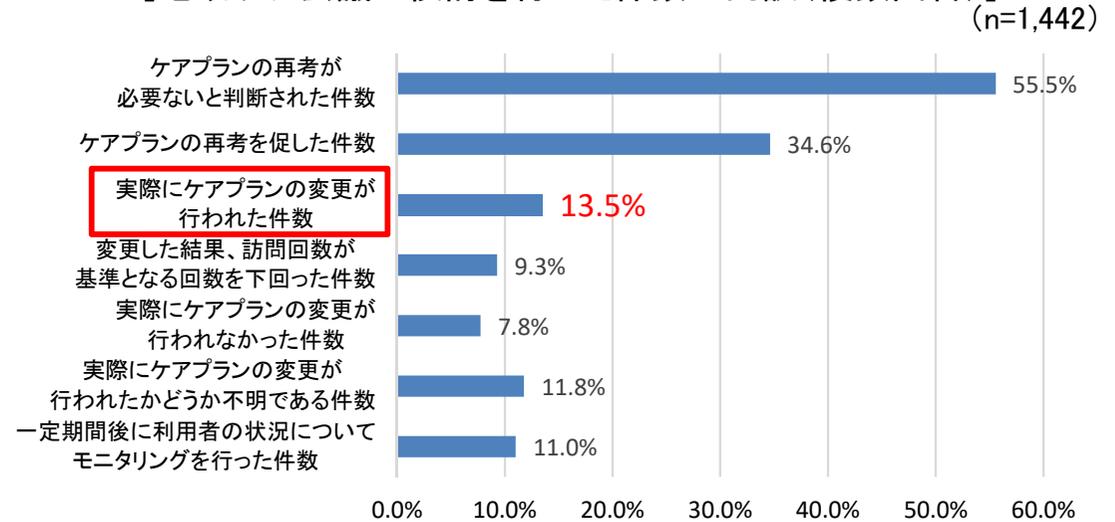
5. (1)⑪

- 平成30年10月から令和元年9月の間に、市町村へ届け出のあった訪問回数が多いケアプランのうち、「地域ケア会議で検討を行った件数」は1,442件で、全体の25.9%。
- 地域ケア会議で検討を行った件数の内訳では「実際にケアプランの変更が行われた件数」が13.5%。

[届出のあった訪問回数が多いケアプランの内訳]

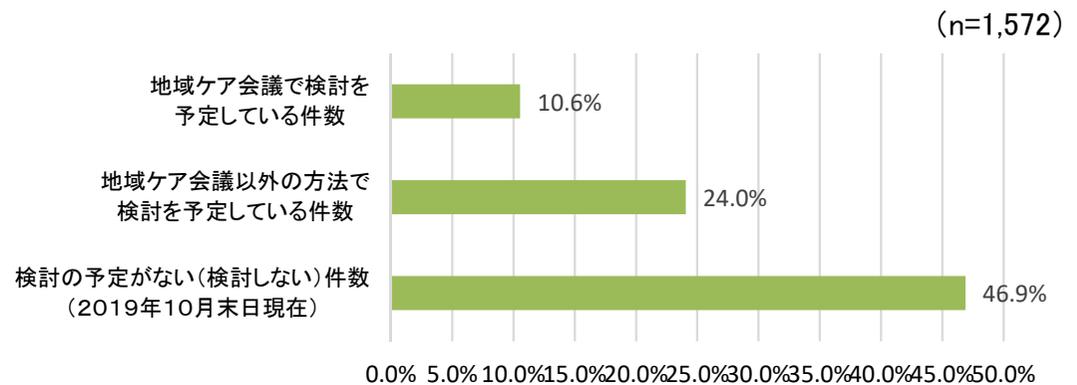
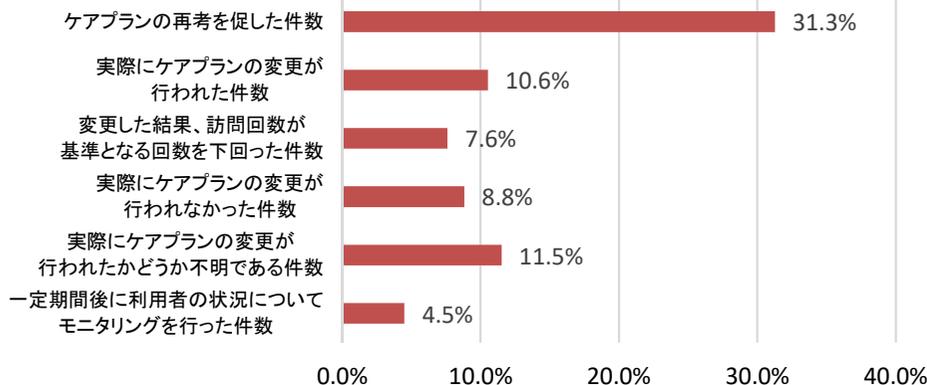


[地域ケア会議で検討を行った件数の内訳(複数回答)]



[地域ケア会議以外の方法で検討を行った件数の内訳]

[検討をまだ(2019年10月末日までに)行っていない件数の内訳]



出典: 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」(株式会社 三菱総合研究所)

※ 調査票回収率63.2%(1,572の保険者(市区町村、広域連合)を対象とした調査を行い、回答数が994件だった。)

※ 件数の内訳には無回答を含むため、合計が100%にならない場合がある。

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の目的に即した検討事例等 (保険者への調査)

5. (1)⑪

[訪問回数が多いケアプランの届出を受けて、地域ケア会議等で検討された事例]

	要介護度 認知症の有無 (認知症高齢者の 日常生活自立度) 独居・同居	サービスの 利用状況	生活援助理由	サービス担当者会議で再考後のケアプラン	結果の概要
1	要介護3 有(Ⅱa) 独居	生活援助 43回/月 通所リハビリ テーション3 回/週	誤嚥性肺炎を繰り返していた。体重減少がみられ食事を支援するために生活援助を利用。その結果、身体状況が改善したにもかかわらず、利用者の希望で、ケアプランがそのまま維持されていた。	・ケアプラン指導研修の専門職からの助言をもとに、再度アセスメントを行い、現状を把握。 ・嚥下機能について、ケアプラン指導研修のSTからの助言をもとに本人の状態を再アセスメント。その結果を主治医に報告。主治医から本人に、食べたいものを食べられるようにするために嚥下機能訓練が必要だということを再度説明理解を求めた。 ・本人は寝たきりになりたくないというリハビリに対して意欲的だったことから、身体機能全体の維持・向上が嚥下機能の向上にもつながり、むせたり詰まらせたりせずに自分の好きなものを食べるという目標が達成できるのではないかと介護支援専門員が本人に話した。 ・あらためてケアプランを作成。通所リハビリテーションにSTの評価と訓練を位置付け、リハビリを開始した。同時に、訪問介護からは、本人が自分で出来る調理の工夫の提案等を行っていくこととなった。	経験の浅い介護支援専門員が保険者の助力を得て、医療的評価をもとに生活援助が見直され、ケアプランの質の向上を果たした事例
2	要介護2 若年性認知症 独居	生活援助 34~35回/月 訪問看護 4回/月	認知機能の低下によりゴミ捨てができず生活環境の衛生管理が必要。糖尿病治療のため食事や服薬の支援、毎日の生活支援が必要な状態。両親は他界しており、県内他市にそれぞれ在住する第2人(次男、三男)の支援も受けられない。地域でも孤立し、就労継続が困難になってきているため。	・就労を前提とした服薬支援を検討したところ、出勤中は会社による支援、週末や早朝夜間は三男からの連絡で服薬を促すこととなった。そこで、服薬管理は薬剤師による居宅療養管理指導によって行うこととし、訪問看護の利用を中止した。 ・本人との関係が良好である三男が就労支援に意欲をもっており、買い物支援と通院同行の一部を申し出たため、サービス利用回数を減らした。	若年性認知症支援コーディネーターの助言を得て、家族や地域との関係を再構築し、孤立の予防につなげることで適正なサービスに改善した事例
3	要介護3 無 同居	生活援助 10回/週 訪問看護 3 回/週 福祉用具貸 与 5品目	・本人は、すくみ足で転倒しやすく、事前に妻が用意した昼食を冷蔵庫から取り出し温めることができなかった。夕食時に利用している配食サービスの弁当を玄関のある2階に取りに行くこともできなかった。さらに、食事前のポータブルトイレ処理ができない。 ・そのため、月~土、昼食と夕食の時間帯に生活援助を行っていた。	・本人にリハビリ等での外出を促す訪問看護を加えることにより、外出の機会ができた。 ・就業している妻に認知面での不安があることを、娘家族と意識合わせをしたところ、娘家族が接点を増やすことに賛同してくれた。同居の妻や娘家族が、本人の自立への意欲向上にもつながるよう、食事の配膳やポータブルトイレの処理を行うこととなった。その結果として、生活援助の回数が減った。 ・就業している妻に認知面での不安があることも分かったため、モニタリングを続けながらチームでの課題対応に取り組むことを確認した。	家族の負担に配慮しつつも、本人が既に持っていた「自分でできることを増やしたい」という思いを叶えるべく可能な範囲で家事を分担しあうことで家族のつながりを強め、本人の意欲向上がみられた事例
4	要介護1 無 独居	生活援助 月~金に 2回/日 訪問看護 1回/週	・平成17年9月悪性関節リウマチと診断。ステロイド治療開始し、改善傾向となったが、骨破壊は進行し、両手指足趾ともに変形、拘縮が見られる。 ・ステロイド骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折のため、介助にて起立はできるが、ADLはほぼ介助が必要となっており、生活援助が毎日2回入っている状況。 ・当初訪問リハビリがサービスに入っていたが、本人が負荷を感じてサービスを拒否することが多かったため、届出時点では中断していた。 ・娘は近隣に暮らしているが、利用者との関係性が希薄で、頼ることができない状況であった。	・これまで不定期の訪問であった娘と話し合いを行い、本人が車いすでの外出(旅行)の意向があることがわかった。旅行の実現のために、まずは食事や移乗の際に自分で行えることを増やしていくことになった。 ・また、旅行という目標ができたことで、身体機能の可動域向上を目的とした訪問看護(訪問リハビリ)を新たに開始した。毎週1回40分。 ・平日の朝食の一部は娘が訪問して、一緒に調理・食事をしてコミュニケーションを増やす工夫をすることとなった。結果として、朝の訪問介護の回数が減少した。	生活援助の目的を再点検し、身体機能の改善意欲向上や孤独感の軽減などを目的としたプラン・サービスに見直したことにより、生活援助が減少した事例

[訪問回数の多いケアプランの検証についての問題点や懸念(抜粋)]

検証制度自体に関する内容	○ 回数を減らすことはできなかったが、多職種からの意見で、生活の質を見直す機会になった。訪問介護の現実を知ることもできた。
--------------	---

訪問介護 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証についての問題点や懸念 (保険者への調査)

5. (1)⑪

<p>検証制度自体に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回数を制限するものではないとしながらも、(ケアマネの資質にもよるが)結果的に必要なサービスが受けられなかったり、施設に入所することに繋がること等が懸念される。 ○ 本制度はケアプランを否定するものでも利用制限を行うものでもない旨を保険者として説明しているところではあるが、本制度開始以降、プランの届出を避ける目的と思われるケアプランの変更が見られた。結果として、不要なサービスの増加(給付費も増加)につながるのであれば、適正化の動きと逆行しているように感じる。
<p>基準や手法に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 同一理由によりケアプランの変更がないものについても、毎回提出を促すのは保険者やケアマネの業務量の増大につながるため、一定の基準を設けてほしい。 ○ 回数によって抽出されているが、独居の方がほとんどであり、認知症や末期がんの方も多く、生活するうえでやむをえないかと考えられるものが多い。状況的に再抽出が必要と考えられる方も多く、回数が多いから不適切といった状態ではないので、現在の手法では適正な支援につながらないのではないかと。
<p>プロセス、フローに関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員自身もケアマネジメントに苦悩しているケースに対し、多くの職員が専門職ではない中で、どのように再考を促せば良いか、検証後の対応方法の構築に苦慮している。
<p>検証の体制に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 検証の手続きが煩雑(多職種のため、ケアプラン作成者、薬剤師、作業療法士など多くの職種の参加が必要) ○ 本件に係わらず他職種連携は効果的と考えるが、医師や薬剤師、リハ専門職の会議参加は、時間の設定、報酬等、さまざまな制約がありハードルが高い。
<p>関係者の負担の増加に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 検証しても意味がないので検証不要として欲しい(必要であるからケアプランに位置付けられているのであり、検証してもケアプランの再考につながると思えない。市町村の負担が増えただけと考える) ○ 事務が多い(事務局としての日程調整・提出させた資料に記載された個人情報(黒塗り)・ケアプラン点検・専門職との打ち合わせ・地域ケア会議等にかかる資料作成・会議内容のとりまとめ・各種書類発送ととりまとめ)
<p>介護支援専門員(ケアマネジャー)の認識等に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ケア会議で多職種から様々な助言を受けても、本人からの合意が得られず、ケアプランの変更にもつながらない等、ケア会議後の介護支援専門員のフォローについて考える必要がある。
<p>事業者に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 届出を提出してこない事業者が散見され、毎月該当の疑いがある事業者を抽出し、1件ずつ電話で確認しており、非常に事務負担が大きい。
<p>地域性に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本町では生活援助中心型の訪問介護に代替する機能を果たす、サービスが地域住民の任意の助け合いやシルバー人材センターのサービスなど極めて限られている状態である。今後事例が出てきた際に検討を行うが、代替サービスの提案など改善手法が見出せないまま議論が終結してしまう可能性がある。 ○ 人員の関係からすべてのケアプランについて検証を行うのは難しい。また、地域要因(買い物困難等)により出る差を考慮した回数なのか疑問。
<p>生活援助と身体介護に関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の給付費は減となっても身体介護に振り替えられ、身体介護の給付額が増となっていないかの検証が必要と思われる。またケアプランの内容とサービス提供実態の整合性の確認が必要となっていると感じている。 ○ 提出を逃れるために、適切に検討されることなく生活援助から身体介護に置き換えられたケアプランが多数あることが予想されており、本制度による介護報酬の増加が懸念される。
<p>対象ケースと見直しに関する内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護の生活援助回数が多い事例については、他の障害(精神障害等)を有しており、生活援助回数の削減を図ることが困難な状況がある。 ○ 一定回数に満たないようにサービス調整をするケースがある。
<p>上記以外の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問回数が多いケアプランを地域ケア会議の提出事例対象となってからは、同ケアプランは見られなくなった。ケアマネジメントの再考なしに介護度に合わせた回数基準未満にしたのであれば、自立支援及び重度化防止に向けたケアプランではないと思われる。 ○ 訪問介護の現場では、頻回に訪問が必要な利用者は現在の利用回数でも本当は足りないが切り詰めて現在の訪問回数としている場合がほとんどであるという声を聴いている。代替の地域支援事業もないのが現状で、保険者で再検討を促すに至っていない。

生活援助が中心である訪問介護の回数が多い利用者への対応状況(居宅介護支援事業所)

5. (1)⑪

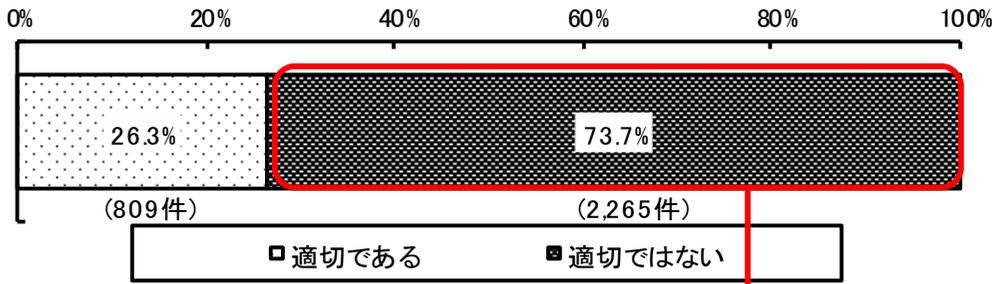
- 訪問回数が多い生活援助中心型のケアプランを毎月届け出することは「適切ではない」と回答した居宅介護支援事業所が73.7%であり、適切だと思う届出の頻度は「6か月に1回」が最多。
- 制度改正前後の業務負担変化では、「業務負担が増えた」と回答したのは48.5%。
- 制度の課題としては「市町村に提出する資料の作成に時間がかかる」が最多で47.8%。

〔見直された制度についての認識〕(N=3,331)
(無回答を除く)

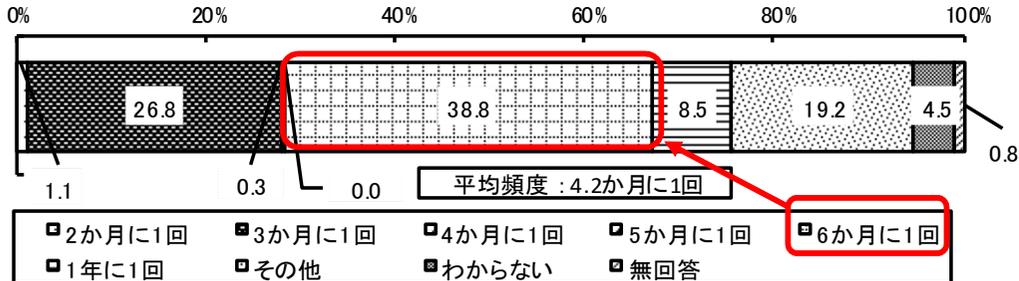


- 見直された内容についてよく理解している
- 見直された内容についてある程度理解している
- 見直された内容を見たことがある
- 見直されたことについて聞いたことがあったが、内容については分からない
- 見直された事項を知らなかった

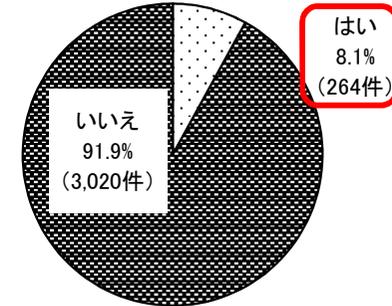
〔ケアプラン届出の頻度〕(N=3,074)



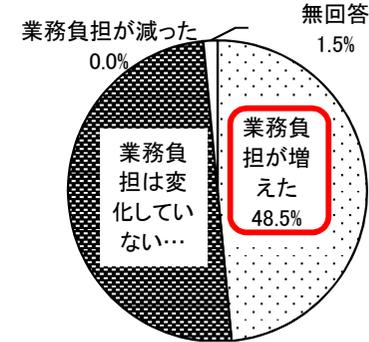
〔適切だと思うケアプラン届出の頻度〕(N=2,265) ※ケアプラン届出の頻度が適切ではないと回答した事業所に限定して集計



〔訪問回数が多い生活援助中心型のケアプラン作成の有無〕(N=3,284)
(無回答を除く)

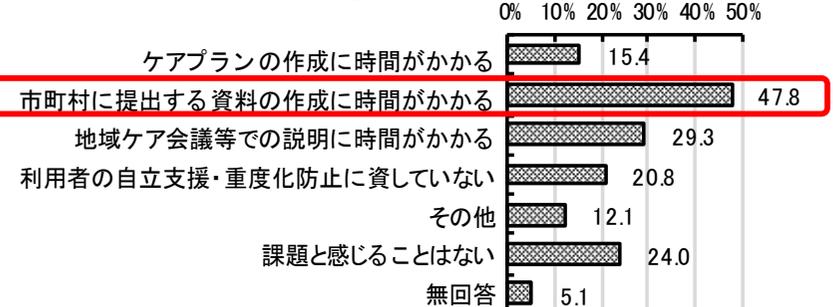


〔業務負担の変化〕(N=264)



※訪問回数が多い生活援助中心型のケアプラン作成有と回答した事業所に限定して集計

〔制度の課題〕(N=3,357) 【複数回答】



サ高住等における適正な介護保険サービス提供

令和2年11月2日
財政制度等審議会
財政制度分科会 資料

令和3年度介護報酬改定：各論④（高齢者向け住宅の報酬の在り方）

5. (1)⑫

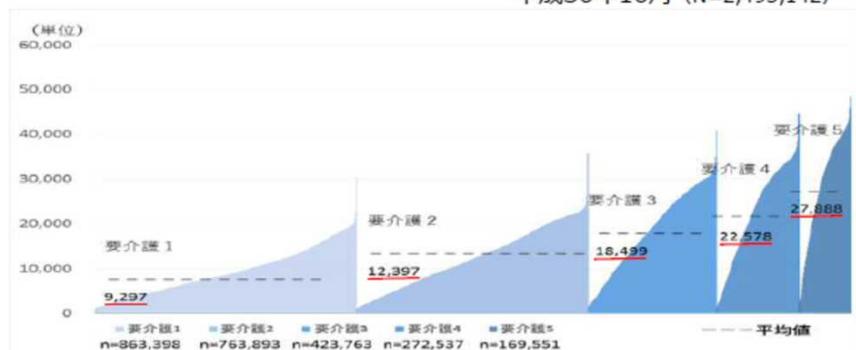
- 2019年度予算執行調査によれば、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に併設した事業所の外部サービスを利用するサ高住居住者は、一般在宅等のサービス利用者よりも介護サービス利用量が多く、かつ、区分支給限度額の90%以上の利用割合が多い。
- 都道府県又は市町村の指定を受けた一般型の特定施設（介護付き老人ホーム）では包括報酬の設定により1日当たりの費用が定められており、外部サービスを利用する特定施設では、一般型の特定施設の報酬を踏まえ、ひと月当たりの限度額が設定されている。これに対し、上記のサ高住のような高齢者向け住まいでは、そのような上限はなく、一般的な区分支給限度額があるのみで、訪問介護・通所介護等の外部サービスが出来高で提供されている。
- サ高住等の高齢者向け住まいに居住する者の在宅サービス利用について、一般在宅や「外部サービス利用型特定施設」とのバランスを考慮し、利用限度額や算定できる回数の上限を設定すべき。

◆ 一般在宅等のサービス利用者と併設事業所を利用しているサ高住居住者の比較

- 総単位数について、併設事業所を利用しているサ高住居住者の方が一般在宅等のサービス利用者よりも、要介護度ごとの平均値が25～45%高い。

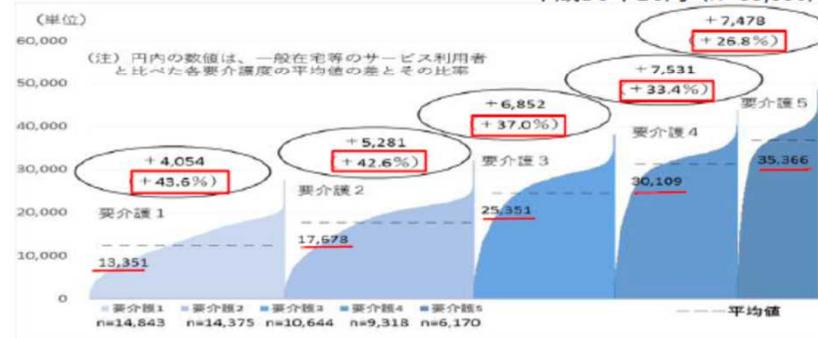
一般在宅等のサービス利用者（総単位数）

平成30年10月 (N=2,493,142)



併設事業所を利用しているサ高住居住者（総単位数）

平成30年10月 (N=55,350)



◆ 一般型特定施設の報酬設定（1日当たりの包括報酬） (円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬	5,360	6,020	6,710	7,350	8,040

↓ 1月分に換算

◆ 外部サービス利用型特定施設のひと月の利用限度額 (円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
外部サービス利用限度額	162,940	183,010	203,980	223,440	244,420

◆ サ高住等の高齢者向け住まいにおける外部サービスのひと月の利用限度額

外部サービスを利用しているも、特定施設ではないサ高住等の高齢者向け住まいは、一般的な利用限度額（区分支給限度額）があるのみ。

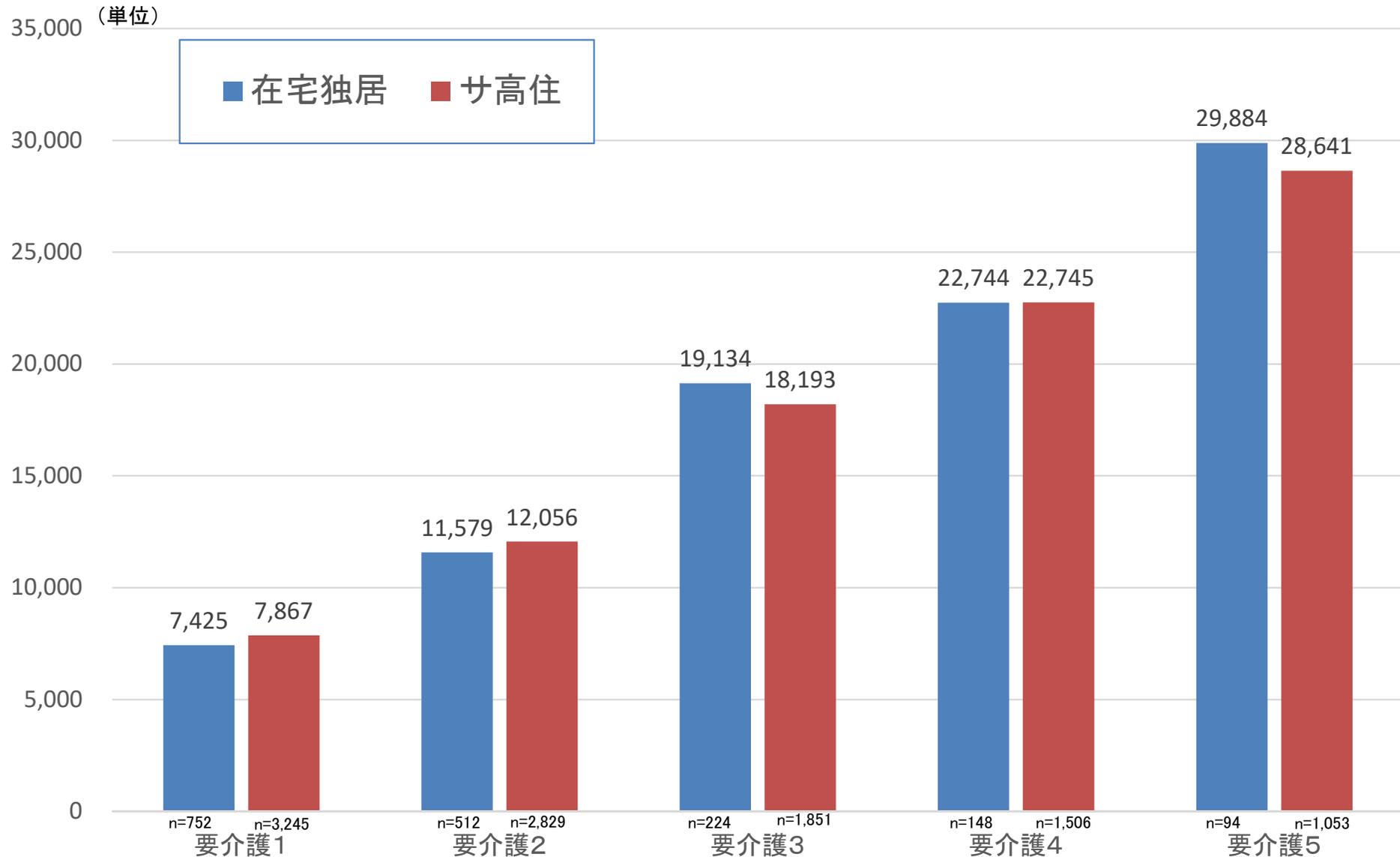
(参考) (円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度額	167,650	197,050	270,480	309,380	362,170

サ高住等における適正な介護保険サービス提供

5. (1)⑫

○ サービス付き高齢者向け住宅の入居者と在宅独居の方を比較すると、介護サービス利用量に大きな差異は見受けられないところ。



(出典) (一社)高齢者住宅協会における調査結果(2019年11月サービス提供分の国保連請求データ、ケアプランを調査)

※ 在宅独居については、大手運営事業者の国保連請求データにより集計。

サ高住については、大手運営事業者の国保連請求データ及び小規模事業者のうち、高齢者住宅協会が定めている行動規範(サ高住運営事業者が、利用者の医療・介護サービス事業者の選択・変更できる権利を守ることや、入居に際し、サ高住運営事業者が運営する介護・医療サービス事業所が併設・隣接していても、入居前から受けていたサービスを継続利用できる権利を守ること等)に対する遵守宣言をした住宅の入居者のケアプランのうち、区分支給限度管理対象額を集計している。

○2020年度保険者機能強化推進交付金に係る評価指標

(市町村分)

Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

(1) 介護給付の適正化等 ⑦

指標: 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅において、家賃や介護保険外のサービス提供費用等の確認や、介護相談員等の外部の目による情報提供等に基づき、不適切な介護保険サービスの提供の可能性がある場合は、利用者のケアプランの確認等を行い、必要な指導や都道府県への情報提供を行っているか。

○高齢者向け集合住宅関連事業所指導強化推進事業

令和2年度予算額 60,000千円

事業創設の背景

- 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下「集合住宅」という。）等に併設している介護サービス事業所の行政処分の割合は、併設以外と比較して約1.8倍となっているという実態があります。
- このため、主として集合住宅に入居する高齢者に対して介護サービスを提供する事業所（以下「集合住宅関連介護事業所」という。）への重点的な実地指導が可能となるよう都道府県及び市町村における指導体制の強化を図るものです。

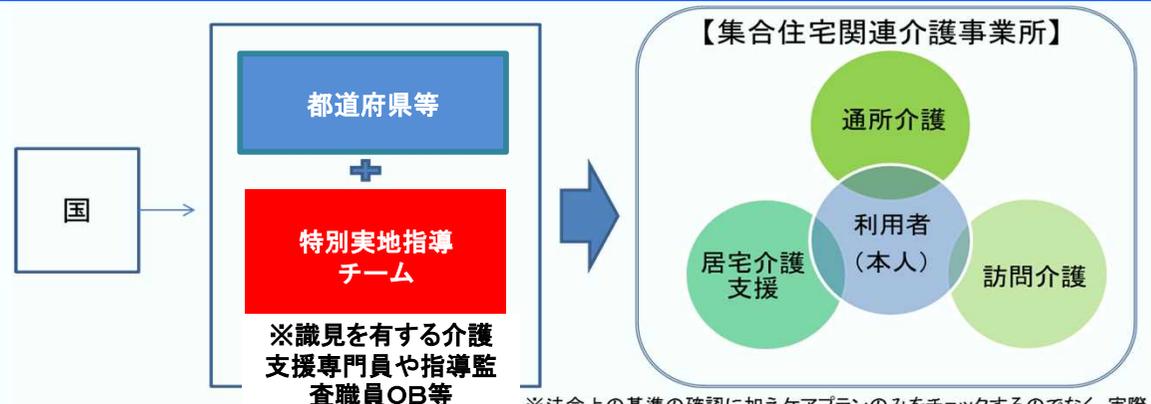
考えられる成果

- 自治体における効果的指導手法の確立→好事例は全国会議等で紹介
- 利用者の困り込みをしていると考えられるサービス事業者に着目し、サービスケアプランの見直し等に基づく返還命令等により介護給付費削減を図る。
- 同一自治体内での他の集合住宅関連介護事業所が行うサービス提供への抑止力及び牽制 **事業スキーム**



事業イメージ

- 補助要件（実施要綱より抜粋）
 - ・ 集合住宅5カ所以上選定
 - ・ 補助上限 1自治体300万円（定額）
（実施回数が多い自治体については600万円まで補助）
- 手法例
 - ・ 集合住宅に介護サービスを特化実施しているサービス事業者を実施指導対象として重点的に選定さらに、識見を有する介護支援専門員や自治体職員OBを交えた特別実地指導チームを組織して指導・監査に臨む。（右記例）
 - ・ 効果・効率的な指導を実施している民間団体への委託可能



※法令上の基準の確認に加えケアプランのみをチェックするのではなく、実際にサービス提供している事業所の個別サービス計画、利用者本人の同意（意向）等も含め包括的に確認。

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、指定基準において、高齢者向け集合住宅等と同一の建物に事業所がある場合、閉鎖的なサービス提供が行われないよう、当該集合住宅等に居住する利用者以外の者に対しても、サービスを提供しなければならない旨を定めているところ。

○指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（抜粋）

第3条の37 第4項

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する場合には、正当な理由がある場合を除き、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行わなければならない。

○（解釈通知）指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（抜粋）

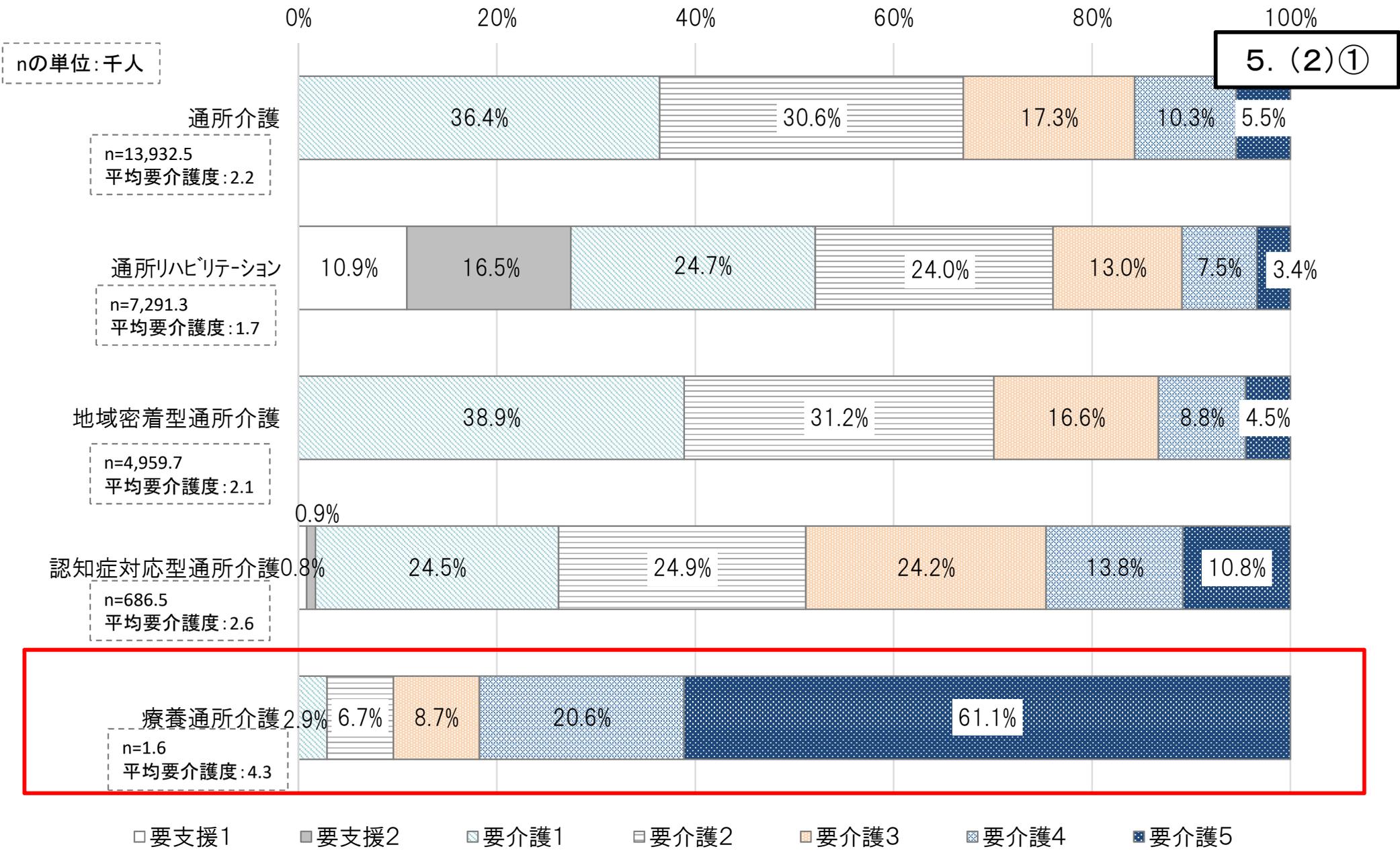
(26) 地域との連携等

- ⑤ 同条第4項は、高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する高齢者に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する場合、いわゆる「囲い込み」による閉鎖的なサービス提供が行われないよう、第3条の8の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならないことを定めたものである。なお、こうした趣旨を踏まえ、地域の実情に応じて市町村が条例等を定める場合や、地域密着型サービス運営委員会等の意見を踏まえて指定の際に条件を付す場合において、例えば、当該事業所の利用者のうち、一定割合以上を当該集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の規定を設けることは差し支えないものである。

（参考）指定基準 第3条の8

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、正当な理由なく、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を拒んではならない。

通所系サービスの要介護度割合



(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】療養通所サービスは、介護保険総合データベースより療養通所介護の実利用者を集計(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)。それ以外のサービスは、平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分) 182

療養通所介護サービスの利用状況

社保審一介護給付費分科会

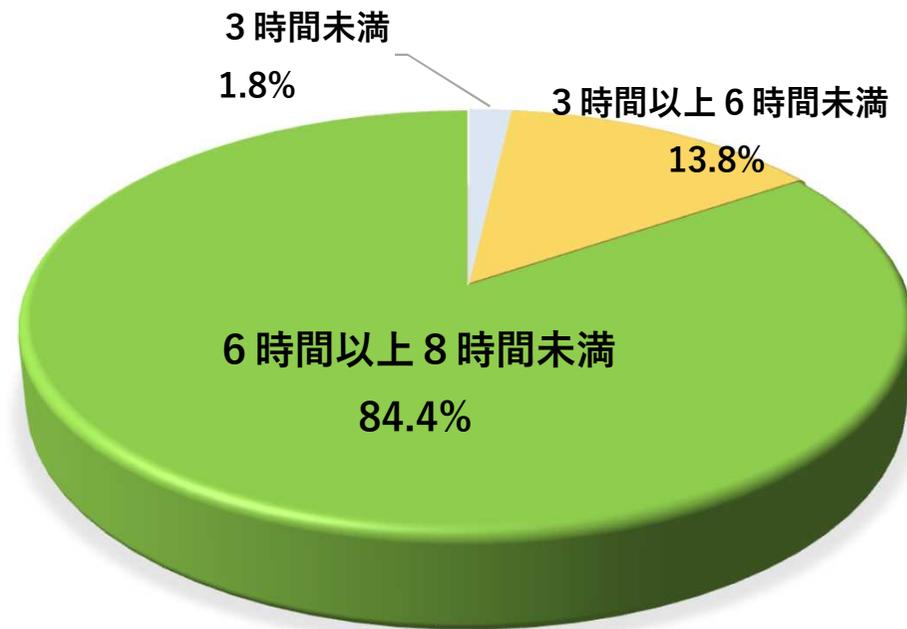
第188回 (R2.10.15)

資料2

- 療養通所介護は、6時間以上8時間未満の区分の利用が84.4%となっており、1ヶ月の平均利用回数は、3時間以上6時間未満の区分が0.9回、6時間以上8時間未満の区分が5.2回となっている。
- 1ヶ月のサービス提供において、2割の利用者が1回以上サービス利用をキャンセルしており、その主な理由は、体調不良に伴う自宅療養や入院がそれぞれ約2割となっている。

5. (2)①

■ 時間区分別利用割合 (n=3,310回)



■ 平均利用回数 (月) (n=535名)

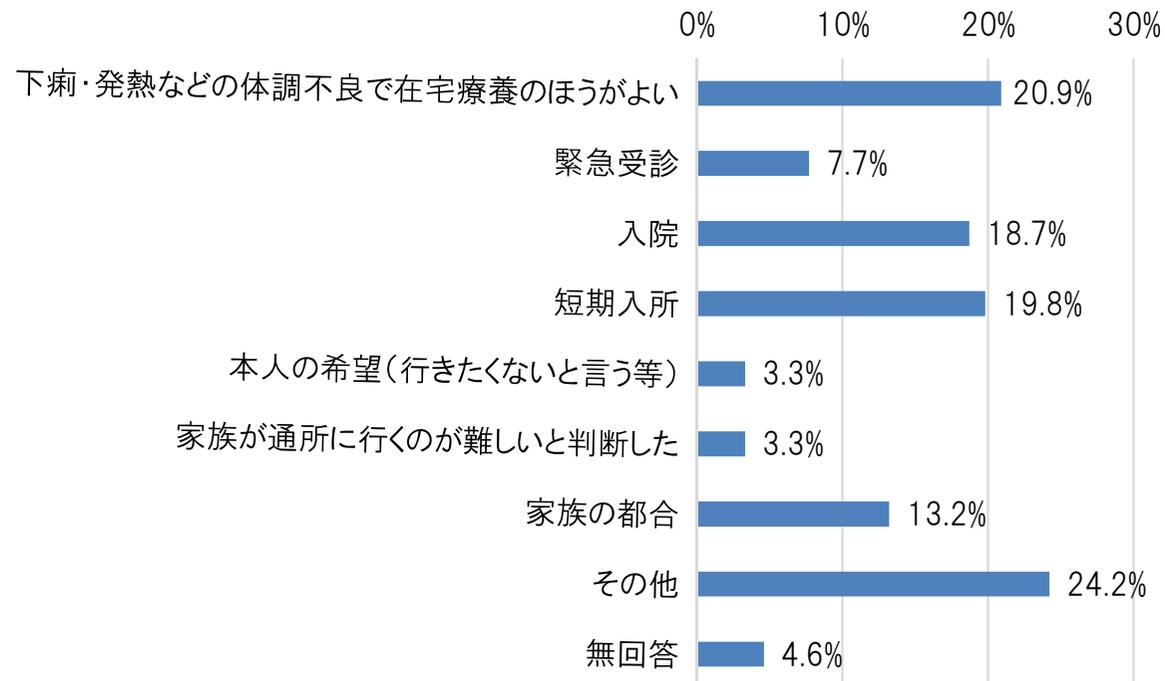
3時間以上6時間未満	0.9回
6時間以上8時間未満	5.2回

■ 令和元年11月のキャンセルした利用者数

(利用者数=453人, 回答事業所数:49)

1ヶ月間で1回以上キャンセルした総実人数	91人 (20.0%)
----------------------	----------------

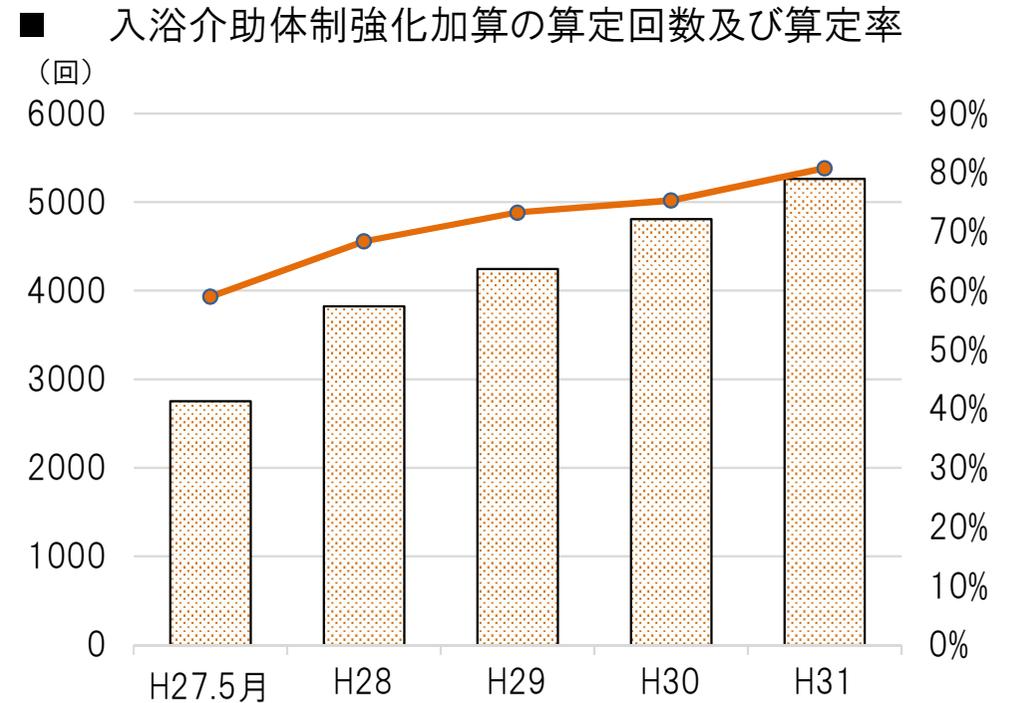
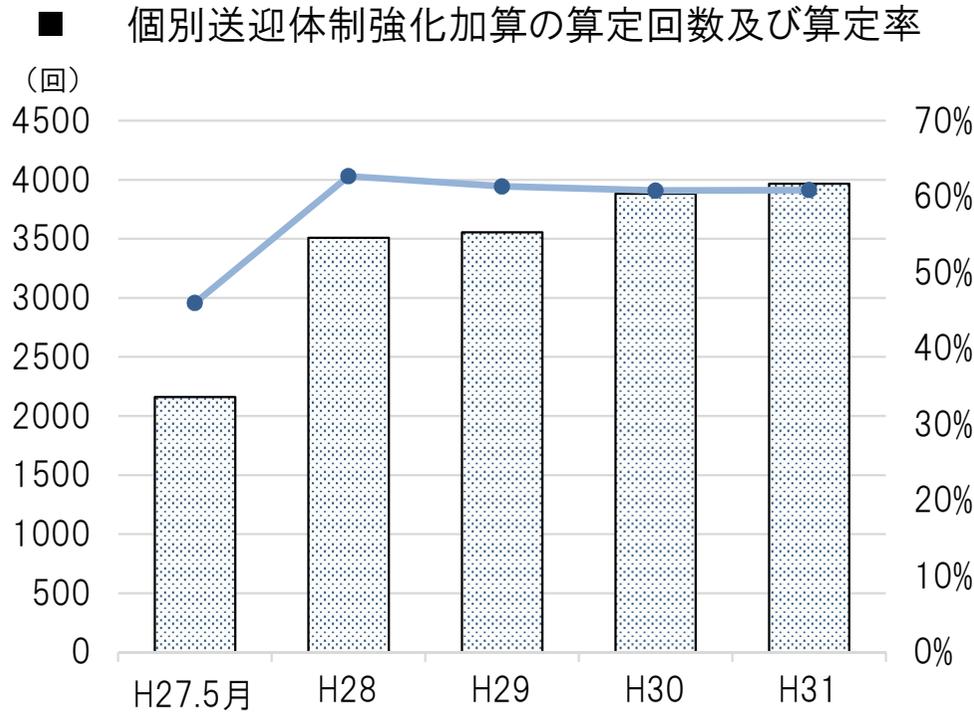
・ キャンセルの主な理由 (複数回答)



個別送迎体制強化加算、入浴介助体制強化加算の算定状況

○ 個別送迎体制強化加算は、療養通所介護の算定回数のうち約60%で算定されている。入浴介助体制強化加算は、経年的に増加しており約80%で算定されている。

5. (2)①



個別送迎体制強化加算: 210単位

- イ 指定療養通所介護事業所における2名以上の従事者により、個別に送迎を行っていること。
- ロ 当該従事者のうち1名は、看護師又は准看護師であること。

入浴介助体制強化加算: 60単位

- イ 指定療養通所介護事業所における2名以上の従事者により、個別に入浴介助を行っていること。
- ロ 当該従事者のうち1名は、看護師又は准看護師であること。

6. その他の事項

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)

6. ①

<各サービスに関する課題>

○ 介護保険施設のリスクマネジメント

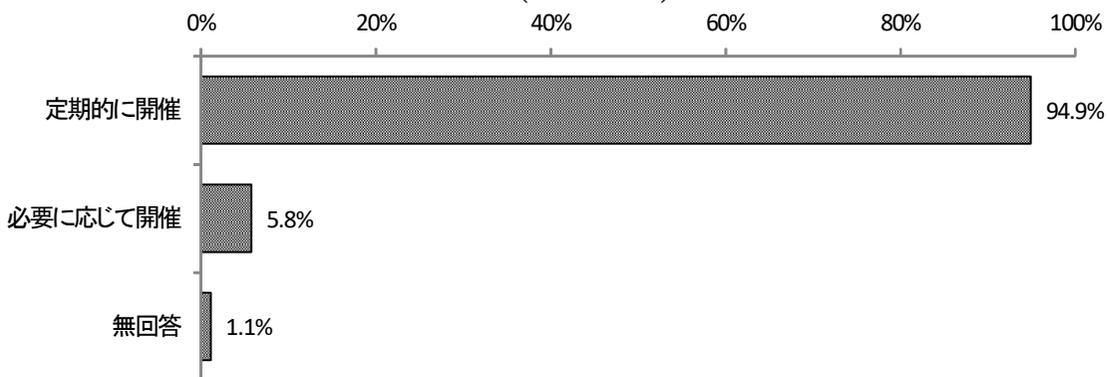
今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

委員会の開催・専任の安全対策担当職員

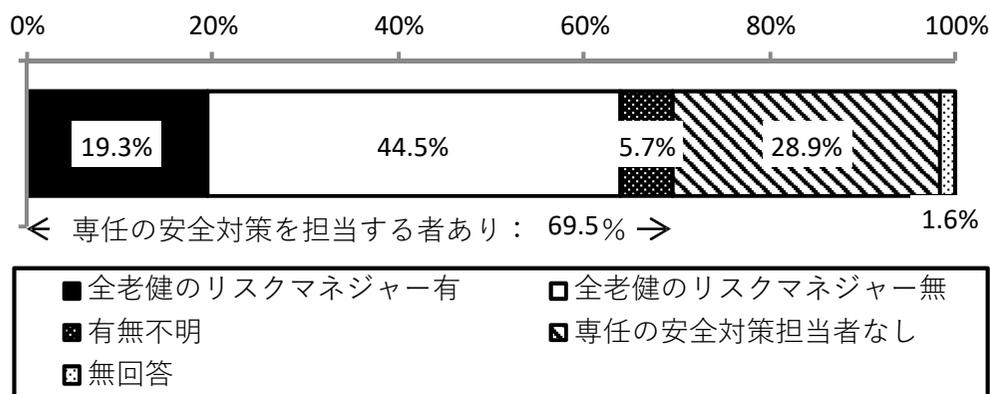
6. ①

- 施設における事故防止検討委員会の開催状況は「定期的開催」が94.9%であった。
- 「専任の安全対策を担当する者あり」が69.5%であった。
- 職種別には「看護職員」が担当している施設が71.4%、「介護職員」が61.4%であった

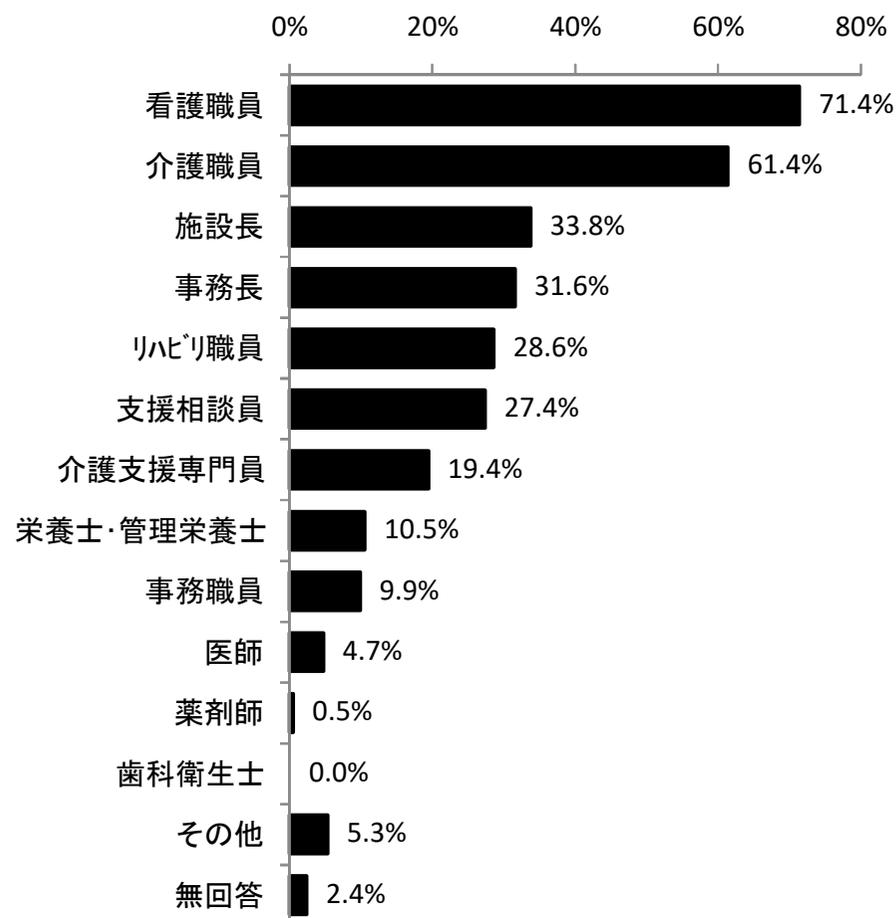
施設における事故防止検討委員会の開催状況(複数回答)
(n=1,163)



専任の安全対策を担当する者の有無 (回答件数1,163)



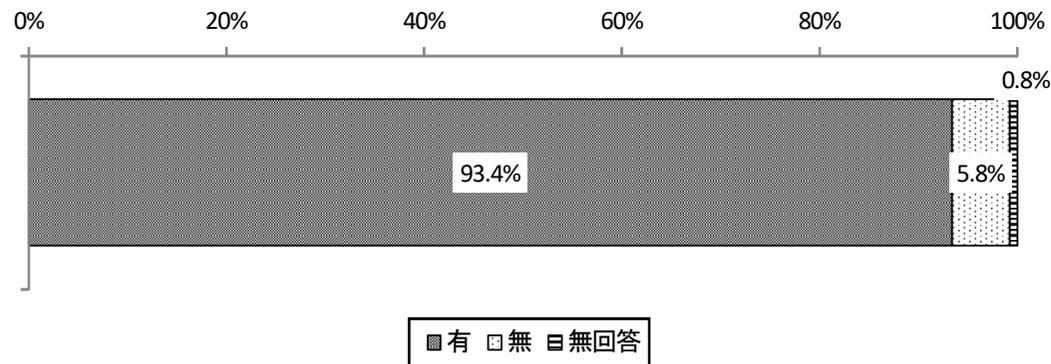
専任の安全対策を担当する者がいる場合：
職種ごとの有無(施設ベース) (複数回答) (n=808)



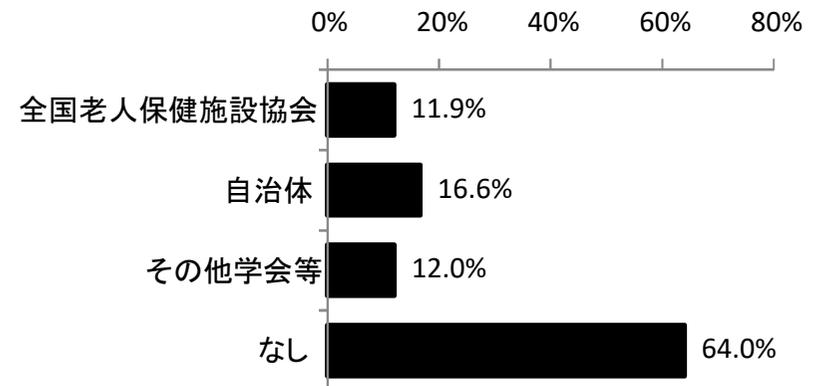
介護事故に関する研修

- 93.4%の施設が職員に対する介護事故防止のための研修を実施しており、内容としては、「具体的な事故事例等に関すること」が78.9%、「事故発生時の対応」が73.4%であった。
- 専任の安全対策を実施する者の外部研修の受講状況は「自治体」が16.6%、「全国老人保健施設協会」が11.9%であった。

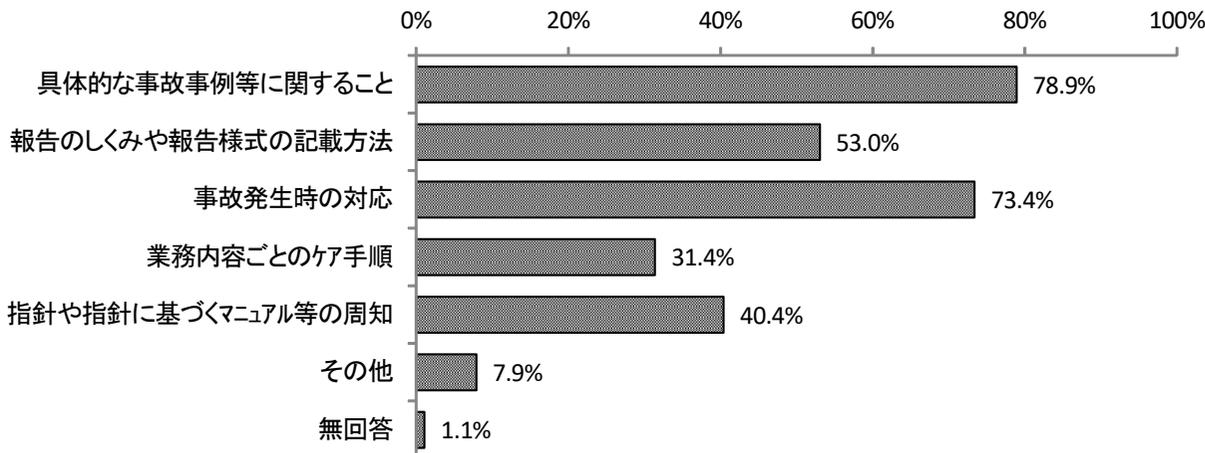
職員に対する事故防止のための研修の有無（平成29年度）（回答件数1,163）



（専任の安全対策を担当する者）外部研修の受講状況（複数回答）（n=2,578）



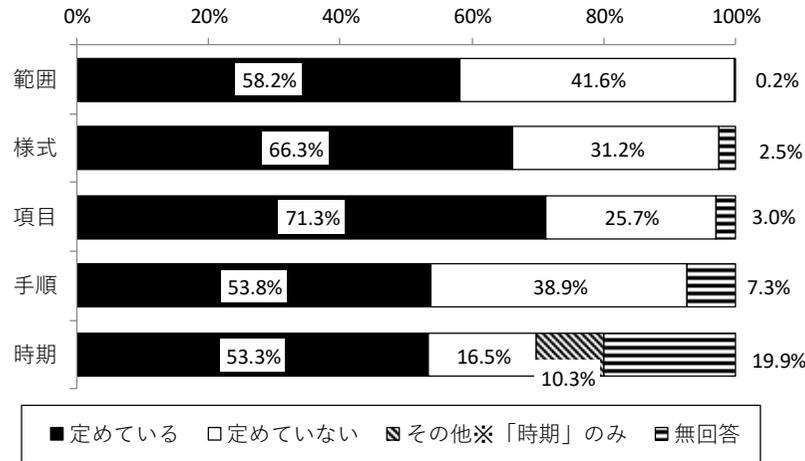
研修内容として該当するもの（複数回答）（回答件数1,086）



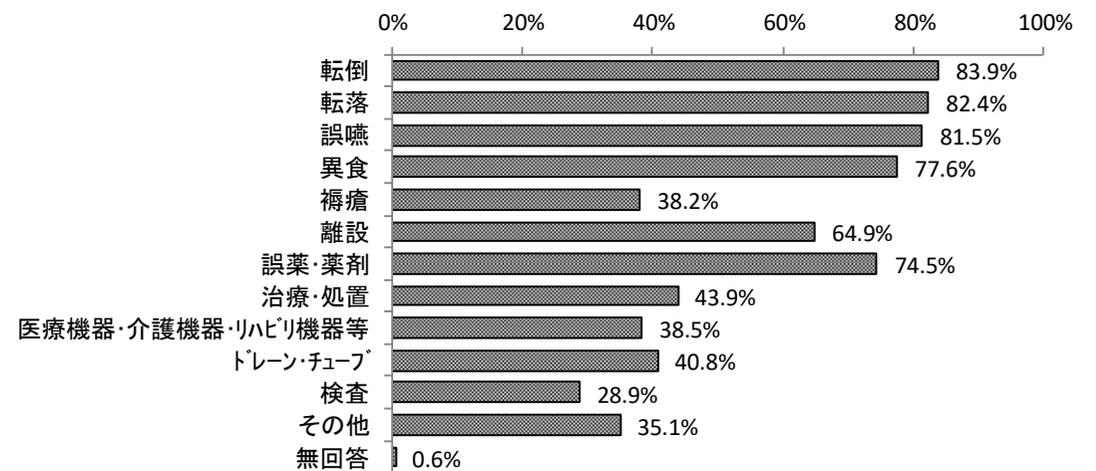
介護事故報告に対する市区町村の対応

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

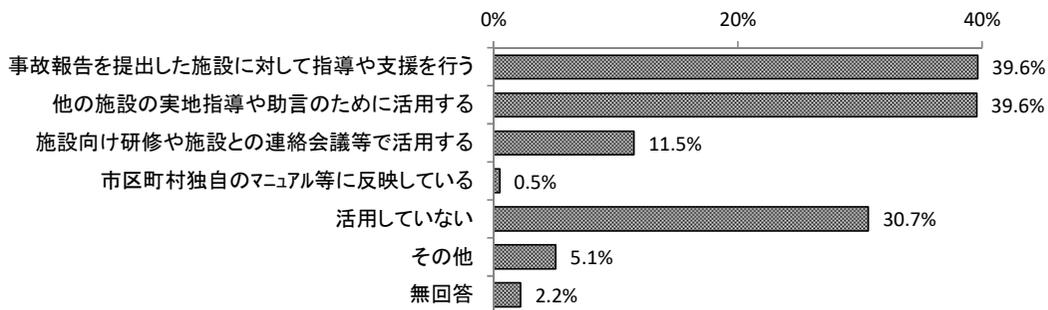
(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



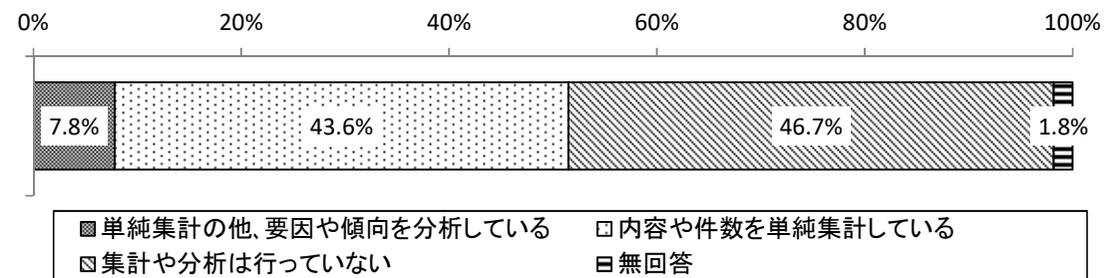
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)
報告対象の介護事故の種別(複数回答)(回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)(回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



障害福祉サービスと介護保険サービスの運営基準の比較

6. ②

<p>○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）</p>	<p>○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）</p>
<p>（指定障害者支援施設等の一般原則）</p> <p>第三条 指定障害者支援施設等は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画（以下「個別支援計画」という。）を作成し、これに基づき利用者に対して施設障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に施設障害福祉サービスを提供しなければならない。</p> <p>2 指定障害者支援施設等は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない。</p> <p>3 指定障害者支援施設等は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めなければならない。</p>	<p>（基本方針）</p> <p>第一条の二 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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することを目指すものでなければならない。</p> <p>2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。</p> <p>3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、居宅介護支援事業者（居宅介護支援事業を行う者をいう。以下同じ。）、居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。</p> <p>※ 虐待防止に関する規定はない</p>
<p>（運営規程）</p> <p>第四十一条 指定障害者支援施設等は、次の各号に掲げる施設の運営についての重要事項に関する運営規程（第四十七条において「運営規程」という。）を定めておかななければならない。</p> <p>一～十一 （略）</p> <p>十二 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>十三 （略）</p>	<p>（運営規程）</p> <p>第二十三条 指定介護老人福祉施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかななければならない。</p> <p>一～八 （略）</p> <p>※ 虐待防止に関する規定はない</p>

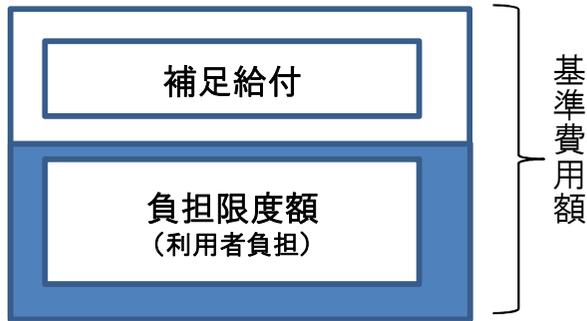
	身体拘束等適正化	衛生管理等	事故防止
指針	身体的拘束等の適正化のための指針	感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針	事故発生の防止のための指針
委員会	<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束適正化検討委員会 3月に1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための検討するための対策を検討する委員会 3月に1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> 事故発生の防止のための検討委員会 定期的
メンバー	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員	施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員
責任者	専任の担当者	専任の担当者	専任の担当者
研修	定期的に実施	定期的に実施	定期的に実施
備考	事故防止委員会・感染対策委員会と一体的に設置・運営が可能	事故防止委員会と一体的に設置・運営が可能	感染対策委員会と一体的に設置・運営が可能

※介護老人保健施設、介護医療院(介護療養型医療施設)も同様、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、身体拘束等適正化のみ同様の規定。

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

6. ③

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付



負担軽減の対象となる者

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

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

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

			基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,392円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室	特養等	855円 (2.6万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
		老健・療養等	377円 (1.1万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
	従来型 個室	特養等	1,171円 (3.6万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室的多床室		1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室		2,006円 (6.1万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)

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)(抜粋)

IV 今後の課題

- ・ 基準費用額については、今回は見直しを行わなかったが、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、消費税率の引上げへの対応も含め、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。(略)

2019年度介護報酬改定に関する審議報告(平成30年12月26日)(抜粋)

(4) 基準費用額、負担限度額

- 2017年度介護事業経営実態調査による平均的な費用額と基準費用額を設定した際の平均的な費用額に一定の変動幅がみられるとともに、一部費用については、消費税率引上げにより負担が増加することが見込まれる。このため、利用者負担への影響を加味しつつ、8%から10%への消費税率引上げによる影響分を現行の基準費用額に上乘せを行うことが適当である。
- また、基準費用額については、今後介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、どのような対応を図るべきか引き続き検討することが適当である。
- 他方、食費・居住費に係る負担限度額については、入所者の所得状況等を勘案して決めており、これは消費税率の引上げにより直接的に変動するものではないことから、見直しは行わないことが適当である。
- なお、基準費用額について実態把握の方法に関する意見や、消費税の影響分のみならず実態を踏まえた対応を行うべきとの意見もあった。

介護保険施設における食費・居住費の平均的な費用額の推移

6. ③

		基準費用額 (月額)	令和2年度 介護事業経営実態調査		平成29年度 介護事業経営実態調査	平成26年度 介護事業経営実態調査	平成20年度 介護事業経営実態調査	平成17年度 介護事業経営実態調査	平成16年 介護事業経営概況調査	
			(令和元年度収支)	(償却方法 統一後)	(平成28年度収支)	(平成26年3月収支)	(平成20年3月収支)	(平成17年3月収支)	(平成16年9月収支)	
食費		42,317	合計 43,914 調理員等 26,354 材料費等 17,560	/	合計 43,644 調理員等 26,089 材料費等 17,555	合計 41,183 調理員等 23,807 材料費等 17,376	合計 40,361 調理員等 24,193 材料費等 16,167	合計 40,270 調理員等 23,952 材料費等 16,319	合計 42,229 調理員等 25,339 材料費等 16,891	
居住費	多床室	特養 (国庫補助金等相当額を 勘案)	25,992	合計 43,638 減価償却費 32,768	43,877 33,007	合計 43,217 減価償却費 32,748	/	/	/	/
		老健 療養	11,461	光熱水費 10,870 (R1家計調査)	10,870	光熱水費 10,469 (H28家計調査)	光熱水費 11,215 (H25家計調査)	光熱水費 10,101 (H19家計調査)	光熱水費 9,863 (H17家計調査)	光熱水費 9,490 (H15家計調査) 〔H16家計調査 9,484〕
	従来型個室	特養 (国庫補助金等相当額を 勘案)	35,598	合計 55,882 減価償却費 36,743 光熱水費 19,138	56,149 37,011	合計 54,427 減価償却費 36,524 光熱水費 17,903	合計 54,097 減価償却費 31,022 光熱水費 23,075	合計 53,913 減価償却費 34,955 光熱水費 18,958	合計 61,787 減価償却費 43,871 光熱水費 17,916	合計 53,931 減価償却費 37,688 光熱水費 16,243
		老健	50,707	合計 44,557 減価償却費 26,958 光熱水費 17,600	45,818 28,218	合計 43,959 減価償却費 27,452 光熱水費 16,507	合計 47,660 減価償却費 26,206 光熱水費 21,454	合計 57,172 減価償却費 40,742 光熱水費 16,430	合計 57,343 減価償却費 43,247 光熱水費 14,096	合計 60,509 減価償却費 44,428 光熱水費 16,081
		療養	50,707	合計 35,550 減価償却費 24,324 光熱水費 11,226	35,943 24,717	合計 38,620 減価償却費 27,711 光熱水費 10,909	合計 35,127 減価償却費 23,767 光熱水費 11,360	合計 60,449 減価償却費 47,655 光熱水費 12,793	合計 64,938 減価償却費 52,251 光熱水費 12,688	合計 63,936 減価償却費 50,827 光熱水費 13,109
		医療院	50,707	合計 40,918 減価償却費 29,796 光熱水費 11,122	41,343 30,221	/	/	/	/	/
	ユニット型個室の多床室	50,707	/	/	/	/	/	/	/	
	ユニット型個室	60,982	合計 65,582 減価償却費 46,930 光熱水費 18,651	65,603 46,952	合計 63,848 減価償却費 45,693 光熱水費 18,155	合計 64,642 減価償却費 39,988 光熱水費 24,654	合計 67,036 減価償却費 49,546 光熱水費 17,490	合計 62,477 減価償却費 43,839 光熱水費 18,638	合計 67,794 減価償却費 49,071 光熱水費 18,723	

注1 基準費用額の月額を、一月を30.4日とし、これに日額を掛け合わせて算出している。

注3 減価償却費、光熱水費には食事サービス部門が含まれている。

注5 27年度に多床室の基準費用額の見直しを実施。

注7 「償却方法統一後」の数値は建物の償却に旧定率法を採用している施設について、新定額法に置き換えた場合の数値である。

注2 調理委託している場合の費用は、調理員等に含めている。

注4 家計調査の数値は、高齢者世帯1月あたり光熱水費支出額を世帯人員で除した値である。

注6 27年8月から特養の多床室の入所者から居住費(室料相当分)の負担を求めることとした。