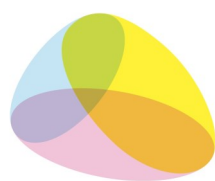


# 令和2年度 福祉経営セミナー

**[期 日]** 令和3年3月23日(火)  
～オンライン開催～



みんなの「生きる」を  
社会福祉法人

**長野県社会福祉法人経営者協議会**



# 介護報酬改定のポイントと これからの事業所経営

2021年3月23日(火)

淑徳大学教授

結城康博

## 介護報酬改定0.7%引き上げ！

昨年12月下旬、21年介護報酬改定率が+0.7%と決着した。21年度の介護保険総費用を約12兆円と仮定するなら、+0.7%で新たに約840億円の財源が投入されることになる。もちろん、プラス改定であるから自然増を除いての新たな財源が投入されるわけだ。

介護給付費分科会の結論を鑑みれば、「加算」の創設が目立つため新たな財源の大半は「加算」の原資に用いられることは明白であろう。

表：介護報酬改定の変遷

年	改定率	備考
2003年	-2.3%	
2006年	-2.4%	2005年10月改定含む
2009年	3.0%	
2012年	-0.8%	介護処遇改善交付金廃止と相殺
2014年	0.63%	消費税及び区分支給限度額引き上げ
2015年	-2.27	
2017年	1.14%	介護人材の処遇改善
2018年	0.54	
2019年	2.12%	処遇改善1.67 消費税対応0.39 補足給付0.06
2021年	0.7%	

介護給付費分科会資料より筆者が作成

介護保険給付費は、約10兆円(1割自己負担除く)。そのため、税金が約5割、保険料が約5割(65歳以上27%。40～65歳未満23%)となっている。介護報酬1%引き上げることで**約1000億円**が必要だった！+自然増分。

3

## 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告

社会保障審議会介護給付費分科会

令和2年12月23日

このため、介護職員の更なる処遇改善に向けた環境整備や、介護職員のやりがい・定着にもつながる**職場環境の改善**に向けた取組を推進していくことが必要である。

また、人材確保対策とあわせて、介護サービスの質を確保した上での、**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・業務負担の軽減**を推進していくことが必要である。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**を推進していくことも必要である。

4

# 21年介護報酬改定のポイント

## ①科学的介護情報システム(LIFE)」の活用

(Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ)

## ②感染対策

## ③ICT活用:見守り、事務負担軽減など

## ④処遇改善加算の1/2ルールの見直し

## ⑤サービス提供体制強化加算の見直し

## ⑥デイの入浴介助加算の見直し

## ⑦生活機能向上連携加算・個別機能訓練加算の見直し

## ⑧居宅介護支援の見直し

5

## 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

① 災害への地域と連携した対応の強化

② 認知症専門ケア加算等の見直し

③ 認知症に係る取組の情報公表の推進

④ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ

⑤ 看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実

⑥ 特別養護老人ホームにおける看取りへの対応の充実

⑦ 退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門相談員等の参画促進

⑧ 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し

⑨ 特例居宅介護サービス費による地域の実情に応じたサービス提供の確保

(※地密のみ)

⑩ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

⑪ 生活機能向上連携加算の見直し

⑫ 特別養護老人ホームにおける個別機能訓練加算の見直し

⑬ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

⑭ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

⑮ 多職種連携における管理栄養士の関与の強化

- ⑩ ADL維持等加算の見直し
- ⑪ 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進
- ⑫ 褥瘡マネジメント加算等の見直し
- ⑬ 排せつ支援加算の見直し
- ⑭ 処遇改善加算の職場環境等要件の見直し
- ⑮ 介護職員等特定処遇改善加算の見直し
- ⑯ サービス提供体制強化加算の見直し
- ⑰ 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
- ⑱ 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
- ⑲ 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
- ⑳ 介護老人福祉施設等の人員配置基準の見直し
- ㉑ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)の廃止
- ㉒ 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
- ㉓ 基準費用額の見直し

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

7

### 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 基本報酬

単位数	※以下の単位数はすべて1日あたり	
	<現行>	<改定後>
○介護福祉施設サービス費(従来型個室)		
要介護1	559単位	573単位
要介護2	627単位	641単位
要介護3	697単位	712単位
要介護4	765単位	780単位
要介護5	832単位	847単位
○ユニット型介護福祉施設サービス費(ユニット型個室)		
要介護1	638単位	652単位
要介護2	705単位	720単位
要介護3	778単位	793単位
要介護4	846単位	862単位
要介護5	913単位	929単位
○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(従来型個室)		
要介護1	567単位	582単位
要介護2	636単位	651単位
要介護3	706単位	722単位
要介護4	776単位	792単位
要介護5	843単位	860単位
○ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(ユニット型個室)		
要介護1	646単位	661単位
要介護2	714単位	730単位
要介護3	787単位	803単位
要介護4	857単位	874単位
要介護5	925単位	942単位

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

8

# 短期入所生活介護 基本報酬

単位数		※単位数はすべて1日あたり			
<b>単独型</b>	現行	改定後	<b>併設型</b>	現行	改定後
要支援1	466単位	474単位	要支援1	438単位	446単位
要支援2	579単位	589単位	要支援2	545単位	555単位
要介護1	627単位	638単位	要介護1	586単位	596単位
要介護2	695単位	707単位	要介護2	654単位	665単位
要介護3	765単位	778単位	要介護3	724単位	737単位
要介護4	833単位	847単位	要介護4	792単位	806単位
要介護5	900単位	916単位	要介護5	859単位	874単位
<b>単独型・ユニット型</b>	現行	改定後	<b>併設型・ユニット型</b>	現行	改定後
要支援1	545単位	555単位	要支援1	514単位	523単位
要支援2	662単位	674単位	要支援2	638単位	649単位
要介護1	725単位	738単位	要介護1	684単位	696単位
要介護2	792単位	806単位	要介護2	751単位	764単位
要介護3	866単位	881単位	要介護3	824単位	838単位
要介護4	933単位	949単位	要介護4	892単位	908単位
要介護5	1,000単位	1,017単位	要介護5	959単位	976単位

176

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

9

## 3.(1)⑬ 特別養護老人ホームにおける個別機能訓練加算の見直し

概要	【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】
○	(地域密着型) 介護老人福祉施設における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個別機能訓練の提供を促進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】
単位数	
<現行> 個別機能訓練加算 12単位/日	⇒ <改定後> 個別機能訓練加算(Ⅰ) 12単位/日 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月 (新設) ※(Ⅰ)と(Ⅱ)は併算可。
算定要件等	
<個別機能訓練加算(Ⅱ)> ○ 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。	

### 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 → <改正後> 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。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

10

## 4. (2)⑫ 看護職員の配置基準の見直し

### 概要

【短期入所生活介護★】

- (介護予防) 短期入所生活介護における看護職員の配置基準について、看護職員の確保が困難な状況がある中で、地域において人材を有効活用しながら医療的ケアを行う体制の充実を図る観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

### 基準・算定要件等

- 看護職員の配置が必須ではない単独型及び併設型かつ定員19人以下の事業所について、看護職員を配置しなかった場合であっても、医療的ケアの必要な利用者への対応の充実を図るため、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、看護職員を病院、診療所又は訪問看護ステーション等との密接かつ適切な連携により確保すること(当該連携により、看護職員が必要に応じてサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと、当該事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保すること)を求めることとする。
- 看護職員の常勤1名以上の配置が求められている併設型かつ定員20人以上の事業所について、類型・定員により必要とされる医療的ケアに差はないことを踏まえ、人材の有効活用を図る観点から、単独型及び併設型かつ定員19人以下の事業所と同様の人員配置とする。

	現行	改定後
単独型・併設型共通	・介護職員又は看護職員 常勤換算方法で、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1人以上	
単独型 併設型・定員19名以下	・配置規定なし	・看護職員を配置しなかった場合でも、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、看護職員を病院、診療所又は訪問看護ステーション等との密接かつ適切な連携により確保すること。(当該連携により、看護職員が必要に応じてサービス提供日ごとに利用者の健康状態の確認を行うこと、当該事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保すること。)
併設型・定員20名以上	・常勤で配置	

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

11

## 6. ③ 基準費用額の見直し

### 概要

【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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】

- 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介護保険施設の食費の平均的な費用の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】

### 基準費用額(食費)(日額)

<現行> <改定後> ※令和3年8月施行  
1,392円/日 ⇒ 1,445円/日(+53円)

《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

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	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

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

基準費用額  
負担軽減の対象となる者

《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)

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

14

160



# 通所介護・訪問介護

- ① 災害への地域と連携した対応の強化
- ② 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応
- ③ 認知症専門ケア加算等の見直し
- ④ 認知症に係る取組の情報公表の推進
- ⑤ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ
- ⑥ 訪問介護における通院等乗降介助の見直し
- ⑦ 通所介護における地域等との連携の強化(通所介護のみ)
- ⑧ 生活機能向上連携加算の見直し
- ⑨ 通所介護における個別機能訓練加算の見直し
- ⑩ 通所介護等の入浴介助加算の見直し
- ⑪ 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実
- ⑫ 通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実
- ⑬ ADL維持等加算の見直し
- ⑭ 処遇改善加算の職場環境等要件の見直し
- ⑮ 介護職員等特定処遇改善加算の見直し
- ⑯ サービス提供体制強化加算の見直し
- ⑰ 訪問介護における看取り期の対応の評価

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より 13

## 通所介護・地域密着型通所介護 基本報酬

単位数	※ いずれも7時間以上8時間未満の場合					
	<b>通常規模型</b>			<b>大規模型Ⅱ</b>		
	現行	改定後		現行	改定後	
要介護1	648単位	655単位		要介護1	598単位	604単位
要介護2	765単位	773単位	➡	要介護2	706単位	713単位
要介護3	887単位	896単位	➡	要介護3	818単位	826単位
要介護4	1,008単位	1,018単位	➡	要介護4	931単位	941単位
要介護5	1,130単位	1,142単位	➡	要介護5	1,043単位	1,054単位
	<b>大規模型Ⅰ</b>			<b>地域密着型</b>		
	現行	改定後		現行	改定後	
要介護1	620単位	626単位		要介護1	739単位	750単位
要介護2	733単位	740単位	➡	要介護2	873単位	887単位
要介護3	848単位	857単位	➡	要介護3	1,012単位	1,028単位
要介護4	965単位	975単位	➡	要介護4	1,150単位	1,168単位
要介護5	1,081単位	1,092単位	➡	要介護5	1,288単位	1,308単位

172

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

14

### 3. (1)⑩ 通所介護等の入浴介助加算の見直し

#### 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★】

- 通所介護・地域密着型通所介護・（介護予防）認知症対応型通所介護における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、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・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。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。
- イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

#### 単位数

<現行> 入浴介助加算 50単位/日 ⇒ <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

#### 算定要件等

- <入浴介助加算（Ⅰ）>（現行の入浴介助加算と同要件）
- 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、入浴介助を行う。
- <入浴介助加算（Ⅱ）>（上記の要件に加えて）
- 医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該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、当該居宅の浴室が、当該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。
- 当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体状況や訪問により把握した当該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。
- 上記の入浴計画に基づき、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。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

82

## ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

### ① 質の高いケアマネジメントの推進

（特定事業所加算の見直し等）

### ② 逡減制の見直し

### ③ 医療機関との情報連携の強化

### ④ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に 係る評価

### ⑤ 介護予防支援の充実

# 居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬

単位数															
居宅介護支援費（Ⅰ） ・居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所															
○居宅介護支援（ⅰ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>1,057単位/月</td> <td>➡</td> <td>1,076単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>1,373単位/月</td> <td>➡</td> <td>1,398単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	1,057単位/月	➡	1,076単位/月	(二)要介護3、4又は5	1,373単位/月	➡	1,398単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	1,057単位/月	➡	1,076単位/月												
(二)要介護3、4又は5	1,373単位/月	➡	1,398単位/月												
○居宅介護支援（ⅱ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>529単位/月</td> <td>➡</td> <td>539単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>686単位/月</td> <td>➡</td> <td>698単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	529単位/月	➡	539単位/月	(二)要介護3、4又は5	686単位/月	➡	698単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	529単位/月	➡	539単位/月												
(二)要介護3、4又は5	686単位/月	➡	698単位/月												
○居宅介護支援（ⅲ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>317単位/月</td> <td>➡</td> <td>323単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>411単位/月</td> <td>➡</td> <td>418単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	317単位/月	➡	323単位/月	(二)要介護3、4又は5	411単位/月	➡	418単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	317単位/月	➡	323単位/月												
(二)要介護3、4又は5	411単位/月	➡	418単位/月												
居宅介護支援費（Ⅱ）【新区分】 ・一定の情報通信機器（人工知能関連技術を活用したものを含む。）の活用又は事務職員の配置を行っている事業所															
○居宅介護支援（ⅰ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45未満である場合又は45以上である場合において、45未満の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>1,076単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>1,398単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	新規	➡	1,076単位/月	(二)要介護3、4又は5	新規	➡	1,398単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	新規	➡	1,076単位/月												
(二)要介護3、4又は5	新規	➡	1,398単位/月												
○居宅介護支援（ⅱ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>522単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>677単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	新規	➡	522単位/月	(二)要介護3、4又は5	新規	➡	677単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	新規	➡	522単位/月												
(二)要介護3、4又は5	新規	➡	677単位/月												
○居宅介護支援（ⅲ） ・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>&lt;現行&gt;</td> <td></td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td>(一)要介護1又は2</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>313単位/月</td> </tr> <tr> <td>(二)要介護3、4又は5</td> <td>新規</td> <td>➡</td> <td>406単位/月</td> </tr> </table>		<現行>		<改定後>	(一)要介護1又は2	新規	➡	313単位/月	(二)要介護3、4又は5	新規	➡	406単位/月		
	<現行>		<改定後>												
(一)要介護1又は2	新規	➡	313単位/月												
(二)要介護3、4又は5	新規	➡	406単位/月												
介護予防支援費	<現行> 431単位/月	➡	<改定後> 438単位/月												

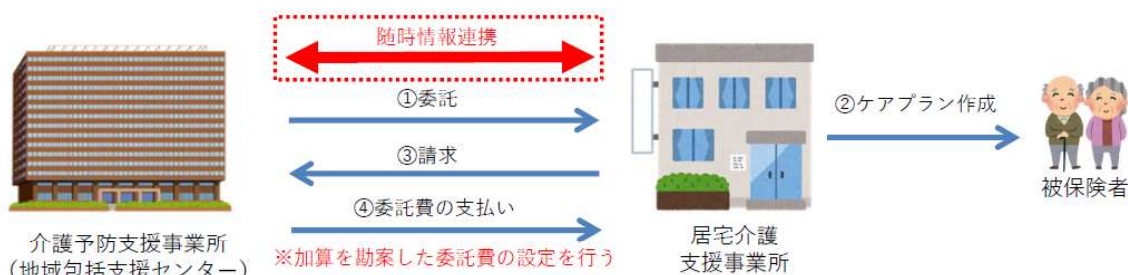
181

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

17

## 2.(6)⑤ 介護予防支援の充実

概要	【介護予防支援】								
○ 介護予防支援事業所が居宅介護支援事業所に外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】									
単位数	<table border="0"> <tr> <td>&lt;現行&gt;</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>&lt;改定後&gt;</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>委託連携加算 300単位/月 (新設)</td> </tr> </table>	<現行>	なし	⇒	<改定後>				委託連携加算 300単位/月 (新設)
<現行>	なし	⇒	<改定後>						
			委託連携加算 300単位/月 (新設)						
算定要件等	<p>○ 利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する</p> <p>※ 当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。</p>								



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

18

署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

R3.1.13 諮問・答申済

- 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】

R3.1.13 諮問・答申済

- 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】

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）。

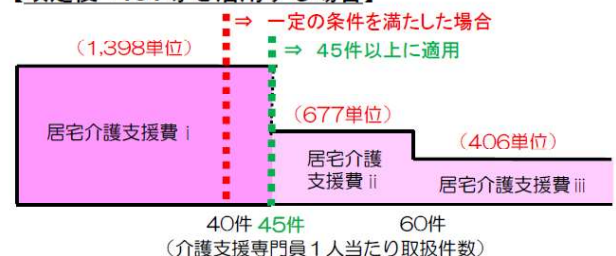
居宅介護支援

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】



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

- **事務職員の勤務形態**：「常勤の者でなくても差し支えない」。事業所内の配置だけでなく、「同一法人内の配置でも認められる」。ただ、同一法人内での配置の場合は、常勤換算でケアマネ一人当たり月24時間以上の勤務。
- **特定事業所加算（A）**：主任ケアマネ1人とケアマネ1人（いずれも常勤・専従）、そして常勤換算で1のケアマネの少なくとも計3人の配置が必要。

## 2.(6)① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)①-2

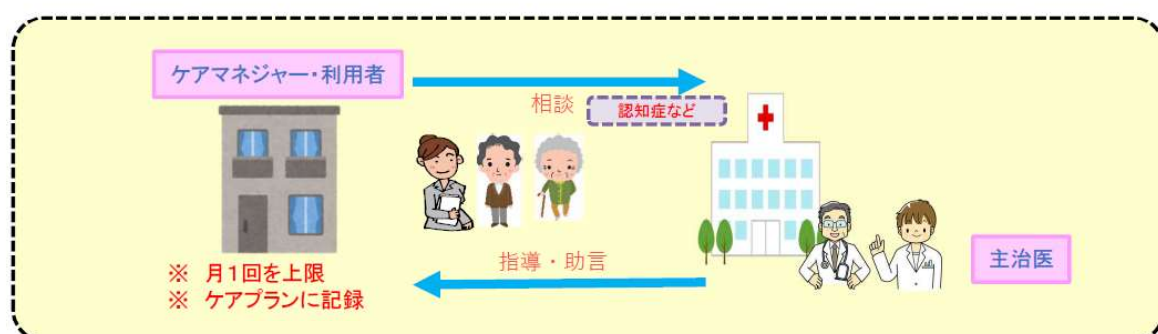
算定要件等				
【特定事業所加算】				
算定要件	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(A)
	505単位	407単位	309単位	100単位
(1)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤:1名以上 非常勤:1名以上 (非常勤は他事業所との兼務可)
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること	○	○	○	○
(4)24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
(5)算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
(6)当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○
(9)居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
(10)指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は45名未満)であること	○	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○	○	○ 連携でも可
(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(13)必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○
【特定事業所医療介護連携加算】(現行の特定事業所加算(Ⅳ)と同じ)				
特定事業所医療介護連携加算 125単位				
(1)前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上				
(2)前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定				
(3)特定事業所加算(Ⅰ)~(Ⅲ)を算定していること				

51

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化

概要	【居宅介護支援】
○ 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、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一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】	
単位数	
<現行> なし	<改定後> ⇒ 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)
算定要件等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする</li> <li>・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</li> </ul>



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 訪問介護 基本報酬

### 単位数

※以下の単位数はすべて1回あたり

		<現行>	>	<改定後>
身体介護中心型	20分未満	166単位	➔	167単位
	20分以上30分未満	249単位		250単位
	30分以上1時間未満	395単位		396単位
	1時間以上1時間30分未満	577単位		579単位
	以降30分を増すごとに算定	83単位		84単位
	生活援助加算※	66単位		67単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	182単位	➔	183単位
	45分以上	224単位		225単位
通院等乗降介助		98単位	➔	99単位

※ 引き続き生活援助を行った場合の加算（20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度）

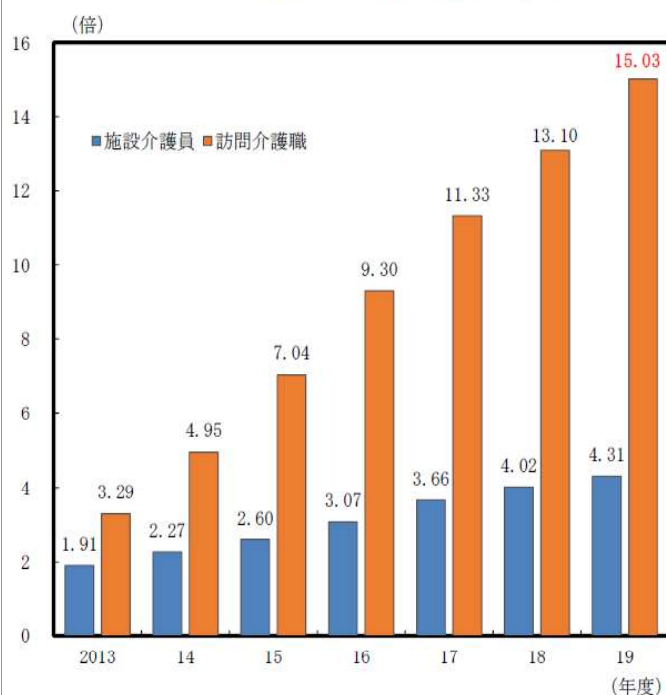
「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

23

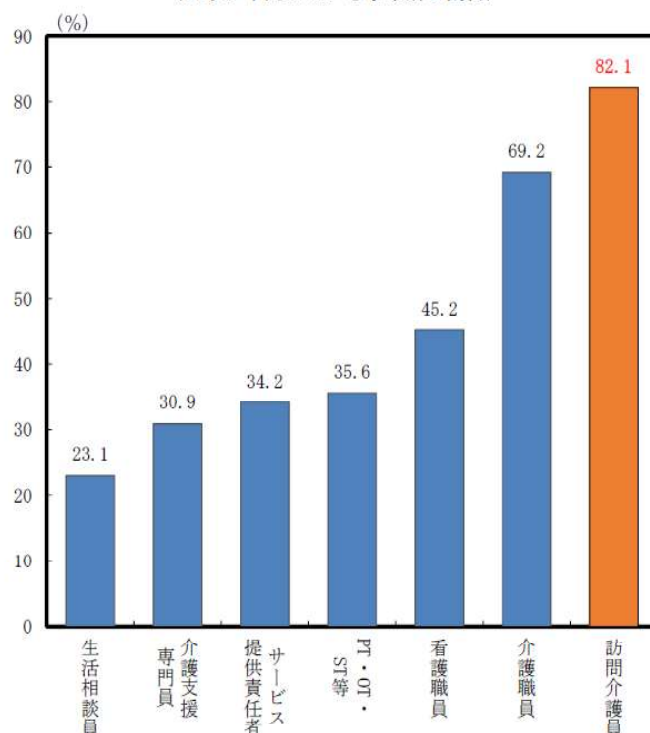
## 訪問介護員の人手不足の現状

- 介護サービス職員の有効求人倍率をみると、施設介護職員と比較して、訪問介護員の有効求人倍率が高くなっており、2019年度時点で15.03倍となっている。
- 職種別の介護労働者の人手不足感をみると、約8割の事業所が、訪問介護員の不足を感じている。

(1) 介護サービス職員の有効求人倍率

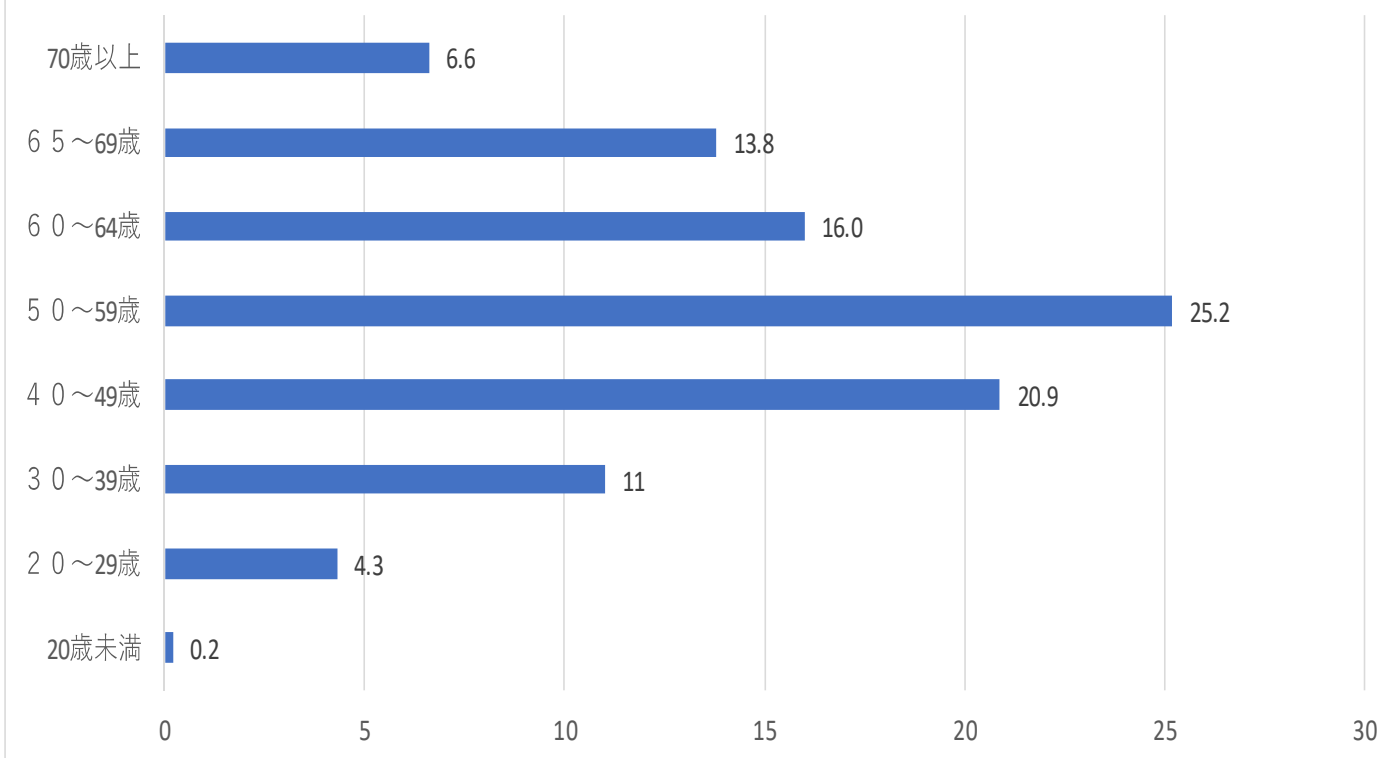


(2) 介護労働者の職種別の人手不足感 (人手が不足している事業所の割合)



「介護保険給付費分科会」(2020.10.22)より

## 訪問介護員の年齢構成割合（％）



社会保障審議会介護給付費分科会「参考資料2：介護人材確保対策（H29.8.23）」より作成

## 2. (4)① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

### 概要

【訪問介護、通所系サービス★、短期入所系サービス★】

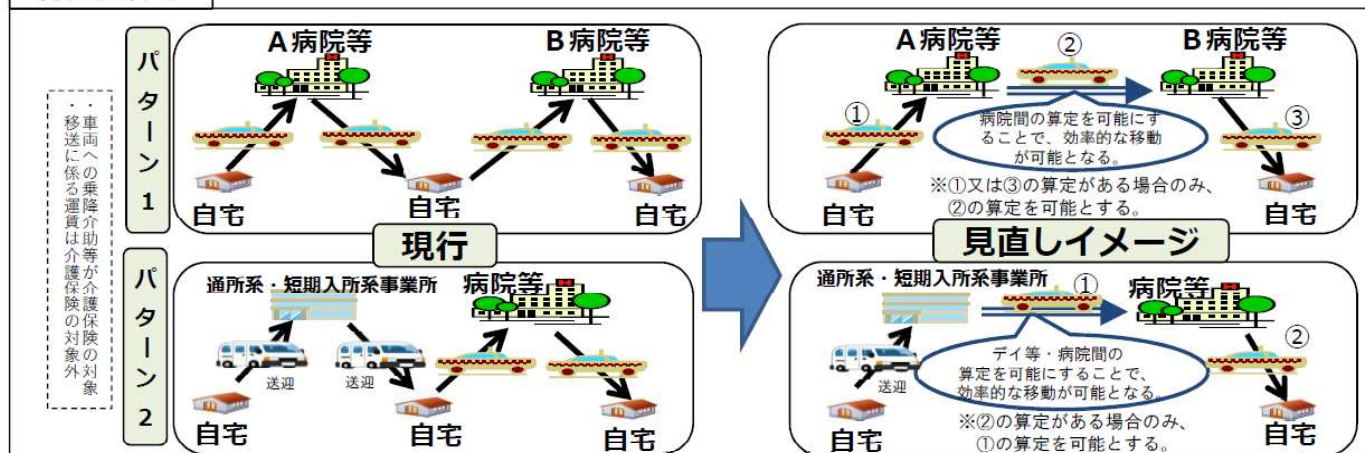
○ 通院等乗降介助について、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。【通知改正】

この場合、通所系サービス・短期入所系サービス事業所は送迎を行わないことから、通所系サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算を適用し、短期入所系サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できないこととする。

### 単位数

通院等乗降介助 99単位/片道 ※今回改定後の単位数

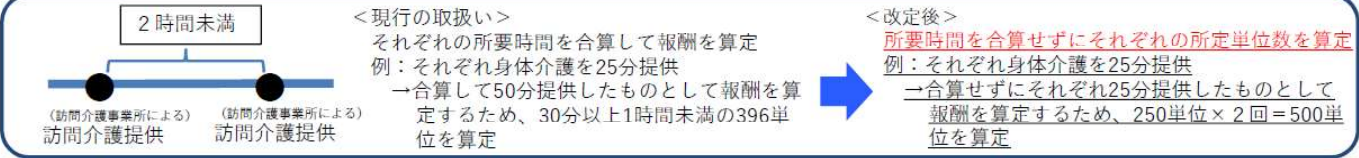
### 算定要件等



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 2.(2)⑦ 訪問介護における看取り期の対応の評価

<b>概要</b>	【訪問介護】 ○ 看取り期における対応の充実と適切な評価を図る観点から、看取り期には頻回の訪問介護が必要とされるとともに、柔軟な対応が求められることを踏まえ、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時間ルールの運用を弾力化し、2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、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。【通知改正】																											
<b>単位数</b>	○ 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。 <div style="text-align: center;">&lt;単位数&gt;</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">身体介護中心型</td> <td style="width: 40%;">20分未満</td> <td style="width: 40%;">167単位</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">※単位数はすべて1回あたり。 ※今回改定後の単位数</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20分以上30分未満</td> <td>250単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30分以上1時間未満</td> <td>396単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1時間以上1時間30分未満</td> <td>579単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>+以降30分を増すごとに</td> <td>84単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>45分以上</td> <td>225単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生活援助中心型</td> <td>20分以上45分未満</td> <td>183単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>45分以上</td> <td>225単位</td> </tr> </table>	身体介護中心型	20分未満	167単位	※単位数はすべて1回あたり。 ※今回改定後の単位数		20分以上30分未満	250単位		30分以上1時間未満	396単位		1時間以上1時間30分未満	579単位		+以降30分を増すごとに	84単位		45分以上	225単位		生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位			45分以上	225単位
身体介護中心型	20分未満	167単位	※単位数はすべて1回あたり。 ※今回改定後の単位数																									
	20分以上30分未満	250単位																										
	30分以上1時間未満	396単位																										
	1時間以上1時間30分未満	579単位																										
	+以降30分を増すごとに	84単位																										
	45分以上	225単位																										
	生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位																									
		45分以上	225単位																									
<b>算定要件等</b>	※追加する利用者は下線部 ○ 訪問介護は在宅の要介護者の生活パターンに合わせて提供されるべきであることから、単に1回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切ではない。したがって、前回提供した指定訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算するものとする（緊急時訪問介護加算を算定する場合又は医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に訪問介護を提供する場合を除く。）。																											



※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数を算定する際の例外あり。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 4.(1)④ 特定事業所加算の見直し①

<b>概要</b>	【訪問介護】 ○ 訪問介護の特定事業所加算について、事業所を適切に評価する観点から、訪問介護以外のサービスにおける類似の加算であるサービス提供体制強化加算の見直しも踏まえて、勤続年数が一定期間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】
<b>単位数</b>	※以下の加算はすべて1回あたり <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>&lt;現行&gt;</p> <p>特定事業所加算 (Ⅰ) 所定単位数の20%を加算            特定事業所加算 (Ⅱ) 所定単位数の10%を加算            特定事業所加算 (Ⅲ) 所定単位数の10%を加算            特定事業所加算 (Ⅳ) 所定単位数の 5%を加算</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>&lt;改定後&gt;</p> <p>特定事業所加算 (Ⅰ) 所定単位数の20%を加算            特定事業所加算 (Ⅱ) 所定単位数の10%を加算            特定事業所加算 (Ⅲ) 所定単位数の10%を加算            特定事業所加算 (Ⅳ) 所定単位数の 5%を加算            特定事業所加算 (Ⅴ) 所定単位数の 3%を加算 <b>(新設)</b></p> </div> </div>
<b>算定要件等</b>	<p>&lt;特定事業所加算 (Ⅴ) &gt;</p> <p>○ 体制要件 (※特定事業所加算 (Ⅰ) ~ (Ⅲ) と同様)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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(テレビ電話等のICTの活用が可能) <b>(追加)</b></li> <li>・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</li> <li>・健康診断等の定期的な実施</li> <li>・緊急時等における対応方法の明示</li> </ul> <p>○ 人材要件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <p>※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。</p>

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より



## 訪問看護 基本報酬

単位数	訪問看護	介護予防訪問看護																												
○指定訪問看護ステーションの場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">312単位</td> <td style="text-align: center;">313単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">469単位</td> <td style="text-align: center;">470単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">819単位</td> <td style="text-align: center;">821単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,122単位</td> <td style="text-align: center;">1,125単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">297単位</td> <td style="text-align: center;">293単位</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">※ 1日3回以上の場合は90/100</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	312単位	313単位	469単位	470単位	819単位	821単位	1,122単位	1,125単位	297単位	293単位	※ 1日3回以上の場合は90/100		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">301単位</td> <td style="text-align: center;">302単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">449単位</td> <td style="text-align: center;">450単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">790単位</td> <td style="text-align: center;">792単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,084単位</td> <td style="text-align: center;">1,087単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">287単位</td> <td style="text-align: center;">283単位</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">※ 1日3回以上の場合は50/100</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	301単位	302単位	449単位	450単位	790単位	792単位	1,084単位	1,087単位	287単位	283単位	※ 1日3回以上の場合は50/100	
< 現行 >	< 改定後 >																													
312単位	313単位																													
469単位	470単位																													
819単位	821単位																													
1,122単位	1,125単位																													
297単位	293単位																													
※ 1日3回以上の場合は90/100																														
< 現行 >	< 改定後 >																													
301単位	302単位																													
449単位	450単位																													
790単位	792単位																													
1,084単位	1,087単位																													
287単位	283単位																													
※ 1日3回以上の場合は50/100																														
○病院又は診療所の場合	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">264単位</td> <td style="text-align: center;">265単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">397単位</td> <td style="text-align: center;">398単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">571単位</td> <td style="text-align: center;">573単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">839単位</td> <td style="text-align: center;">842単位</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	264単位	265単位	397単位	398単位	571単位	573単位	839単位	842単位	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">254単位</td> <td style="text-align: center;">255単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">380単位</td> <td style="text-align: center;">381単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">550単位</td> <td style="text-align: center;">552単位</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">810単位</td> <td style="text-align: center;">812単位</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	254単位	255単位	380単位	381単位	550単位	552単位	810単位	812単位								
< 現行 >	< 改定後 >																													
264単位	265単位																													
397単位	398単位																													
571単位	573単位																													
839単位	842単位																													
< 現行 >	< 改定後 >																													
254単位	255単位																													
380単位	381単位																													
550単位	552単位																													
810単位	812単位																													
○定期巡回・随時対応訪問 介護看護事業所と連携する場合 (1月につき)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2,945単位</td> <td style="text-align: center;">2,954単位</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	2,945単位	2,954単位																									
< 現行 >	< 改定後 >																													
2,945単位	2,954単位																													

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

29

## 2.(4)④ 看護体制強化加算の見直し

概要	【訪問看護★】												
	○ 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見直しを行う。【告示改正】												
単位数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 現行 &gt;</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">&lt; 改定後 &gt;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(訪問看護の場合)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">看護体制強化加算 (I) 600単位/月</td> <td style="text-align: center;">⇒ 看護体制強化加算 (I) 550単位/月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">看護体制強化加算 (II) 300単位/月</td> <td style="text-align: center;">看護体制強化加算 (II) 200単位/月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(介護予防訪問看護の場合)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">看護体制強化加算 300単位/月</td> <td style="text-align: center;">看護体制強化加算 100単位/月</td> </tr> </table>	< 現行 >	< 改定後 >	(訪問看護の場合)		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	(介護予防訪問看護の場合)		看護体制強化加算 300単位/月	看護体制強化加算 100単位/月
< 現行 >	< 改定後 >												
(訪問看護の場合)													
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												
(介護予防訪問看護の場合)													
看護体制強化加算 300単位/月	看護体制強化加算 100単位/月												
算定要件等	<p>○要件について、以下の見直しを行う（訪問看護、介護予防訪問看護共通）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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について、「100分の30以上」から「100分の20以上」に見直し</li> <li>・ (介護予防) 訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上であることとする要件を設定（令和5年4月1日施行）</li> </ul> <p>※ 令和5年3月末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。</p>												

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

30

## 2.(7)② 地域の特性に応じた認知症グループホームの確保①

### 概要 【認知症対応型共同生活介護★】

- 認知症グループホームについて、地域の特性に応じたサービスの整備・提供を促進する観点から、ユニット数を弾力化するとともに、サテライト型事業所の基準を創設する。【省令改正】 R3.1.13諮問・答申済
- ア 認知症グループホームは地域密着型サービス（定員29人以下）であることを踏まえ、経営の安定性の観点から、ユニット数について、「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」とされているところ、これを「1以上3以下」とする。
- イ 複数事業所で人材を有効活用しながら、より利用者に身近な地域でサービス提供が可能となるようにする観点から、サテライト型事業所の基準を創設する。  
同基準は、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や、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できるようにするなど、サテライト型小規模多機能型居宅介護の基準も参考にしつつ、サービス提供体制を適切に維持できるようにするため、サテライト型事業所のユニット数については、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までとする。

### 基準（ア）

<p>&lt;現行&gt; 共同生活住居（ユニット）の数を1又は2とする。 ただし、用地の確保が困難であることその他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、共同生活住居の数を3とすることができる。</p>		<p>&lt;改定後&gt; 共同生活住居（ユニット）の数を1以上3以下とする。</p>
--	--	--

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

31

## 3.(1)⑩ 認知症グループホームにおける栄養改善の推進

### 概要 【認知症対応型共同生活介護★】

- 認知症グループホームにおいて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士が介護職員等へ利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることを評価する加算を創設する。【告示改正】

### 単位数

<p>&lt;現行&gt; なし</p>	<p>⇒</p>	<p>&lt;改定後&gt; 栄養管理体制加算 30単位/月（新設）</p>
--------------------------	----------	--

### 算定要件等

- 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  
※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

32

## 2.(7)③ 過疎地域等におけるサービス提供の確保

### 概要

【小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 「令和元年の地方からの提案等に関する対応方針」（令和元年12月23日閣議決定）を踏まえ、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護について、過疎地域等におけるサービス提供を確保する観点から、過疎地域等において、地域の実情により事業所の効率的運営に必要であると市町村が認めた場合に、人員・設備基準を満たすことを条件として、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とする。【省令改正、告示改正】

一部R3.1.13諮問・答申済

### 基準・報酬

<現行>

#### 【基準】

登録定員及び利用定員を超過し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>

#### 【基準】

登録定員及び利用定員を超過し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過してサービス提供ができる。（追加）

#### 【報酬】

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）

### 算定要件等

（※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。

62

「介護保険給付費分科会」（2021.1.18）より

33

## 2.(7)④ 地域の特性に応じた小規模多機能型居宅介護の確保

### 概要

【小規模多機能型居宅介護★】

- 令和2年の地方分権改革に関する提案募集における提案を踏まえ、小規模多機能型居宅介護について、地域の特性に応じたサービスの整備・提供を促進する観点から、看護小規模多機能型居宅介護等と同様に、厚生労働省令で定める登録定員及び利用定員の基準を、市町村が条例で定める上での「従うべき基準」（必ず適合しなければならない基準であり、全国一律）から「標準基準」（通常よるべき基準であり、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じて異なる内容を定めることが許容されるもの）に見直す。【法律改正、省令改正】

### 基準

<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

### 指定基準等

#### 具体的な項目（例）

- ・利用することができる人数の上限
- ※（介護予防）小規模多機能型居宅介護の場合  
登録定員：利用者登録することができる人数の上限  
利用定員：通い・宿泊サービスごとの1日当たりの利用者の数の上限

#### 条例委任する場合の基準

- 標準基準（看多機を含む）
- ※ ただし、（介護予防）小規模多機能型居宅介護等は、**従うべき基準**

#### 改正後

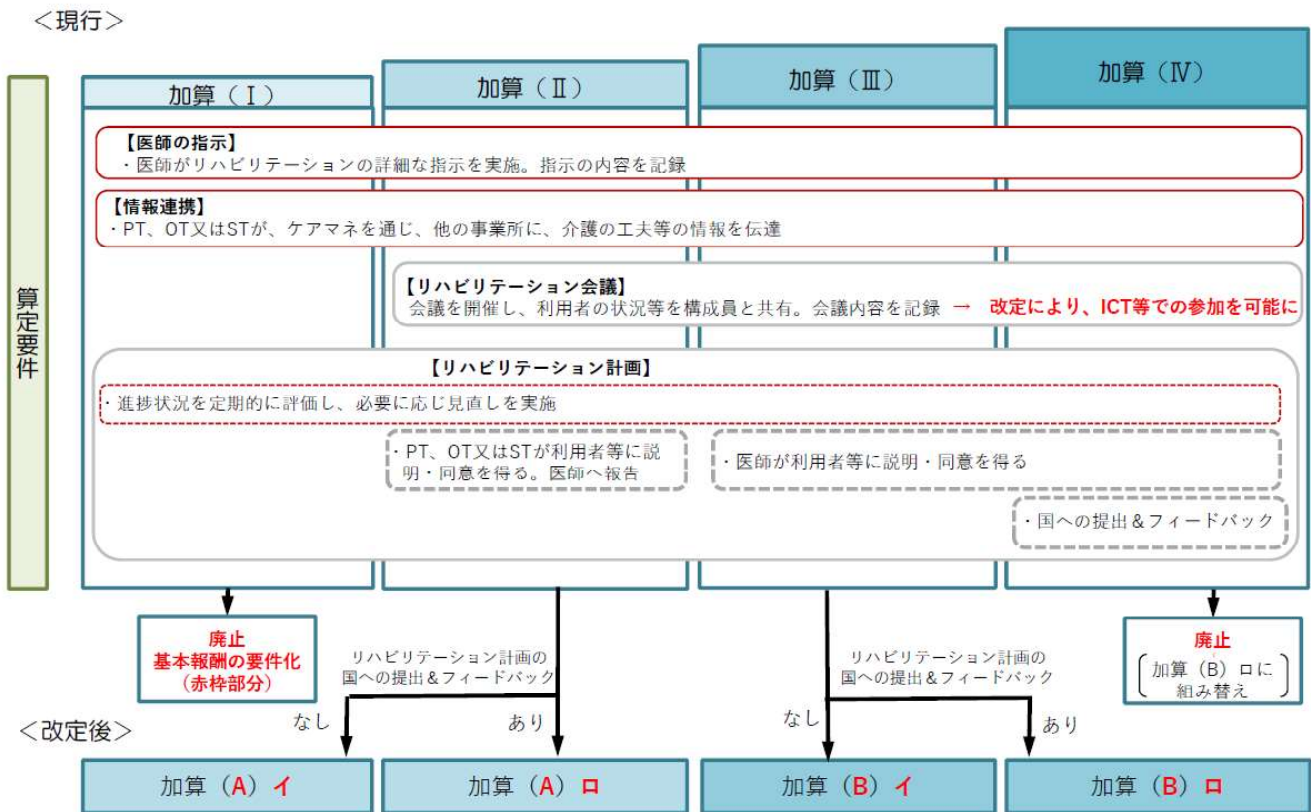
- 標準基準（看多機を含む）
- ※（介護予防）小規模多機能型居宅介護も、**標準基準**とする。

※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 63

「介護保険給付費分科会」（2021.1.18）より

34

# 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

35

## 3. (1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し②

単位数			
<b>【訪問リハビリテーション】</b>			
<現行>		<改定後>	
リハビリテーションマネジメント加算 (I)	230単位/月	⇒	廃止 リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ 180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (II)	280単位/月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ 213単位/月 (新設)
リハビリテーションマネジメント加算 (III)	320単位/月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ 450単位/月 リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ 483単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (IV)	420単位/月	⇒	廃止 (加算 (B) ロに組み替え)
(介護予防)			
リハビリテーションマネジメント加算	230単位/月	⇒	廃止

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

36

### 3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し③

単位数	
<b>【通所リハビリテーション】</b>	
<現行>	<改定後>
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 330単位/月	⇒ 廃止
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	⇒ リハビリテーションマネジメント加算(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
	⇒ リハビリテーションマネジメント加算(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
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	⇒ リハビリテーションマネジメント加算(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
	⇒ リハビリテーションマネジメント加算(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
リハビリテーションマネジメント加算(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)	
(介護予防)	
リハビリテーションマネジメント加算 330単位/月	⇒ 廃止

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

37

### 3.(1)③ リハビリテーションマネジメント等の見直し

概要	【介護老人保健施設、介護医療院】	
○ 介護老人保健施設(リハビリテーションマネジメント)及び介護医療院(特別診療費(理学療法・作業療法・言語聴覚療法)について、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等と同様に、CHASE・VISITへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進することを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】		
単位数	<改定後>	
<現行> なし	⇒ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(老健)	33単位/月(新設)
	⇒ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算(医療院)	33単位/月(新設)
算定要件等	○ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。	
	○ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画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。	

### 3.(1)④ 退院・退所直後のリハビリテーションの充実

概要	【訪問リハビリテーション★】	
○ 1週に6回を限度として算定が認められる訪問リハビリテーションについて、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所の日から起算して3月以内の利用者に対して週12回まで算定を可能とする。【通知改正】		
算定要件等	○ 退院(所)の日から起算して3月以内の利用者に対し医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定できる。	

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

38

### 3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し①

#### 概要

【通所リハビリテーション★】

- 生活行為向上リハビリテーション実施加算について、廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対する、適時適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から、事業所の加算を取得しない理由等も踏まえ、見直しを行う。【告示改正】

#### 単位数

##### 【通所リハビリテーション】

<現行>

3月以内 2,000単位/月

3月超、6月以内 1,000単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

<改定後>

6月以内 1,250単位/月

⇒ 廃止

##### 【介護予防通所リハビリテーション】

<現行>

3月以内 900単位/月

3月超、6月以内 450単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

<改定後>

6月以内 562単位/月

⇒ 廃止

## 「科学的介護」の本格始動

21年介護報酬改定の目玉の1つとしてあげられる「科学的介護」の本格始動は、多くの介護従事者が関心を寄せている。**科学的介護情報システム**、いわゆる通称「**LIFE** (Long-term care Information system)」を活用して、厚労省へ利用者の状態などのデータを提出する。

そして、全国から集積されたデータが当該介護事業所にフィードバックされ、それに基づいて介護サービスを提供していくことになる。いわゆる「**PDCA**」サイクルといわれるものだ。

# 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

## 医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。



(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)  
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

## 介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。



事務連絡令和3年2月19日(厚生労働省老健局老人保健課)より

## LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

	科学的介護推進加算(Ⅰ) 科学的介護推進加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ) ADL維持等加算(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ) 排せつ支援加算(Ⅱ) 排せつ支援加算(Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算(Ⅱ)
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	○	○	○			○		○	○			○	○
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進加算	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ) ADL維持等加算(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ) 排せつ支援加算(Ⅱ) 排せつ支援加算(Ⅲ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)				○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○ (予防を除く)					
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○					
認知症対応型共同生活介護(予防を含む)	○							
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○			○ (予防を除く)			○	○
訪問リハビリテーション				○ (予防を除く)				

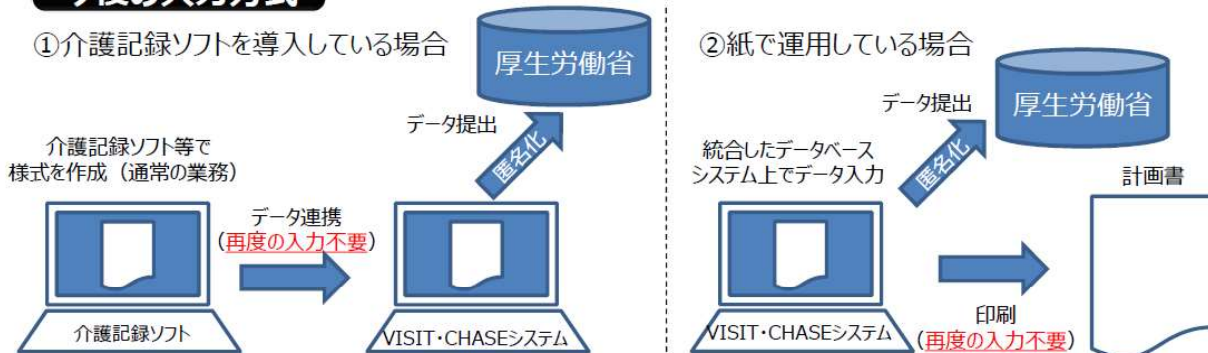
# VISIT・CHASEにおけるデータ入力の省力化について(イメージ)

- 今後はVISIT（通所・訪問リハビリテーション）・CHASE（全サービス）へのデータ入力・フィードバックについては機能を統合する。
- 介護記録ソフトとのデータ連携により、統合したデータベースシステムへのデータ入力に係る現場の負担を軽減。
- 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

## 従前のVISIT



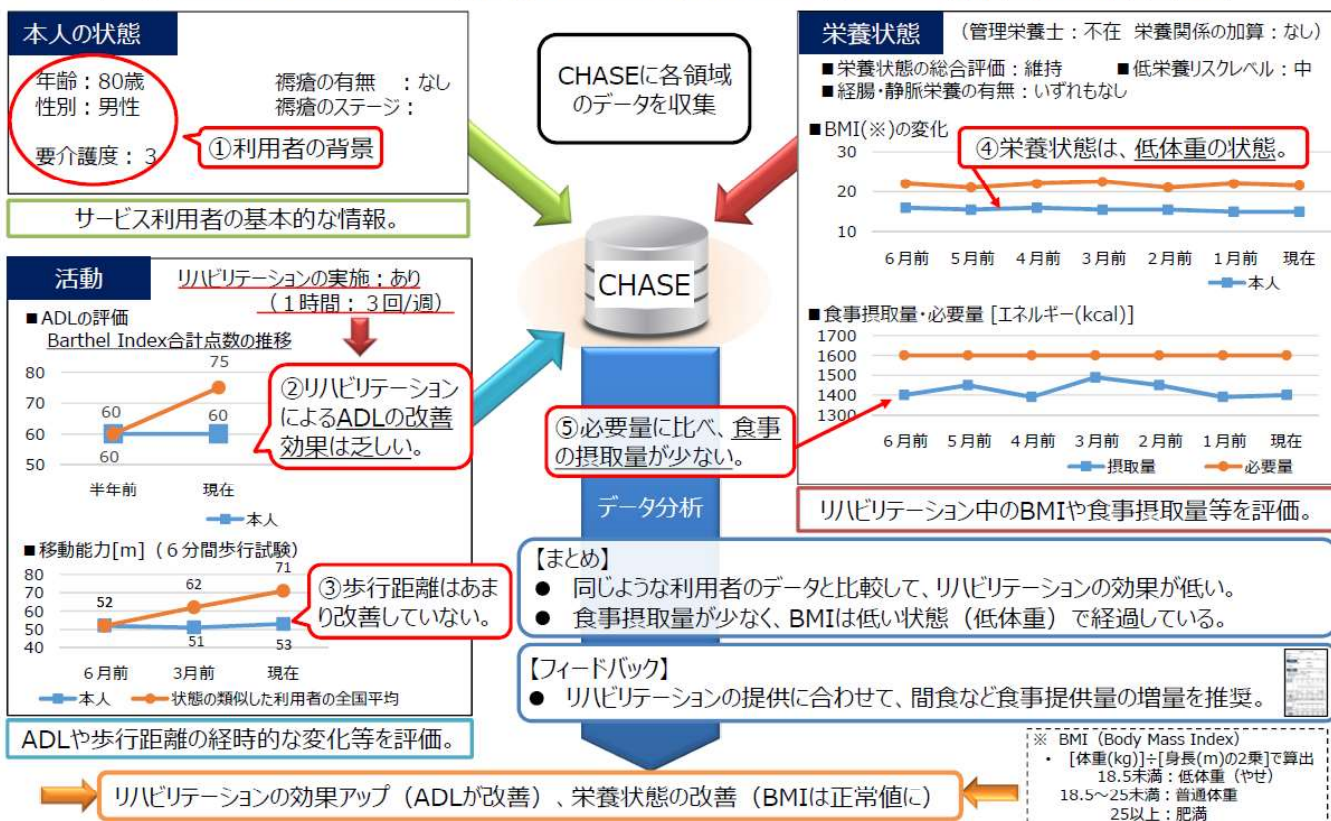
## 今後の入力方式



「介護保険給付費分科会」(2020.9.14)<sup>43</sup>より

## 個別化された自立支援・科学的介護の推進例 (イメージ)

### 例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価 (利用者単位)





- 加算を最初に算定、LIFEへ情報提供すべきタイミングは「少なくとも6か月ごと」。

### 情報提供の時期・頻度について

既存の利用者については、加算の算定を始める月の翌月10日まで

新規の利用者については、サービスを始めた月の翌月10日まで

2回目以降の情報提供は、少なくとも6か月ごとに翌月10日まで

サービスを終了する利用者について、その月の翌月10日まで

※ 情報提供すべき月にできない時は、直ちに届け出が必要。この場合、利用者全員について加算を算定できない。

### ・新年度に限った猶予措置について

今年4月から9月末日までに加算の算定を始める場合は、その月の5ヵ月後の翌月10日までに情報提供することも可能

今年10月から来年2月末日までに加算の算定を始める場合は、来年4月10日までに情報提供することも可能

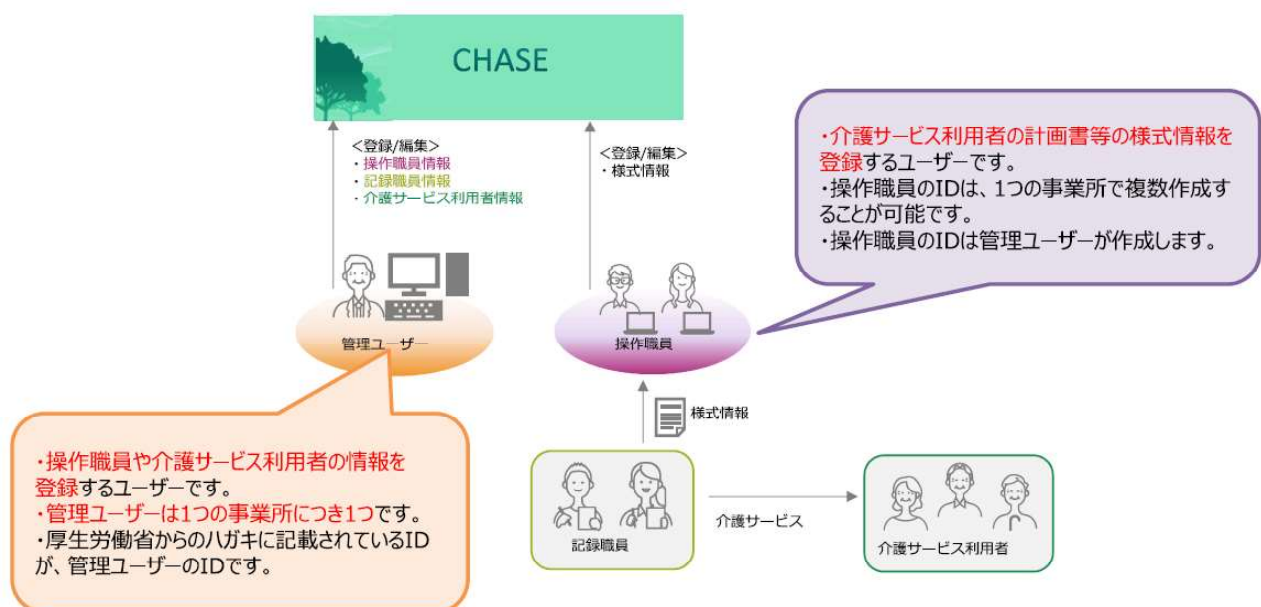
※ 猶予措置を使う場合、その理由や提出予定時期などを記載した計画の策定が必要。

令和3年3月16日(厚生労働省:介護保険最新情報)<sup>45</sup>より

## ユーザーについて

操作説明書  
P6

- 厚生労働省からハガキが到着した後の、具体的な操作手順を説明します。
- まず、CHASE (LIFE) には「**管理ユーザー**」と「**操作職員**」の2種類のユーザーが存在することに留意してください。



12

46

令和3年3月12日(厚生労働省:介護保険最新情報)より

○ 様式情報の登録画面から、「様式一覧管理」をクリックすると、各介護サービス利用者の様式の作成状況が一覧形式で確認できます。

三 トップ画面 > 様式一覧管理

No.	利用者ID↑	氏名	登録情報	経口情報	口腔1	口腔2	認知症	興味情報	居宅情報	アセス	基本リ	基本項
1	00000115	利用 太郎	確定 2020/02/04									
2	00000217	介護 松子	確定 2020/02/04									
3	00000415	利用 次郎	確定 2020/02/04		作成中 2020/02/04							
4	00000415	利用 三郎										
5	00000517	介護 竹子			作成中 2020/02/04							
6	00000615	利用 梅子			作成中 2020/02/04							
7	00000617	介護 四郎										

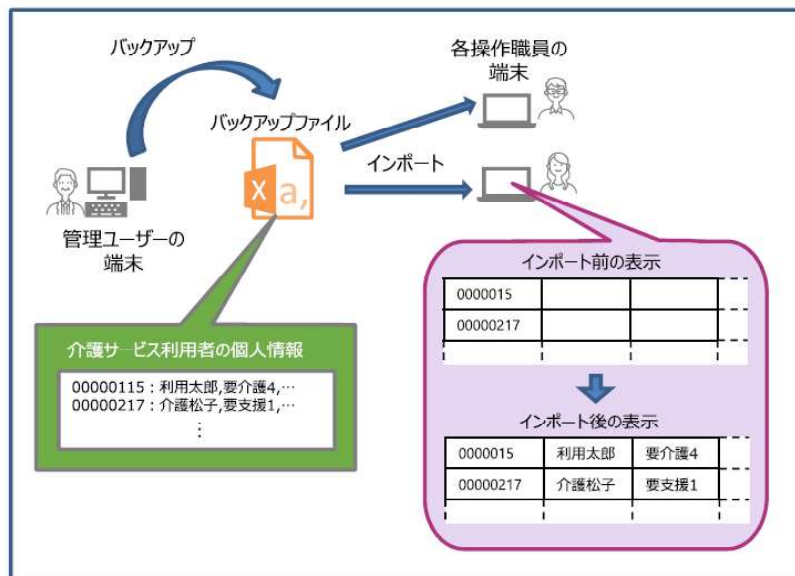
36

47

令和3年3月12日(厚生労働省:介護保険最新情報)より

個人情報の入出力

- CHASEでは、**介護サービス利用者の氏名等の個人情報**は、厚生労働省へは送信されず、施設・事業所のパソコンのブラウザー内に保存されています。
- そのため、**利用者情報を登録する「管理ユーザー」**が使用するパソコンとは別のパソコンで、**利用者の氏名等の情報を表示するためには、ブラウザーに保存されている個人情報を共有する必要があります。**
- 複数のパソコンを利用しない場合においても、**介護サービス利用者の個人情報**が消えてしまった場合に復元できるように、**定期的バックアップ**を行って下さい。



38

48

令和3年3月12日(厚生労働省:介護保険最新情報)より

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)

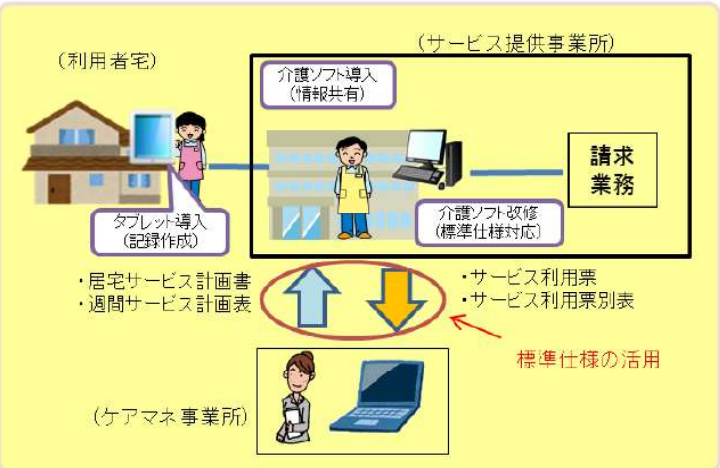
3. 要件

- ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護ソフト</li> <li>タブレット端末</li> <li>スマートフォン</li> <li>インカム</li> <li>クラウドサービス</li> <li>他事業者からの照会経費等</li> </ul>
2年度	当初	都道府県が設定 <small>※事業者数記入を入れることが条件</small>	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)
	1次補正	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 100万円 160万円 200万円 260万円	
	3次補正	一定の要件を満たす事業所は、 <b>3/4を下限</b> に都道府県の裁量により設定 それ以外の事業所は <b>1/2を下限</b> 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)以降の拡充分は令和5年度までの実施

<例:訪問介護サービスの場合>

事務連絡令和3年2月19日(厚生労働省老健局老人保健課)より

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】 **R3.1.13諮問・答申済**

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)

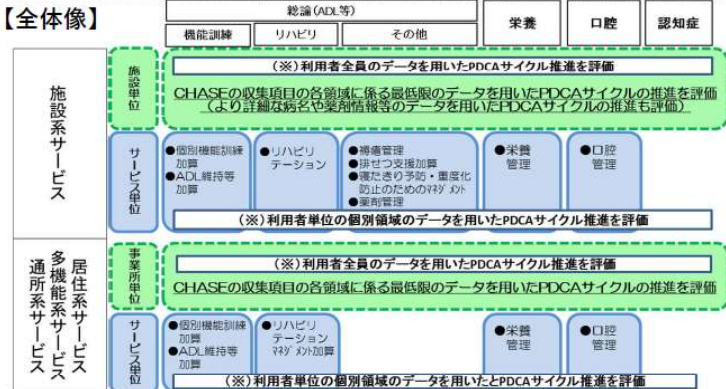
<通所系・多機能系・居住系サービス>

科学的介護推進体制加算 40単位/月(新設)

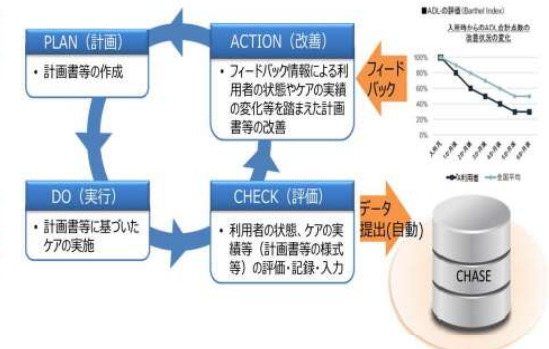
(算定要件)

- 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問わず、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. (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>	<改正案>
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)	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>	<改正案>
排せつ支援加算 100単位/月 (6月を限度とする)	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。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

### 3. (1)⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

#### 概要

【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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。【省令改正、告示改正】
- 口腔衛生管理加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

#### 単位数

<現行>	<改定後>
口腔衛生管理体制加算 30単位/月	廃止
口腔衛生管理加算 90単位/月	口腔衛生管理加算(Ⅰ) 90単位/月 (現行の口腔衛生管理加算と同じ) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 110単位/月 (新設)

#### 基準・算定要件

<運営基準(省令)> (※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わなければならない」ことを規定。
- ※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

<口腔衛生管理加算(Ⅱ)>

- ・ 加算(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の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。

<運営基準等における対応>



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

### 3.(1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

<b>概要</b>	【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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】
○ 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。【省令改正、告示改正】	
<b>単位数</b>	
<現行> 栄養マネジメント加算 14単位/日  なし 低栄養リスク改善加算 300単位/月 経口維持加算 400単位/月	⇒ <改定後> 廃止 栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算（新設） （3年の経過措置期間を設ける） 栄養マネジメント強化加算 11単位/日（新設） 廃止 変更なし
<b>基準・算定要件等</b>	
<運営基準（省令）> ○（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。 ○ 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「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わなければならない」ことを規定。（3年の経過措置期間を設ける） <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 ○ 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。 <経口維持加算> ○ 原則6月とする算定期間の要件を廃止する	

87

53

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

### 3.(3)① 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進

<b>概要</b>	【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、介護老人保健施設、介護医療院】
○ 介護保険施設において、入所者の尊厳の保持、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、医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を推進するため、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期的に全ての入所者に対する医学的評価と、それに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、</li> <li>・ 介護支援専門員やその他の介護職員が、日々の生活において適切なケアを実施するための計画を策定し、日々のケア等を行う取組を評価する加算を創設する。【告示改正】</li> </ul> ○ その際、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求める。【告示改正】	
<b>単位数</b>	
<現行> なし	⇒ <改定後> 自立支援促進加算 300単位/月（新設）
<b>算定要件等</b>	
○ 以下の要件を満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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、少なくとも六月に一回、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。</li> <li>ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のための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。</li> <li>ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。</li> <li>ニ イの医学的評価の結果等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。</li> </ul>	

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

54

### 3. (1)⑰ 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

<b>概要</b>	【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】</li> <li>○ 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】</li> </ul>
<b>単位数</b>	<p style="text-align: center;">&lt;改定後&gt;</p> <p>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）          口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位/回（新設）（※6月に1回を限度）</p> <p>口腔機能向上加算 150単位/回 ⇒ 口腔機能向上加算（Ⅰ）150単位/回（現行の口腔機能向上加算と同様）          口腔機能向上加算（Ⅱ）160単位/回（新設）（※原則3月以内、月2回を限度）          （※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可）</p>
<b>算定要件等</b>	<p>&lt;口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護サービス事業所の従業者が、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及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可）</li> </ul> <p>&lt;口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること（※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算（Ⅰ）を算定できない場合にのみ算定可能）</li> </ul> <p>&lt;口腔機能向上加算（Ⅱ）&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の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</li> </ul>
89	
「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より <sup>55</sup>	

### 3. (1)⑱ 通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実

<b>概要</b>	【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★、看護小規模多機能型居宅介護】
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通所系サービス等について、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、見直しを行う。【告示改正、通知改正】</li> </ul>
<b>単位数</b>	<p style="text-align: center;">※ 通所系サービスに加え看護小規模多機能型居宅介護も対象とする</p> <p>&lt;現行&gt; なし ⇒ &lt;改定後&gt; 栄養アセスメント加算 50単位/月（新設）</p> <p>栄養改善加算 150単位/回 ⇒ 栄養改善加算 200単位/回（※原則3月以内、月2回を限度）</p>
<b>算定要件等</b>	<p>&lt;栄養アセスメント加算&gt; ※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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、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。</li> </ul> <p>※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。</p> <p>&lt;栄養改善加算&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。</li> </ul>
「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より <sup>56</sup>	

### 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し①

#### 概要

【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入所者生活介護】

- ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。
  - 【告示改正】
  - ・ 通所介護に加えて、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入所者生活介護を対象とする。
  - ・ クリームスキミングを防止する観点や、現状の取得状況や課題を踏まえ、算定要件について、以下の見直しを行う。
    - 5時間以上が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数を20名以上とする条件について、利用時間の要件を廃止するとともに、利用者の総数の要件を10名以上に緩和する。
    - 評価対象期間の最初の月における要介護度3～5の利用者が15%以上、初回の要介護認定月から起算して12月以内の者が15%以下とする要件を廃止。
    - 初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得たADL利得（調整済ADL利得）の平均が1以上の場合に算定可能とする。
    - 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求める。
  - ※ ADL利得の提出率を9割以上としていた要件について、評価可能な者について原則全員のADL利得を提出を求めつつ、調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者をその平均の計算から除外する。また、リハビリテーションサービスを併用している者については、加算取得事業者がリハビリテーションサービスの提供事業者と連携して機能訓練を実施している場合に限り、調整済ADL利得の計算の対象にする。
  - ※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、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において、利用者の調整済ADL利得を算出する場合は、さらに一定の値を付加するものとする。
  - ・ より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する新たな区分を設ける。

#### 単位数

< 現行 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月  
ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月

< 改定後 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (新設)  
ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

※ (Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定不可。現行算定している事業所等に対する経過措置を設定。

96

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より<sup>57</sup>

### 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し②

#### 算定要件等

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- 以下の要件を満たすこと
  - イ 利用者等(当該施設等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 利用者等全員について、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。
  - 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、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済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) >

- ADL維持等加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

各都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。厚生労働省では、平成28年度より通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT）、令和2年5月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）を運用しており、令和3年4月1日より、これらの一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）（以下「LIFE」という。）」とする予定です。

また、令和3年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、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・ケアの質の向上を図る取組を推進することとなりました。

つきましては、LIFEを用いた厚生労働省へのデータ提出等が要件となる加算及びLIFEの利用申請の方法等について下記のとおり整理しましたので、管内の市町村ならびに介護サービス事業所等へ周知をお願い致します。

利用申請後、事業所にパスワード等が記載された圧着はがきが、簡易書留で送付されます。時期については、通常、毎月25日までに利用申請があったものについて、翌月の上旬にはがきが発送されます。なお、介護報酬改定の前後の利用申請については、随時はがきの送付をする予定ですが、令和3年4月前半にLIFEの利用を開始する場合は、令和3年3月25日までに利用申請を行う必要がありますので、ご留意ください。

また、令和3年3月までにCHASE又はVISITのいずれかを利用している場合は、ご利用のID・パスワードを4月以降、引き続き利用することができます。なお、CHASE及びVISITの両方を利用している場合は、4月以降、CHASEのID・パスワードを引き続き利用することができます（VISITのID・パスワードについては、CHASEのID・パスワードに統一されます。）。両システムのデータ等はLIFEに引き継がれます。

- CHASE（LIFE）の利用申請の URL

<https://chase.mhlw.go.jp>

※ 令和3年4月以降は、以下の URL に切り替わる予定です。

<https://life.mhlw.go.jp>

- CHASE の操作マニュアル等の web サイト

<https://chase.mhlw.go.jp/help>

※ 令和3年4月以降は、以下の URL に切り替わる予定です。

<https://life.mhlw.go.jp/manual.html>



② データ提出及びフィードバック機能の利用について

各加算の詳細な要件は、今後通知等でお示しをする予定ですが、別添4-1及び4-2の様式案のうち、原則として、自由記載の箇所を除く項目についてデータ提出をお願いする予定です。

なお、別添4-2ではLIFEへのデータ入力とフィードバック機能の活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることが求められている加算に関連する様式一式を示しています。これらの様式の中で、LIFEへのデータ登録が加算算定に必要な様式については、別添4-1に示しています。

データ提出については、別添5に示すとおり、

- ・ LIFEのwebサイトに直接データを入力し、様式作成とデータ提出を行う方法
- ・ 様式作成のために介護ソフトに入力したデータを、LIFEへのCSV連携により提出を行う方法

があります。

「科学的介護情報システム（LIFE）と介護ソフト間におけるCSV連携の標準仕様について」（令和3年2月19日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）により、LIFEと介護ソフト間におけるCSV連携の標準仕様について、お示しをしたところですが、各介護ソフトのLIFEへの対応の有無、対応方法、時期等は異なりますので、ご利用のソフトのベンダー等にお問い合わせください。

また、データ提出は、サービス提供月の翌月の10日（4月サービス分は、5月10日）までに行っていただく予定であり、そのデータの解析結果等のフィードバックについては、サービス提供月の翌月中に、LIFEのwebサイトを通じて実施予定です（PDF形式でダウンロードしていただく予定です）。詳細は追ってお示ししますが、介護事業所等においては、解析結果等のフィードバックの活用による、PDCAサイクルとケアの質の向上を図る取組を行っていただく必要があります。

加算名称	対応する様式（案）	別添4-1
		LIFEへのデータ登録 （加算算定に必要）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ） 科学的介護推進体制加算	科学的介護推進に関する評価 ※施設・事業所が加算において様式の作成を求めものではなく、LIFEへの登録項目を示すためのイメージとしての様式	○
個別機能訓練加算（Ⅱ）	別紙様式1：興味・関心チェックシート	任意
	別紙様式2：生活機能チェックシート	○
	別紙様式3：個別機能訓練計画書	○
ADL維持等加算	特定の様式はなし ※施設・事業所は、利用者のADLデータをLIFEへ登録 ※LIFEでは、登録されたデータをもとに算定要件を満たしているかを判定し、結果を表示する予定	○
リハビリテーションマネジメント加算（A）□（B）□ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	別紙様式1：興味・関心チェックシート	任意
	別紙様式2：リハビリテーション計画書	○
	別紙様式3：リハビリテーション会議録	任意
	別紙様式4：リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票	任意
	別紙様式5：生活行為向上リハビリテーション実施計画書	任意
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） 褥瘡対策管理指導（Ⅱ）	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	○
排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	○
自立支援促進加算	自立支援促進に関する評価・支援計画書	○
かかりつけ医連携薬剤調整加算 薬剤管理指導	薬剤変更等に係る情報提供書	○
栄養マネジメント強化加算	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）	○
栄養アセスメント加算	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）	○
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算 様式（実施計画）	○
口腔機能向上加算	口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）	○

# 科学的介護推進に関する評価

評価日 令和 年 月 日  
 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

氏名 殿

障害高齢者の日常生活自立度：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

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
	被保険者番号		
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕		
	服薬情報 1. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) 2. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) ・ ・ ・		
	同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他		
	ADL ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
	在宅復帰の有無等 <input type="checkbox"/> 入所継続中 <input type="checkbox"/> 退所 (退所日: ) <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他		

63

## 自立支援促進に関する評価・支援計画書

氏名 殿 氏名 殿  
 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日

医師名  
 介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(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	
1.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容 (前回より変化のあった事項について記入)	
(3) 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) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(4) 基本動作 ・寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(5) ADL <sup>※</sup> 自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果 <input type="checkbox"/> 期待できる (期待できる項目: <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明 ・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・機能訓練の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画 <input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組 <input type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組 <input type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組	
(8) 医学的観点からの留意事項 ・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・その他 ( )	

(※) 利用者が日常生活の中で「できる ADL 動作」について評価して下さい。

64

# 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 性別 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 記入担当者名

褥瘡の有無  
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対応 「自分で行っていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し 実施する。	
	ADL の状況	入浴		自分で行っている	自分で行っていない			
		食事摂取		自分で行っている	自分で行っていない	対象外 (※1)		
			更衣	上衣	自分で行っている	自分で行っていない		
	基本動作		下衣	自分で行っている	自分で行っていない			
		寝返り		自分で行っている	自分で行っていない			
		座位の保持		自分で行っている	自分で行っていない			
		座位での乗り移り		自分で行っている	自分で行っていない			
	排せつの状況	立位の保持		自分で行っている	自分で行っていない			
		尿失禁		なし	あり	対象外 (※2)		
便失禁			なし	あり	対象外 (※3)			
バルーンカテーテルの使用			なし	あり				
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし	あり					

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0: 皮膚損傷・発赤なし d 1: 持続する発赤 d 2: 真皮までの損傷	D 3: 皮下組織までの損傷 D 4: 皮下組織を越える損傷 D 5: 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U: 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e 0: なし e 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない e 3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	E 6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0: 皮膚損傷なし s 3: 4未満 s 6: 4以上 16未満 s 8: 16以上 36未満 s 9: 36以上 64未満 s 12: 64以上 100未満	S 15: 100以上
	炎症/感染	i 0: 局所の炎症徴候なし i 1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 0C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い、肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3: 局所の明らか感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9: 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6: 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0: 壊死組織なし	N 3: 柔らかい壊死組織あり N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p 0: ポケットなし	P 6: 4未満 P 9: 4以上 16未満 P 12: 16以上 36未満 P 24: 36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

# 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 性別 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 記入者名  
 医師名  
 看護師名

## 排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30年 4月改訂)」を参照。

# 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】

R3.1.13諮問・答申済

- 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】

R3.1.13諮問・答申済

- 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](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】

R3.1.13諮問・答申済

- 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、小多機能等の例を参考に、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】

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 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。

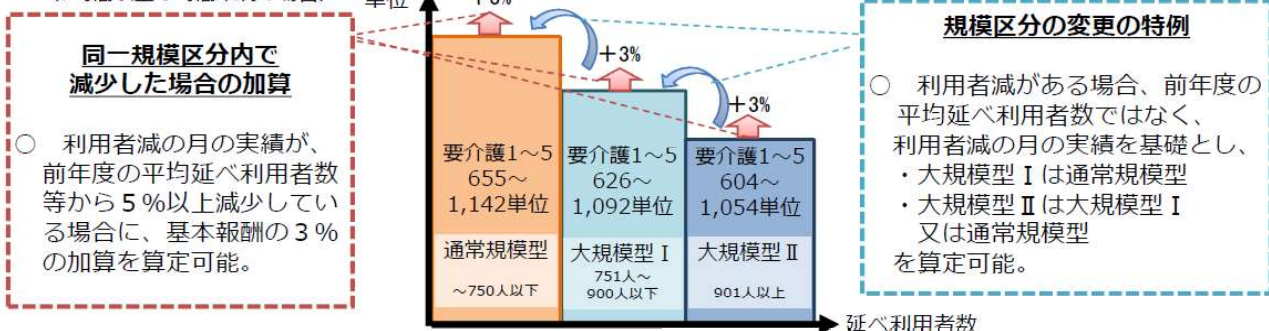
### 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

- 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)



「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

- 月の延べ利用者数が前年同月に対し5%以上減った場合に利用できるのが「**3%加算**」。支援対象となる期間は3カ月間。
- 「**規模区分の特例**」: 支援期間の定めはない。月ごとに延べの利用者数を確認しなければならない。利用数が回復した場合は、回復した月の翌月で支援は終了。
- 「規模区分の特例」と「3%加算」を**併用することはできない**。両方の条件を満たす場合、「規模区分の特例」が適用。

令和3年3月16日(厚生労働省:介護保険最新情報)<sup>69</sup>より

## ICTを活用し国の動き

「ロボット・センサー・ICTの活用：言うまでもなく、**介護を行うのは人**であり、人（利用者）と人（介護者）の関係が介護の基本であるが、エビデンスを踏まえつつ、ロボット・センサー・ICTを用いることで、**職員の身体的・精神的負担軽減**が図られる結果、介護現場に時間的・心理的余裕を生じさせ、利用者と介護者のふれあう時間や利用者の**安心感を増す**効果がある」厚労省『介護現場革新会議基本方針～介護職員と介護サービス利用者のための「介護現場革新プラン」～』2019年3月28日5頁より。

①見守りセンサーの可能性

②ケース記録のIT化

③要介護者のレクリエーション機器として

④介護現場におけるAI技術の活用

# 新介護報酬：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

## 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 (※)

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 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

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

## 4. (2)⑪ 介護老人福祉施設等の人員配置基準の見直し①

<b>概要</b>	【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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】
○ 人材確保や職員定着の観点から、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。【省令改正】 <b>R3.1.13諮問・答申済</b>	
<b>基準</b>	
<現行> 従来型とユニット型を併設する場合において、 介護・看護職員の兼務は認められない。	⇒ <改定後> 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は、介護・看護職員の兼務を認める。

(※) 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

<特養と特養を併設する場合の介護・看護職員の兼務の可否>

	従来型	ユニット型
従来型	○	× ⇒ ○
ユニット型	× ⇒ ○	○

※ ○は入所者の処遇に支障がない場合にのみ可能。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より <sup>73</sup>

## 2. (5)① 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し①

<b>概要</b>	【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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】
○ 個室ユニット型施設において、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ユニットの定員を、夜間及び深夜を含めた介護・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ことを求めつつ、現行の「おおむね10人以下」から「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。【省令改正】 <b>R3.1.13諮問・答申済</b>	

<b>基準</b>	
○ 個室ユニット型施設における1ユニットの定員について、以下のとおり見直しを行う。	
<現行> おおむね10人以下としなければならない。	⇒ <改定後> ・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。 ・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。

## 3. (1)⑯ 多職種連携における管理栄養士の関与の強化

<b>概要</b>	【短期入所療養介護、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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】
○ 介護保険施設において多職種連携で行う取組について、管理栄養士の役割や関与を強化する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正、通知改正】	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、介護保険施設における看取りへの対応に係る加算（看取り介護加算、ターミナルケア加算）又は基本報酬の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。</li> <li>・ 褥瘡の発生や改善は栄養と大きく関わることを踏まえ、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。</li> </ul>	

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

- 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。

### 4.(3)① 利用者への説明・同意等に係る見直し

概要

【全サービス★】

- 利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、以下の見直しを行う。【省令改正、通知改正】
  - ア 書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を原則認めることとする。
  - イ 利用者等の署名・押印について、求めないことが可能であること及びその場合の代替手段を明示するとともに、様式例から押印欄を削除する。

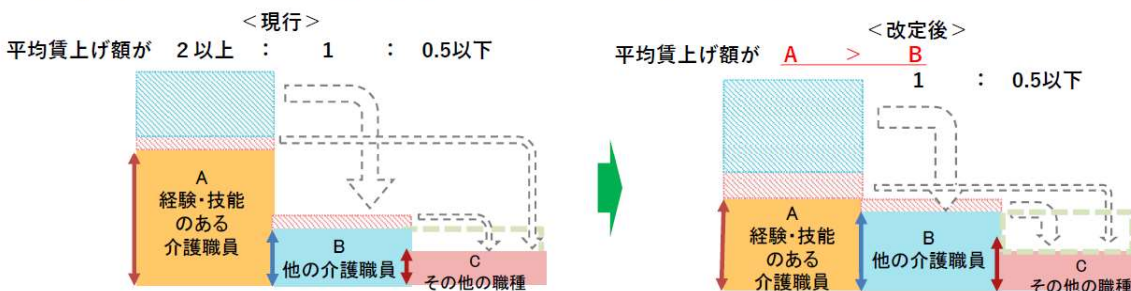
「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

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】



- 特定処遇改善加算：新たな表は6つのカテゴリごとに1つ以上の施策が必須。これまでは過去の取り組みを含める扱いも許されたが、**今後は年度ごとに必ず行う。ただし、新年度のみ特例。**6つのカテゴリから3つを選び、それぞれ1つ以上の施策を実施。
- いっぽう、処遇改善加算：新たな表の施策の**いずれかを年度ごとに必ず行っていく。**過去の取り組みは認められない。
- これら変更を踏まえた来年度の計画書を、4月15日(木)までに提出。

令和3年3月16日(厚生労働省:介護保険最新情報)<sup>77</sup>より

表4 職場環境等要件

区分	内容
入職促進に向けた取組	法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化
	事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築
	他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築
	職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する略歴吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等
	研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動
	エルダー・メンター(仕事やメンタル面のサポート等をする担当者)制度等導入
	上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備
	職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備
	有給休暇が取得しやすい環境の整備
	業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実
腰痛を含む心身の健康管理	介護職員の身体負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施
	短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施
	雇用管理改善のための管理者に対する研修等の実施
	事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上のための業務改善の取組	タブレット端末やインカム等のICT活用や見守り機器等の介護ロボットやセンサー等の導入による業務量の削減
	高齢者の活躍(居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供)等による役割分担の明確化
	5S活動(業務管理の手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・躰の頭文字をとったもの)等の実践による職場環境の整備
	業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減
やりがい・働きがいの醸成	ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善
	地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施
	利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供
	ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

## 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	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
				廃止	
取得要件	キャリアパス要件				
	①+②+③	①+②	① or ②	① or ②	いずれも満たさない
取得率	職場環境等要件				
	+	+	+	or	
	79.5%	7.2%	5.4%	0.2%	0.3%

#### <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

※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。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

79

## 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口、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た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。

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

80

## 単位数・算定要件等

	資格・勤続年数要件			単位数
	加算Ⅰ(新たな最上位区分)	加算Ⅱ(改正前の加算Ⅰイ相当)	加算Ⅲ(改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当)	
訪問入浴介護 夜間対応型訪問介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上	(訪問入浴) (夜間訪問) Ⅰ 44単位/回 Ⅰ 22単位/回 Ⅱ 36単位/回 Ⅱ 18単位/回 Ⅲ 12単位/回 Ⅲ 6単位/回
訪問看護 療養通所介護	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が30%以上 (ロ) 勤続3年以上の者が30%以上	(訪問・訪問) (療養通所) (イ)6単位/回 (イ)48単位/月 (ロ)3単位/回 (ロ)24単位/月
訪問リハビリテーション	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が1人以上 (ロ) 勤続3年以上の者が1人以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
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	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	(予防通所リハ以外) Ⅰ 22単位/回(日) Ⅱ 18単位/回(日) Ⅲ 6単位/回(日)
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※ 認知症対応型共同生活介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通所リハ) Ⅰ 176単位/月 Ⅱ 144単位/月 Ⅲ 48単位/月
短期入所生活介護、短期入所療養介護 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※ 介護療養型医療施設※	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	

「介護保険給付費分科会」(2021.1.18)より

### 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

R3.1.13 諮問・答申済

- 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は、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)

### ハラスメント対策の強化

R3.1.13 諮問・答申済

- 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は、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。

# 「介護人材不足倒産」 に備えて経営者は正念場

- 2020年に倒産した介護事業所は118件となり、過去最多。事業種別では「**訪問介護**」が最も多い56件、次いでデイサービスを含む「**通所・短期入所介護**」が38件。
- 介護事業経営は、いかに「**介護人材**」を確保、定着できるかが勝負であろう。**団塊世代**が全て**85歳になる2035年**、多くの要介護者が生じ介護ニーズはさらに高まるに違いない。
- やはり**介護職を確保**しない限り事業展開は難しい。いわば介護人材不足による「**倒産**」を、いかに**回避**できるかが経営の分かれ道ともいえる。

データ:東京商エリサーチより

83

## 人材派遣・紹介会社活用

①人材紹介会社に頼むと、年収の20～30%の手数料(年収300万円なら、60～90万円)定着する場合もあるが、1年で辞めて、また紹介会社にエントリーする介護職員もいる。

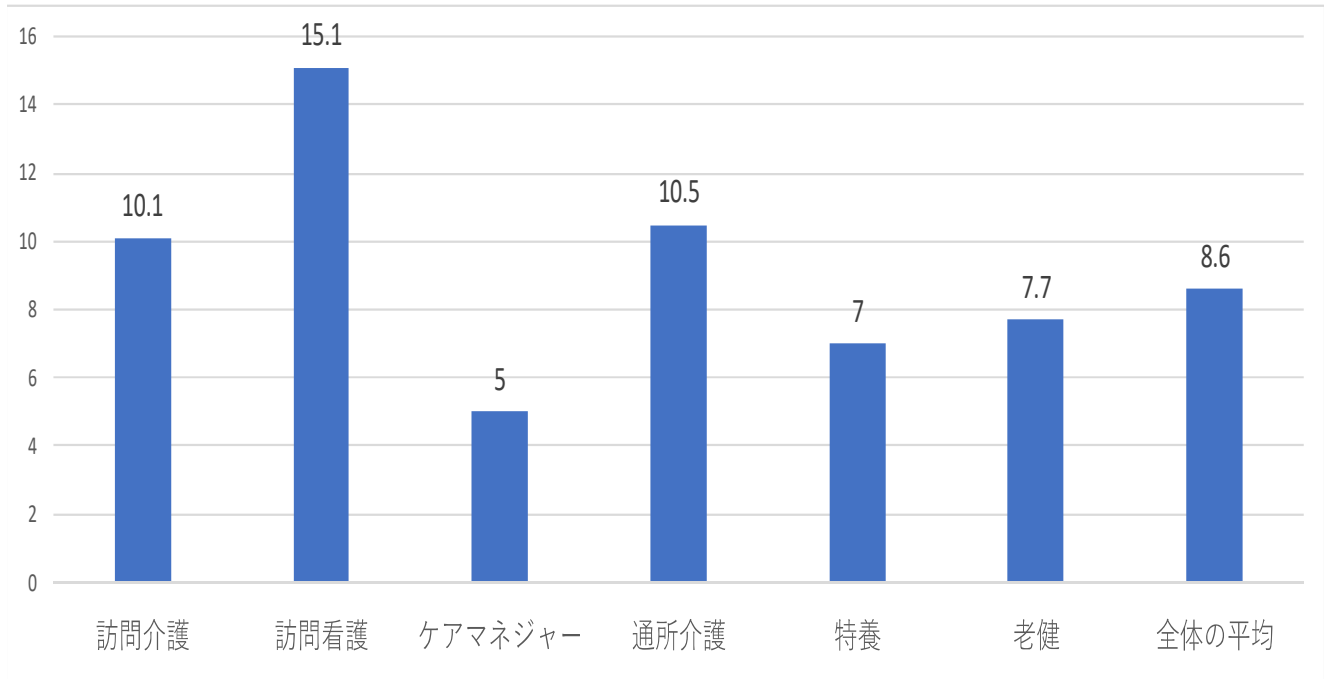
### ②人材派遣会社

派遣社員と正社員労働環境で、正社員が不満になる。派遣社員は提示にかえり、年収も同じ。正社員は、残業、休みが取れない・・・

一時、人がいない場合に派遣・紹介会社を活用することは有効だが、長期化すると組織の崩壊に？

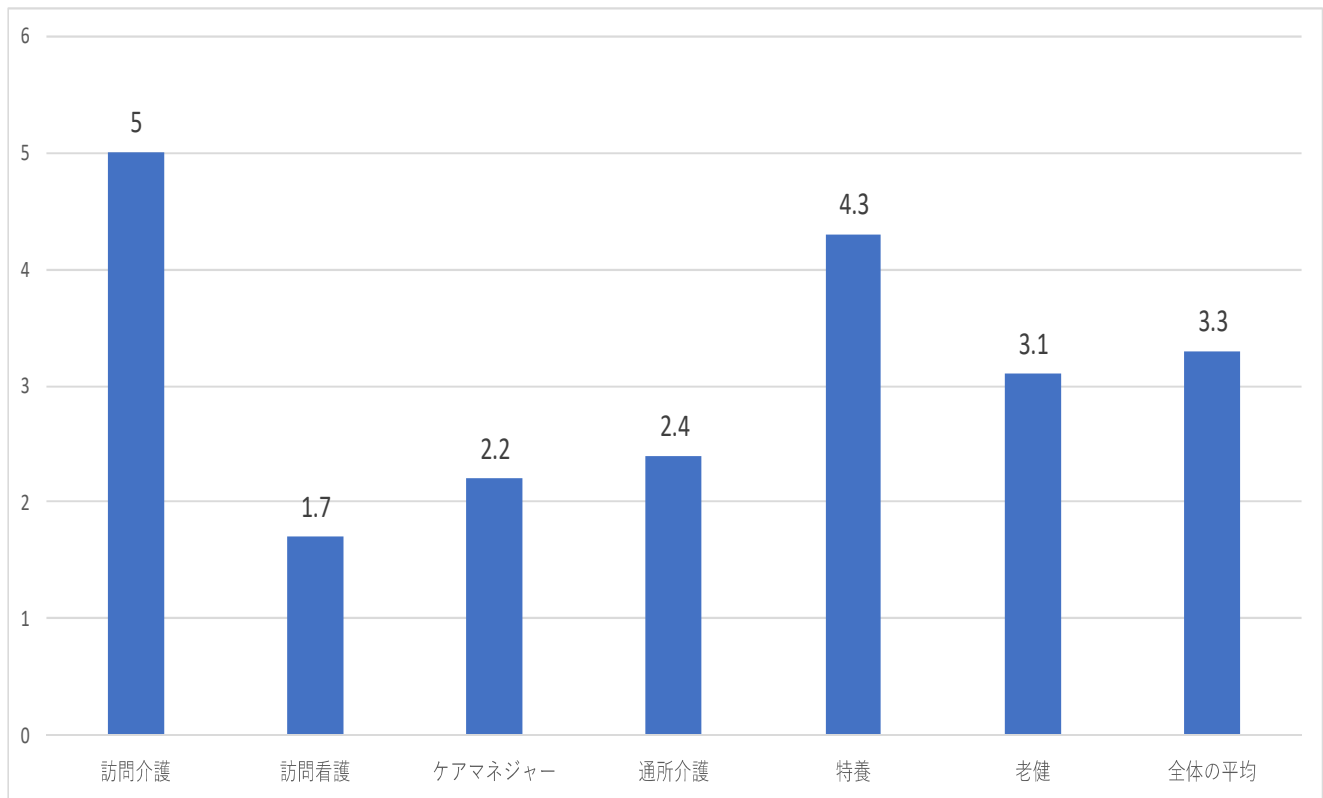
84

### 介護事業収入に占める派遣料金の割合（％）



介護労働安定センター「令和元年度介護労働実態調査～事業所における介護労働実態調査報告資料編～」2020年8月62頁より

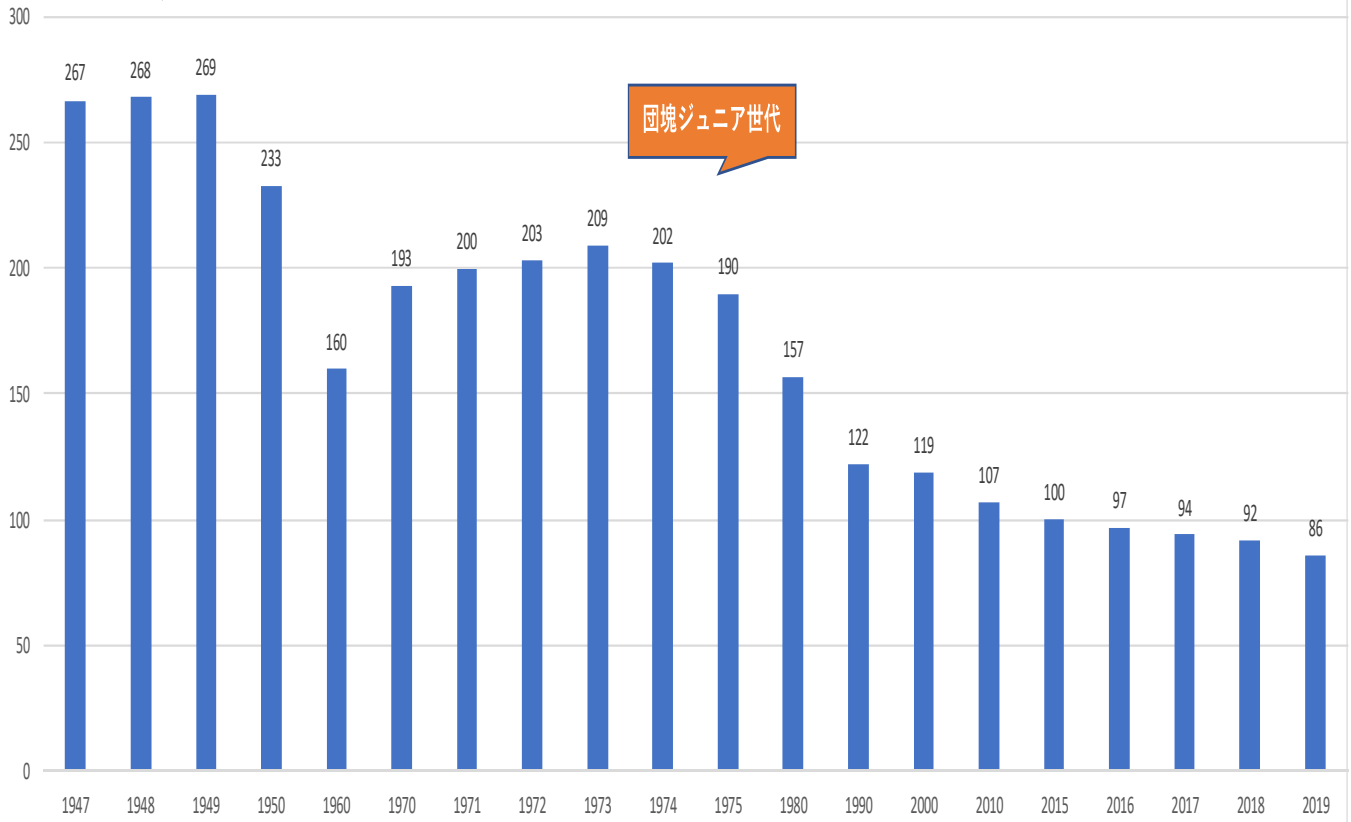
### 1介護事業所平均派遣労働者の受け入れ人数（人）



介護労働安定センター「令和元年度介護労働実態調査～事業所における介護労働実態調査報告資料編～」2020年8月11頁より

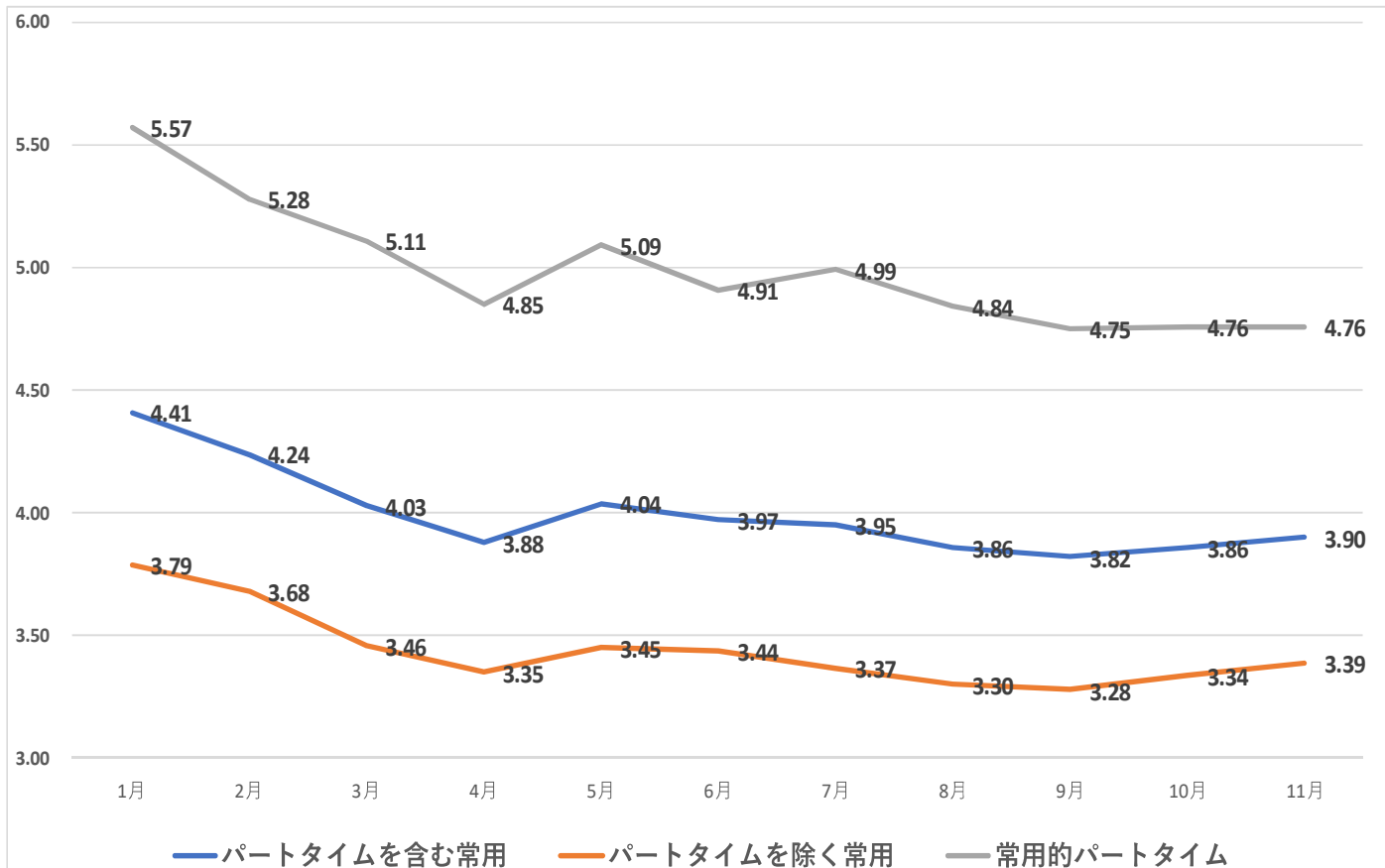
団塊世代

## 年間出生数の推移(万人)



厚労省「人口動態統計」<sup>87</sup>から作成

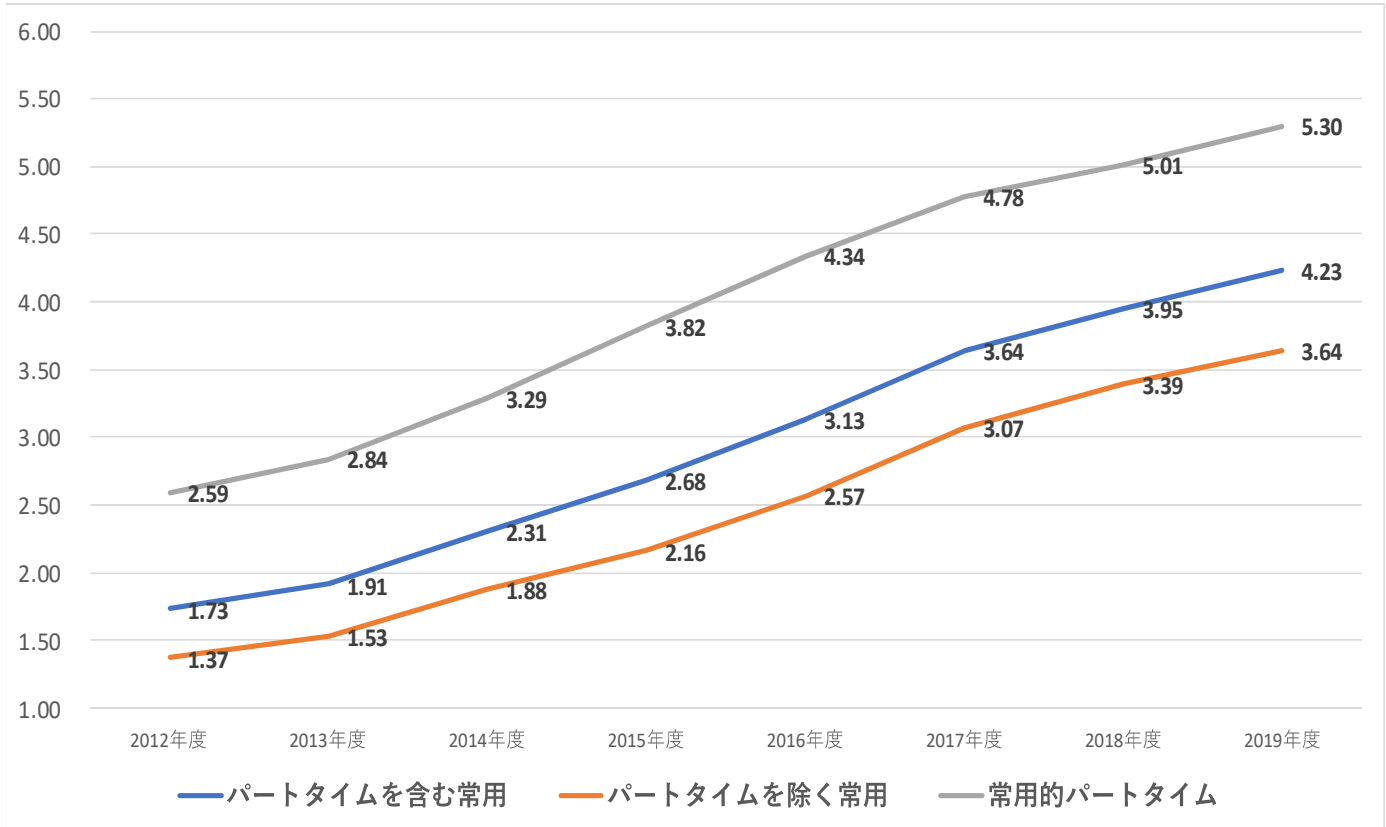
## 2020年における介護関係職種有効求人倍率(倍)



※介護関係職種は「福祉施設指導専門員」「その他の 社会福祉の専門的職業」「家政婦(夫)、家事手伝い」「介護サービスの職業」の合計

厚生労働省「一般職業紹介状況(職業安定業務統計)」<sup>88</sup>より作成

2012年度～2019年度における介護関係職種有効求人倍率(倍)



※介護関係職種は「福祉施設指導専門員」「その他の 社会福祉の専門的職業」「家政婦(夫)、家事手伝」「介護サービスの職業」の合計  
厚生労働省「一般職業紹介状況(職業安定業務統計)」より作成

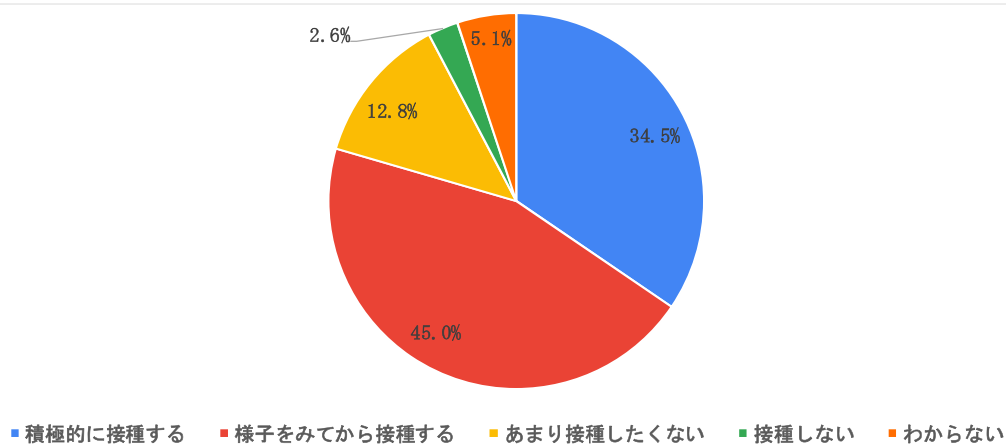
## 調査期間と回収数

調査期間は2021年2月3日～2月16日とし、651名から回答を得ることができた。しかし、2名の回答は不備が多く「欠損」として処理したため、本調査においては母数を649名とした。

ただし、本調査はインターネット等を活用しているため、明確な「標本数」を規定することができないことから、回収率を算定することができなかった。しかも、調査者の関係性のある団体に依頼していることから、「機縁法」かつ「雪だるま法(snow-ball sampling)」によるものであるため、分析・検証に限界があることは十分に承知している。

今後、あなたはワクチンが受けられるようになったら接種するか？

n=649人

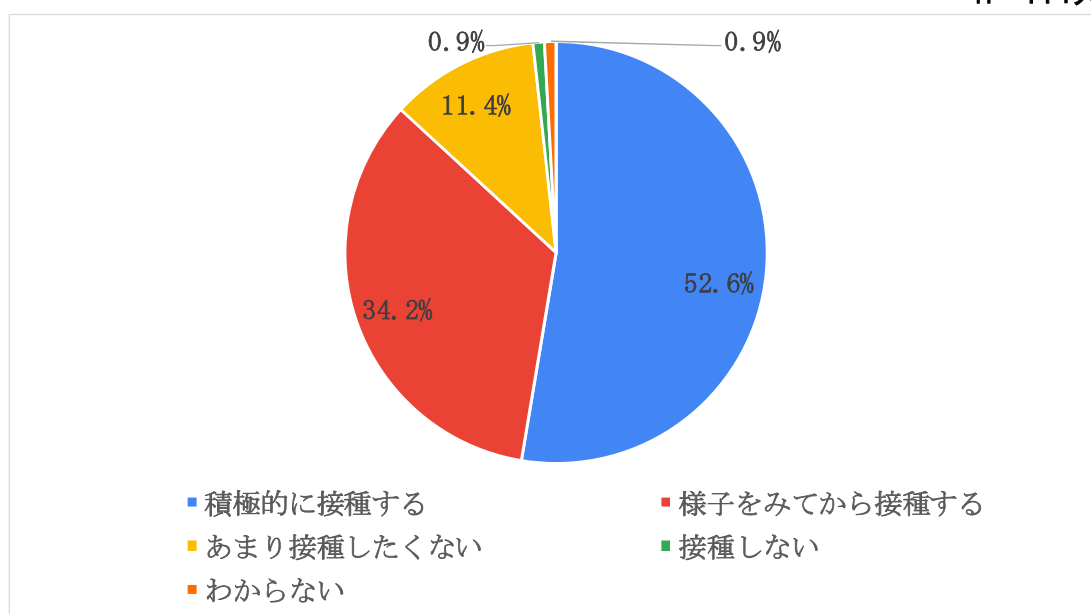


結城康博「令和3年新型コロナ問題における介護現場の実態調査報告」2021年2月22日

91

特養・老健・養護・軽費・有料（介護付き）など介護施設

n=114人



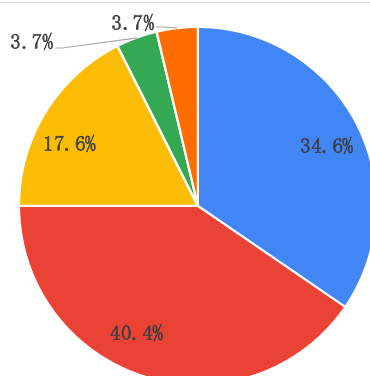
結城康博「令和3年新型コロナ問題における介護現場の実態調査報告」2021年2月22日

92



介護施設・サ高住系に関わりのある方のみ回答ください。現在、あなたが関わる介護施設（特養・老健・養護・軽費・有料）・サ高住などでは、家族などの対面での面会状況は？（任意回答項目）

n=324人



- 対面での面会ができる（1階フロアのみなど条件付けなど含め・・・）
- 間接的な面会ができる（対面での面会は中止しているが、ガラス越し面会・WEB面会など・・・）
- 対面かつ間接的な面会もできない（面接自体を中止している）
- その他
- わからない

結城康博「令和3年新型コロナ問題における介護現場の実態調査報告」2021年2月22日

93

ご静聴ありがとうございました！

[yy1969@za2.so-net.ne.jp](mailto:yy1969@za2.so-net.ne.jp)

結城康博

94





アンケート送信先 (長野県社会福祉法人経営者協議会事務局)  
 FAX 026-228-0130 E-mail keieikyo@nsyakyo.or.jp

## 令和2年度 福祉経営セミナー アンケート

令和3年3月23日(火)

今後のセミナー等の参考にさせていただきたいと考えておりますので、お手数でも下記のアンケートにご協力ください。

区分	○経営協、経営青年会 会 員	○福祉関係団体 (経営協、青年会の非会員)	○市町村社協
	○施設種別等 1 高齢者施設                      2 障害福祉施設                      3 児童福祉施設 4 保育所                              5 救護施設                              6 社会福祉協議会 7 その他 (                              )		

※↑上段・下段それぞれ、いずれかに○をしてください。

問1 講演について、評価に○をして感想等を書いてください。

評価	大変よかった	よかった	普通	あまりよくなかった	よくなかった
----	--------	------	----	-----------	--------

感想等

-----  
 -----  
 -----  
 -----

問2 今後希望するセミナーの内容や講師について、自由にご記入ください。

-----  
 -----  
 -----  
 -----

問3 経営協に期待すること等全般を通してのご意見・ご要望をご記入ください。

-----  
 -----  
 -----  
 -----

ご協力ありがとうございました。