

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料

令和3年3月9日（火）

老人保健課

目次

【老人保健課】

1. 令和3年度介護報酬改定について・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 新型コロナウイルス感染症に関する報酬の特例や感染症対策の強化について・・・・・・・・	31
3. 介護予防の取組の強化について・・・・・・・・・・・・・・・・	42
4. PDCA サイクルに沿ったリハビリテーション体制の構築について・・・・・・・・	48
5. 在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて・・・・・・・・	52
6. 要介護認定の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・	54
7. 介護関連データの活用について・・・・・・・・・・・・・・・・	64
8. 介護療養型医療施設等から介護医療院等への移行状況の把握と移行支援のためのお願いについて・・・	68

(参考資料)

1. 会計検査院「令和元年度決算検査報告」における不適切に支払われた介護給付費について・・・・・・・・	70
---	----

1. 令和3年度介護報酬改定について

- 令和3年度介護報酬改定については、令和2年3月から社会保障審議会介護給付費分科会において議論が行われ、12月に審議報告の取りまとめ、令和3年1月に基準省令、報酬告示の諮問・答申が行われたところ。
- 省令については1月25日に公布し、告示については3月15日に公布予定。本日通知等の案もお示ししているところであるが、これについても同時期にお示しする予定。
- 令和3年度介護報酬改定の改定率について、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、全体で+0.70%とされた。
この中には、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月末までの0.05%が含まれている。
これを踏まえて、
 - ・ 原則全てのサービスの基本報酬を引き上げるとともに、
 - ・ 全てのサービスについて、令和3年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せすることとしている。なお、同10月以降については、この措置を延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域における介護の実態等を踏まえ、必要に応じ柔軟に対応する予定。
- 今回の介護報酬改定では、
 - ・ 感染症や災害への対応力強化
 - ・ 地域包括ケアシステムの推進
 - ・ 自立支援・重度化防止の取組の推進
 - ・ 介護人材の確保・介護現場の革新
 - ・ 制度の安定性・持続可能性の確保を柱とし、感染症や災害が発生した場合を含めて、利用者に必要な質の高いサービスが安定的・継続的に提供される体制の構築を図るため、各基準や報酬の見直しを行ったところ。
- 今般お示しする解釈通知（案）や留意事項通知（案）等も参考としつつ、
 - ・ 介護サービス事業者の適正な運営の支援
 - ・ 各報酬の適切な算定、各加算の目的に即した取得・活用の支援など、積極的に行うようお願いしたい。

- また、業務継続計画の策定、感染症対策の強化、高齢者虐待防止の推進などについては、新たに計画等の策定や、研修の実施等が義務づけられているものもあることから、研修の実施など積極的な支援をお願いしたい。

1. 令和3年度介護報酬改定の主な事項について

本資料は改定事項の概要をお示しするものであり、算定要件等は主なものを掲載しています。
詳細については、関連の告示等を御確認ください。

令和3年度介護報酬改定のスケジュール(案)

【令和2年】

○3月～9月

横断事項・各介護サービス等の**主な論点**について議論

- ・ 8月3日 事業者団体ヒアリング①
- ・ 8月19日 事業者団体ヒアリング②

○10月上旬～

横断事項・各介護サービス等の報酬・基準について**検討の方向性**を提示

- ・ 10月9日 報酬改定に向けた基本的な視点（案）の公表
- ・ 10月30日 介護事業経営実態調査等の結果の公表

○11月中旬～

横断事項・各介護サービス等の報酬・基準について**対応案**を提示

○12月23日

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告取りまとめ

○令和3年度政府予算案編成

【令和3年】

○1月13日

諮問・答申①（基準省令案に関する事項について）

○1月18日

諮問・答申②（介護報酬改定案について）

○1月25日

基準省令公布

○3月中旬以降

算定告示等公布（予定）

○4月

介護報酬改定

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

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

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

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

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

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

2. 地域包括ケアシステムの推進

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

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

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

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

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

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

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

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

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

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

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

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

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

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

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

・基本報酬の見直し

2

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

（1）日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

○感染症対策の強化

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

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

（※3年の経過措置期間を設ける）

○業務継続に向けた取組の強化

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

（※3年の経過措置期間を設ける）

○災害への地域と連携した対応の強化

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

○通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

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

1. (1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進 (その1)

感染症対策の強化【全サービス】

- 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。【省令改正】
 - ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
 - ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等
- (※3年の経過措置期間を設ける)

業務継続に向けた取組の強化【全サービス】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。【省令改正】
- (※3年の経過措置期間を設ける)

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

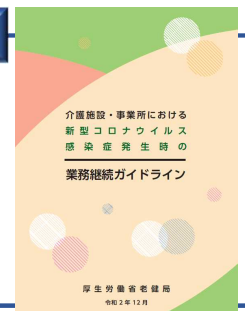
❖ ポイント

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

❖ 主な内容

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

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



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

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

1. (1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進 (その2)

通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

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

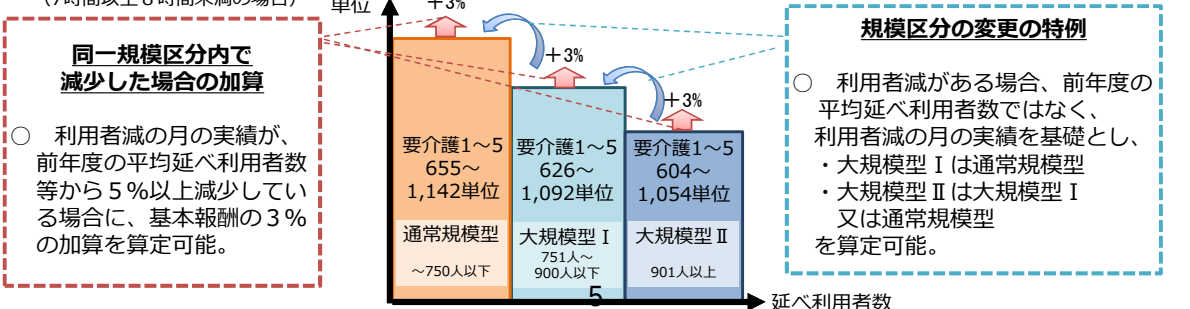
通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

- 通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の見直しを行う。
 - ア より小さい規模区分がある大規模型について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、**延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができ**ることとする。【通知改正】
 - イ 延べ利用者数の減が生じた月の実績が**前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合**、3か月間（※2）、基本報酬の**3%の加算**を行う（※3）。【告示改正】
- 現下の新型コロナウイルス感染症の影響による前年度の平均延べ利用者数等から5%以上の利用者減に対する適用にあたっては、**年度当初から即時に対応**を行う。

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

【通所介護の場合】

(7時間以上8時間未満の場合) 単位



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

(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

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

(2) 看取りへの対応の充実

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

(3) 医療と介護の連携の推進

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

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化

(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

※(1)(2)(3)も参照

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

(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

(7) 地域の特性に応じたサービスの確保

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

6

2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進（その1）

認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充

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

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

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

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

【算定要件】 ※既存の他サービスの認知症専門ケア加算と同様の要件

<認知症専門ケア加算（Ⅰ）>

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

<認知症専門ケア加算（Ⅱ）>

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

多機能系サービスにおける認知症行動・心理症状緊急対応加算の創設

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

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日（新設）

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

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

2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (その2)

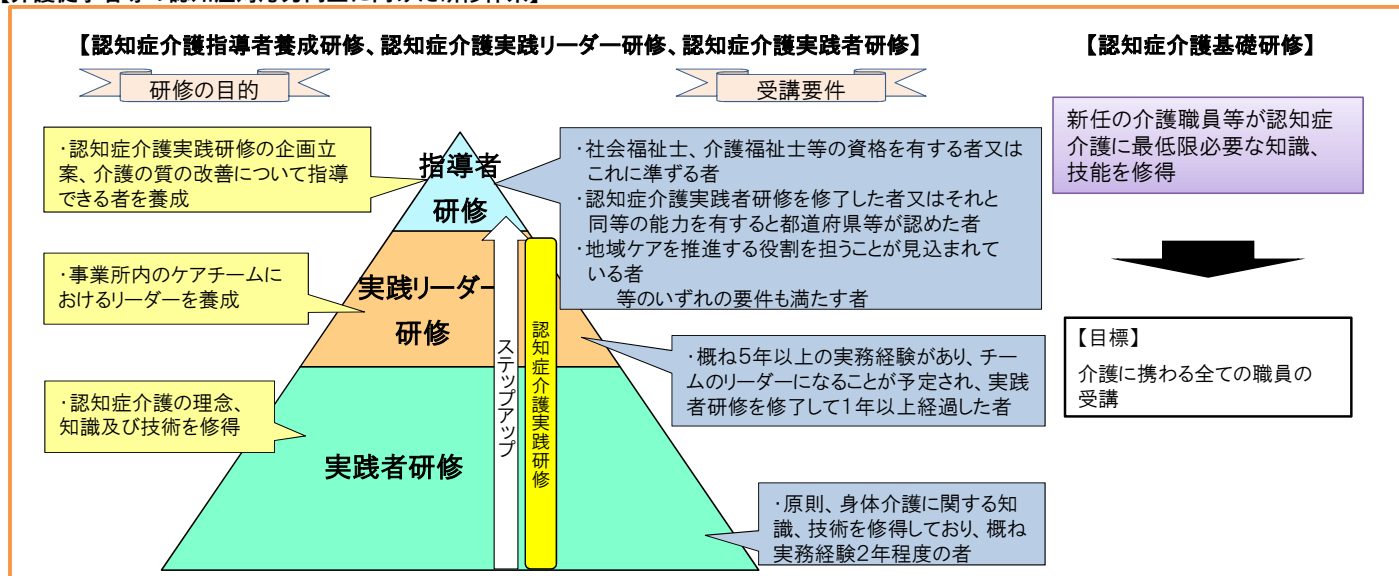
無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

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

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

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

【介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系】



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

8

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その1)

ガイドラインの取組推進

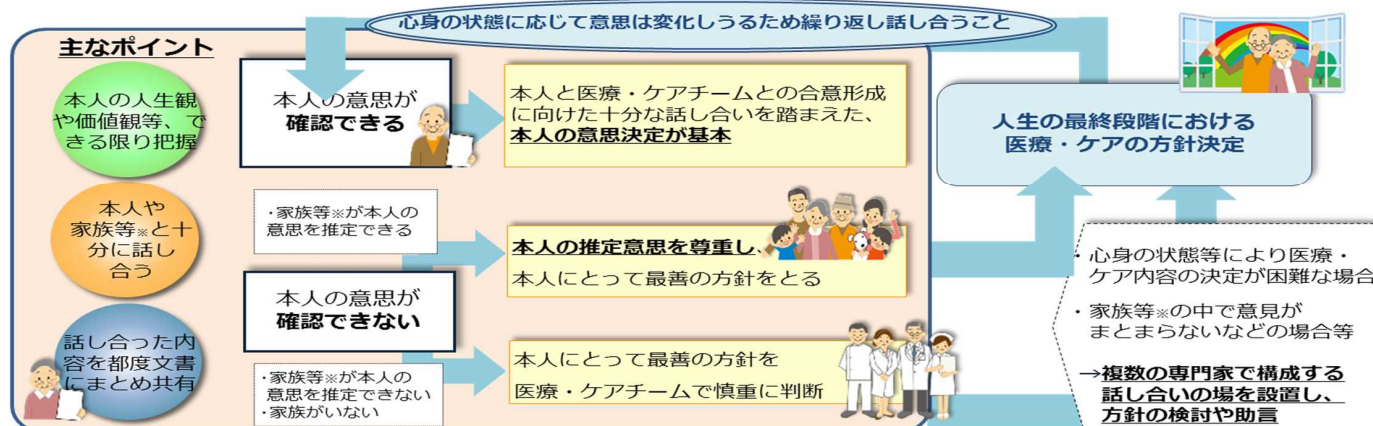
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

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

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

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

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



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

9

2. (2) 看取りへの対応の充実 (その2)

施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

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

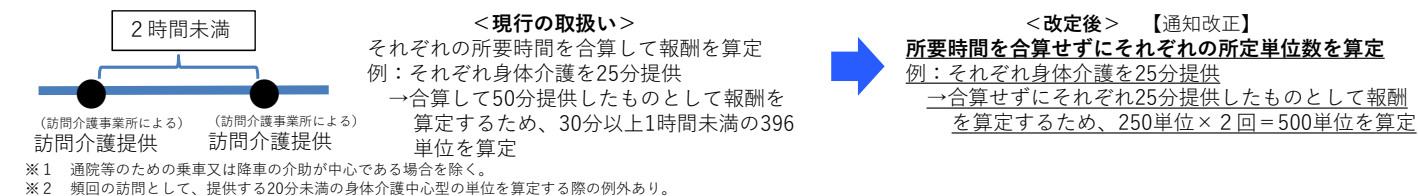
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
 - ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
 - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。
- 【特養・看取り介護加算(Ⅰ)の場合】
- | 区分 | 特養 | 老健 | GH |
|---------------------|---------|---------|---------|
| 死亡日以前31日～45日以下 (新設) | 72単位/日 | 80単位/日 | 72単位/日 |
| 死亡日以前30日以下 | 72単位/日 | 72単位/日 | 72単位/日 |
| 死亡日以前4日以下 | 144単位/日 | 144単位/日 | 144単位/日 |
| 死亡日 | 680単位/日 | 680単位/日 | 680単位/日 |
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。
- 【特定】 看取り介護加算(Ⅱ) (新設)
- | 区分 | 単位/日 |
|----------------|----------|
| 死亡日以前31日～45日以下 | 572単位/日 |
| 同4～30日以下 | 644単位/日 |
| 同2日又は3日 | 1180単位/日 |
| 死亡日 | 1780単位/日 |

訪問介護における看取りへの対応の充実

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

訪問介護



2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その1)

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

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

居宅療養管理指導

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

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

(基本方針)

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

短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

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

短期入所療養介護(介護老人保健施設が提供する場合に限る)

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

【算定要件】

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

(※) 基本報酬の評価を併せて見直し

2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その2)

老健施設の医療ニーズへの対応強化

- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。【告示改正】

介護老人保健施設

【所定疾患施設療養費の見直し】

- 算定要件において、**検査の実施**を明確化する。(※)当該検査については、協力医療機関等と連携して行った検査を含むこととする。
- 所定疾患施設療養費(Ⅱ)の算定日数を「連続する10日まで」に延長する。

(現行) 1月に1回、連続する7日を限度として算定 → (改定後) 1月に1回、連続する10日を限度として算定

- 対象疾患について、肺炎、尿路感染症、带状疱疹に加えて、「蜂窩織炎」を追加する。
- ※ 業務負担軽減の観点から、算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。

介護老人保健施設

【かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し】

- 入所時及び退所時におけるかかりつけ医との連携を前提としつつ、当該連携に係る取組と、かかりつけ医と共同して減薬に至った場合を区分して評価する。また、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを新たに評価する。

(※) 連携に係る取組については、入所に際し、薬剤の中止又は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とともに、入所中に服薬している薬剤に変更があった場合には、退所時に、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をかかりつけ医に共有することを求める。

(※) 入所中に薬剤の変更が検討される場合に、より適切な薬物治療が提供されるよう、当該介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していることを求める。

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 →

(※) 退所時に1回に限り算定可能

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 100単位 (新設)

(入所時・退所時におけるかかりつけ医との連携への評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位 (新設)

(Ⅰに加えて、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進への上乗せの評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位 (新設)

(Ⅱに加えて、減薬に至った場合の上乗せの評価)

12

2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その3)

長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

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

介護医療院

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

〔算定要件〕

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

介護療養型医療施設の円滑な移行

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

介護療養型医療施設

<介護療養型医療施設等に関するスケジュール>

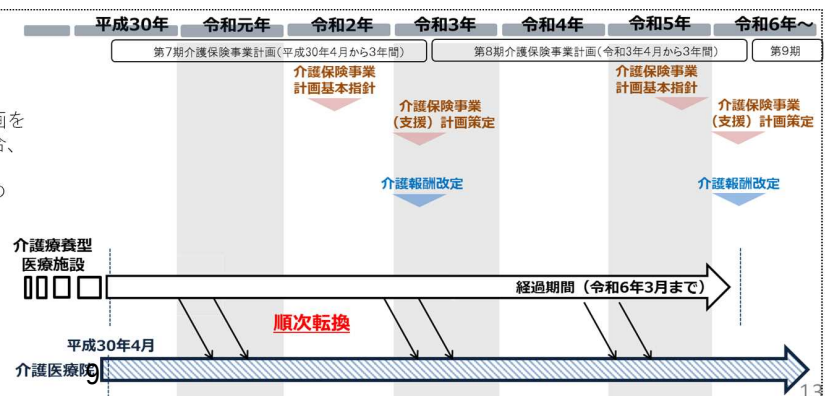
移行計画未提出減算 10%/日減算 (新設)

〔算定要件〕

- ・ 厚生労働省が示す様式を用いて、令和6年4月1日までの移行計画を半年ごとに許可権者に提出することを求める。これを満たさない場合、基本報酬から所定単位数を減算。

(※) 最初の提出期限は令和3年9月30日とし、以後、半年後を次の提出期限とする。

(※) 減算期間は、次の提出期限までとする。



13

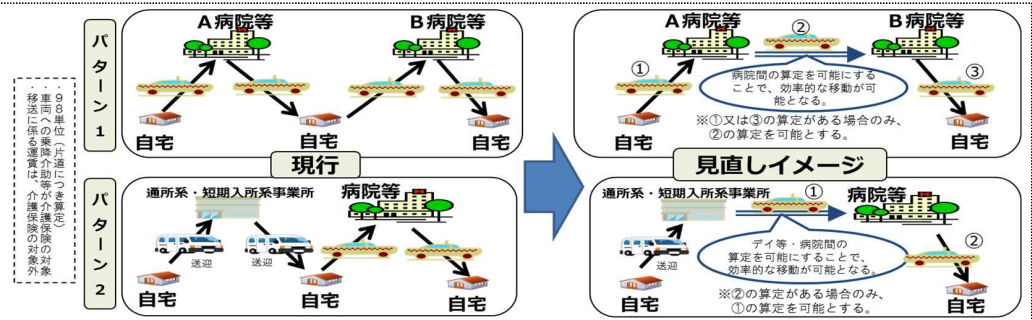
2. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その1)

通院等乗降介助の見直し

- 訪問介護の通院等乗降介助について、利用者の負担軽減や利便性向上の観点から、居宅が始点又は終点となる場合の目的地間の移送についても算定可能とする。【通知改正】

訪問介護

- 通院等乗降介助について、目的地が複数ある場合であっても、**居宅が始点又は終点となる場合には**、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった**目的地間の移送に係る乗降介助に関しても**、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。



訪問入浴介護の充実

- 訪問入浴介護について、新規利用者への初回サービス提供前の利用の調整を新たに評価する。清拭・部分浴を実施した場合の減算幅を見直す。【告示改正】

訪問入浴介護

初回加算 200単位/月 (新設) ※初回の訪問入浴介護を実施した日の属する月に算定

〔算定要件〕

- 訪問入浴介護事業所において、新規利用者の居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整を行った上で、利用者に対して、初回の訪問入浴介護を行うこと。

清拭又は部分浴を実施した場合

(現行) 30% / 回を減算 → (改定後) **10% / 回を減算**

〔算定要件〕 ※現行と同様

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

14

2. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その2)

訪問看護の充実

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

訪問看護

【退院当日の訪問看護】

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

訪問看護

【看護体制強化加算の見直し】

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

〔算定要件〕

- 算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、**特別管理加算を算定した利用者の占める割合**

(現行) 100分の30以上 → (改定後) **100分の20以上**

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

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

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

〔単位数〕

< 現行 >

< 改定後 >

(訪問看護)

看護体制強化加算 (Ⅰ) 600単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 300単位/月 →

看護体制強化加算 (Ⅰ) 550単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 200単位/月

(介護予防訪問看護)

看護体制強化加算 300単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

10

2. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その3)

緊急時の宿泊対応の充実

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

認知症グループホーム

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

短期入所療養介護

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

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

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

16

2. (5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

個室ユニットの定員上限の明確化

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

短期入所系サービス、施設系サービス

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

	<現行>	<改定後>
	おおむね10人以下としなければならない →	<u>原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないものとする。</u>
		(※) 当分の間、現行の入居定員を超えるユニットを整備する場合は、 <u>ユニット型施設における夜間及び深夜を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めるものとする。</u>

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

2. (6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 (その1)

特定事業所加算の見直し

■ 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。【告示改正】

居宅介護支援

<現行>	<改定後>
特定事業所加算 (Ⅰ) 500単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅰ) 505単位/月
特定事業所加算 (Ⅱ) 400単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅱ) 407単位/月
特定事業所加算 (Ⅲ) 300単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅲ) 309単位/月
	特定事業所加算 (A) 100単位/月 (新設)

(※) 特定事業所加算 (Ⅳ) は特定事業所加算から切り離して「特定事業所医療介護連携加算」とする。

〔算定要件 (特定事業所加算 (A))〕 ※加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲと異なる部分

- ・介護支援専門員の配置(要件2)：常勤1名以上、非常勤1名以上（非常勤は他事業との兼務可）
 - ・連絡体制・相談体制確保(要件4)、研修実施(要件6)、実務研修への協力(要件11)、事例検討会等実施(要件12)：他の事業所との連携による対応を可とする
- (※) 加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Aの要件として、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを新たに求める (新設)

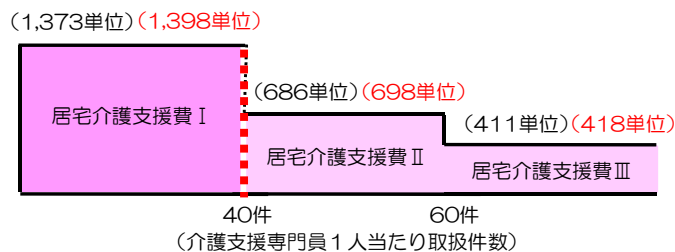
事務の効率化による逓減制の緩和

■ 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、逓減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（逓減制の適用を40件以上から45件以上とする）。

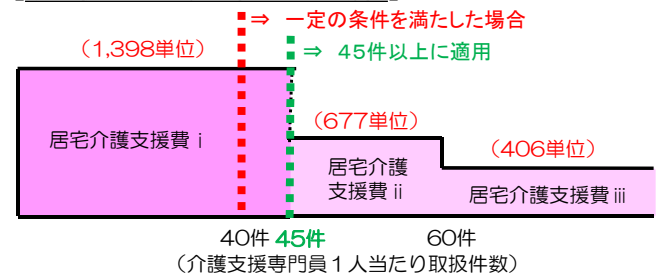
居宅介護支援

例：要介護3・4・5の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）

【現行】



【改定後：ICT等を活用する場合】



2. (6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 (その2)

医療機関との情報連携強化

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

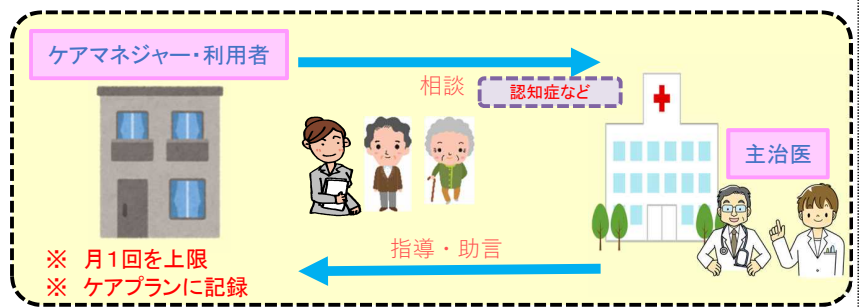
居宅介護支援

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

※利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする。

〔算定要件〕

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



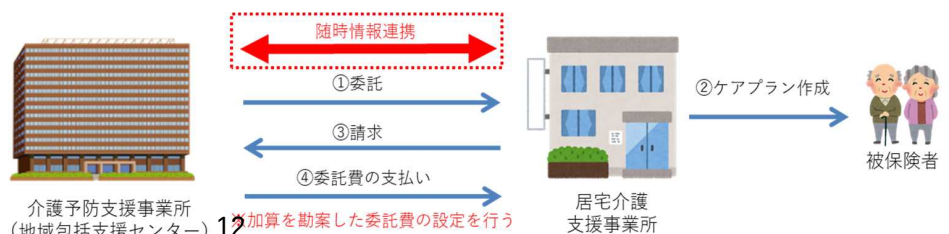
介護予防支援の充実

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

介護予防支援

委託連携加算 300単位/月 (新設)

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



2. (7) 地域の特性に応じたサービスの確保 (その1)

離島や中山間地域等におけるサービスの充実

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

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

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

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

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

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

地域の特性に応じた認知症グループホームの確保

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

認知症グループホーム

【ユニット数の弾力化】

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

【サテライト型事業所の創設】

<基準> ※本体事業所と異なる主なもの

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

20

2. (7) 地域の特性に応じたサービスの確保 (その2)

過疎地域等への対応 (地方分権提案)

- 令和元年地方分権提案を踏まえ、多機能系サービスについて、市町村が認めた場合に過疎地域等において登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間行わないことを可能とする【省令改正、告示改正】。令和2年提案を踏まえ、小多機の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「標準基準」に見直す【法律改正、省令改正】。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

<現行>

<改定後>

【基準】

登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。

登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。
ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は(※1)、一定の期間(※2)に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供ができる。 (追加)

【報酬】

登録者数が登録定員を超える場合、翌月から、定員超過が解消される月まで、利用者全員30%/月を減算する。

上記ただし書きの場合、市町村が認めた時から、一定の期間(※2)に限り、減算しない。 (追加)

(※1) 人員・設備基準を満たすこと。

(※2) 市町村が登録定員の超過を認めた時から介護保険事業計画期間終了までの最大3年間を基本とする。ただし、介護保険事業計画の見直しごとに、市町村が将来のサービス需要の見込みを踏まえて改めて検討し、代替サービスを新規整備するよりも既存の事業所を活用した方が効率的であると認めた場合に限り、次の介護保険事業計画期間の終期まで延長を可能とすること。

小規模多機能型居宅介護

<現行>

<改定後>

登録定員、利用定員が「従うべき基準」となっている。

登録定員及び利用定員について、「従うべき基準」から「標準基準」に見直す。

【登録定員等】

	本体事業所
登録定員	29人まで
通いの利用定員	登録定員の1/2～18人まで
泊まりの利用定員	通い定員の1/3～9人まで

※ 基準の考え方

- ・従うべき基準 → 条例の内容は全国一律
- ・標準基準 → 条例の内容は地方自治体に「合理的なもの」である旨の説明責任あり
- ・参酌すべき基準 → 基本的には地方自治体の判断で設定可能

13

※ 必要な法律上の措置を講じた上で、運営基準について所要の改正を行うもの。

21

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

(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

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

(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

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

22

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

計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

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

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

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

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

通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

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

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

< 現行 >

生活機能向上連携加算 200単位／月

→

< 改定後 >

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

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

【算定要件】※訪問介護等の加算と同様

< 生活機能向上連携加算（Ⅰ） >

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

リハビリテーションマネジメントの強化

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

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【訪問リハビリテーション】

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

【算定要件】

<リハビ リーションマネジ ムント加算(A)イ> ※現行のリハビ リーションマネジ ムント加算(Ⅱ)と同様

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

<リハビ リーションマネジ ムント加算(A)ロ>

- ・加算(A)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

<リハビ リーションマネジ ムント加算(B)イ> ※現行のリハビ リーションマネジ ムント加算(Ⅲ)と同様

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

<リハビ リーションマネジ ムント加算(B)ロ> ※現行のリハビ リーションマネジ ムント加算(Ⅳ)と同様

- ・加算(B)イの要件に適合すること。
- ・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。(CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

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

24

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

リハビリテーションマネジメントの強化(続き)

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

【通所リハビリテーション】

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

【算定要件】 訪問リハビリテーションと同じ

介護老人保健施設、介護医療院

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

【算定要件】

- ・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働し、リハビ リーション実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にリハビ リーションの質を管理していること。
- ・入所者ごとのリハビ リーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビ リーションの提供に当たって、当該情報その他リハビ リーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること (CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用)

25

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その4）

通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。【告示改正】
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護

<現行> 個別機能訓練加算（Ⅰ）46単位／日 個別機能訓練加算（Ⅱ）56単位／日 （併算が可能） <算定要件> <個別機能訓練加算（Ⅰ）イ・ロ>		→	<改定後> 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位／日 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 85単位／日 個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位／月 ※イとロは併算定不可 （新設）※加算（Ⅰ）に上乗せして算定									
ニーズ把握・情報収集		通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。										
機能訓練指導員の配置		<table><tr><td>（Ⅰ）イ</td><td>専従1名以上配置（配置時間の定めなし）</td><td>（Ⅰ）ロ</td><td>専従1名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置）</td></tr><tr><td colspan="4">※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で1名以上配置する。</td></tr></table>			（Ⅰ）イ	専従1名以上配置（配置時間の定めなし）	（Ⅰ）ロ	専従1名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置）	※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で1名以上配置する。			
（Ⅰ）イ	専従1名以上配置（配置時間の定めなし）	（Ⅰ）ロ	専従1名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置）									
※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。 ※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で1名以上配置する。												
計画作成		居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。										
機能訓練項目		利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。 訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。										
訓練の対象者		5人程度以下の小集団又は個別	訓練の実施者	機能訓練指導員が直接実施（介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない）								
進捗状況の評価		3ヶ月に1回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行う。										
<個別機能訓練加算（Ⅱ）>加算（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）												

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

※通所リハビリテーションも同様の改定

＜現行＞ 入浴介助加算 50単位/日 (算定要件) ＜入浴介助加算(Ⅱ)＞※入浴介助加算(Ⅰ)は現行の入浴介助加算と同様	→	＜改定後＞ 入浴介助加算 (Ⅰ) 40単位/日 入浴介助加算 (Ⅱ) 55単位/日 (新設) ※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算定不可
・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。 ・医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（以下「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、利用者の居宅の浴室が、利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。 ・利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。 ・入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。		

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その5）

介護保険施設における口腔衛生の管理や栄養ケア・マネジメントの強化

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

施設系サービス

- 【基準】
 運営基準（省令）に以下を規定する。（※3年の経過措置期間を設ける）
- 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。（新設）
 - 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。（新設）
 - （現行）栄養士を1以上配置→（改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置

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

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

3. (1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化（その6）

通所介護等における口腔衛生管理や栄養ケア・マネジメントの強化

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

通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

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

通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護

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

認知症グループホーム

栄養管理体制加算 30単位/月 (新設)

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

29

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進(その1)

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

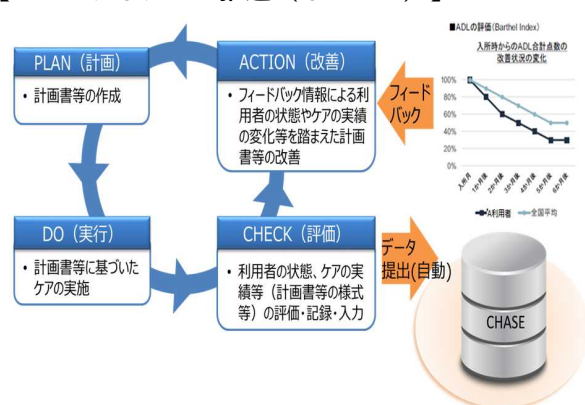
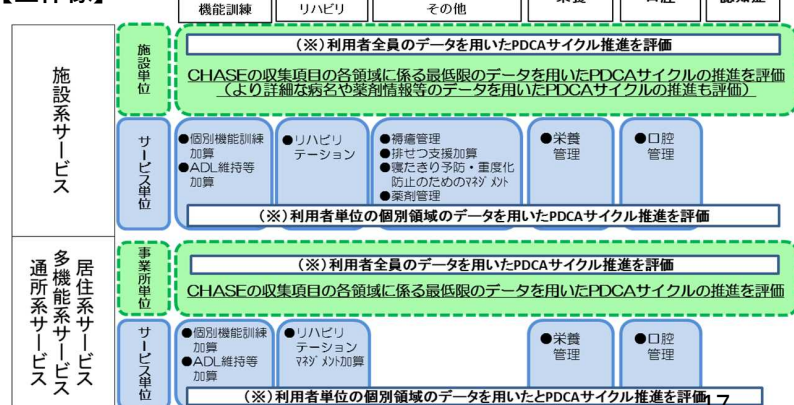
- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
- ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ(ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等)をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
- ・既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
- ・全ての事業者には、CHASE・VISITへのデータ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

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

<施設系サービス>		<通所系・多機能系・居住系サービス>	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月 (新設)	科学的介護推進体制加算	40単位/月 (新設)
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位/月 (新設)		
(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)			
【算定要件】			
イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等(加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等)の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。			
ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。			

【全体像】

【PDCAサイクルの推進(イメージ)】



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

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

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

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その2)

ADL維持等加算の拡充

- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。【告示改正】

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

< 現行 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月 → **ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (拡充)**

ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月 **ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (拡充)** ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。

※認デイ、介護付きホーム、特養を対象に加える

< 改定後 >

(算定要件)

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- イ 利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得(調整済ADL利得)の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること

< ADL維持等加算(Ⅱ) >

- ・ 加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと
- ・ 評価対象利用者のADL利得を平均して得た値(加算(Ⅰ)のハと同様に算出した値)が2以上であること

【算定要件の見直し(概要)】

現行	改定内容
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	利用者の総数が10名以上(緩和)
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	廃止
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	廃止
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	評価可能な者は原則全員報告
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	初月のADL値や要介護認定の状況等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
(一)	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

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その3)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実

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

介護老人保健施設

○在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、以下の見直しを行う。

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

在宅復帰・在宅療養支援等指標：

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

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3 ⇒2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	1サービス 2 ⇒2サービス 1 0サービス 0 ⇒0、1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 ⇒5以上(P.T, O.T, S.Tいずれも配置) 5	3以上 3 ⇒5以上 3	(設定なし) ⇒3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

算定要件

(リハビリテーションマネジメント)

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

3. (3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進 (その1)

施設での日中生活支援の評価

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

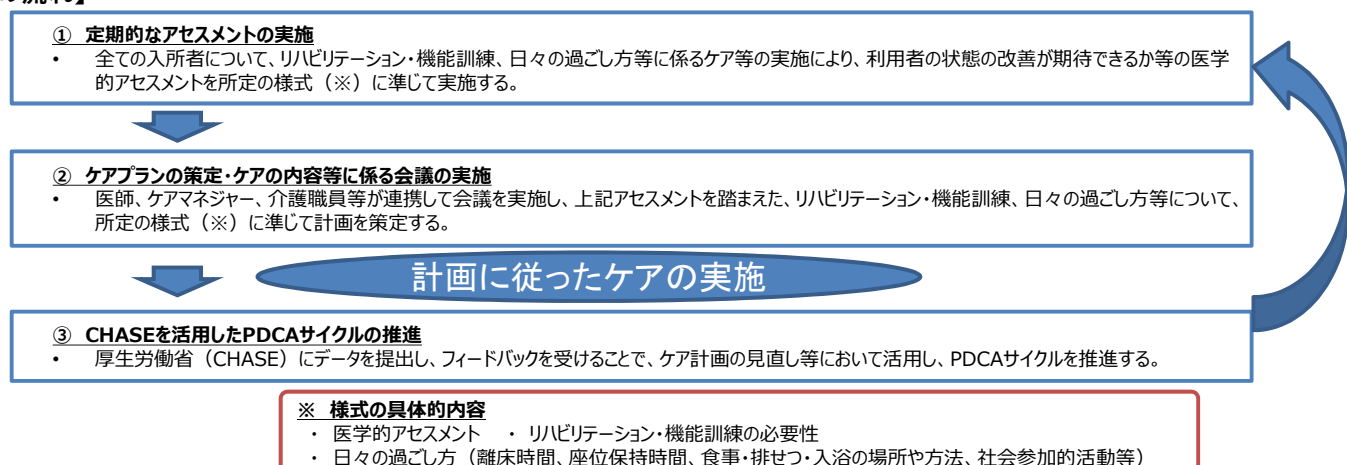
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

自立支援促進加算 300単位/月 (新設)

〔算定要件〕

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

〔取組の流れ〕



32

3. (3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進 (その2)

褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

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

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護

【褥瘡マネジメント加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

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

〔算定要件〕

<褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)>

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

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

【排せつ支援加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

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

〔算定要件〕

<排せつ支援加算(Ⅰ)>

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

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

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

33

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

(1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

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

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

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

(3) 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

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

34

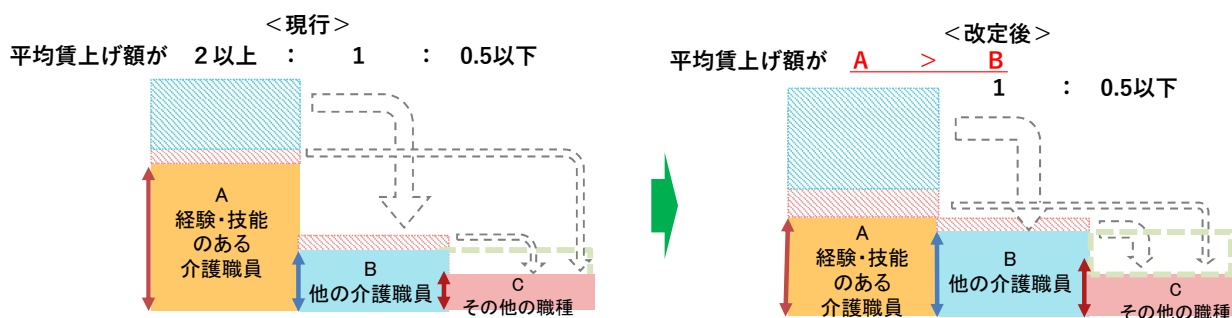
4. (1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進（その1）

特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

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

特定処遇改善加算の対象サービス

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



職員の離職防止・定着に資する取組の推進

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

処遇改善加算・特定処遇改善加算の対象サービス

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

サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

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

サービス提供体制強化加算対象サービス

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

訪問介護

特定事業所加算（Ⅴ） 所定単位数の3%／回を加算（新設）

〔算定要件〕

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

36

人員配置基準における両立支援への配慮

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

全サービス

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

ハラスメント対策の強化

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

全サービス

- 運営基準（省令）において、事業者が必要な措置を講じなければならないことを規定。【省令改正】
【基準】※訪問介護の例
指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。（新設）
（※）併せて、留意事項通知において、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることも推奨する。

見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

- テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進していく観点から、実証研究の結果等も踏まえ、以下の見直しを行う。
- ・ 特養等における見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算について、見守り機器の導入割合の緩和（15%→10%）を行う。見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、基準を緩和（0.9人→0.6人）した新たな区分を設ける。
 - ・ 見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、特養（従来型）の夜間の人員配置基準を緩和する。
 - ・ 職員体制等を要件とする加算（日常生活継続支援加算やサービス提供体制強化加算等）において、テクノロジー活用を考慮した要件を導入する。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所者生活介護

【見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直し】【告示改正】

- 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護における夜勤職員配置加算の人員配置要件について、以下のとおり見直しを行う。
- ① 現行の0.9人配置要件の見守り機器の導入割合の要件を緩和する。（現行15%を10%とする。）
 - ② 新たに0.6人配置要件を新設する。

	①現行要件の緩和（0.9人配置要件）	②新設要件（0.6人配置要件）
最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	（ユニット型の場合）0.6人（新規） （従来型の場合）※人員基準緩和を適用する場合は併給調整 ① 人員基準緩和を適用する場合0.8人（新規） ② ①を適用しない場合（利用者数25名以下の場合等）0.6人（新規）
見守り機器の入所者に占める導入割合	10% （緩和：見直し前15%→見直し後10%）	100%
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置 （現行維持）	・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・安全体制を確保していること（※）

- ②の0.6人配置要件については、見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

※安全体制の確保の具体的な要件

- ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ④職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑤夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

38

4.(2)テクノロジーの活用や人員・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(その2)

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所者生活介護

【見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和】【告示改正】※併設型短期入所生活介護（従来型）も同様の改定

- 介護老人福祉施設（従来型）について、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合における夜間の人員配置基準を緩和する。
- 緩和にあたっては、利用者数の狭間で急激に職員人員体制の変更が生じないように配慮して、現行の配置人員数が2人以上に限り、1日あたりの配置人員数として、常勤換算方式による配置要件に変更する。ただし、配置人員数は常時1人以上（利用者数が61人以上の場合は常時2人以上）配置することとする。

(要件)

- ・施設内の全床に見守り機器を導入していること
- ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- ・安全体制を確保していること（※）

現 行			改定後		
配置 人員数	利用者数25以下	1人以上	配置 人員数	利用者数25以下	1人以上
	利用者数26～60	2人以上		利用者数26～60	1.6人以上
	利用者数61～80	3人以上		利用者数61～80	2.4人以上
	利用者数81～100	4人以上		利用者数81～100	3.2人以上
	利用者数101以上	4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上		利用者数101以上	3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上

- 見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

※安全体制の確保の具体的な要件

- ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特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

【テクノロジーの活用によるサービスの質の向上や業務効率化の推進】【告示改正】

- 特養の日常生活継続支援加算及び介護付きホームの入居継続支援加算について、テクノロジーを活用した複数の機器（見守り機器、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器）を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行う場合は、当該加算の介護福祉士の配置要件を緩和する。（現行6:1を7:1とする。）

（※）見守り機器やICT等導入後、安全体制の確保の具体的な要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

39

会議や他職種連携におけるICTの活用

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

全サービス

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

(※) 利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

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

居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合 45単位／回（新設） ※月1回まで算定可能

〔算定要件〕

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

40

4.(2)テクノロジーの活用や人員・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(その4)

特養の併設の場合の兼務等の緩和

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

施設系サービス

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

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護

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

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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

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

3ユニットの認知症グループホームの夜勤職員体制の緩和

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

認知症グループホーム

【基準】

< 現行 >

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

< 改定後 >

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

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

【報酬】

なし

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

外部評価に係る運営推進会議の活用

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

42

4.（3）文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

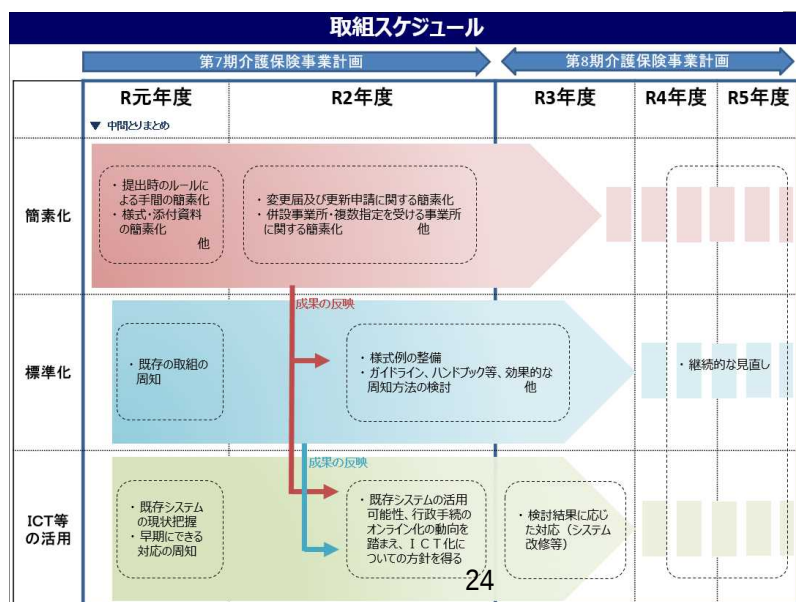
署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

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

運営規程の掲示の柔軟化【全サービス】

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

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



43

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

(1) 評価の適正化・重点化

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

(2) 報酬体系の簡素化

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

6. その他の事項

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

44

5. (1) 評価の適正化・重点化（その1）

区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し

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

通所系サービス、多機能系サービス

- 訪問系サービスの同一建物減算に関する取扱いを参考に、以下の対応を行う。
 - <同一建物減算等>
 - ・ 通所系サービス、多機能系サービスの、同一建物減算等の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、当該減算を受ける者と受けない者との公平性の観点から、減算の適用前（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）の単位数を用いることとする。
 - <規模別の基本報酬>
 - ・ 通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。

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

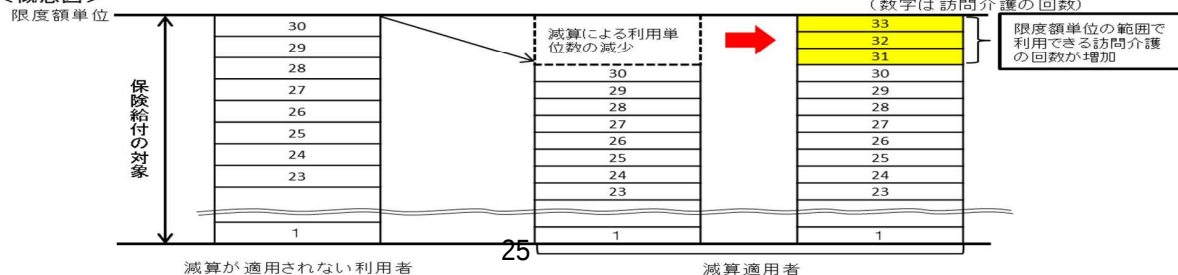
○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

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

<会計検査院が表示する意見（抜粋）>

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

<概念図>



45

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その2)

夜間対応型訪問介護の基本報酬

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

夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護(1)【定額】+【出来高】
基本夜間対応型訪問介護費【定額】
(オペレーションサービス部分) → 見直し

訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

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

訪問看護、介護予防訪問看護

【報酬】	＜現行＞	＜改定後＞
＜訪問看護＞		
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問	297単位/回	→ 293単位/回
＜介護予防訪問看護＞		
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問	287単位/回	→ 283単位/回
理学療法士等が1日に2回を超えて 指定介護予防訪問看護を行った場合	1回につき100分の90に 相当する単位数を算定	→ 1回につき100分の50に 相当する単位数を算定
理学療法士等が利用開始日の属する月から12月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は、 1回につき5単位を減算する(新設)		
〔算定要件〕		
・理学療法士等が行う訪問看護については、その実施した内容を訪問看護報告書に添付することとする。		
・対象者の範囲について、理学療法士等が行う訪問看護については、訪問リハビリテーションと同様に「通所リハのみ では家屋内におけるADLの自立が困難である場合」を追加する。		

46

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その3)

長期間利用の介護予防リハの評価の見直し

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

介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション

【介護予防訪問リハビリテーション】

利用開始日の属する月から12月超 5単位/回減算 (新設)

【介護予防通所リハビリテーション】

利用開始日の属する月から12月超 要支援1の場合 20単位/月減算 (新設)
要支援2の場合 40単位/月減算 (新設)

居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

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

居宅療養管理指導

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

介護療養型医療施設の基本報酬の見直し

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

介護療養型医療施設

(例) 基本報酬 (療養型介護療養施設サービス費) (多床室、看護6:1・介護4:1、療養機能強化型Aの場合)	＜現行＞	＜改定後＞
要介護4	1,225 単位/26日	→ 1,117 単位/日
要介護5	1,315 単位/日	→ 1,198 単位/日

47

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その4)

介護職員処遇改善加算 (Ⅳ) (Ⅴ) の廃止

- 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ) 及び (Ⅴ) について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、廃止する。
【告示改正】
(※令和3年3月末時点で同加算を算定している介護サービス事業者については、1年の経過措置期間を設ける)

処遇改善加算の対象サービス

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

<キャリアパス要件>

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

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

<職場環境等要件>

- 賃金改善を除く、職場環境等の改善

48

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その5)

生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

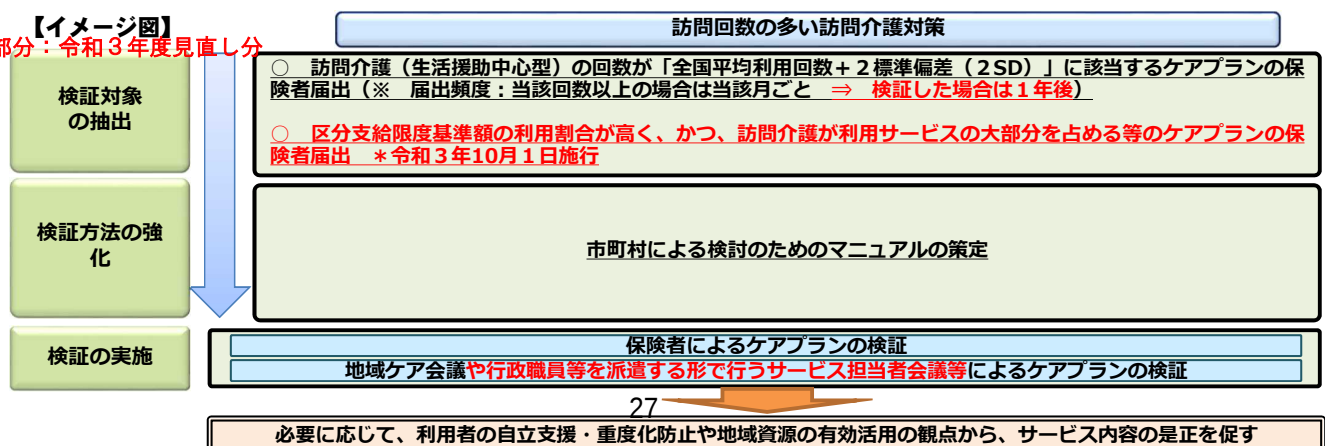
- 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした点検・検証の仕組みを導入する。【省令改正、通知改正】

居宅介護支援

- 平成30年度介護報酬改定において導入された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仕組みについて、実施の状況や効果を踏まえて、ケアマネジャーや市町村の事務負担にも配慮して、届出のあったケアプランの検証や届出頻度について、以下の見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等での対応を可能とする
 - ・ 届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後とする
- より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限につながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。【省令改正】 (※効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行)

【イメージ図】

※赤字部分：令和3年度見直し分



49

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その6)

サ高住等における適正なサービス提供の確保

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

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

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

居宅介護支援

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

50

5. (2) 報酬体系の簡素化

月額報酬化

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

療養通所介護

< 現行 >	< 改定後 >
3 時間以上 6 時間未満 / 回 1,012 単位	12,691 単位 / 月
6 時間以上 8 時間未満 / 回 1,519 単位	※入浴介助を行わない場合は、所定単位数の95/100、 サービス提供量が過少（月4回以下）の場合は、70/100を算定

（※）個別送迎体制強化加算及び入浴介助体制強化加算は廃止

加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

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

6. その他の事項（その1）

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

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

施設系サービス

【基準】【省令改正】

事故の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない。

< 現行 >

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

< 改定後 >

イ～ハ（変更なし）

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

【報酬】【告示改正】

安全管理体制未実施減算 5 単位／日（新設）（※ 6 月の経過措置期間を設ける）

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

安全対策体制加算 20 単位（新設） ※入所時に 1 回に限り算定可能

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

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

高齢者虐待防止の推進【全サービス】

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

52

6. その他の事項（その2）

基準費用額（食費）の見直し

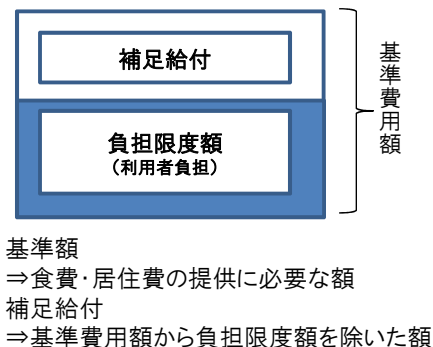
- 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和 2 年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。【告示改正】

施設系サービス、短期入所系サービス

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

《参考：現行の仕組み》

※利用者負担段階については、令和 3 年 8 月から見直し予定



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高齢福祉年金受給者
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が 80 万円以下
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者

※ 非課税年金も含む。

《参考：現行の基準費用額（食費のみ）》

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

53

基本報酬の見直し

- 改定率については、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、全体で+0.70%（うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、0.05%（令和3年9月末まで））。これを踏まえて、
- ・ 全てのサービスの基本報酬を引き上げる
※ 別途の観点から適正化を行った結果、引き下げとなっているものもある
 - ・ 全てのサービスについて、令和3年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする【告示改正】

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

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

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

54

介護報酬改定の改定率について

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

2. 新型コロナウイルス感染症に関する報酬の特例や感染症対策の強化について

【報酬の特例】

- 介護サービスは、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、感染防止対策の徹底を前提とし、継続的に提供されることが重要であるが、新型コロナウイルス感染症の患者等への対応等により、一時的に人員基準を満たすことができなくなる場合等が想定される。このため、この場合について、介護報酬、人員、施設・設備及び運営基準などについて、柔軟な取扱いを可能とした。
- 具体的には、「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」（厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）等により、介護事業者への支援として、
 - ・ 一時的に人員や運営の基準を満たすことのできない場合に介護報酬等を減額しない取扱いや、
 - ・ 訪問サービス事業所について、感染防止のために短時間の実施となった場合も従来どおりの報酬算定が可能とする取扱い、
 - ・ 通所サービス事業所が、居宅を訪問してサービスを提供した場合に報酬の算定を可能とする取扱い、
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者を受け入れた場合について、介護報酬上、特例的な評価を行う取扱いなどの介護報酬上の特例をお示したところであり、本事務連絡等を踏まえ、引き続き適切な運用をお願いしたい。

【感染症対策の強化】

- 高齢者施設において感染者等が発生し、職員の不足が生じたケースがあり、このような場合、勤務体制の変更、同一法人内での職員の確保、都道府県を通じた応援職員派遣、関係団体や近隣施設からの応援等により対応が行われた。
- 適切なケアの提供や感染対策の観点から、職員の確保は重要であることから、昨年6月30日付事務連絡において、緊急時に備えた応援体制の構築をお願いしたところである。昨年12月末時点で全国都道府県で構築され、本年1月末時点では、全国で50以上の施設への派遣実績を報告いただいているところであるが、引き続き、体制の充実と、施設等から要望があった際の速やかな

派遣をお願いしたい。

- なお、応援体制構築のためのコーディネート機能に係る費用の助成については、来年度は地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の「新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」の中で実施予定であり、応援職員への説明会や研修会開催経費も補助対象とする予定であるところ、積極的な活用をお願いしたい。
- また、特に昨年秋以降の感染拡大においては、高齢者施設でのクラスター発生件数も増加しており、各施設における感染症対応力の向上が求められるところである。感染拡大防止対策については、全ての施設、一人一人の職員が意識することが重要であり、国で示しているマニュアル、事例集等のツールも活用しつつ、各施設での自主点検・シミュレーションを促していただくとともに、各施設を訪問して研修・助言等を実施するといった支援も検討いただくようお願いする。
- なおその際、感染防止対策を実施した場合であっても、感染リスクをゼロにはできないことから、施設職員が思いがけず感染した場合には、当該職員が偏見や批判を浴びることのないよう、施設を挙げて当該職員を守っていく姿勢が重要であることにも留意し、支援いただくようお願いする。
- 令和2年度第2次補正予算事業においてメンタルヘルスケアに係る相談窓口を設置しており、また、3月中にはサポートガイドも公開予定であるため、支援においてはこれらも活用いただきつつ、管内事業者へも適宜周知いただきたい。

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

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

1. 基本的な事項

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

2. 訪問サービスに関する事項

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

3. 通所サービスに関する事項

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

4. 居宅介護支援等に関する事項

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

退院基準の周知及び退院患者の適切な受け入れ促進

- 介護施設について以下の対応を行い、退院患者の受け入れ促進を図る。
 - 退院基準をわかりやすく示すとともに、感染の疑いがない退院患者の適切な受け入れを再周知。
 - 自治体の要請等により定員を超えて受け入れた場合でも減算を適用しない等、施設基準、人員基準等の柔軟な取扱いについて周知。
 - 要介護認定を受けていない場合、必要に応じ暫定ケアプランの活用が可能であることの再周知。
 - 介護保険施設において、退院基準を満たした患者（自施設から入院した者を除く）を受け入れた場合について、介護報酬上の特例的な評価を実施（退所前連携加算（500単位）を30日間算定できる）。

退院基準を分かりやすく周知

退院基準

<症状があった場合>

- (1)人工呼吸器等による治療を行わなかった場合
 - 以下の2項目を満たすこと
 - ・発症日又は検体採取日から10日間経過
 - ・症状軽快後72時間経過
 - (2)人工呼吸器等による治療を行った場合
 - 以下の2項目を満たすこと*
 - ・発症日又は検体採取日から15日間経過
 - ・症状軽快後72時間経過
- ⇒ 検査不要で退院可能

*発症日から20日経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じる

<無症状であった場合>

- 以下の項目を満たすこと
 - ・検体採取日から10日間経過
- ⇒ 検査不要で退院可能

※有症状者と無症状者両方の退院基準を1種類ずつ記載
(参考) 令和3年2月25日付厚生労働省健康局結核感染症課長通知（健感発0225第1号）

→退院基準及び同基準を満たし退院した患者は感染性が極めて低いことについてわかりやすく示す

介護施設等への受入促進

定員超過・施設基準・人員基準等の柔軟な取扱い

- 感染流行時に、自治体の要請等に基づき、コロナ受入医療機関からの退院患者を入所させる場合、**定員超過減算を適用しない**・**当該入所者は施設基準等の算出根拠としない**等の柔軟な取扱いを行う。

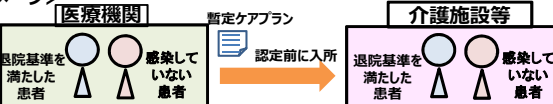
<イメージ>



暫定ケアプラン（みなし認定）を活用した入所等

- 要介護認定を受けていない患者の受け入れ促進のため、**要介護認定申請中であっても、暫定ケアプランを活用した場合、認定結果が出る前に、介護サービスの利用が可能。**

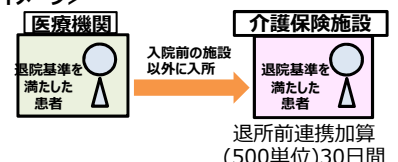
<イメージ>



介護報酬上の特例的な評価

- 退院基準を満たした患者を受け入れた場合、**退所前連携加算（500単位）を30日間算定可能。**

<イメージ>

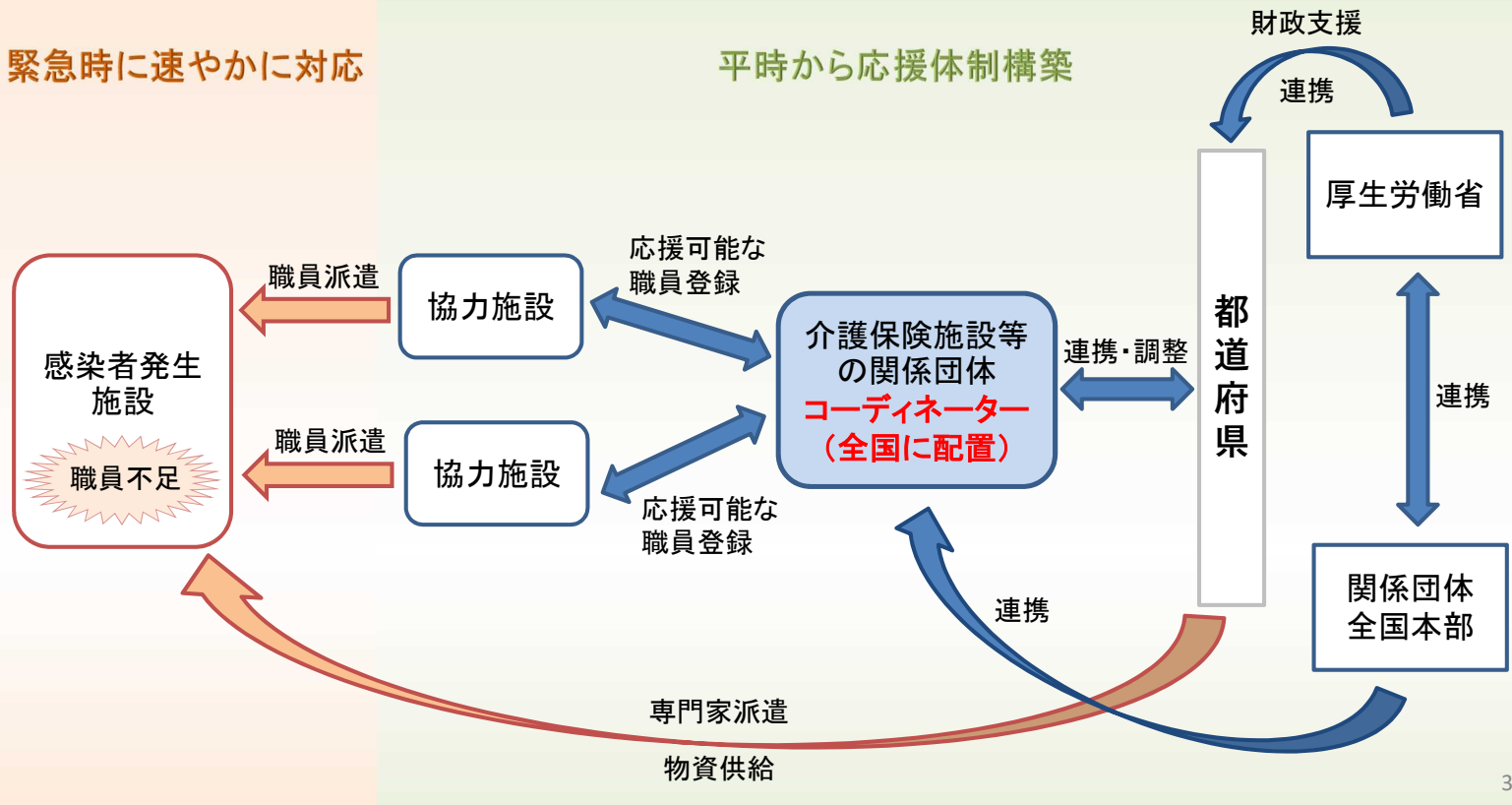


緊急時等に備えた平時からの応援体制の構築

- 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



社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2) (令和2年4月7日付事務連絡、同年10月15日付一部改正)

利用者の状況に応じた対応について（入所施設・居住系）

入所施設等

1. 感染防止に向けた取組

(1)施設等における取組	(感染症対策の再徹底) ○ 感染の疑いについてより早期に把握できるよう、日頃から利用者の健康の状態や変化の有無等に留意 ○ 管理者は、日頃から職員の健康管理に留意するとともに、職員が職場で体調不良を申しやすい環境づくりに努める ○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進 ○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内に出入りした者の記録等を準備 (面会及び施設への立ち入り) ○ 面会については、感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、地域における発生状況等も踏まえ、緊急やむを得ない場合を除き制限する等の対応を検討すること。具体的には、地域の発生状況等を踏まえ、管理者により制限の程度を判断し、実施する場合には、適切な感染防止対策を行った上で実施すること。引き続きオンラインでの実施も考慮。 ○ 委託業者等についても、物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断る ○ 面会者や業者等の施設内に出入りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録 (外出) ○ 入所者の外出については、生活や健康の維持のために必要なものは不必要に制限すべきではなく、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意すること。
(2)職員の取組	(感染症対策の再徹底) ○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底 ○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底 ○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応 ○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底
(3)リハビリテーション等の実施の際の留意点	○ ADL維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「3つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要 ○ 可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保、声を出す機会の最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底

社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)

(令和2年4月7日付事務連絡、同年10月15日付一部改正)

利用者の状況に応じた対応について（通所系）

通所系等

1. 感染防止に向けた取組

(1)施設等における取組	(感染症対策の再徹底) ○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進 ○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内に入出りした者の記録等を準備 (施設への立ち入り) ○ 委託業者等による物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断る ○ 業者等の施設内に入出りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録
(2)職員の取組	(感染症対策の再徹底) ○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底 ○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底 ○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応 ○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底
(3)ケア等の実施時の取組	(基本的な事項) ○ 感染拡大防止の観点から、「3つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要があり、可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保等の利用者同士の距離への配慮、声を出す機会の最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底 (送迎時等の対応等) ○ 送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、利用を断る ○ 送迎時には、窓を開ける等換気に留意。送迎後に利用者の接触頻度が高い場所（手すり等）を消毒 ○ 発熱により利用を断った利用者については、居宅介護支援事業所に情報提供。同事業所は必要に応じ、訪問介護等の提供を検討 ○ 市区町村や社会福祉施設等においては、都道府県や衛生主管部局、地域の保健所と十分に連携の上、必要となる代替サービスの確保・調整等、利用者支援の観点で居宅介護支援事業所等や社会福祉施設等において必要な対応がとられるように努める (リハビリテーション等の実施の際の留意点) ○ ADL維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「3つの密」を避ける必要

5

社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)

(令和2年4月7日付事務連絡、同年10月15日付一部改正)

利用者の状況に応じた対応について（訪問系）

訪問系

1. 感染防止に向けた取組

(1)施設等における取組	(感染症対策の再徹底) ○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進 ○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、ケア記録、勤務表の記録等を準備 (外出) ○ 入所者の外出については、訪問介護等における利用者の通院・外出介助や屋外の散歩の同行について制限する必要はないが、「3つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意すること。
(2)職員の取組	(感染症対策の再徹底) ○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底 ○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底 ○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応 ○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底
(3)ケア等の実施時の取組	(基本的な事項) ○ サービス提供に先立ち、本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、「「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえた対応について」を踏まえた適切な相談及び受診を行うよう促すとともに、サービス提供時は以下の点に留意 ・ 保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続 ・ 基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行う ・ サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットを徹底。事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫 ・ 可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応

社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)

(令和2年4月7日付事務連絡、同年10月15日付一部改正)

別添

【入所施設・居住系】

＜個別のケア等の実施に当たっての留意点＞

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施に当たっては以下の点に留意する。

(i) 食事の介助等

- ・ 食事介助は、原則として個室で行う
- ・ 食事前に利用者に対し、（液体）石けんと流水による手洗い等を実施
- ・ 食器は使い捨て容器を使用するか、または、濃厚接触者のものを分けた上で、熱水洗浄が可能な自動食器洗浄機を使用
- ・ まな板、ふきんは、洗剤で十分洗い、熱水消毒するか、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬後、洗浄

(ii) 排泄の介助等

- ・ 使用するトイレの空間は分ける
- ・ おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、サージカルマスク、使い捨て袖付きエプロンを着用
- ・ 使用済みおむつ等の廃棄物の処理に当たっては感染防止対策を講じる

※ ポータブルトイレを利用する場合の介助も同様とする。（使用後ポータブルトイレは洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム液等で処理）

(iii) 清潔・入浴の介助等

- ・ 介助が必要な場合は、原則として清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は熱水洗濯機（80℃10分間）で洗浄後、乾燥を行うか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・ 個人専用の浴室で介助なく入浴ができる場合は、入浴を行ってもよい。その際も、必要な清掃等を実施

(iv) リネン・衣類の洗濯等

- ・ 当該利用者のリネンや衣類については、その他の利用者とは必ずしも分ける必要はないが、熱水洗濯機（80℃10分間）で処理し、洗浄後乾燥させるか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・ 当該利用者が鼻をかんだティッシュ等のごみの処理は、ビニール袋に入れるなどの感染防止対策を講じる

7

社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)

(令和2年4月7日付事務連絡、同年10月15日付一部改正)

別添

【訪問系】

＜サービス提供にあたっての留意点＞

- ・ 自身の健康管理に留意し、出勤前に各自で体温を計測して、発熱や風邪症状等がある場合は出勤しない
- ・ 濃厚接触者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応
- ・ 訪問時間を可能な限り短くできるよう工夫。やむを得ず長時間の見守り等を行う場合は、可能な範囲で当該利用者との距離を保つように工夫
- ・ 訪問時には、換気を徹底
- ・ ケアに当たっては、職員は使い捨て手袋とサージカルマスクを着用。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル、使い捨てエプロン、ガウン等を着用
- ・ 体温計等の器具については、消毒用体温計等の器具については、消毒用エタノールで清拭
- ・ サービス提供開始時と終了時に、（液体）石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノールによる手指消毒を実施。手指による手指消毒を実施。手指消毒の前に顔（目・鼻・口）に触らないように注意。「1ケア1手洗い」、「ケア前後の手洗い」を基本とする

＜個別のケア等の実施に当たっての留意点＞

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施に当たっては以下の点に留意すること。

(i) 食事の介助等

- ・ 食事前に利用者に対し、（液体）石けんと流水による手洗い等を実施
- ・ 食事は使い捨て容器を使用するか、自動食器洗浄器の使用、または、洗剤での洗浄を実施
- ・ 食事の準備等を短時間で実施できるよう工夫

(ii) 排泄の介助等

- ・ おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、サージカルマスク、使い捨て袖付きエプロンを着用

(iii) 清潔・入浴の介助等

- ・ 介助が必要な者（訪問入浴介護を利用する者を含む）については、原則清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は、手袋とマスクを着用し、一般的な家庭用洗剤で洗濯し、完全に乾燥させる

(iv) 環境整備

- ・ 部屋の清掃を行う場合は、手袋を着用し、消毒用エタノールで清拭。または、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、湿式清掃し、乾燥。なお、次亜塩素酸ナトリウム液を含む消毒薬の噴霧については、吸引すると有害であり、効果が不確実であることから行わないこと。トイレのドアノブや取手等は、消毒用エタノールで清拭、または、次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%）で清拭後、水拭きし、乾燥

訪問介護職員等のための感染防止対策動画

- 訪問介護職員と訪問サービス利用者向けに、新型コロナウイルス感染症の対策を分かりやすくまとめた動画を作成し、厚生労働省のYouTubeに公表。

〈訪問介護職員向け〉『訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策』

- ① あなたが利用者宅にウイルスをもちこまないために（5月1日公開）
 ② あなたと利用者がウイルスをやりとりしないために（5月1日公開）
 ③ あなたがウイルスをもちださないために（5月1日公開）



- （動画の内容）
 こんなときどうする？
 ① 利用者宅に到着
 ② 玄関に入る
 ③ 手洗いを
 ④ 挨拶をする
 ⑤ 部屋の換気をする
 ⑥ 体温測定をする
 ⑦ 鼻がかゆくなった



- （動画の内容）
 こんなときどうする？
 ① 食事の準備をするとき
 ② 食事介助をするとき
 ③ 食事中にむせた時の対応
 ④ 口腔ケアをするとき
 ⑤ 排泄介助をするとき
 ⑥ 片付けをするとき



- （動画の内容）
 こんなときどうする？
 ① 記録をする
 ② エプロンを脱ぐ
 ③ 帰る前
 ④ 上着を着る
 ⑤ 水を飲みたくなったら・・・

〈訪問サービス利用者向け〉『訪問サービスを受ける方のためのそうだったのか！感染対策』

- あなたがウイルスをうけとらない、わたさないために（5月29日公開）



- （動画の内容）
 ○ウイルスはどこにいるの？
 ○こんなときどうする？
 ① いつ手を洗うの
 ② サービスを受けるまえ
 ③ サービスを受けるとき
 ④ 訪問してもらうのが怖いと思ったとき

こちらのQRコードから動画をご覧いただけます。



厚生労働省YouTubeアカウント
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloH2GHxCc

9

特別養護老人ホームのための感染防止対策動画

- 特別養護老人ホームの職員向けに、新型コロナウイルス感染症の対策を分かりやすくまとめた動画を作成し、厚生労働省のYouTubeに公表。

介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策

- ① 外からウイルスをもちこまないために（6月22日公開）
 ② 施設の中でウイルスを広めないために（1）（6月30日公開）
 ③ 施設の中でウイルスを広めないために（2）（6月30日公開）



- （動画の内容）
 こんなときどうする？
 ① 家を出るまで
 ② 通勤するとき
 ③ 職場に着いたとき
 ④ 休憩のとき
 ⑤ 職員共用設備を使うとき
 ⑥ 仕事が終わったら



- （動画の内容）
 こんなときどうする？
 ① 使い捨てエプロンをつけよう
 ② 環境を整えよう
 ③ 入所者のマスク着用はどうしたらいいの
 ④ もしも、有症状者がでたら



- （動画の内容）
 ケアのとくどうする？
 ① 食事の介助をするとき
 ② 口腔ケアをするとき
 ③ 入浴の介助をするとき
 ④ おむつの交換をするとき

送迎の時のそうだったのか！感染対策

- ウイルスをもらわない、わたさないために（6月30日公開）



- （動画の内容）
 ① ウイルスはどこにいるの
 ② ウイルスはどやうやって体に入るの
 ③ 送迎のとき
 ④ 事業所内では
 ⑤ ほかの施設と併設しているとき

（おまけ）作品を持ち帰る37もらうことに迷ったとき・・・

【総視聴回数】

約119万回
 （令和3年3月3日現在）

介護現場における感染対策の手引き等について

- 社会福祉施設等が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要。
- 今般、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場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）（令和2年10月1日付け）」等を作成。その後、新型コロナウイルス感染症に係る動向や令和3年度介護報酬改定事項等その他所要の見直しを行い、令和3年3月に第2版を改訂。
- 介護職員の方においては、日常のケアを行う上で必要な感染対策の知識や手技の習得のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用が可能。

こちらのリンクから
閲覧できます！

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatomete_13635.html

（第2版として令和3年3月9日時点の取りまとめ。今後、感染症の病状・検査・治療等の変化に応じて見直し予定）

介護現場における感染対策の手引き【第2版】



❖ 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

- ・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

「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

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



高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検について

- 全国各地において、新型コロナウイルスの感染者が増加傾向にあり、高齢者施設においては、引き続き新型コロナウイルスを施設に持ち込まない、広めないための対策の徹底が必要。
- このためには、普段からの健康管理が重要であり、施設関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定したシミュレーションを事前に行っておくことも有用。
- 高齢者施設に対し、「高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検実施要領」を送付し、各施設における自主点検を促進。

本点検は、各施設における自主的な取組を促すことを目的とし、各施設・職員の方々の新型コロナウイルス感染症対策に係る意識をさらに高めることにつながることを期待。

- 本点検結果を周知するに当たっては、あわせて、感染症発生シミュレーション可能な資料も送付。

自主点検実施状況
（自治体提出分）

各項目の実施割合（直接提出された12,366施設）

	総数
実施割合	67.6%
送付施設数	53,045
提出施設数	35,844

1) 感染症対応力向上						
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
手指消毒の励行、定期的な換気を行っている	職員の日々の健康管理を行っている	入所者の日々の健康管理を行っている	防護具の着脱方法の確認を行った	清掃など環境整備を行っている	主な職員が動画「そうだったのか！感染対策」等を視聴した	新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCoA)について職員に周知を行った
99.7%	99.5%	99.3%	75.5%	99.7%	68.8%	70.1%

2) 物資の確保		3) 関係者の連絡先の確認	4) 感染者発生時のシミュレーション			5) 情報共有	
⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮
在庫量と使用量・必要量を確認した	一定量の備蓄を行っている	感染対策に係る関係者の連絡先を確認している	個室管理、生活空間の区分けの検討を行った	勤務体制の変更、人員確保の検討を行った	検体採取場所の検討を行った	感染者発生時の対応方針について入所者、家族と共有している	感染者発生時の対応方針について協力医療機関と共有している
97.8%	93.3%	95.4%	86.0%	77.0%	59.8%	59.0%	70.2%

新型コロナウイルス感染症 感染者発生シミュレーション ～机上訓練シナリオ～

厚生労働省老健局

13

(令和3年3月9日版)

高齢者施設等における 新型コロナウイルス感染症に関する 事例集

知らないうちに、拡めちゃうから。



介護サービスにおける感染症対策力向上のための研修の実施

- 介護サービスの職員が標準的な予防策や感染発生時の備え等を理解し実践できるようeラーニングサイトを開設。
- 感染症の知識や技術に関する全職員向けにしたものと、体制づくりや職員への配慮などに関する管理者向けにわけ構築。
- あわせて、専門家の訪問による実地研修も組み合わせて実施。(年度内に300事業所を予定。令和3年度も継続予定。)

全職員向け

- (研修メニューの例) ※ チェックテストを組み合わせ実施
- ・生活を支えるための感染対策
 - ・標準予防策と感染経路別予防策
 - ・感染拡大予防のための職員の健康管理
 - ・感染予防策を踏まえた介護・看護ケア(平常時・感染症流行時)
 - ・感染発生時の対応(濃厚接触者・陽性者発生時を含む)



管理者向け

- (研修メニュー)
- ・生活を支えるための感染対策
 - ・感染対策マニュアルの見直しによる感染管理体制の改善
 - ・感染予防に取り組む職員のメンタルヘルス
 - ・感染発生時の対応(濃厚接触者・要請者発生時を含む)
 - ・実技・演習の取組



15

介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)ガイドラインについて

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

(令和2年12月11日作成。必要に応じ更新予定。)

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

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

❖ ポイント

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

❖ 主な内容

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



介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

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

❖ 主な内容

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



★介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)作成支援に関する研修動画をご覧いただけます。

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、緊急事態宣言下等であっても、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

【実地研修】

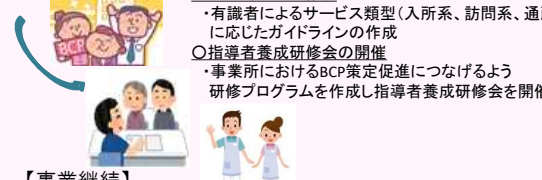


(3) 事業継続計画（BCP）の策定支援

【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

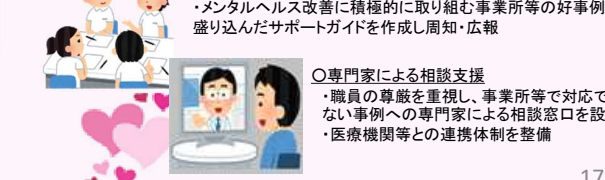


【事業継続】

(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



安全・安心介護



3 介護予防の取組の強化について

【第8期介護保険事業（支援）計画期間に向けた取組】

- 通いの場の取組を中心とした一般介護予防事業等については、令和元年12月に公表された「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめ」において、
 - ・ 通いの場の取組を始めとする一般介護予防事業は、住民主体を基本としつつ、効果的な専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取組にとどまらず多様な関係者や事業等と連携し、充実を図ることが必要
 - ・ また、こうした取組をより効果的・効率的に行うためには、PDCAサイクルに沿った推進が重要であり、市町村・都道府県・国がそれぞれの役割を最大限に果たすべきとされ、都道府県においては、関係団体等との連携体制の構築等の広域的な視点での市町村支援や、地域分析に基づく丁寧な市町村支援が求められている。健康づくり・介護予防に関する抜本的な強化が図られた保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金も活用いただき、介護予防の取組の更なる強化をお願いする。

- 厚生労働省では、第8期介護保険事業（支援）計画期間の開始に当たり、地域支援事業実施要綱の見直しや通いの場の類型化、各種マニュアル（介護予防マニュアル改訂、通いの場事例集、ボランティアポイントに関するガイドライン等）等の公表を3月末までに行い、来年度、介護予防の推進に資する各種研修会を開催する予定であるので、ご活用いただきたい。

- なお、詳細は追ってお示しする予定であるが、令和3年度に行う介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査（令和2年度実施分）から、上記検討会の報告書を踏まえ、通いの場の集計方法を見直す予定であり、ご協力をお願いする。

【保健事業と介護予防の一体的な推進】

- 令和2年4月から開始した高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指しており、都道府県の介護保険部局におかれても、後期高齢者医療広域連合との連携や市町村支援を引き続きお願いする。

【介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応】

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応としては、感染防止に配慮した介護予防・見守り等の取組の推進について、再徹底を依頼し、自治体等の取組事例をお示したところであり、これらも活用し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮しつつ、介護予防の推進に取り組んでいただきたい。

- 国においても、介護予防の取組に活用いただけるよう、WEB サイトの構築や、アプリの作成等を行っており、引き続きコンテンツの充実等を図っていく予定であり、地域の実情に応じ活用いただきたい。

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

【ポイント】

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

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等

＜通いの場などの介護予防の捉え方＞

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

（１）地域支援事業の他事業との連携方策や効果的な実施方策、在り方

＜連携の必要性が高い事業＞

地域支援事業の他の事業（※）との連携を進めていくことが重要。

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

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

＜現行制度の見直し＞

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

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

（２）専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策

１）通いの場等の一般介護予防事業への専門職の関与

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

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

２）地域リハビリテーション活動支援事業の在り方

事業の質の向上を図り更なる実施を促すため、都道府県と市町村が連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築。

研修等による人材育成等もあわせて実施。

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

（３）PDCAサイクルに沿った推進方策

１）PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価の在り方

アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせて評価。

今後国は指標を検討し、一般介護予防評価事業の見直し等を行うことが必要。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましい。

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

２）PDCAサイクルに沿った取組を推進するための方策

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

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

0

見直し・作成予定の主なガイドライン等

＜基本通知＞

- 地域支援事業実施要綱（以下、実施要綱）
- 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（以下、ガイドライン）

＜関連マニュアル等＞

○ 介護予防マニュアル

現行の介護予防マニュアル（平成24年3月改訂版）について、制度改正や最新のエビデンス等を踏まえ、より効果的な介護予防の実施を推進するための見直しを行い、令和2年度改訂版を作成。

※主に、サービスCを想定した「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能向上」等のマニュアルを最新のエビデンスを踏まえ充実

○ 地域リハビリテーション活動に関するマニュアル

地域リハビリテーション活動支援事業における都道府県と群市区等医師会との連携状況の実態把握と好事例の収集を行うとともに、行政と関係機関向けの活動マニュアルを作成。

○ ボランティアポイントに関するマニュアル

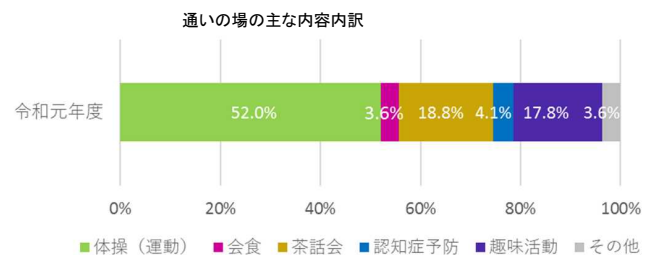
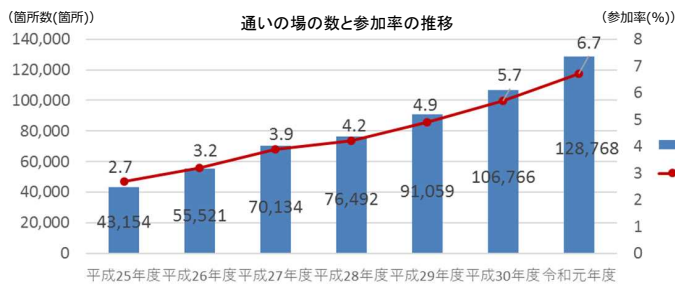
介護予防に資する取組への参加やボランティア活動等へのポイント付与の仕組みについて、導入や運用のためのマニュアルを作成。

○ 通いの場に関する事例集（類型化）

通いの場の取組について、高齢者がそれぞれの年齢層や性別、健康状態、関心などに応じて参加できるよう、先進的な事例等を参考に類型化した上で、具体的な取組が把握可能な事例集を作成。

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

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



（参考）事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

・ 地域介護予防活動支援事業
・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

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

（介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査）

「通いの場」の類型化について

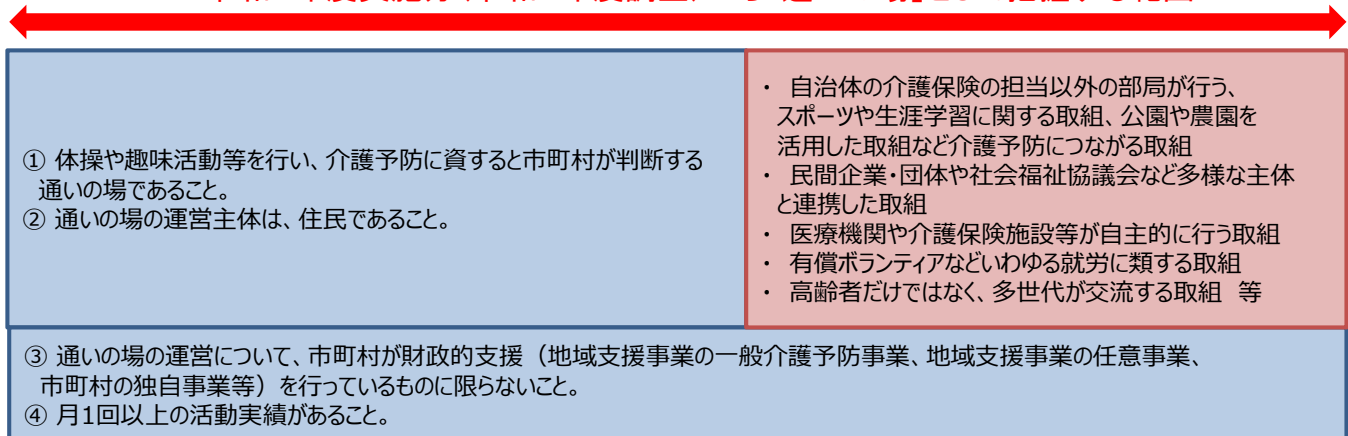
＜介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査＞

「介護予防に資する住民主体の通いの場」として、市町村が把握しているもののうち、次の条件に該当し、当該年度において活動実績があったものを集計

【介護予防に資する住民主体の通いの場】

- ① 体操や趣味活動等を行い、介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること。
- ② 通いの場の運営主体は、住民であること。
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援（地域支援事業の一般介護予防事業、地域支援事業の任意事業、市町村の独自事業等）を行っているものに限らないこと。
- ④ 月1回以上の活動実績があること。

令和2年度実施分（令和3年度調査）から「通いの場」として把握する範囲



現行

45

検討会を踏まえ明確化する範囲

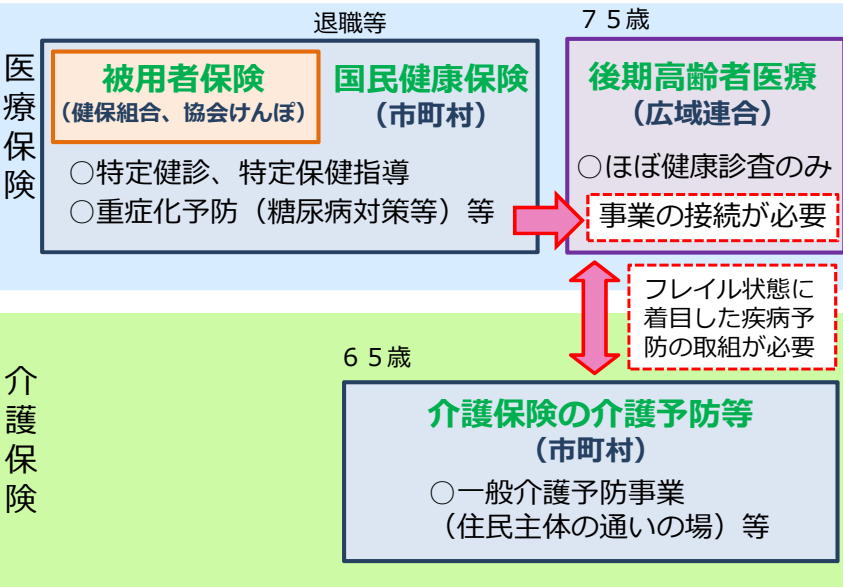
※認知症施策大綱等のKPIは、現行の範囲で評価

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

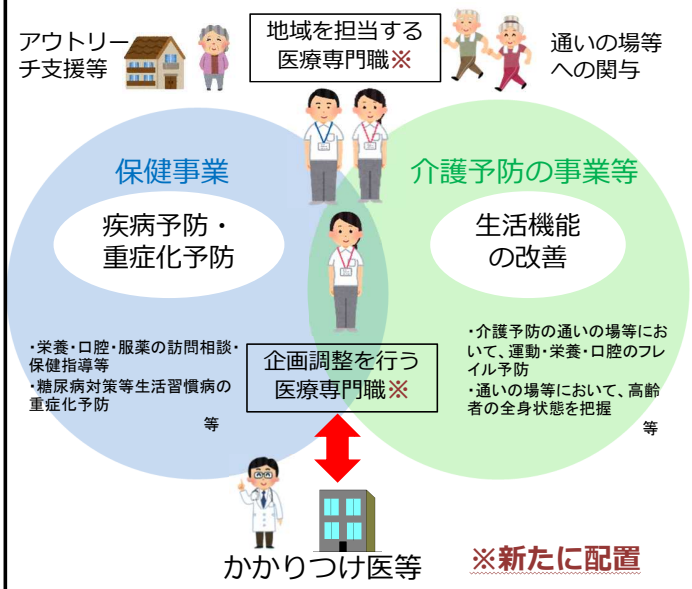
- ・ 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- ・ 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和2年度の実施計画申請済みの市町村は **361市町村**、全体の**約2割**（R3.2現在）。
- 令和3年度から開始予定の市町村は **494市町村**（高齢者医療課調べ）。
- 令和3年度中に、全体の**約5割**の市町村で実施される予定。
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（広報）

- 高齢者が居家で健康に過ごすための情報や、新型コロナウイルス感染症に配慮して通いの場の取組を実施するための留意事項などを整理した、特設WEBサイト（令和2年7月開設）の開設
 - ※ 今後、コンテンツの更なる充実や新聞とテレビを活用した広報を予定
- 都道府県や市町村へポスター・リーフレット・DVD（動画）を配布（令和2年12月）
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮した介護予防・見守り等の取組の推進するために、自治体等の取組事例を周知（令和3年1月）



主なコンテンツ

<感染予防や居家で健康に過ごすためのポイント>



<通いの場再開の留意点>



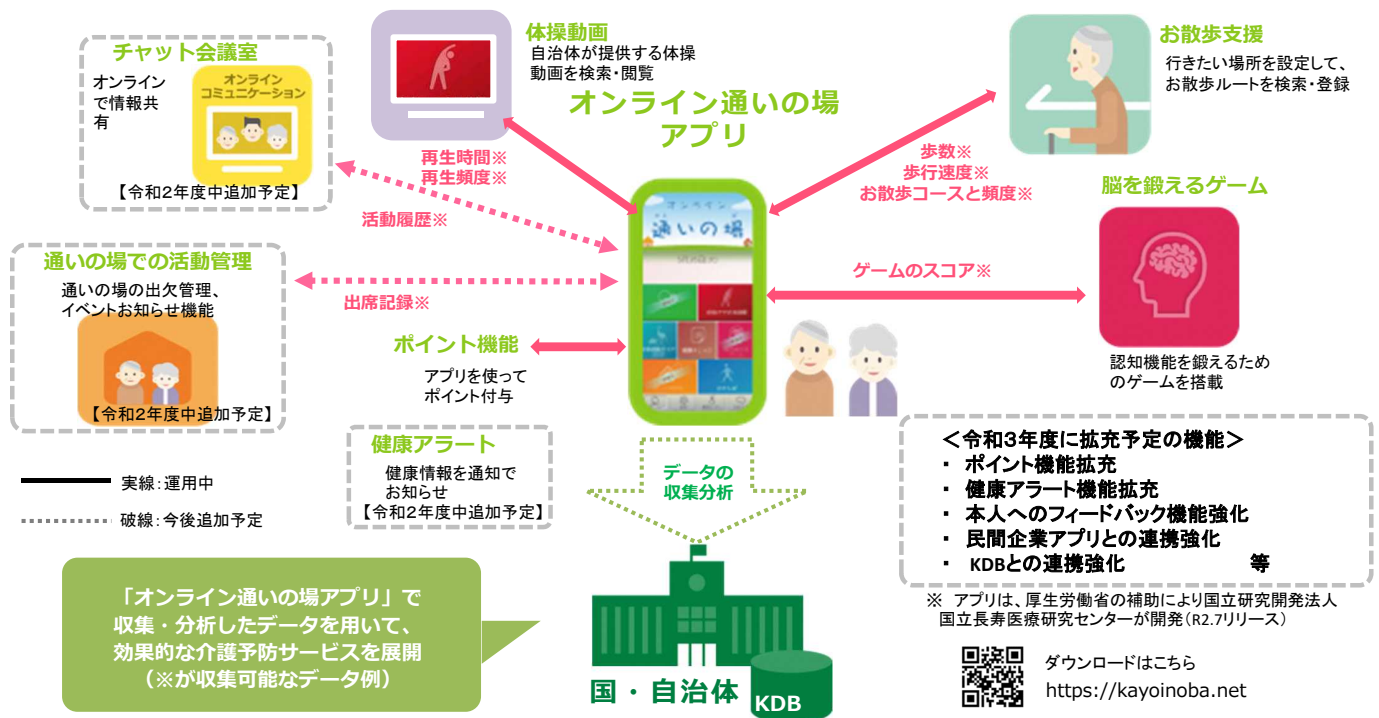
<ご当地体操マップ>



<動画・ポスター等>



- 「オンライン通いの場アプリ」を活用した、高齢者の健康維持や介護予防を推進。
- 現在、自治体の体操動画やお散歩支援、脳を鍛えるゲーム等を搭載しており、
 - ・ 今年度中に、オンラインコミュニケーションや通いの場の出欠管理等の機能を追加予定。
 - ・ 来年度以降、各種機能拡充や民間企業アプリ、KDBとの連携強化を行い、国・自治体においてデータを活用した効果的な介護予防サービスの展開が可能となる予定。



4. PDCA サイクルに沿ったリハビリテーション体制の構築について

【介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーションサービスについて】

- 令和2年4月に、「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」を設置し、第8期介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービスに関する役割や整備目標等の検討を行い、令和2年7月にとりまとめを行ったところ。
- 本取りまとめにおいては、介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標に資するよう、ストラクチャー指標・プロセス指標の設定を行ったところであり、これを踏まえ、
 - ・ 介護保険事業（支援）計画の策定の際、今回示すリハビリテーション指標を参考に具体的な取組と目標の設定を計画に記載する旨の事務連絡
 - ・ 本指標の提示にあたっては、現状の把握を含む本指標の具体的な活用方法を、わかりやすく示す手引きを令和2年8月24日に発出した。
- 第8期計画期間においては、本指標を活用し、PDCAサイクルに沿ったリハビリテーションサービスの提供体制の構築を進めていただきたい。

【介護予防分野における地域リハビリテーション体制について】

- 地域リハビリテーション活動支援事業については、都道府県と市町村が適切な役割分担・連携のもとに、取組を効果的に進めていくことが求められることから、「地域リハビリテーション推進のための指針」（平成18年3月31日老老発第0331006号厚生労働省老健局老人保健課長通知）を次のように改正したところであり、令和3年4月に施行予定である。
 - ・ 地域リハビリテーションが、地域包括ケアシステムの構築かつ市町村の一般介護予防事業の充実・強化のための取組であることを明記
 - ・ 都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターの業務を改めて整理
 - ・ 研修実施内容を近年の動向を踏まえた形に修正
- また、現在、令和2年度老人保健健康増進等事業を活用し、都道府県及び市町村における地域リハビリテーション体制等について実態把握を行うとともに、行政や関係機関向けの活動マニュアルの作成を進めており、4月に送付予定であるので、活用いただきたい。

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会

目的・検討事項

- 「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日）」（社会保障審議会介護保険部会）において、「リハビリテーションについて、どの地域でも適時適切に提供されるよう、介護保険事業（支援）計画での対応を含め更なる取組の充実が必要である」とされた。

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

<主な検討事項>

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

検討スケジュール

令和2年	4月23日	第1回検討会	開催
令和2年	5月20日	第2回検討会	開催
令和2年	6月18日	第3回検討会	開催
令和2年	6月29日	第4回検討会	開催
令和2年	7月14日	報告書公表	

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

○座長

1

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書概要（令和2年7月14日公表）

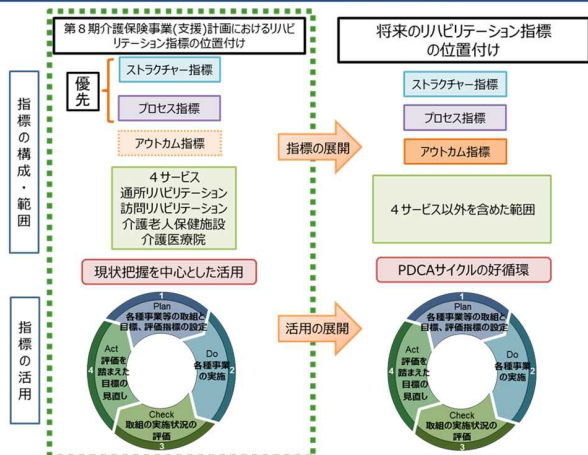
要介護者等に対するリハビリテーション提供体制について

（1）リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

- 要介護者は、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）による、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することが、リハビリテーションの全体像であることを確認した。
- このような中で、介護保険制度における生活期のリハビリテーションとしては、保険給付によるリハビリテーションを含め、訪問看護や機能訓練、地域リハビリテーション活動支援事業を含めて捉える考え方もあるが、主にリハビリテーションを提供するサービスが訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院であることから検討会における議論の範囲とした。

（2）リハビリテーション指標の考え方

要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会におけるリハビリテーション指標の位置付け



（3）リハビリテーション指標

ストラクチャー指標	サービス提供事業所数（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護DB】
	定員数（サービス種別）【介護サービス情報公表システム】
プロセス指標	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数（サービス種別）【介護サービス施設・事業所調査】
	サービス提供事業所数（短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院））【介護DB】
	利用率（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護保険事業状況報告】
	定員あたりの利用延人員数（通所リハビリテーション）【介護サービス施設・事業所調査】
	通所リハビリテーション（短時間（1時間以上2時間未満））の算定者数【介護DB】
	リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者数【介護DB】
	短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	個別リハビリテーション実施加算算定者数【介護DB】
	生活機能向上連携加算算定者数【介護DB】
	経口維持加算算定者数【介護DB】

- リハビリテーション指標は、本検討会において保険者及び都道府県が介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施するためのリハビリテーションサービス提供体制の指標とされた。
- リハビリテーション指標の考え方として各地域において、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院などの整備状況の現状把握からはじめ、要介護者等がリハビリテーションの必要に応じて利用可能な提供体制の構築を目指す。

- 本検討会におけるリハビリテーション指標は、まずは介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標に資するべく、ストラクチャー指標・プロセス指標に関するところから定めることとされた。
- ストラクチャー指標は、介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標。
- プロセス指標は、介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。
- ストラクチャー指標・プロセス指標は上記表の項目で合意を得られた。

2

介護保険事業(支援)計画における要介護者等に対する リハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き

<目次>

第1章：本手引きの位置付けと基本的な考え方

1. 本手引きの位置付け
2. 本手引きにおける介護保険の生活期リハビリテーション
3. 本手引きにおけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲
4. 本手引きで用いる用語の定義

第2章：要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に係る介護保険事業(支援)計画の作成プロセス

1. PDCAサイクルを活用した計画策定と進捗管理の意義
2. リハビリテーションサービス提供体制に係る事業計画の作成プロセス
3. 都道府県の医療政策担当あ者とのコミュニケーション、データ共有の重要性

第3章：介護保険事業(支援)計画の作成プロセスの例

1. 地域として目指す姿の明確化と課題・施策検討に向けた確認事項の例
2. リハビリテーションサービス指標について
 - (1) ストラクチャー指標・プロセス指標について
 - (2) アウトカム指標について

第4章：介護保険事業(支援)計画作成後の実践と進捗管理

1. 計画作成後の実践に向けた取組

参考資料：介護保険サービスにおける介護報酬上のリハビリテーションに関わる評価について

介護保険事業(支援)計画における
要介護者等に対するリハビリテーションサービス
提供体制の構築に関する手引き

令和2年8月
厚生労働省老健局老人保健課

地域リハビリテーション体制（イメージ）について

- 地域リハビリテーション推進のための指針における、都道府県における望ましい地域リハビリテーションのイメージは以下のとおり
- 都道府県は、協会の設置や支援センターの指定を行い、事業実施を推進することで、市町村の一般介護予防を中心とした地域支援事業の充実・強化を支援

都道府県

協議

都道府県リハビリテーション協議会（企画体制）

- ・リハビリテーション連携指針の作成
- ・リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議

参加団体例（都道府県医師会等の関係団体）

病院協会、病児協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会、等関係団体、介護支援専門員協会、保健所、市町村、郡市区等医師会、患者・家族の会代表やその他事業の推進に必要な者

指定

都道府県リハビリテーション支援センター(推進体制)

- ・地域リハビリテーションセンターにおける研修の企画
- ・リハビリテーション資源の把握
- ・行政や関係団体との連絡・調整

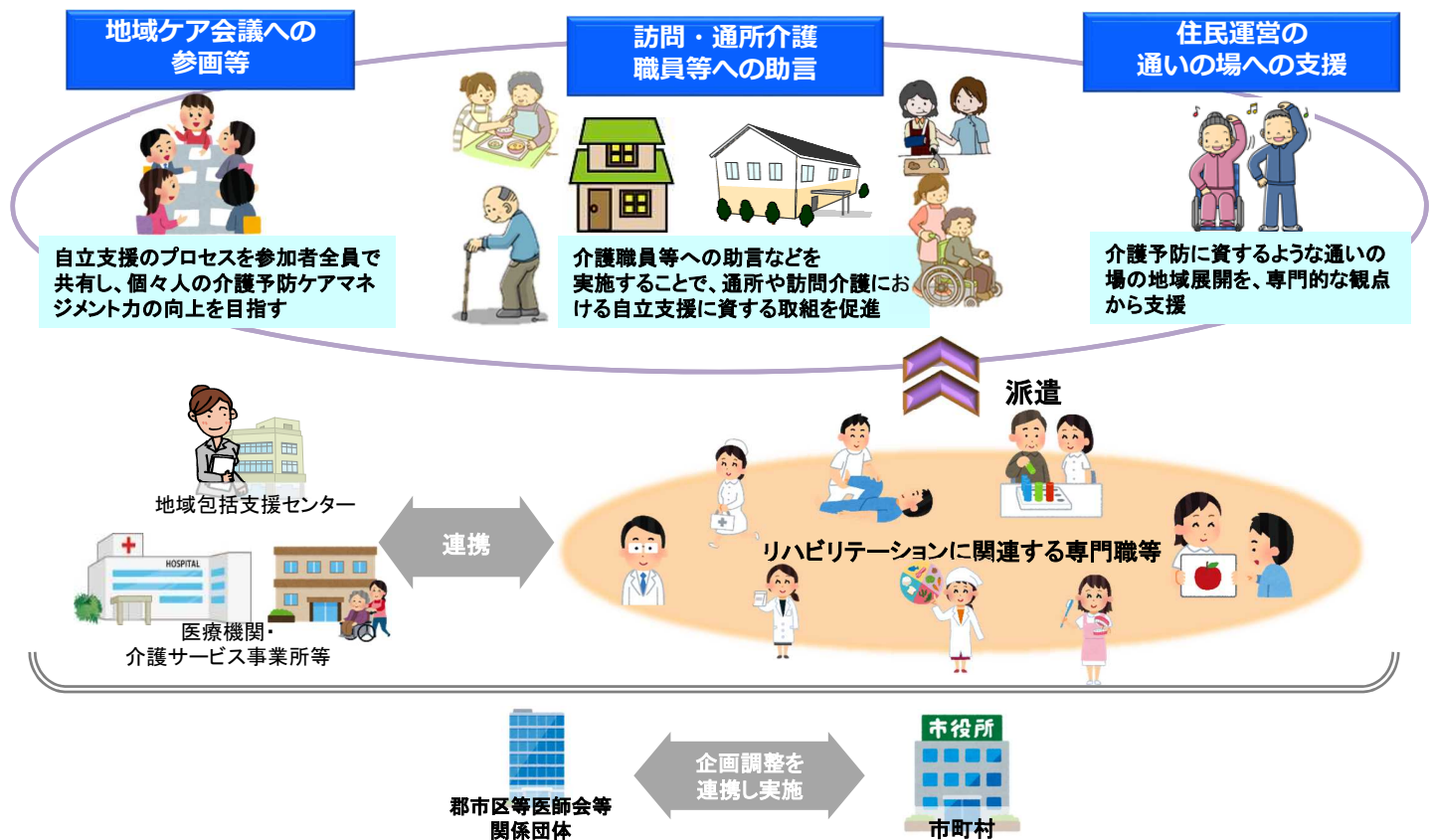
支援

地域リハビリテーション支援センター（市町村、二次医療圏等地域の実情に応じ設定）

- ・地域での相談支援（住民からの福祉用具や住宅改修等に関する専門的相談）
- ・研修の実施（リハビリテーション従事者、介護サービス事業所の職員、市町村職員向け等）
- ・通いの場や地域ケア会議等への派遣の調整

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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



<参考> 令和2年度老人保健健康増進等事業

「地域リハビリテーション体制の活動マニュアル等の作成事業」

地域リハビリテーションは、「地域リハビリテーション推進のための指針」に基づき、都道府県の体制整備を進めているところである。また、その具体的な活動のひとつとして、市町村が実施する地域リハビリテーション活動支援事業がある。

地域リハビリテーション体制の構築には、都道府県と市町村が連携をとる必要があり、さらに、都道府県医師会や郡市区等医師会等の関係団体および医療機関または介護保険施設等との協力体制を構築することが、地域リハビリテーションの推進に重要である。

本事業では以下を実施する。

- ・ 都道府県に対する地域リハビリテーション体制の整備状況についてアンケート、ヒアリング等の実態把握と好事例の収集
- ・ 市町村に対する、地域リハビリテーション活動支援事業における都道府県や郡市区等医師会との連携状況について、アンケート、ヒアリング等の実態把握と好事例の収集
- ・ 行政や関係機関向けの活動マニュアルの作成
- ・ 地域リハビリテーション推進のための研修会プログラムの作成

【採択団体：一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会】

5. 在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて

- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成 30 年度から全ての市町村で実施されており、約 6 割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。
一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。
- このような状況を踏まえ、第 8 期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実を図れるよう、以下の通り見直しを行う。

在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

- ① 現状規定する 8 つの事業について、PDCA サイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。
 - ― 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化
 - ― 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
 - ― 他の地域支援事業に基づく事業と連携し実施するよう明確化
 - ② 手引き等の中で、以下の内容を明確化する。
 - ― 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
 - ― 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
 - ③ PDCA サイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目を例示する。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。
- これらの見直しを反映した改正省令については、令和 2 年 10 月 22 日に公布しており、令和 3 年 4 月 1 日に施行される予定である。また、事業の円滑な実施のための「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」については、令和 2 年 9 月に発出を行ったところである。
 - 令和 3 年度については、本事業の更なる推進・充実を図るため、引き続き、自治体職員等を対象とした研修会の開催や市町村を支援する都道府県を対象に、都道府県が抱えている課題やデータの利活用方法等、個別に助言・指導を実施することで、効果的な市町村支援が行えるよう取り組む予定である。

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

● 総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、(ウ) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があつたため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築 (看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿

Plan
計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要



Do
実行

対応策の実施

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
 - 関係者の連携を支援する相談会の開催
- 地域住民への普及啓発
 - 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
 - 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

○ 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

○ 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

○ 上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業等との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援

- 分析に必要なデータの分析・活用の支援
- 他市町村の取組事例の横展開
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成

○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 都道府県の医療及び福祉の両部署の連携
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援

53

○ 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

6. 要介護認定の見直しについて

- 来年度からの要介護認定制度等に関連する見直し事項等は以下のとおりであり、適切な対応をお願いしたい。

【要介護（要支援を含む。）認定有効期間の延長について】

- ・ 要介護認定有効期間について、令和3年4月から、介護保険法施行規則を改正し、認定審査会が判定した被保険者の要介護状態区分が、当該被保険者が現に受けている要介護認定に係る要介護状態区分と同一である場合等において、要介護更新認定における有効期間の上限を48か月間とする予定である。

【認定調査票（概況調査）の改正について】

- ・ 申請者の状況の的確な把握や記載の簡素化の観点から、認定調査票（概況調査）の様式改正を行い、令和3年4月から施行する予定である。

【主治医意見書様式の改正等について】

- ・ 「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）における「（認定調査について）ICTや介護関連のデータの活用を検討することも重要」等との指摘を踏まえ、記載の簡素化及び主治医意見書データの利活用の観点から、主治医意見書の様式改正を行い、令和3年4月から施行する予定である。
- ・ これに伴い、年度内に、「主治医意見書記入の手引き」の改正を予定しているのでご留意いただきたい。
- ・ あわせて、既に認定ソフトに入力することとしている項目以外の選択肢項目についても、今般の「認定ソフト2018」のバージョンアップにより、入力可能としている（入力は任意）。

【医療被保険者番号等の要介護認定申請書等への記入について】

- ・ これまでの累次の法改正により、
 - ① 令和2年10月より医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、
 - ② これらのDBの医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報の安全性を担保しつつ提供することができることとされたところ。
- ・ これを受け、介護データにおいて、介護保険法施行規則を改正し、医療被保険者番号等を、要介護認定等申請時に記入を求めることで取得することとした。なお、住民基本台帳やマイナンバー連携等により確認が可能である場合は、申請者に改めて記載を求める必要はないため、運用にあたっては留意いただきたい。
- ・ 施行日については、令和2年改正法の公布の日（令和2年6月12日）から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日より施行することとして

いることから、追って詳細をお示しする。

【認定ソフト 2018 のバージョンアップについて】

- ・ 事務連絡等でお示ししているとおり、介護保険制度改正等に対応した「認定ソフト 2021」について今月末を目処にリリースする予定である。
- ・ また、「認定ソフト 2021 (SP1)」は、令和 3 年 7 月目処にリリース予定であるので、ご留意いただくとともに、円滑なシステム導入、制度運用に向けご協力をお願いしたい。

【基本チェックリスト情報の活用について】

- ・ 「認定ソフト 2021」では、新たに基本チェックリスト情報の出入力機能を設ける予定である。

基本チェックリスト情報の入力はい任意であるが、令和 2 年改正法において、市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務が規定されたこと等も踏まえ、今後当該情報が市町村等において地域包括ケア「見える化」システム等を参照することにより利活用できるよう、仕組みを整備していく予定である。

【介護保険事業費補助金（介護関連データ利活用に係る基盤構築事業分）の活用について】

- ・ 介護事務システムにおいて要介護認定事務を行う市町村におかれては、「【認定ソフト 2018 のバージョンアップについて】」においてバージョンアップする内容のうち、令和 3 年度については、基本チェックリスト情報、主治医意見書情報、認定調査票情報のほか医療被保険者番号等にかかるシステム改修費について補助を行う予定であるので、活用されたい。

【要介護認定の適切な実施について】

- ・ 要介護認定における認定調査や二次判定の具体的な方法や考え方は、認定調査の手引きや介護認定審査会の運営要綱により示している。
- ・ 要介護認定は、被保険者本人の心身の状態や介護の手間を丁寧に把握した上で、介護サービスの必要度を判定する重要なプロセスであり、全国一律の基準に基づき実施される必要がある。当然ながら、保険者機能強化推進交付金における評価を考慮し、要介護認定が行われることは不適切である。
- ・ 各市町村においては、認定調査や二次判定の適切な実施について改めて徹底いただきたい。また、厚生労働省では、要介護認定適正化事業において市町村の介護認定審査会を訪問して助言を行う取組をしているので、適正化に向けて活用いただきたい。

【要介護認定に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応】

- ・ 要介護認定における新型コロナウイルス感染症への対応については、
 - ① 更新申請の場合に、新型コロナウイルス感染症の影響により面会が困難な場合において、要介護認定及び要支援認定の有効期間を、従来の期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることや、

- ② 新規申請の場合に、申請者が認定調査員の訪問を懸念する場合は、認定調査等が利用者の状態に応じた必要な介護保険サービスを受けるために必要なものであることを十分に説明すること。その上でなお懸念を示す場合は、必要に応じ暫定ケアプランの活用が可能であること 等

について事務連絡によりお示しをしてきたところ。

事務連絡も参考にしつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮の上、要介護認定を適切に行っていただくようお願いしたい。

改正後

改正前

(要介護認定の申請等)

第三十五条 法第二十七条第一項の規定により要介護認定（法第十九条第一項に規定する要介護認定をいう。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならぬ。ただし、当該被保険者が、第二十六条第一項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することを要しない。

一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第十二条第一項に規定する医療保険被保険者番号等をいう。以下同じ。）（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によつて確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。）

二 四（略）
三 六（略）

第三十七条 法第二十七条第四項の厚生労働省令で定める事項は、第三十五条第一項第一号及び第二号に掲げる事項（個人番号及び医療保険被保険者番号等を除く。）並びに同項の申請に係る被保険者が第二号被保険者である場合にあってはその旨とする。

(要介護更新認定の申請等)

第四十条 法第二十八条第二項の規定により要介護更新認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。

一 当該申請に係る被保険者の氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によつて確認することができる）
二 四（略）
三 五（略）

第四十一条（略）

2 第三十八条の規定は、法第二十八条第十項において同条第一項の規定を準用する場合について準用する。この場合において、第三十八条第一項第二号中「六月間」とあるのは、「十二月間」と、「十二月間」とあるのは、「三十六月間」（要介護更新認定に係る要介護状態区分が現に受けている要介護認定に係る要介護状態区分（当該被保険者が法第二十八条第三項の規定により申請を行う場合にあつては当該被保険者が当該申請の直前に受けていた要介護認定に係る要介護状態区分）と同一である場合にあっては、四月八日間）」と読み替へるものとする。

(要介護状態区分の変更の認定の申請等)

第四十二条 法第二十九条第一項の規定により要介護状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。

一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によつて確認することができる）
二 五（略）
三 四（略）

(要支援認定の申請等)

(要介護認定の申請等)

第三十五条 法第二十七条第一項の規定により要介護認定（法第十九条第一項に規定する要介護認定をいう。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。ただし、当該被保険者が、第二十六条第一項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することを要しない。

一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号
二 四（略）
三 六（略）

第三十七条 法第二十七条第四項の厚生労働省令で定める事項は、第三十五条第一項第一号及び第二号に掲げる事項（個人番号を除く。）並びに同項の申請に係る被保険者が第二号被保険者である場合にあってはその旨とする。

(要介護更新認定の申請等)

第四十条 法第二十八条第二項の規定により要介護更新認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。

一 当該申請に係る被保険者の氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号
二 四（略）
三 五（略）

第四十一条（略）

2 第三十八条の規定は、法第二十八条第十項において同条第一項の規定を準用する場合について準用する。この場合において、第三十八条第一項第二号中「六月間」とあるのは、「十二月間」と、「十二月間」とあるのは、「三十六月間」と読み替へるものとする。

(要介護状態区分の変更の認定の申請等)

第四十二条 法第二十九条第一項の規定により要介護状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をなければならない。

一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号
二 五（略）
三 四（略）

(要支援認定の申請等)

第四十九条 法第三十一条の規定により要支援認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。ただし、当該被保険者が、被保険者証未交付第二号被保険者であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することを要しない。 一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によって確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。） 二・三 （略） 二・六 （略）	第五十一条 法第三十二条第三項の厚生労働省令で定める事項は、第四十九条 法第三十一条に掲げる事項（個人番号を除く。）及び同項の申請に係る被保険者が第二号被保険者である場合にあってはその旨とする。 （要支援更新認定の申請等） 第五十四条 法第三十三条第二項の規定により要支援更新認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号 二・四 （略） 二・六 （略） 第五十五条 （略） 第五十二条の規定は、法第三十三条第六項において同条第一項
第五十一条 法第三十二条第三項の厚生労働省令で定める事項は、第四十九条 法第三十一条に掲げる事項（個人番号及び医療保険被保険者番号等を除く。）及び同項の申請に係る被保険者が第二号被保険者である場合にあってはその旨とする。 （要支援更新認定の申請等） 第五十四条 法第三十三条第二項の規定により要支援更新認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によって確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。） 二・四 （略） 二・六 （略） 第五十五条 （略） 第五十二条の規定は、法第三十三条第六項において同条第一項	第五十一条 法第三十二条第三項の厚生労働省令で定める事項は、第四十九条 法第三十一条に掲げる事項（個人番号を除く。）及び同項の申請に係る被保険者が第二号被保険者である場合にあってはその旨とする。 （要支援更新認定の申請等） 第五十四条 法第三十三条第二項の規定により要支援更新認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号 二・四 （略） 二・六 （略） 第五十五条 （略） 第五十二条の規定は、法第三十三条第六項において同条第一項
の規定を準用する場合について準用する。この場合において、第五十二条第一項第二号中「六月間」とあるのは「十二月間」と、「十二月間」とあるのは「三十六月間」（要支援更新認定に係る要支援状態区分が現在受けている要支援認定に係る要支援状態区分（当該被保険者が法第三十三条第三項の規定により申請を行っている場合にあつては、当該被保険者が当該申請の直前に受けていた要支援認定に係る要支援状態区分）と同一である場合にあっては、四十八月間）と読み替えるものとする。 （要支援状態区分の変更の認定の申請等） 第五十五条の二 法第三十三条の二第二項の規定により要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によって確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。） 二・五 （略） 二・六 （略）	の規定を準用する場合について準用する。この場合において、第五十二条第一項第二号中「六月間」とあるのは「十二月間」と、「十二月間」とあるのは「三十六月間」と読み替えるものとする。 （要支援状態区分の変更の認定の申請等） 第五十五条の二 法第三十三条の二第二項の規定により要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号 二・五 （略） 二・六 （略）
（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請） 第五十九条 法第三十七条第一項の規定による指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更を同条第二項の規定により受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（市町村において、医療保険被保険者番号等を公簿等によって確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。）	（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請） 第五十九条 法第三十七条第一項の規定による指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更を同条第二項の規定により受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。 一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号

番号等を除く。）	
二六（略）	
2（略）	
3（略）	
4（略）	
5（略）	
6（略）	
7（略）	
8（略）	
9（略）	
10（略）	
11（略）	
12（略）	
13（略）	
14（略）	
15（略）	
16（略）	
17（略）	
18（略）	
19（略）	
20（略）	
21（略）	
22（略）	
23（略）	
24（略）	
25（略）	
26（略）	
27（略）	
28（略）	
29（略）	
30（略）	
31（略）	
32（略）	
33（略）	
34（略）	
35（略）	
36（略）	
37（略）	
38（略）	
39（略）	
40（略）	
41（略）	
42（略）	
43（略）	
44（略）	
45（略）	
46（略）	
47（略）	
48（略）	
49（略）	
50（略）	
51（略）	
52（略）	
53（略）	
54（略）	
55（略）	
56（略）	
57（略）	
58（略）	
59（略）	
60（略）	
61（略）	
62（略）	
63（略）	
64（略）	
65（略）	
66（略）	
67（略）	
68（略）	
69（略）	
70（略）	
71（略）	
72（略）	
73（略）	
74（略）	
75（略）	
76（略）	
77（略）	
78（略）	
79（略）	
80（略）	
81（略）	
82（略）	
83（略）	
84（略）	
85（略）	
86（略）	
87（略）	
88（略）	
89（略）	
90（略）	
91（略）	
92（略）	
93（略）	
94（略）	
95（略）	
96（略）	
97（略）	
98（略）	
99（略）	
100（略）	

改正後		改正前	
（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請）		（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請）	
第五十九条 法第三十七条第一項の規定による指定に係る居室サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の指定の変更を同条第二項の規定により受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。		第五十九条 法第三十七条第一項の規定による指定に係る居室サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の指定の変更を同条第二項の規定により受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書に被保険者証を添付して、市町村に申請をしなければならない。	
一 氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び医療保険被保険者番号等（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に關する法律（平成元年法律第六十四号）第十二条第一項に規定する医療保険被保険者番号等をいう。以下同じ。）（市町村において、医療保険被保険者番号等を公衆等によって確認することができるときは、医療保険被保険者番号等を除く。）		一 氏名、性別、生年月日、住所及び個人番号	
二六（略）		二六（略）	
2（略）		2（略）	
3（略）		3（略）	
4（略）		4（略）	
5（略）		5（略）	
6（略）		6（略）	
7（略）		7（略）	
8（略）		8（略）	
9（略）		9（略）	
10（略）		10（略）	
11（略）		11（略）	
12（略）		12（略）	
13（略）		13（略）	
14（略）		14（略）	
15（略）		15（略）	
16（略）		16（略）	
17（略）		17（略）	
18（略）		18（略）	
19（略）		19（略）	
20（略）		20（略）	
21（略）		21（略）	
22（略）		22（略）	
23（略）		23（略）	
24（略）		24（略）	
25（略）		25（略）	
26（略）		26（略）	
27（略）		27（略）	
28（略）		28（略）	
29（略）		29（略）	
30（略）		30（略）	
31（略）		31（略）	
32（略）		32（略）	
33（略）		33（略）	
34（略）		34（略）	
35（略）		35（略）	
36（略）		36（略）	
37（略）		37（略）	
38（略）		38（略）	
39（略）		39（略）	
40（略）		40（略）	
41（略）		41（略）	
42（略）		42（略）	
43（略）		43（略）	
44（略）		44（略）	
45（略）		45（略）	
46（略）		46（略）	
47（略）		47（略）	
48（略）		48（略）	
49（略）		49（略）	
50（略）		50（略）	
51（略）		51（略）	
52（略）		52（略）	
53（略）		53（略）	
54（略）		54（略）	
55（略）		55（略）	
56（略）		56（略）	
57（略）		57（略）	
58（略）		58（略）	
59（略）		59（略）	
60（略）		60（略）	
61（略）		61（略）	
62（略）		62（略）	
63（略）		63（略）	
64（略）		64（略）	
65（略）		65（略）	
66（略）		66（略）	
67（略）		67（略）	
68（略）		68（略）	
69（略）		69（略）	
70（略）		70（略）	
71（略）		71（略）	
72（略）		72（略）	
73（略）		73（略）	
74（略）		74（略）	
75（略）		75（略）	
76（略）		76（略）	
77（略）		77（略）	
78（略）		78（略）	
79（略）		79（略）	
80（略）		80（略）	
81（略）		81（略）	
82（略）		82（略）	
83（略）		83（略）	
84（略）		84（略）	
85（略）		85（略）	
86（略）		86（略）	
87（略）		87（略）	
88（略）		88（略）	
89（略）		89（略）	
90（略）		90（略）	
91（略）		91（略）	
92（略）		92（略）	
93（略）		93（略）	
94（略）		94（略）	
95（略）		95（略）	
96（略）		96（略）	
97（略）		97（略）	
98（略）		98（略）	
99（略）		99（略）	
100（略）		100（略）	

附則

（施行期日）

第一条 この省令は、令和三年四月一日から施行する。ただし、第二条の規定（介護保険法施行規則第四十一条、第五十五条、第三百三十一条の三の二、第四百四十条の四十、第四百四十条の六十二の十七、第四百四十条の六十二の十八、第四百四十条の六十三及び第四百四十条の七十二の五の改正規定を除く。）及び第三条の規定は、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（令和二年法律第五十二号）附則第一条第二号の政令で定める日から施行する。

現行

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

Ⅰ 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな			
記入者氏名	所 属 機 関		

Ⅱ 調査対象者

過去の認定 (前回認定 年 月 日)	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名	干 -	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	干 -	電 話	- -
家族等 連絡先	干 -	電 話	- -
氏名（ ） 調査対象者との関係			

Ⅲ 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在 宅 利 用 （ 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。介護予防福祉用具貸与は調査日時時点、特定介護予防福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 ）			
☐ 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	☐ 介護予防福祉用具貸与	品目
☐ 介護予防訪問入浴介護	月 回	☐ 特定介護予防福祉用具販売	品目
☐ 介護予防訪問看護	月 回	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ 介護予防訪問リハビリテーション	月 回	☐ 夜間対応型訪問介護	月 日
☐ 介護予防居宅療養管理指導	月 回	☐ 介護予防認知症対応型通所介護	月 日
☐ 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護	月 日
☐ 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	☐ 介護予防認知症対応型共同生活介護	月 日
☐ 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
☐ 介護予防短期入所療養介護(療養ホーム)	月 日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
☐ 介護予防特定施設入居者生活介護	月 日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
☐ 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
☐ 市町村特別給付〔 〕			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス〔 〕			

施設利用

施設名	施設連絡先
☐ 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	
☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	
☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
☐ 医療機関(医療保険適用療養病床)	
☐ 医療機関(療養病床以外)	
☐ その他の施設	
郵便番号	〒
施設住所	
電 話	- -

Ⅳ 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--

改正後(案)

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

Ⅰ 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな			
記入者氏名	所 属 機 関		

Ⅱ 調査対象者

過去の認定 (前回認定 年 月 日)	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名	干 -	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	干 -	電 話	- -
家族等 連絡先	干 -	電 話	- -
氏名（ ） 調査対象者との関係			

Ⅲ 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在 宅 利 用 （ 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。介護予防福祉用具貸与は調査日時時点、特定介護予防福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 ）			
☐ 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	☐ 介護予防福祉用具貸与	品目
☐ 介護予防訪問入浴介護	月 回	☐ 特定介護予防福祉用具販売	品目
☐ 介護予防訪問看護	月 回	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ 介護予防訪問リハビリテーション	月 回	☐ 夜間対応型訪問介護	月 日
☐ 介護予防居宅療養管理指導	月 回	☐ 介護予防認知症対応型通所介護	月 日
☐ 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護	月 日
☐ 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	☐ 介護予防認知症対応型共同生活介護	月 日
☐ 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
☐ 介護予防短期入所療養介護(療養ホーム)	月 日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
☐ 介護予防特定施設入居者生活介護	月 日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
☐ 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
☐ 市町村特別給付〔 〕			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス〔 〕			

施設等利用

☐ 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	☐ 特定施設入居者生活介護適用施設
☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	☐ 医療機関(医療保険適用療養病床)	☐ 医療機関(療養病床以外)	☐ 介護老人ホーム ^{※1}	☐ 経費老人ホーム ^{※1}
☐ 有料老人ホーム ^{※2}	☐ サービス付き高齢者向け住宅 ^{※2}	☐ その他の施設等		
施設等連絡先				
施設等名				
郵便番号	-	電 話	-	-
住 所				

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

Ⅳ 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 □独居 □同居(夫婦のみ) □同居(その他)
(家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

主治医意見書様式改正案 新旧

現行

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	（ふりがな）	男・女	干 -
明・大・昭	年 月 日生（ 歳 ）	連絡先	（ ）
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名			
医療機関名	電 話 （ ）		
医療機関所在地	FAX （ ）		
(1) 最終診察日	令和 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他（ ）		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
1. _____	
2. _____	
3. _____	
(2) 症状としての安定性	☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	

2. 特別な医療（過去14日間に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
特別な対応	☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
失禁への対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐ 褥瘡の処置
カテーテル	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）
3. 心身の状態に関する意見	
(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない	
(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）（該当する項目全てでチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ☐ 無 ☐ 有 → ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他（ ）	
(4) その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有（症状名： _____ 専門医受診の有無 ☐ 有（ ） ☐ 無）	

改正後(案)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	（ふりがな）	男・女	干 -
明・大・昭	年 月 日生（ 歳 ）	連絡先	（ ）
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名			
医療機関名	電 話 （ ）		
医療機関所在地	FAX （ ）		
(1) 最終診察日	令和 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他（ ）		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
1. _____	
2. _____	
3. _____	
(2) 症状としての安定性	☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	

2. 特別な医療（過去14日間に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
特別な対応	☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
失禁への対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐ 褥瘡の処置
カテーテル	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）
3. 心身の状態に関する意見	
(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない	
(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）（該当する項目全てでチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む） ☐ 無 ☐ 有 → ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他（ ）	
(4) その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有 → 症状名： _____ 専門医受診の有無 ☐ 有（ ） ☐ 無）	

現行

改正後(案)

(5) 身体の状態
 利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
 □四肢欠損 (部位:)
 □麻痺 (部位:)
 □右腕 (程度: □軽 □中 □重) □左腕 (程度: □軽 □中 □重)
 □右足 (程度: □軽 □中 □重) □左足 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
 □褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □不良
 → 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
 □尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()
 → 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 □期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 □訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導
 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導
 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()
 ・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()
 ・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 □無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項
 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

(5) 身体の状態
 利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
 □四肢欠損 (部位:)
 □麻痺 (部位:)
 □右腕 (程度: □軽 □中 □重) □左腕 (程度: □軽 □中 □重)
 □右足 (程度: □軽 □中 □重) □左足 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
 □褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
 □その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □不良
 → 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
 □尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()
 → 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 □期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 □訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導
 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導
 □通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス()
 □特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)
 □血圧 () □摂食 () □嚥下 ()
 □移動 () □運動 () □その他 ()
 □特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 □無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項
 介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書の写しを添付して頂いても結構です。)

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

令和元年5月15日成立

改正の趣旨

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

改正の概要

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

3. NDB、介護DBの連結解析等

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。

《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

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

1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

(1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

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

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

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

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

(2) 情報の適切な利用の確保

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

(3) 手数料、事務委託

- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。

※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。

- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

2. DPCデータベース【健康保険法】

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

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(令和2年法律第52号)の概要

改正の趣旨

(令和2年6月5日成立)

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

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

改正の概要

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

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

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

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

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

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

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

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

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

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

施行期日

61

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

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

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

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

介護分野のデータ活用の環境整備

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

介護関連データ

要介護認定情報・
介護レセプト等情報

今回収集規定を整備

通所・訪問リハビリ情報
(VISIT情報)

高齢者の状態やケアの内容等情報
(CHASE情報)

地域支援事業情報
(基本チェックリスト情報等)

医療・介護分野のデータの名寄せ・連結精度の向上等

○ 現行のNDB等の医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。

○ 併せて、正確な連結の基盤となるオンライン資格確認を普及させる観点から、社会保険診療報酬支払基金の業務に、当分の間、医療機関等の申込みに応じ、オンライン資格確認に必要な物品(オンライン資格確認システムに対応した顔認証付きカードリーダー)を調達・提供する業務を追加する。

(※)令和3年3月からオンライン資格確認を導入する予定。

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

10

要介護認定等申請書改正案 新旧

(変更点はマーカー部)

現行

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定		申請書	
〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日					
被 保 険 者	被保険者番号	個人番号			
	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年	月 日
	氏名	性 別	男	女	
	住 所	〒			
	電話番号				
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 ※14日以内に転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ (既に認定結果通知を受けている場合は「はい」を選択してください)			
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入居、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
提出代行 者	名 称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)			
	住 所	〒			
	電話番号				
主治医	主治医の氏名	医療機関名			
	所 在 地	〒		電話番号	
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入					
	医療保険者名	医療保険被保険者証		記号番号	
	特定疾病名				
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。					
本人氏名					

改正後(案)

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定		申請書	
〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日					
被 保 険 者	介護保険被保険者番号	個人番号			
	医療保険者名	被保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年	月 日
	氏名	性 別	男	女	
	住 所	〒			
	電話番号				
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 ※14日以内に転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ (既に認定結果通知を受けている場合は「はい」を選択してください)			
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入居、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		
提出代行 者	名 称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)			
	住 所	〒			
	電話番号				
主治医	主治医の氏名	医療機関名			
	所 在 地	〒		電話番号	
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入					
	特定疾病名				
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。					
本人氏名					

(変更点はマーカー部)

現行		改正後(案)																																																																																																																					
介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書 〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日 <table><tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭 年 月 日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td>前回の要介護認定の結果等</td><td>要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td>要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>有効期限</td><td colspan="2">平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日</td></tr></table> 変更申請の理由 <table><tr><td>過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無</td><td>介護保険施設の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">有・無</td><td>介護保険施設の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr><tr><td>医療機関等の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr></table> 提出代行 <table><tr><td>名称</td><td colspan="3">該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td rowspan="2">主治医</td><td>主治医の氏名</td><td></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 <table><tr><td>医療保険者名</td><td>医療保険被保険者証記号番号</td></tr><tr><td>特定疾病名</td><td></td></tr></table> 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名		被保険者	被保険者番号		個人番号		フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	氏名		性別	男・女	住所	〒 電話番号			前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日		過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	名称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)			住所	〒 電話番号			主治医	主治医の氏名		医療機関名		所在地	〒 電話番号			医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	特定疾病名		介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書 〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日 <table><tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>介護保険被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td>保険者名</td><td></td><td>保険者番号</td><td></td></tr><tr><td>被保険者証</td><td>記号</td><td>番号</td><td>枝番</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭 年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">氏名</td><td></td><td>性別</td><td colspan="2">男・女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td>前回の要介護認定の結果等</td><td>要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td>要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>有効期限</td><td colspan="2">平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日</td></tr></table> 変更申請の理由 <table><tr><td>過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無</td><td>介護保険施設の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">有・無</td><td>介護保険施設の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr><tr><td>医療機関等の名称等・所在地</td><td>期間</td><td>年 月 日～年 月 日</td></tr></table> 提出代行 <table><tr><td>名称</td><td colspan="3">該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td rowspan="2">主治医</td><td>主治医の氏名</td><td></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 <table><tr><td>特定疾病名</td></tr></table> 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名		被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		保険者名		保険者番号		被保険者証	記号	番号	枝番	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	氏名		性別	男・女		住所	〒 電話番号			前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日		過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	名称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)			住所	〒 電話番号			主治医	主治医の氏名		医療機関名		所在地	〒 電話番号			特定疾病名
被保険者	被保険者番号			個人番号																																																																																																																			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日																																																																																																																		
	氏名			性別	男・女																																																																																																																		
	住所	〒 電話番号																																																																																																																					
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2																																																																																																																					
有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																																																																																																																						
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
名称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)																																																																																																																						
住所	〒 電話番号																																																																																																																						
主治医	主治医の氏名		医療機関名																																																																																																																				
	所在地	〒 電話番号																																																																																																																					
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号																																																																																																																						
特定疾病名																																																																																																																							
被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号																																																																																																																				
	保険者名		保険者番号																																																																																																																				
	被保険者証	記号	番号	枝番																																																																																																																			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日																																																																																																																			
氏名		性別	男・女																																																																																																																				
	住所	〒 電話番号																																																																																																																					
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2																																																																																																																					
有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																																																																																																																						
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日																																																																																																																				
名称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)																																																																																																																						
住所	〒 電話番号																																																																																																																						
主治医	主治医の氏名		医療機関名																																																																																																																				
	所在地	〒 電話番号																																																																																																																					
特定疾病名																																																																																																																							

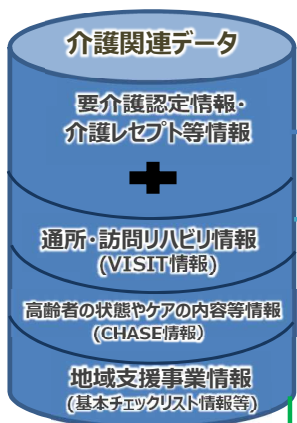
(変更点はマーカー部)

現行		改正後(案)																																																																													
介護保険 サービスの種類指定変更申請書 〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日 <table><tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭 年 月 日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td>現に受けている要介護・要支援</td><td>要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td>要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>有効期限</td><td colspan="2">平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日</td></tr></table> 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨 種類指定変更理由 主治医 <table><tr><td>主治医の氏名</td><td></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 <table><tr><td>医療保険者名</td><td>医療保険被保険者証記号番号</td></tr><tr><td>特定疾病名</td><td></td></tr></table>		被保険者	被保険者番号		個人番号		フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	氏名		性別	男・女	住所	〒 電話番号			現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日		主治医の氏名		医療機関名		所在地	〒 電話番号			医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	特定疾病名		介護保険 サービスの種類指定変更申請書 〇〇市(町村)長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日 <table><tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>介護保険被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td>保険者名</td><td></td><td>保険者番号</td><td></td></tr><tr><td>被保険者証</td><td>記号</td><td>番号</td><td>枝番</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭 年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">氏名</td><td></td><td>性別</td><td colspan="2">男・女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> <table><tr><td>現に受けている要介護・要支援</td><td>要介護状態区分 1 2 3 4 5</td><td>要支援状態区分 1 2</td></tr><tr><td>有効期限</td><td colspan="2">平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日</td></tr></table> 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨 種類指定変更理由 主治医 <table><tr><td>主治医の氏名</td><td></td><td>医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒 電話番号</td></tr></table> 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 <table><tr><td>特定疾病名</td></tr></table>		被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		保険者名		保険者番号		被保険者証	記号	番号	枝番	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	氏名		性別	男・女		住所	〒 電話番号			現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日		主治医の氏名		医療機関名		所在地	〒 電話番号			特定疾病名
被保険者	被保険者番号			個人番号																																																																											
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日																																																																										
	氏名			性別	男・女																																																																										
	住所	〒 電話番号																																																																													
現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2																																																																													
有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																																																																														
主治医の氏名		医療機関名																																																																													
所在地	〒 電話番号																																																																														
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号																																																																														
特定疾病名																																																																															
被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号																																																																												
	保険者名		保険者番号																																																																												
	被保険者証	記号	番号	枝番																																																																											
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日																																																																											
氏名		性別	男・女																																																																												
	住所	〒 電話番号																																																																													
現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2																																																																													
有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																																																																														
主治医の氏名		医療機関名																																																																													
所在地	〒 電話番号																																																																														
特定疾病名																																																																															

7. 介護関連データの活用について

- 厚生労働省では、既存の要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護 DB）およびリハビリテーションの情報（VISIT）に加えて、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集するシステム（CHASE）の運用を、令和2年5月より開始し、介護関連データの収集・分析を推進しているところ。
- 令和3年度からは、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、CHASE と VISIT について、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE）として、一体的な運用を開始する予定である。
- さらに、令和3年度介護報酬改定においては、LIFE を用いた厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用による、PDCA サイクルの推進・ケアの質の向上を図る取組に対する評価を、栄養、口腔、リハビリテーションなど複数の領域・複数のサービスにおいて創設する予定である。
- 今後、科学的な裏付けに基づく自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供を進めていく上で、データを活用し現場の PDCA サイクルを推進し、介護の質の向上をはかる取組を進めることは極めて重要であり、保険者としても、事業所の支援等をお願いしたいと考えているが、厚生労働省としても、今年度、
 - ・ LIFE のデータ項目の専門的な知見を踏まえた測定方法や
 - ・ LIFE からのフィードバック情報の活用による PDCA サイクルの推進の手法等に係るガイドライン等の策定を進めており、策定後、周知を行う予定である。
また、令和3年度からは、このガイドライン等を用いて、事業所を訪問し、LIFE の活用手法等について、周知・普及・助言する事業を実施する予定であり、希望自治体の職員の参加を可能とする予定である。
- 各自治体におかれては、LIFE についてご理解いただき、導入について、事業所等へ積極的に働きかけて頂くとともに、本事業の活用を含め、適確な情報の利活用を目的とした介護現場への支援等に係る取組についても、ご協力をお願いしたい。
- なお、介護サービス事業所・施設が LIFE に対応するために介護ソフトの改修や Wifi 環境の整備等を行う場合については、「地域医療介護総合確保基金」における「ICT 導入支援事業」による補助の利用が可能である。
各都道府県の令和3年度当初予算編成過程の時点においては、LIFE 対応に係る当該事業の需要が十分に見込めなかったことが想定されるが、より早期に各事業所等が LIFE に対応することが可能となるよう、必要に応じ、令和3年度補正による予算の確保についてもお願いしたい。
また、基金の活用にあたっては、内示前の事業の実施分も含め補助を行うことや、必要に応じて都道府県計画を変更し、これまでに交付された基金（基金残高）の過年度執行を行うことで、国の内示スケジュールにかかわらず迅速な執行を行うようご協力をお願いする。

介護関連データベースの構成



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

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

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

- 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care)
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(Ⅳ)を新設。
- 2021年1月末時点の登録事業所数は691事業所、登録利用者数は31,143人。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目(30項目)を選定。
- 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 2021年1月末時点の登録事業所数は3,316事業所、登録利用者数は41,923人。

- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。

地域支援事業の利用者に関する情報

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

R3年度から一体的に運用
名称は、以下とする予定

科学的介護情報システム
Long-term care
Information system For
Evidence ; LIFE ライフ

介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

社保審－介護給付費分科会

第199回(R3.1.18)

資料1

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

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

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

＜施設系サービス＞

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月(新設)

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月(新設)

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

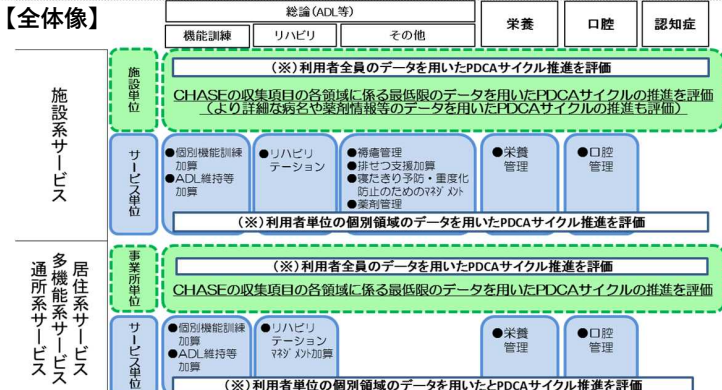
＜通所系・多機能系・居住系サービス＞

科学的介護推進体制加算 40単位/月(新設)

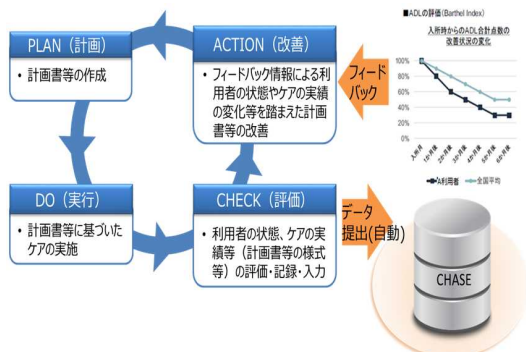
〔算定要件〕

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

【全体像】



【PDCAサイクルの推進（イメージ）】



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

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。
科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ)

既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。

- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪問リハビリテーション管理加算(Ⅰ)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITヘデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。
 【訪問リハビリテーション】 リハビリテーション管理加算(A)ロ 213単位/月 (B)ロ 483単位/月
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。
 【施設系サービス】 栄養マネジメント強化加算 11単位/日
- 通所系サービス等について、介護職員等に管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
 【通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護】 栄養アセスメント加算 50単位/月
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認知症、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
 【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設】 ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月
- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
自立支援促進加算 300単位/月
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等(アウトカム)を新たに評価する等の見直しを行う。
 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護】
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位/月
排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位/月 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位/月 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位/月

※ 主なものを抜粋(太字はアウトカム評価)

科学的介護に向けた質の向上支援等事業

事業の背景

- 厚生労働省では、既存の要介護認定情報・介護レセプト等情報(介護DB)およびリハビリテーションの情報(VISIT)に加えて、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集するシステム(CHASE)の運用を、令和2年5月より開始し、介護関連データの収集・分析を推進しているところ。
- 令和3年度からは、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、CHASEとVISITについて、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence; LIFE)として、一体的な運用を開始する予定。
- さらに、令和3年度介護報酬改定においては、LIFEを用いた厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用による、PDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図る取組に対する評価を、栄養、口腔、リハビリテーションなど複数の領域・複数のサービスにおいて創設する予定。
- 今後、科学的な裏付けに基づく自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供を進めていく上で、データを活用し現場のPDCAサイクルを推進し、介護の質の向上をはかる取組を進めることは極めて重要であり、今年度、
 - ・ LIFEのデータ項目の専門的な知見を踏まえた測定方法や
 - ・ LIFEからのフィードバック情報の活用によるPDCAサイクルの推進の手法等
 に係るガイドライン等の策定を進めており、策定後、周知を行う予定。
- 保険者は、以上のような状況も踏まえつつ、介護事業所におけるLIFEを用いた適確な情報の利活用のための支援等が求められる。

事業の概要

国(委託事業)

- ・ 厚生労働省等において整備するガイドライン等を用いて、事業所を訪問し、LIFEの活用手法等について、周知・普及・助言等の支援を実施。

保険者

- ・ 保険者による介護事業所におけるLIFEを用いた適確な情報の利活用のための支援に資するよう、自治体職員等が事業に参加。

事業所

- ・ ガイドライン等に基づきLIFE等を活用したデータをを用いたPDCAサイクルの推進を実施。

- 本事業においては、科学的な裏付けに基づく自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供を進めていく上で、データを活用し現場のPDCAサイクルを推進し、介護の質の向上をはかる取組を進めることを目的とし、
 - ・ LIFEのデータの入力に係る質の担保の観点から、項目の専門的な知見を踏まえた測定方法や
 - ・ LIFEからのフィードバック情報の活用によるPDCAサイクルの推進の手法等
 について、厚生労働省が技術的助言等の支援を行うとともに、市町村による事業所の支援にも資するよう三者参加の上で行うもの。

令和3年度予算案 地域医療介護総合確保基金 137.4億円の内数

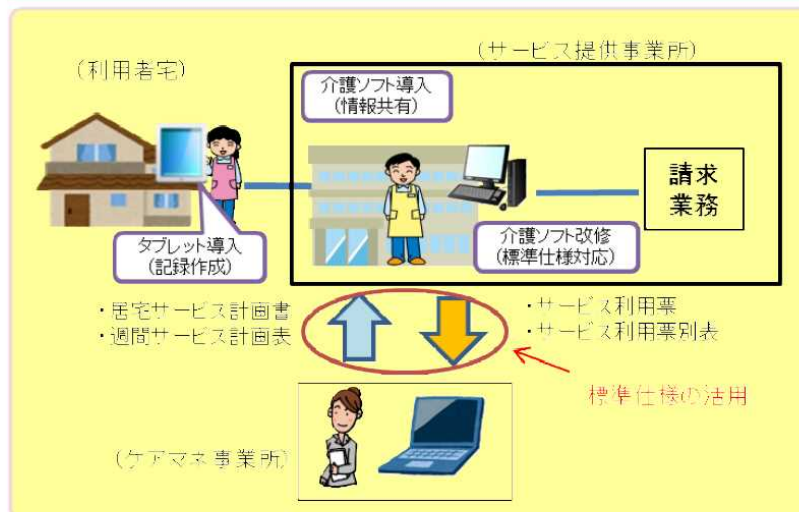
※ 令和2年度予算 82.4億円の内数

1. 目的…介護事業所の業務効率化を通じて、訪問介護員等の負担軽減を図る。
2. 対象…介護事業所(介護保険法に基づく全サービス)

3. 要件
 - ・ 記録、情報共有、請求の各業務が**一気通貫**になる
 - ・ ケアマネ事業所とのデータ連携に**標準仕様**の活用
 - ・ CHASEによる情報収集に対応
 - ・ 導入事業所による他事業者からの照会対応
 - ・ 事業所による**導入効果報告**等

年度	補助上限額	補助率	補助対象
元年度	30万円 (事業費60万円)	1/2 国2/6 都道府県1/6 事業者3/6	● 介護ソフト ● タブレット端末 ● スマートフォン ● インカム ● クラウドサービス ● 他事業者からの照会経費等
2年度	当初	事業所規模(職員数)に応じて設定 ● 1～10人 50万円 ● 11～20人 80万円 ● 21～30人 100万円 ● 31人～ 130万円	都道府県が設定 ※事業費負担を入れることが条件
	1次補正	事業所規模(職員数)に応じて設定 ● 1～10人 100万円 ● 11～20人 160万円 ● 21～30人 200万円 ● 31人～ 260万円	上記に加え ● Wi-Fi機器の購入設置 ● 業務効率化に資するバックオフィスソフト(勤怠管理、シフト管理等)
	3次補正	一定の要件を満たす事業所は、 3/4を下 限に都道府県の裁量により設定 それ以外の事業所は 1/2を下 限に都道府県の裁量により設定	

事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



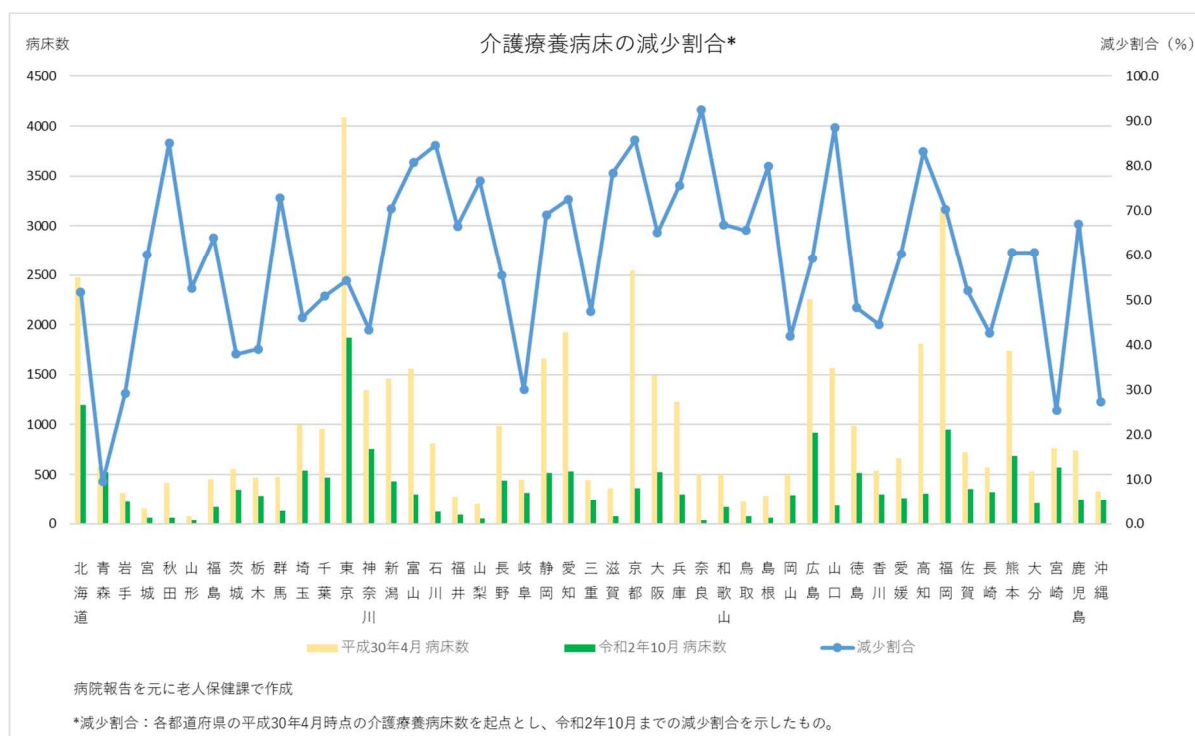
※令和2年度(当初予算)以降の拡充は令和5年度までの実施

<例:訪問介護サービスの場合>

8. 介護療養型医療施設等から介護医療院等への移行状況の把握と移行支援のためのお願いについて

- 介護医療院の創設から3年が経ち、介護療養型医療施設の設置期限まで3年となったが、介護療養型医療施設等から介護医療院等への移行状況の把握については、介護医療院への円滑な移行の促進や介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当かを検討する上で、大変重要なものである。
- 平成30年度からは、委託事業である介護医療院開設移行等支援事業の一環として、療養病床の移行状況だけでなく、介護医療院への移行状況の把握を行っており、皆様にご協力いただいているところである（介護医療院の開設状況は昨年12月末日時点で562施設、35,005療養床）。来年度も事業継続を予定しており、引き続きご協力をお願いしたい。
- なお、来年度実施予定の介護医療院開設移行等支援事業では、
 - ・ 介護療養病床を有する事業者等及び自治体を対象とした研修
 - ・ 移行のための個別相談事業等の内容も盛り込んでいるところである。
- 今度実施した実務担当者向け研修会は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、オンラインでの開催としたが、全国で約48自治体、計約58名の方々に参加いただき、手続き上の課題や各自治体での取組等について活発な意見交換が行われた。
- 今後高齢化のピークを迎える地域・既にピークを迎えた地域、介護療養病床が多い地域・少ない地域等、地域によって状況は様々であり、各自治体ではそれぞれの状況を踏まえた対応が求められる。
- 令和5年度末の介護療養病床の経過措置期限まで約3年残されているが、多数の申請に対応するには時間がかかること、補助金の使用を希望する事業者が急増すると補助金の確保が困難となること等から、早い段階から計画的に移行等を行うよう、事業者と相談することが望ましいと考えられる。
- また、介護療養病床が減少するに連れ、今後の移行予定として「未定」「移行しない」と回答する施設の割合が高くなっており、1つ1つの医療機関への丁寧な働きかけが求められるところ、普段から積極的に事業者と連絡をとり、介護療養病床の経過措置期限や介護医療院開設に係る支援策について周知を行っていただきたい。

- なお、円滑な移行にあたっては、都道府県と市町村の医療と介護の担当部局の連携、自治体内での他部局との連携も重要である。
- 令和3年度介護報酬改定で実施が予定されている介護療養病床の基本報酬の見直しについては、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、移行予定等を提出した医療機関に対して経過的な対応を行うことを、3月3日付の事務連絡で示したところである。とりまとめ結果の提出期限は3月31日としており、都道府県におかれては、管内の介護療養病床を有する全ての医療機関の意思確認、期限までのとりまとめ結果の提出をお願いしたい。
- 引き続き介護医療院への移行支援策を進めていく所存であるため、引き続き、各事業者に対する移行支援に努めていただくとともに、介護医療院等への移行状況についての情報提供にご協力をお願いしたい。



会計検査院「令和元年度決算検査報告」における 不適切に支払われた介護給付費について

【適切とは認められない支払の実態】

会計検査院が行った実地検査の結果、別紙のとおり平成 24 年度から 30 年度までの間における介護給付費の支払について、20,422 件、82,639 千円が適切ではないとされた。

今後は、このような事態を招くことのないよう事業者等に対する必要な助言及び適切な指導を行い、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう取り組まれない。

具体的には、介護報酬の算定に当たり、

- ① 通所介護については、7 事業者が、事業者の規模区分を誤るなどしていた。
- ② 訪問介護については、9 事業者が、減算に係る要件を満たす建物の居住者に対して訪問介護を提供していたのに、所定単位数の 100 分の 90 に相当する単位数に減算することなく介護報酬を算定していた。

上記のほか、介護療養施設サービス、介護福祉施設サービス、通所リハビリテーション、短期入所生活介護及び短期入所療養介護の 5 つの介護サービスについて、10 事業所が単位数の算定を誤り、介護報酬を過大に請求していた。

介護給付費に係る国の負担が不当

1 件	不当金額(支出)	2 3 5 3 万円
(前年度	1 件	5 0 3 6 万円)

1 介護保険の概要

介護保険は、介護保険法に基づき、要介護状態又は要支援状態となった者に対して、必要な保険給付を行うものであり、市区町村等が保険者、その区域内に住所を有する65歳以上の者等が被保険者となっている。

事業者が要介護者等に対して介護サービスを提供して請求することができる介護報酬は、算定基準等で定められた単位数に単価を乗ずるなどして算定することとなっている。そして、市区町村等は、原則として、介護報酬の90/100に相当する額又は介護報酬の全額を事業者に支払うこととなっている（市区町村等が支払う介護報酬の額を「介護給付費」）。

介護給付費は、50/100を公費で、50/100を被保険者の保険料でそれぞれ負担することとなっている。そして、公費負担として、国が20/100又は25/100を負担している。

2 検査の結果

26事業者に対して19都府県の98市区町村等の実施主体が行った平成24年度から30年度までの間における介護給付費の支払が計8263万円過大となっていて、これに対する国の負担額2353万円が不当と認められる。

これらの事態について、介護サービスの種類の別に示すと次のとおりである。

ア 通所介護

7事業者は、介護報酬の算定に当たり、事業所の規模区分を誤っていたり、通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、看護職員等を配置していなかったことなどから個別機能訓練加算（Ⅰ）に係る基準に適合していなかったのに、1日につき46単位又は42単位を所定単位数に加算したりするなどしていた。このため、介護給付費の支払が26市町村等で計3086万円過大となっていて、これに対する国の負担額948万円は負担の必要がなかった。

イ 訪問介護

9事業者は、減算に係る要件を満たす建物の居住者に対して訪問介護を提供していたのに、介護報酬の算定に当たり、所定単位数の90/100に相当する単位数に減算していなかった。このため、介護給付費の支払が40市区町村で計1946万円過大となっていて、これに対する国の負担額587万円は負担の必要がなかった。

ウ その他の介護サービス

ア及びイのほか、介護療養施設サービス、介護福祉施設サービス、特定施設入居者生活介護、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の5介護サービスについて、10事業者は、介護報酬の算定に当たり、単位数の算定を誤っていた。このため、介護給付費の支払が37市区町村等で計3231万円過大となっていて、これに対する国の負担額817万円は負担の必要がなかった。

府県等名	実施主体 (事業者数)	年度	過大に支払われた 介護給付費の件数	過大に支払われた 介護給付費	不当と認める 国の負担額	摘 要
		平成	件	円	円	
郡 山 市	8市町村(1)	26～29	1,737	150万	44万	ア
栃 木 県	9市町(2)	24～28	904	849万	259万	ア、イ
さいたま市	11市区等(1)	27～29	805	276万	68万	ウ
千 葉 県	14市区(2)	27～30	246	393万	117万	イ
千 葉 市	1市(1)	29	1,464	198万	58万	ウ
静 岡 県	2市(1)	28、29	252	259万	64万	ウ
京 都 府	8市町(1)	25～29	1,060	347万	86万	ウ
大 阪 府	4市等(2)	27～29	2,361	613万	189万	ア
大 阪 市	1市(1)	27～29	1,578	864万	273万	ア
貝 塚 市	5市町(1)	27～29	839	473万	141万	ア
鳥 取 市	7市区町(1)	28、29	501	329万	97万	イ
下 関 市	2市(1)	27～29	648	307万	93万	ア
徳 島 県	8市町等(4)	24～29	3,052	954万	240万	ウ
高 知 県	7市町(2)	25～30	3,711	1193万	297万	ウ
大 分 県	2市(2)	27～29	367	436万	132万	イ
大 分 市	7市(1)	27、28	329	196万	59万	イ
鹿児島県	11市町村(2)	27～29	568	417万	127万	イ
計	98実施主体(26)		20,422	8263万	2353万	

注(1) 計欄の実施主体数は、府県等の間で実施主体が重複することがあるため、各府県等の実施主体数を合計したものとは一致しない。

注(2) 摘要欄のア、イ及びウは、本文の介護サービスの種類の別に対応している。