資料３

# 令和３年度介護報酬改定等について

・介護報酬算定に係る基準等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４９～５０

・事業の人員、設備及び運営に関する基準等について・・・・・・・・・・・・・・・・・５１

・令和３年度介護報酬改定の主な事項について・・・・・・・・・・・・・・・・・５２～７９

・新型コロナウイルス感染症の影響に対応するための加算や特例について（通所系サービス事業所）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８０

※参考（厚生労働省ホームページ）：

令和３年度介護報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

介護保険最新情報掲載ページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index_00010.html

## 介護報酬算定に係る基準等について

介護報酬の算定に当たっては、以下に示す基準等を確認する必要があります。

**1. 基準本文**（報酬単位、加算等の算定要件など）

・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（H12.2.10 厚生省告示第 19 号）
・指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準
（H12.2.10 厚生省告示第 20 号）
・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（H18.3.14 厚生労働省告示第 126 号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（H18.3.14 厚生労働省告示第 127 号）
・指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（H18.3.14 厚生労働省告示第 128 号）

**2. 別に定める基準**（基準本文中、「厚生労働大臣が定める基準」等として、内容の一部を別に制定）

・厚生労働大臣が定める 1 単位の単価
（H27.3.23 厚生労働省告示第 93 号）
・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等
（H27.3.23 厚生労働省告示第 94 号）
・厚生労働大臣が定める基準
（H27.3.23 厚生労働省告示第 95 号）
・厚生労働大臣が定める施設基準
（H27.3.23 厚生労働省告示第 96 号）
・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
（H12.2.10 厚生省告示第 27 号）
・厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
（H12.2.10 厚生省告示第 29 号）
・介護保険法施行規則第 68 条第 3 項及び第 87 条第 3 項に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額
（H12.2.10 厚生省告示第 38 号）

**3. 留意事項通知**（基準の解釈等の詳細を示したもの）

・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（H12.3.1 老企第 36 号）
・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（H12.3.8 老企第 40 号）
・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（H18.3.31 老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号・老老発第 0331018 号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（H18.3.17 老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号：別紙１）

**4. 関連する告示・通知等**（関連する告示、通知、事務連絡等）

**5. 介護報酬 Q&A**（基準、留意事項通知等の疑義内容について QA 方式で示したもの）

## 事業の人員、設備及び運営に関する基準等について

事業の実施に当たっては、以下に示す基準等を満たす必要があります。

**1. 基準省令**（事業目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたもの）

・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
（H11.3.31 厚生省令第 37 号）
・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
（H11.3.31 厚生省令第 38 号）
・指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準
（H18.3.14 厚生労働省令第 34 号）
・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準
（H18.3.14 厚生労働省令第 35 号）
・指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準　（H18.3.14 厚生労働省令第 36 号）

**2. 東大阪市条例**（基準省令等に従い、東大阪市条例として定めた基準等）

・東大阪市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例
（H24.12.28 東大阪市条例第 36 号）

**3. 解釈通知**（基準省令の解釈等の詳細を示したもの）

・指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について
（H11.9.17 老企第 25 号）
・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について
（H11.7.29 老企第 22 号）
・指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について
（H18.3.31 老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号）

**4. 関連する告示・通知等**（関連する告示、通知、事務連絡等）

**5. 指定基準 Q&A**（基準省令、解釈通知等の疑義内容について QA 方式で示したもの）

# 令和3年度介護報酬改定の主な事項について

## 令和３年度介護報酬改定の概要

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

**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ﾋﾞｽへの拡充　・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**　・ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝの取組推進　・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逓減制の緩和　・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）

### 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　・褥瘡ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ、排せつ支援の強化

### 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

### 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

1

## 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。

2

## 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】

3

## 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、**年度当初から即時的に対応**を行う。

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

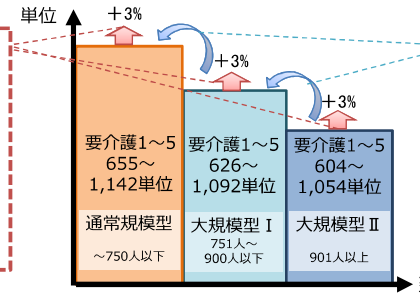
**【通所介護の場合】**

（7時間以上８時間未満の場合）

（※）「同一規模区分内で減少した場合の加算」「規模区分の変更の特例」の両方に該当する場合は、後者を適用。

**同一規模区分内で減少した場合の加算**

○　利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から５％以上減少している場合に、基本報酬の３％の加算を算定可能。




**規模区分の変更の特例**

○　利用者減がある場合、前年度の平均延べ利用者数ではなく、利用者減の月の実績を基礎とし、
・大規模型Ⅰは通常規模型
・大規模型Ⅱは大規模型Ⅰ又は通常規模型
を算定可能。

4

## 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**

### （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、**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）。

○　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、認デイ、多機能系ｻｰﾋﾞｽ**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、**ｻﾃﾗｲﾄ型事業所**を創設する。

○　**令和元年地方分権提案**を踏まえ、**多機能系ｻｰﾋﾞｽ**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。

5

## 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

6

## 2．（1）認知症への対応力向上に向けた取組の推進（その２）

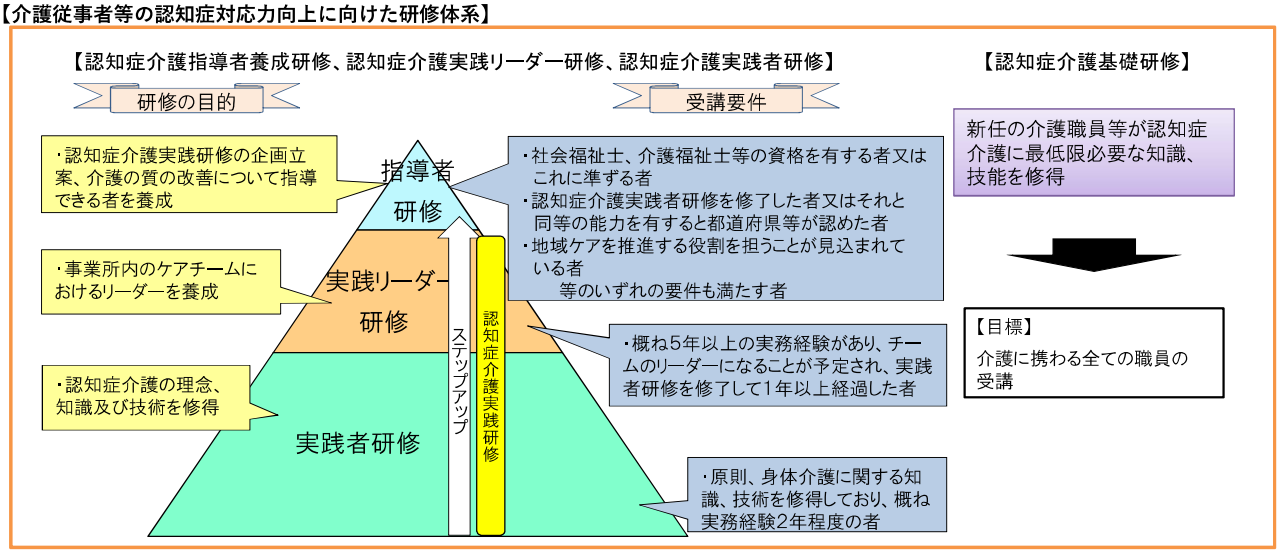
### 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

■　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に、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。

7

## 2．（2）看取りへの対応の充実（その１）

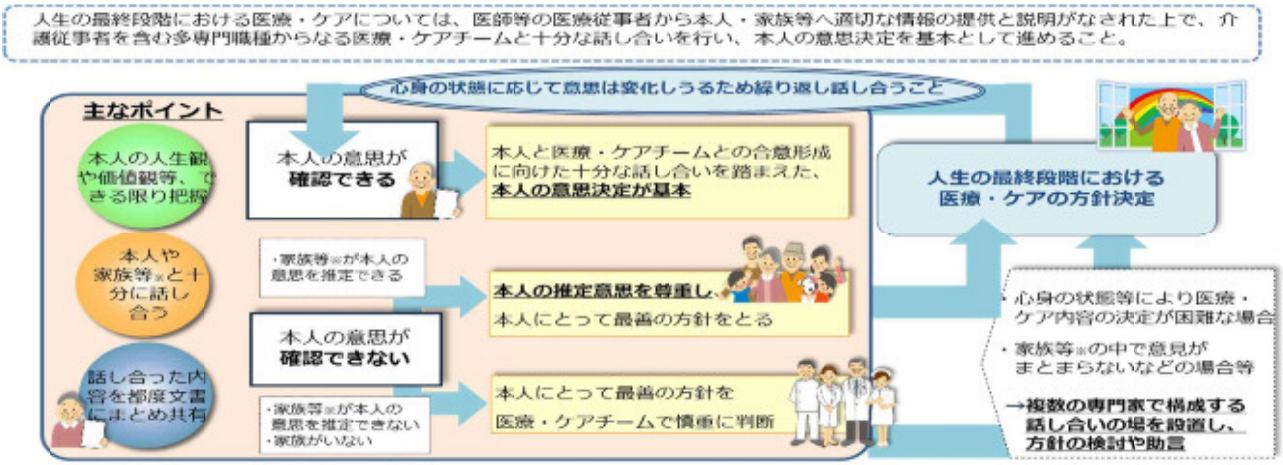
### ガイドラインの取組推進

■　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）




※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。

8

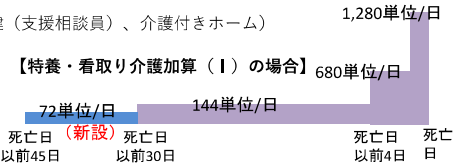
## 2．（2）看取りへの対応の充実（その２）

### 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。




死亡日以前31日～45日以下（新設）　特養：72単位/日　老健：80単位/日
特定：72単位/日　GH　：72単位/日

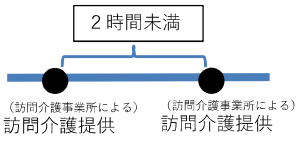
○　**介護付きホーム**について、**看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分**を設ける。

【特定】　看取り介護加算(Ⅱ)(新設)　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




＜現行の取扱い＞
それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算して50分提供したものとして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定

＜改定後＞　【通知改正】
**所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定**
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算せずにそれぞれ25分提供したものとして報酬を算定するため、250単位×２回＝500単位を算定

※１　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
※２　頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

9

## 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・歯科医師に提供す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、帯状疱疹に加えて、「**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）

## 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、一定期間ごとに移行等に係る検討の状況について指定権者に報告を求め、期限までに報告されない場合には、次の期限までの間、基本報酬を減算する。【告示改正】

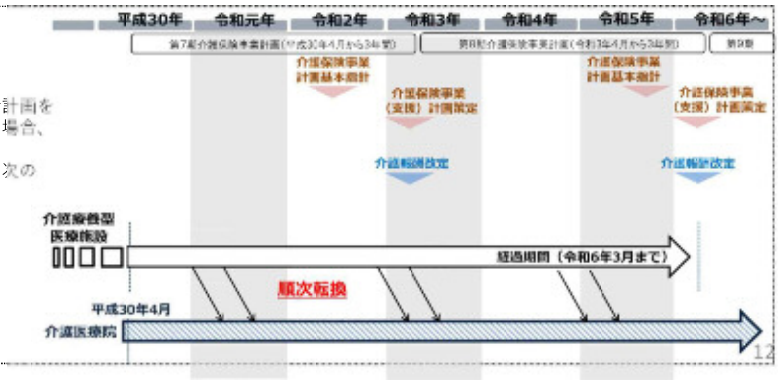
### 介護療養型医療施設

**移行計画未提出減算　10%/日減算**（新設）

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

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

＜介護療養型医療施設等に関するスケジュール＞



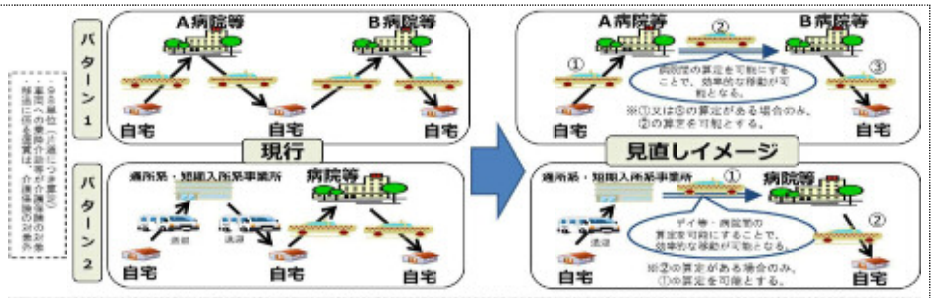

## 2．（4）在宅サービスの機能と連携の強化（その１）

### 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。

## 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（Ⅰ）550単位/月** |
| 看護体制強化加算（Ⅱ） | 300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** |

14

## 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。

15

## 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 | → | **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。**<br>（※）**当分の間、現行の入居定員を超えるユニットを整備する場合は、ユニット型施設における夜間及び深夜を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めるものとする。** |

※　ユニット型個室的多床室については、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】

16

## 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。

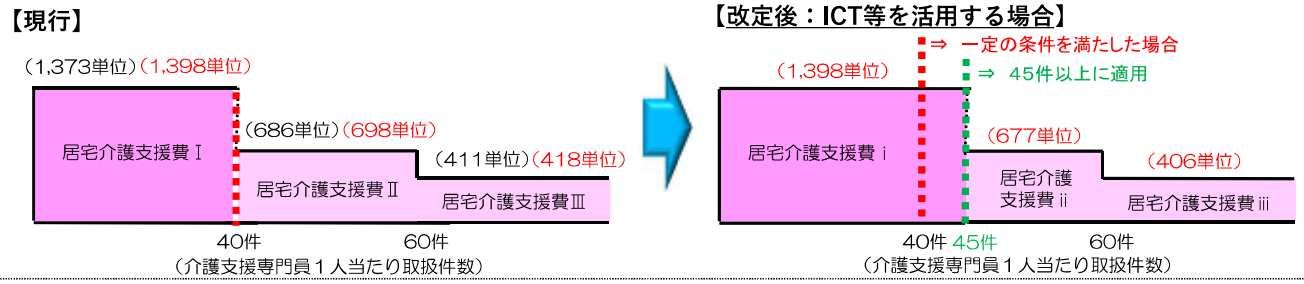
〔**算定要件（特定事業所加算（A））**〕※加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲと異なる部分
・介護支援専門員の配置(要件２)：常勤１名以上、非常勤１名以上（非常勤は他事業との兼務可）
・連絡体制・相談体制確保(要件４)、研修実施(要件６)、実務研修への協力(要件11)、事例検討会等実施(要件12)：他の事業所との連携による対応を可とする
（※）加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Aの要件として、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のｻｰﾋﾞｽ（ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽを含む）が包括的に提供されるような居宅ｻｰﾋﾞｽ計画を作成していることを新たに求める（新設）

### 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）




17

## 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】

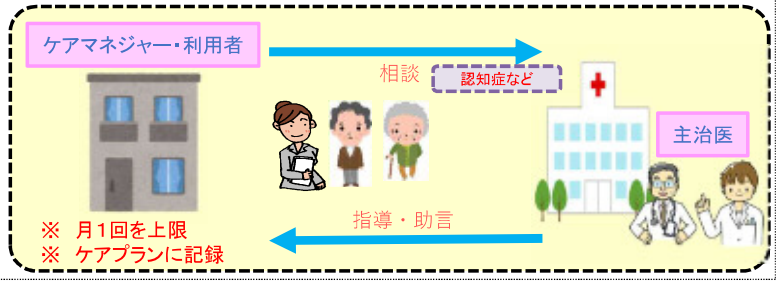
### 居宅介護支援

**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。



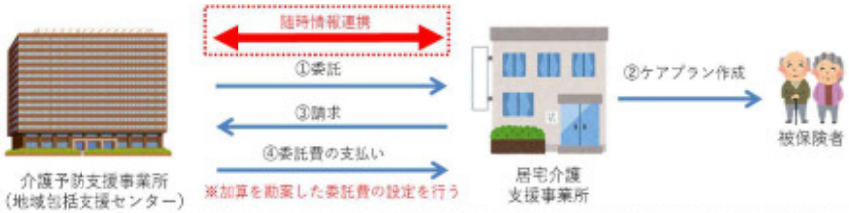

### 介護予防支援の充実

■　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。




18

## 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<br>小規模多機能型居宅介護★<br>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<br>小規模多機能型居宅介護★<br>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<br>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

19

## 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＞

【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。

【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。

＜改定後＞

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）

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＞

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 |

＜改定後＞

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。

※　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

※　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。

20

## 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

### （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**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。**

○　**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の実施**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、**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。

○　**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。

21

## 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。

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２）

### 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。**【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＞ | |
|---|---|---|---|---|
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅰ) | 230単位／月 | → | **廃止** | |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ) | 280単位／月 | → | **ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ　180単位／月** | |
| | | | **ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)ロ　213単位／月** | （新設） |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ) | 320単位／月 | → | **ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ　450単位／月** | |
| | | | **ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ　483単位／月** | |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅳ) | 420単位／月 | → | **廃止**（加算(B)ロに組み替え） | |

〔**算定要件**〕
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ**＞※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ)と同様
①医師はﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
②ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ会議（ﾃﾚﾋﾞ会議可（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、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ介護を開催し、利用者の状態の変化に応じ、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃ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（指定居宅ｻｰﾋﾞｽの従業者と）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ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。
⑦上記に適合することを確認し、記録すること。
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(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）
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ**＞　※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ)と同様
・加算(A)イの①～⑤の要件に適合すること。
・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画について、医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。
・上記に適合することを確認し、記録すること。
＜**ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ**＞　※現行のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算（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、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃ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】

23

## 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＞ |
|---|---|---|---|
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅰ) | 330単位／月 | → | （廃止） |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅱ)<br>同意日の属する月から6月以内<br>同意日の属する月から6月超 | <br>850単位／月<br>530単位／月 | → | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)イ<br>同意日の属する月から6月以内 560単位／月<br>同意日の属する月から6月超 240単位／月<br>ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)ロ（新設）<br>同意日の属する月から6月以内 593単位／月<br>同意日の属する月から6月超 273単位／月 |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅲ)<br>同意日の属する月から6月以内<br>同意日の属する月から6月超 | <br>1,120単位／月<br>800単位／月 | → | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)イ<br>同意日の属する月から6月以内 830単位／月<br>同意日の属する月から6月超 510単位／月<br>ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)ロ<br>同意日の属する月から6月以内 863単位／月<br>同意日の属する月から6月超 543単位／月 |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(Ⅳ)<br>同意日の属する月から6月以内<br>同意日の属する月から6月超<br>（3月に1回を限度） | <br>1,220単位／月<br>900単位／月 | → | （廃止）（加算(B)ロに組み替え） |

〔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】 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ計画書情報加算 33単位／月（新設）
【医療院】理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 33単位／月（新設）

〔算定要件〕
・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働し、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの質を管理していること。
・入所者ごとのﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの提供に当たって、当該情報その他ﾘﾊﾋﾞ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）

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＞ | | | ＜改定後＞ |
|---|---|---|---|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）<br>個別機能訓練加算（Ⅱ）<br>（併算定が可能） | 46単位／日<br>56単位／日 | → | 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位／日<br>個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 85単位／日 ※イとロは併算定不可<br>個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位／月（新設） ※加算（Ⅰ）に上乗せして算定 |

〔算定要件〕
＜個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・ロ＞

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ﾆｰｽﾞ把握・情報収集 | 通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。 | | | |
| 機能訓練指導員の配置 | （Ⅰ）イ | 専従１名以上配置（配置時間の定めなし） | （Ⅰ）ロ | 専従１名以上配置（サービス提供時間帯通じて配置） |
| | ※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。<br>※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。<br>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、ﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸを受けていること（CHASEへのﾃﾞｰﾀ提出とﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸの活用）

#### 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＞ | | | ＜改定後＞ |
|---|---|---|---|
| 入浴介助加算 | 50単位／日 | → | 入浴介助加算（Ⅰ）40単位／日<br>入浴介助加算（Ⅱ）55単位／日（新設） ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可 |

〔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
・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。

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）<br>**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） |
| なし | | → | **栄養マネジメント強化加算　11単位／日**（新設） |
| 低栄養リスク改善加算 | 300単位／月 | → | （廃止） |

〔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）

26

## 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<br>（※６月に１回算定可） | ５単位／回 | → | **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　20単位／回**（新設）<br>**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<br>（※１月に２回を限度） | 150単位／回 | → | **栄養アセスメント加算　50単位／月**（新設）<br>**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。

27

## 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、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】

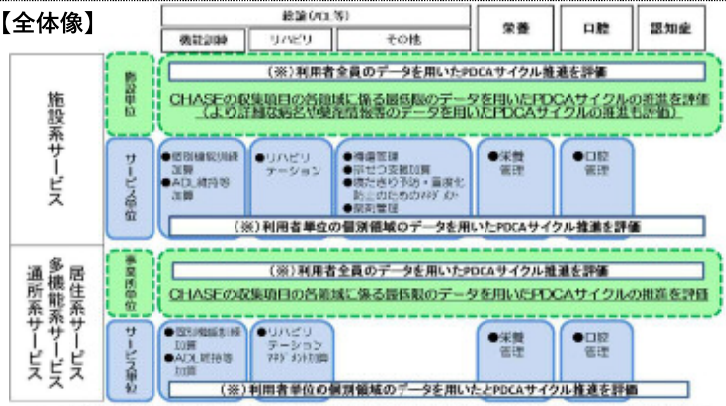
**施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス**

＜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）

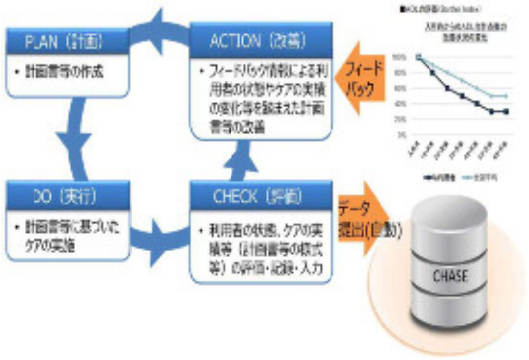
＜通所系・多機能系・居住系サービス＞
科学的介護推進体制加算　40単位／月（新設）

〔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）】




※　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**）

28

## 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＞ | | | ＜改定後＞ |
|---|---|---|---|
| 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

〔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 |
| （―） | ・　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 |

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ｻｰﾋﾞｽ 5 | 2ｻｰﾋﾞｽ 3<br>⇒2サービス（訪問リハビリテーションを含む）3 | 1ｻｰﾋﾞｽ 2<br>⇒2サービス1 | 0ｻｰﾋﾞｽ 0<br>⇒０、1サービス０ |
| **⑥リハ専門職の配置割合** | 5以上　5<br>⇒5以上（PT, OT, STいずれも配置）5 | 3以上　3<br>⇒5以上　3 | （設定なし）<br>⇒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）

30

## 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】**

**①　定期的なアセスメントの実施**
- 全ての入所者について、リハビリテーション･機能訓練、日々の過ごし方等に係るケア等の実施により、利用者の状態の改善が期待できるか等の医学的アセスメントを所定の様式（※）に準じて実施する。

**②　ケアプランの策定･ケアの内容等に係る会議の実施**
- 医師、ケアマネジャー、介護職員等が連携して会議を実施し、上記アセスメントを踏まえた、リハビリテーション･機能訓練、日々の過ごし方等について、所定の様式（※）に準じて計画を策定する。

**計画に従ったケアの実施**

**③　CHASEを活用したPDCAサイクルの推進**
- 厚生労働省（CHASE）にデータを提出し、フィードバックを受けることで、ケア計画の見直し等において活用し、PDCAサイクルを推進する。

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

31

## 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。**

＜現行＞
褥瘡マネジメント加算10単位／月　→
（３月に１回を限度とする）

＜改定後＞
**褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）　3単位／月**（新設）
**褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）　13単位／月**（新設）　※(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。**

＜現行＞
排せつ支援加算　100単位／月　→
（６月を限度とする）

＜改定後＞
**排せつ支援加算（Ⅰ）10単位／月**（新設）
**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。

32

## 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

### （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。

33

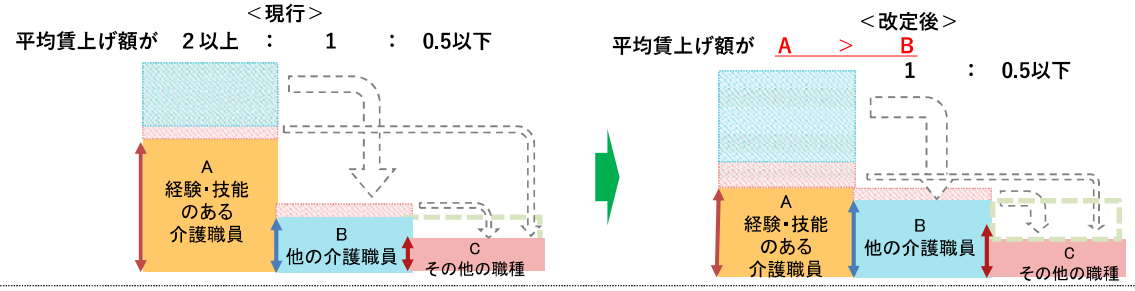
## 4．（1）介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進（その１）

### 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】

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２）

### 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。

35

## 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３）

### 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。

36

## 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1)

### 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）<br>（従来型の場合）※人員基準緩和を適用する場合は併給調整<br>①　人員基準緩和を適用する場合０．８人（新規）<br>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％<br>（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<br>（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<br>・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

37

## 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 | | |
|---|---|---|
| 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61～80 | ３人以上 |
| | 利用者数81～100 | ４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 |

→

| 改定後 | | |
|---|---|---|
| 配置人員数 | 利用者数25以下 | １人以上 |
| | 利用者数26～60 | 1.6人以上 |
| | 利用者数61～80 | 2.4人以上 |
| | 利用者数81～100 | 3.2人以上 |
| | 利用者数101以上 | 32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08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。

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3)

### 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

39

## 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

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5)

### 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こととし、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】

41

## 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

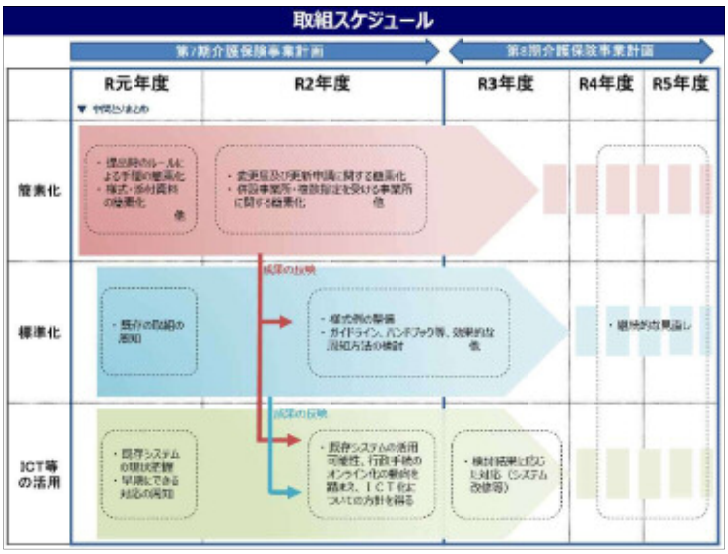
### 署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

■　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等を可能とする。【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




42

## 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

### （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、**必要な対応**を行う。

43

## 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。

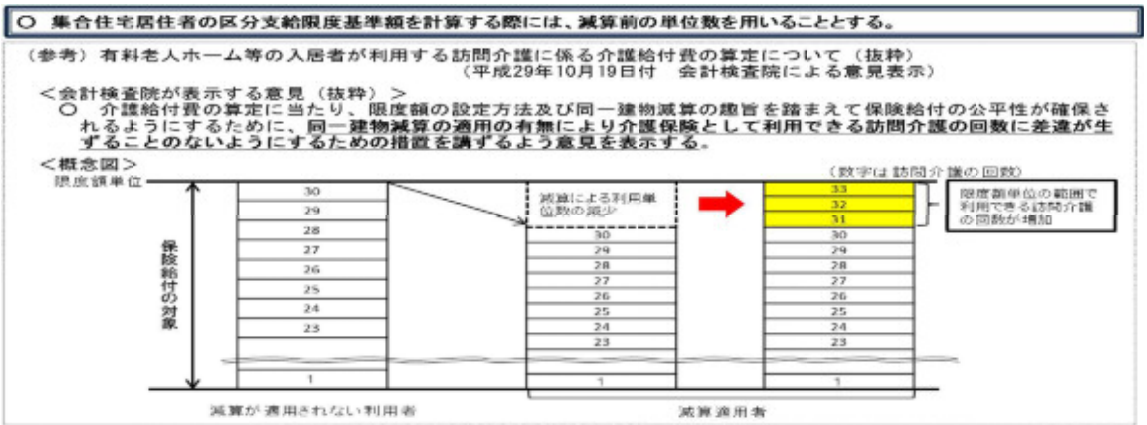
**＜同一建物減算等＞**

・　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**




44

## 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

**＜現行＞**

夜間対応型訪問介護（Ⅰ）【定額】＋【出来高】

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

### 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。

45

## 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／日 | → | 1,117単位／日 |
| 要介護５ | 1,315 単位／日 | → | 1,198単位／日 |

46

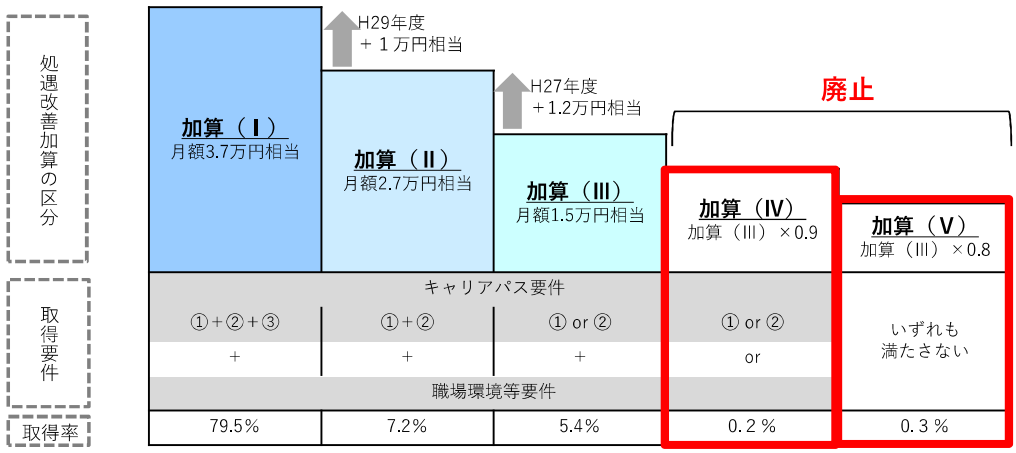
## 5．（1）評価の適正化・重点化（その４）

### 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




※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。

＜キャリアパス要件＞
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

47

## 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】

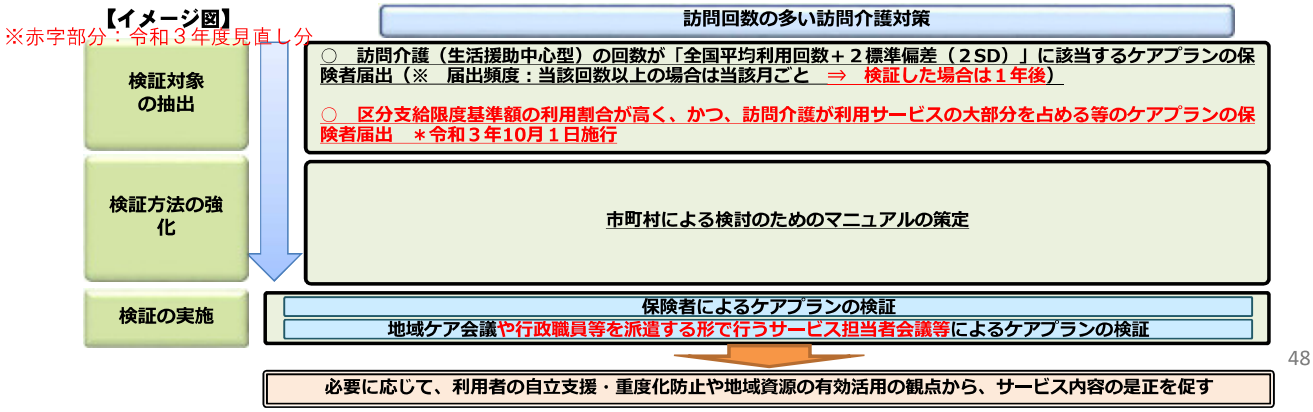
### 居宅介護支援

○　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）




48

## 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。

49

## 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＞
3時間以上6時間未満／回
1,012単位

6時間以上8時間未満／回
1,519単位

＜改定後＞
12,691単位／月
※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。

50

## 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）

51

## ６．その他の事項（その２）

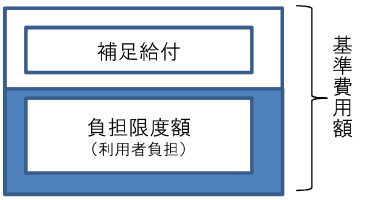
### 基準費用額（食費）の見直し

■　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

| | ＜現行＞ | | ＜改定後＞ | |
|---|---|---|---|---|
| 基準費用額（食費） | 1,392円／日 | → | 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




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

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

52

## 基本報酬の見直し

### 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％上乗せする【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。

53

# 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<br>○ 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<br>○ 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<br>○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立　○ サービスの質の向上<br>○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 | ▲0．5%［▲2．4%］<br>※［　］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<br>○ 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<br>○ 医療と介護の連携・機能分担<br>○ 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<br>・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<br>○ 介護人材確保対策の推進（1.2万円相当）<br>○ 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<br>○ 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<br>○ 多様な人材の確保と生産性の向上<br>○ 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<br>○ 消費税の引上げ（10%）への対応<br>・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%<br>〔処遇改善　1.67%　消費税対応　0.39%<br>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<br>○ 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<br>○ 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、<br>0．70%<br>※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） |

54

★通所系サービス事業所の皆様へ★

# 新型コロナウイルス感染症の影響により利用者数が減少した場合 加算や特例による介護報酬上の評価を行います

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、新型コロナウイルス感染症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、臨時的な利用者数の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための基本報酬への３％の**加算**や、事業所規模区分の**特例**を設けることによる評価を行うことにしました。

## 新型コロナウイルス感染症による利用者減への対応

※①は令和３年４月サービス提供分から
②は令和３年６月サービス提供分から

サービス・事業所規模区分別の報酬区分に応じ、以下のいずれかにより評価を行います。

① ３％加算　　② 規模区分の特例

## 令和３年４月サービス提供分から加算を算定するためには、届出が必要です

○ 事業所規模区分を問わず、令和３年２月の利用延人員数をもとに、以下のいずれかに該当する場合は、**４月１日までに**指定権者に**①３％加算の算定の届出を行い、４月サービス提供分から算定が可能です**。

- 令和元年度の１月あたりの平均利用延人員数と比較して、５％以上減少
- 令和２年２月の平均利用延人員数と比較して、５％以上減少

○ 加算算定要件・算定可能期間・届出方法の詳細は、以下の通知をご覧ください。

「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第４号・老老発0316第３号令和３年３月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知）

○ 令和３年３月以降に利用延人員数が減少した場合も、その翌月15日までに届出を行い、翌々月のサービス提供分から算定することが可能です。

○ 基本的に３か月間算定可能です（１回に限り延長あり）。また、要件に該当しなくなった場合は、その旨の届出が必要です。

## 大規模型事業所は、令和３年６月サービス提供分から特例の適用も可能です

○ 通所介護、通所リハビリテーションの大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱの事業所は、令和３年４月の利用延人員数をもとに、以下に該当する場合は、**５月15日までに**指定権者に**②報酬区分の特例の届出を行い、６月サービス提供分から適用も可能です**。

- 大規模型Ⅰの場合：利用延人員数が750人以下
- 大規模型Ⅱの場合：利用延人員数が900人以下又は750人以下

（※）令和３年４月・５月に①３％加算を算定している場合でも、同月の利用延人員数に応じ、加算から特例への切り替えを行うことも可能です。

○ 特例適用要件・適用可能期間・届出方法の詳細は、上記通知をご覧ください。

○ 令和３年５月以降に利用延人員数が減少した場合も、その翌月15日までに届出を行い、翌々月のサービス提供分から適用することが可能です。

○ 要件に該当しなくなった場合は、その旨の届出が必要です。

（問合せ先）　東大阪市福祉部指導監査室介護事業者課（06(4309)3317(指導)、3318(指定)）