

2021年4月20日
熊本県医師会
LIFE説明動画

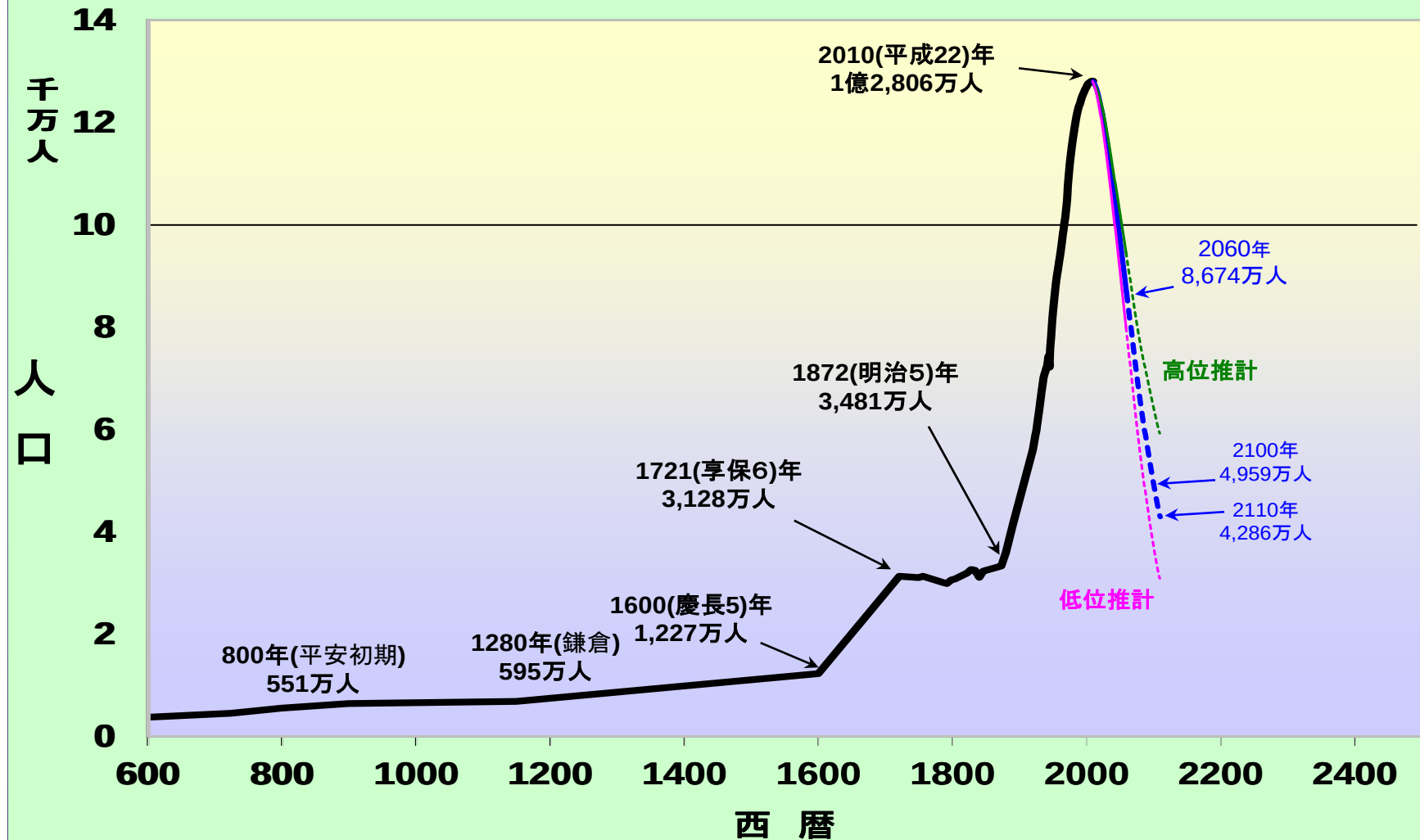
令和3年度介護報酬改定及び 科学的介護情報システム(LIFE)の活用について

厚生労働省老健局老人保健課
高齢者リハビリテーション推進官
木下翔司

介護保険制度を取り巻く背景

日本人口の歴史的推移

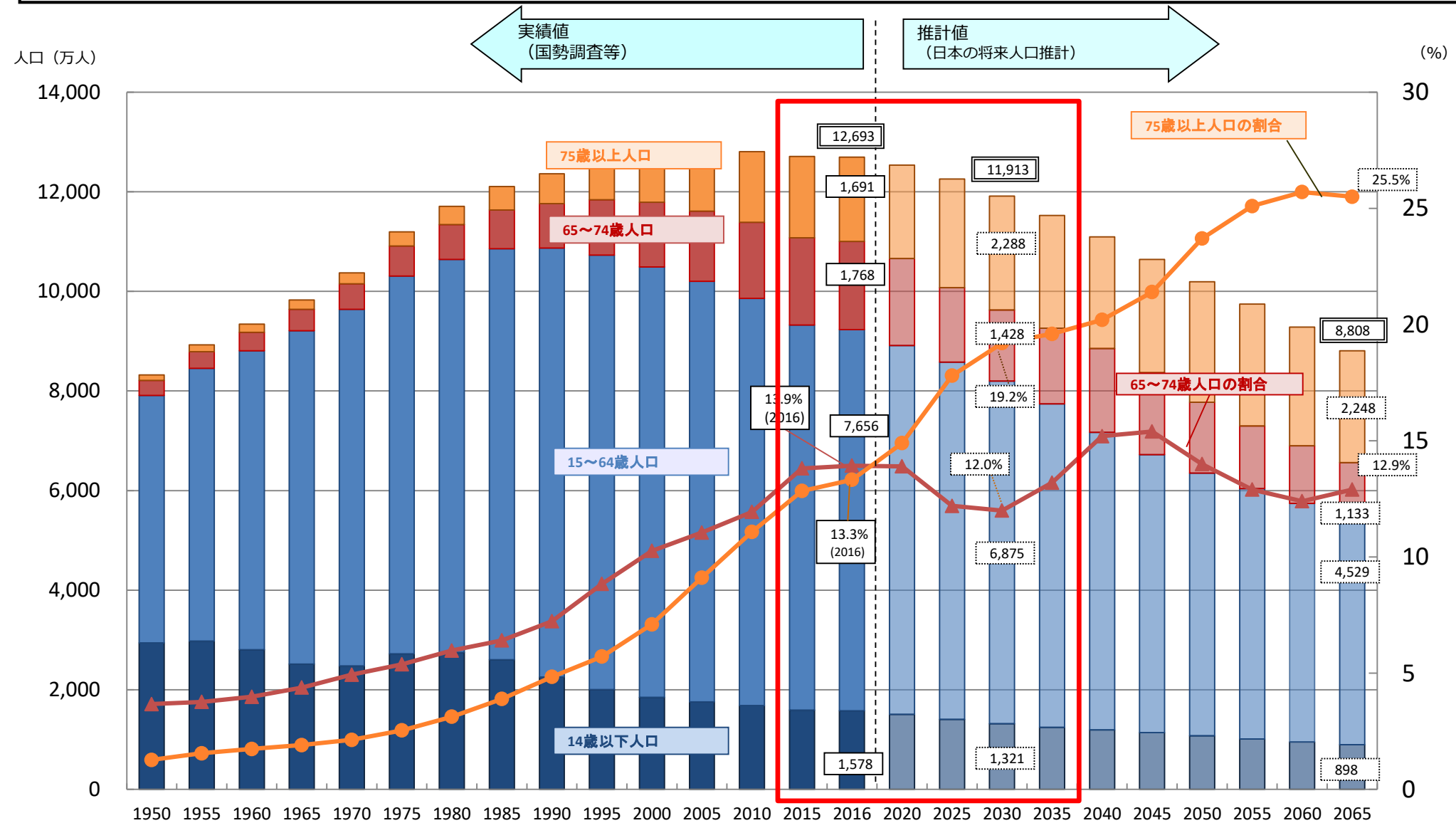
中医協 総-2 参考
28.1 2.1 4より



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])。

総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



これまでの20年間の対象者、利用者の増加

社保審一介護給付費分科会

第176回 (R2.3.16)

資料 1

○介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2019年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,528万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2019年4月末	
認定者数	218万人	⇒	659万人	3.0倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2019年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	378万人	3.9倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		87万人	
(居宅系)	—		61万人	
(居住系)	—		21万人	
(施設系)	—		6万人	
計	149万人	⇒	487万人※	3.3倍

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。（出典：介護保険事業状況報告）

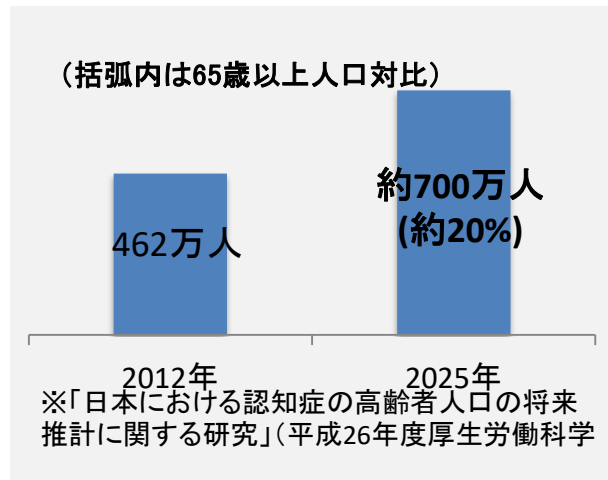
今後の介護保険をとりまく状況

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

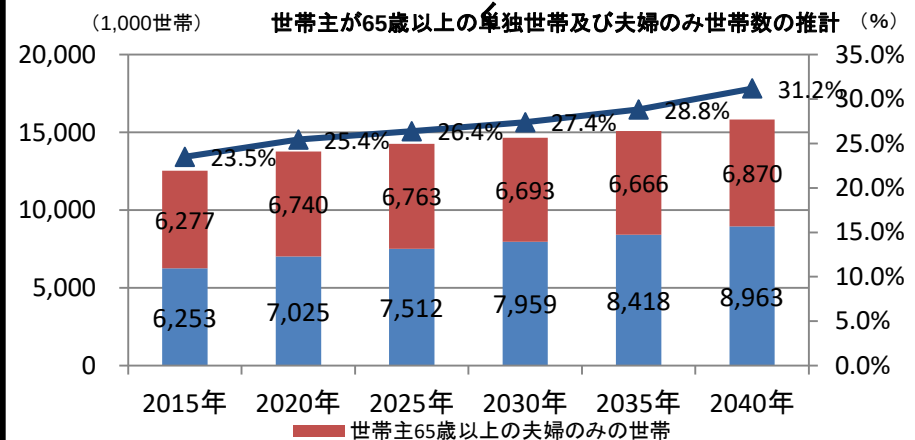
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(266%)	3,619万人(289%)	3,677万人(300%)	3,704万人(380%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(128%)	1,872万人(149%)	2,180万人(178%)	2,446万人(251%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

- ② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加してい



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018))年1月推計)」より作成

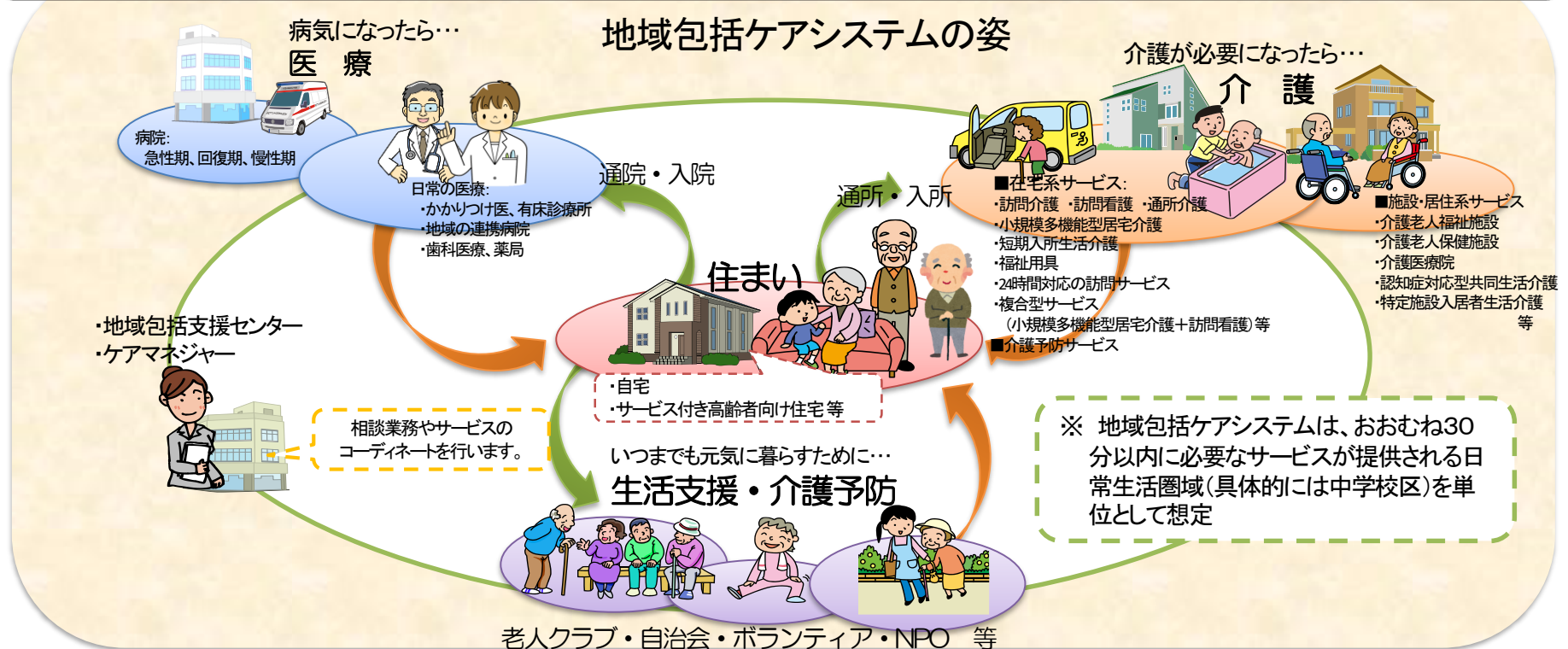
- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

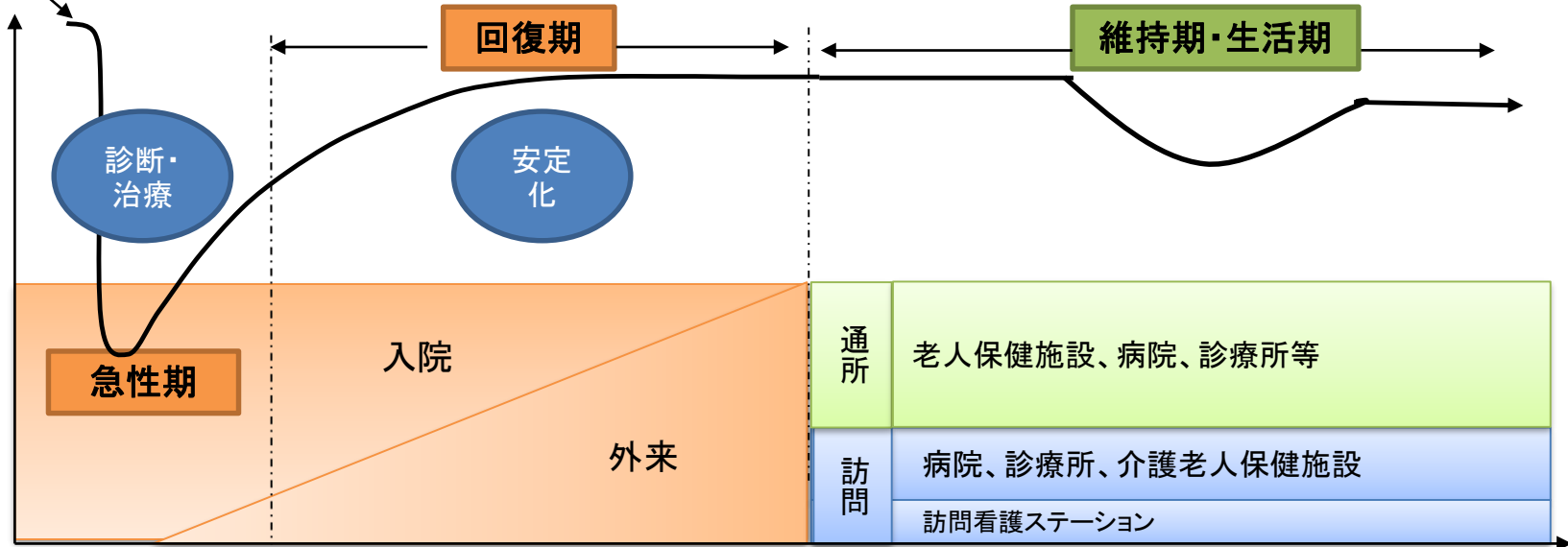


リハビリテーションの役割分担

中 医 協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 2 . 7 改

脳卒中等の発症

身体機能



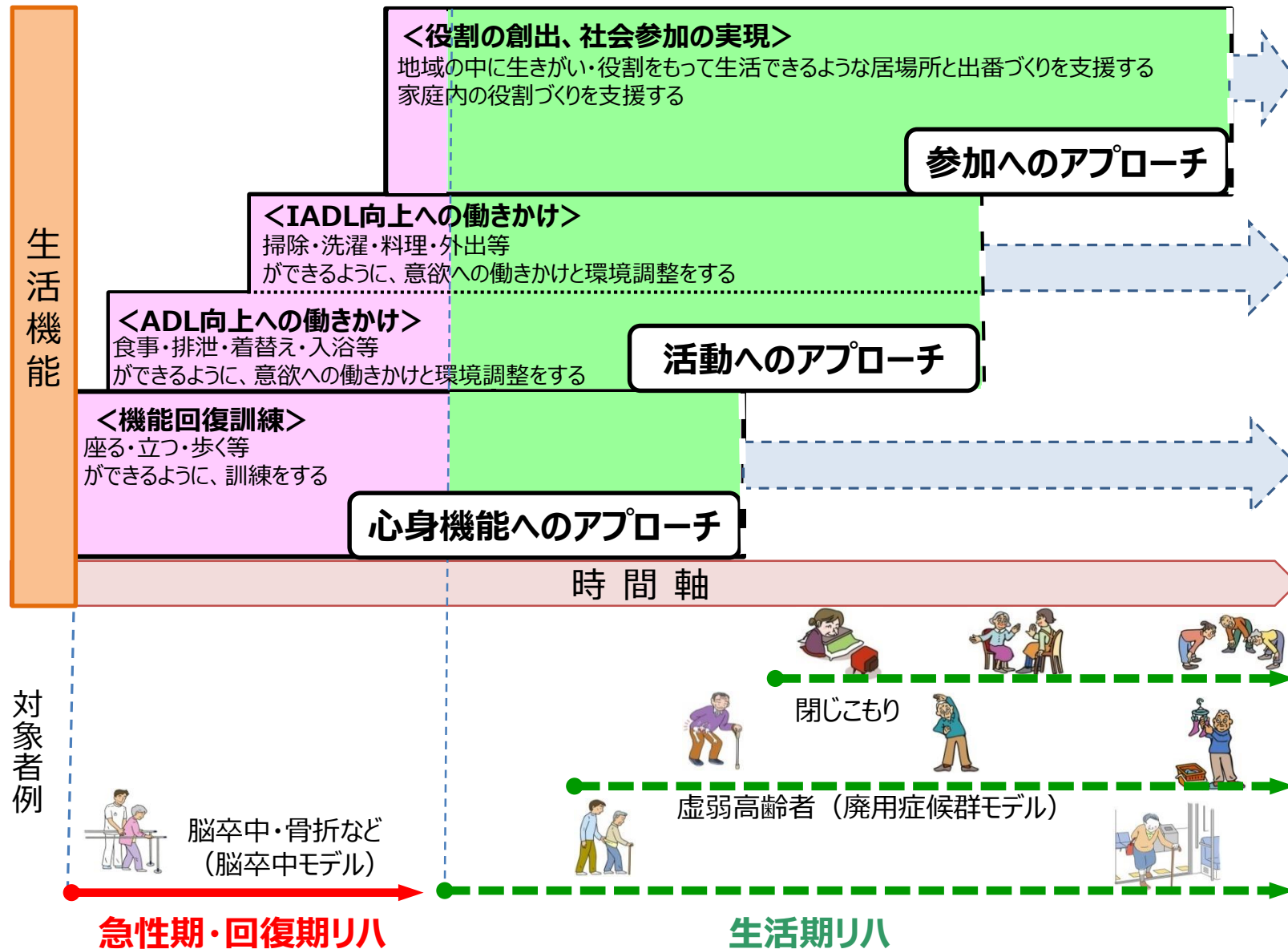
役割分担

主に医療保険

主に介護保険

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持	維持	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成



介護報酬について

- 介護報酬は、各サービス毎に設定されており、基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組み
- 介護保険事業（支援）計画の計画期間にあわせ、原則 3 年に 1 回見直し

介護報酬とは

- 介護サービスを提供した場合に、事業者に支払われる費用
- サービスの平均的な費用の額を勘案して設定

介護報酬の構造

基本報酬
(基本的なサービス提供に係る費用)

加算

事業所のサービスの提供体制や利用者の状況に応じて評価

課題と対応

【昨今の主な政策課題】

- 介護職の賃金が低いことを踏まえ、処遇改善の取組を推進
- 高齢化の進展に伴う、中重度者への対応や医療介護連携の推進
- 持続可能性も踏まえた、自立支援に向けたインセンティブ付け

加算で評価している例

デイサービス

- ・ 看護職員の配置など体制を整備し、中重度者を受入
- ・ 自立支援や重度化防止の観点からADL（日常生活動作）を維持・改善

特養

- ・ 一定の医療提供体制を整えた上で、利用者の看取りを実施
- ・ 他職種が協働して低栄養状態の改善に向けた取組を実施

加算で評価し、
事業所の取組を促し

- 介護給付費分科会で施行状況を確認し、関係者の意見を踏まえ見直し（3年周期）

(見直しの視点例)

- ・ 目的に応じた効果的・効率的なサービス提供につながっているか。
- ・ サービスの質の向上につながっているか。
- ・ 報酬体系の簡素化ができないか。

令和2年度介護事業経営実態調査結果（各介護サービスにおける収支差率）

社保審一介護給付費分科会
第190回（R2. 10. 30） 資料 1

- 令和元年度決算の介護サービスの収支差率は、平成30年度（3.1%）と比較し0.7%低下し、2.4%。
- 各サービスの収支差率を見ると、例えば、特養は0.2%低下し1.6%に、老健は1.2%低下し2.4%、居宅介護支援は1.5%低下し△1.6%となる一方で、訪問看護は、0.2%改善し4.4%、福祉用具は0.5%改善し4.7%となっているなど、サービスによって収支状況は異なる。

サービスの種類	令和元年度 概況調査	令和2年度 実態調査		サービスの種類	令和元年度 概況調査	令和2年度 実態調査	
	平成30年度 決算	令和元年度 決算	対30年度 増減		平成30年度 決算	令和元年度 決算	対30年度 増減
施設サービス（ ）内は税引後収支差率				福祉用具貸与	4.2% (3.4%)	4.7% (3.5%)	+0.5% (+0.1%)
介護老人福祉施設	1.8% (1.8%)	1.6% (1.6%)	△0.2% (△0.2%)	居宅介護支援	△0.1% (△0.4%)	△1.6% (△1.9%)	△1.5% (△1.5%)
介護老人保健施設	3.6% (3.4%)	2.4% (2.2%)	△1.2% (△1.2%)	地域密着型サービス（ ）内は税引後収支差率			
介護療養型医療施設	4.0% (3.2%)	2.8% (2.3%)	△1.2% (△0.9%)	定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	8.7% (8.5%)	6.6% (6.0%)	△2.1% (△2.5%)
介護医療院	-	※5.2% (※4.7%)	-	夜間対応型訪問介護	※5.4% (※5.3%)	※2.5% (※2.0%)	△2.9% (△3.3%)
居宅サービス（ ）内は税引後収支差率				地域密着型通所介護	2.6% (2.3%)	1.8% (1.5%)	△0.8% (△0.8%)
訪問介護	4.5% (4.1%)	2.6% (2.3%)	△1.9% (△1.8%)	認知症対応型通所介護	7.4% (7.2%)	5.6% (5.4%)	△1.8% (△1.8%)
訪問入浴介護	2.6% (1.2%)	3.6% (2.7%)	+1.0% (+1.5%)	小規模多機能型居宅介護	2.8% (2.5%)	3.1% (2.9%)	+0.3% (+0.4%)
訪問看護	4.2% (4.0%)	4.4% (4.2%)	+0.2% (+0.2%)	認知症対応型共同生活介護	4.7% (4.4%)	3.1% (2.7%)	△1.6% (△1.7%)
訪問リハビリテーション	3.2% (2.6%)	2.4% (1.9%)	△0.8% (△0.7%)	地域密着型特定施設入居者 生活介護	1.5% (1.2%)	1.0% (0.6%)	△0.5% (△0.6%)
通所介護	3.3% (2.8%)	3.2% (2.9%)	△0.1% (+0.1%)	地域密着型介護老人福祉施設	2.0% (2.0%)	1.3% (1.3%)	△0.7% (△0.7%)
通所リハビリテーション	3.1% (2.6%)	1.8% (1.4%)	△1.3% (△1.2%)	看護小規模多機能型居宅介護	5.9% (5.6%)	3.3% (3.1%)	△2.6% (△2.5%)
短期入所生活介護	3.4% (3.3%)	2.5% (2.3%)	△0.9% (△1.0%)	全サービス平均 ()内は税引後収支差率	3.1% (2.8%)	2.4% (2.1%)	△0.7% (△0.7%)
特定施設入居者生活介護	2.6% (1.3%)	3.0% (1.9%)	+0.4% (+0.6%)				

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

注1：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所等の収入への影響について①

社保審一介護給付費分科会

第190回 (R2. 10. 30)

資料 1

- サービス種類別の保険給付額について、対前年同月比では、本年5月は+0.5%であったが、8月は+3.4%となっている。
- サービス種類別の1事業所あたり利用者数について、対前年同月比では、本年5月は▲1.7%であったが、8月は+0.6%となっている。

(対前年同月比)

種別	保険給付額							1事業所あたり利用者数						
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
合計	7.3%	3.5%	1.6%	0.5%	4.3%	3.2%	3.4%	2.7%	1.1%	-0.6%	-1.7%	0.2%	0.5%	0.6%
居宅サービス	7.8%	3.7%	0.0%	-2.1%	5.1%	3.3%	3.3%	1.8%	0.6%	-0.7%	-2.2%	-0.5%	-0.1%	0.2%
訪問通所														
訪問介護	8.3%	6.9%	6.7%	6.2%	9.4%	7.5%	8.5%	-0.1%	-0.6%	-1.8%	-3.2%	-1.3%	-1.0%	-0.6%
訪問入浴介護	3.1%	0.7%	0.6%	0.6%	10.5%	5.7%	4.2%	3.5%	2.8%	5.5%	5.8%	8.7%	8.9%	9.8%
訪問看護	7.9%	10.7%	6.7%	1.7%	16.3%	8.6%	7.9%	3.1%	2.5%	1.4%	-1.0%	1.7%	2.8%	2.8%
訪問リハビリテーション	5.1%	5.9%	-2.2%	-8.6%	11.6%	3.1%	3.0%	-0.1%	-1.7%	-3.0%	-6.8%	-1.2%	0.2%	0.3%
通所介護	8.2%	1.3%	-4.6%	-7.7%	4.3%	1.4%	0.2%	1.4%	-2.8%	-6.6%	-10.9%	-5.0%	-3.9%	-4.4%
通所リハビリテーション	4.6%	-2.2%	-11.3%	-15.4%	0.5%	-3.5%	-4.0%	-1.3%	-5.8%	-9.8%	-13.9%	-7.1%	-5.5%	-5.9%
福祉用具貸与	5.6%	5.7%	5.3%	6.2%	5.3%	5.3%	6.9%	4.7%	4.7%	4.2%	4.4%	3.9%	4.1%	5.2%
短期入所														
短期入所生活介護	6.4%	-0.1%	-2.9%	-4.5%	-2.1%	0.0%	0.7%	0.4%	-7.0%	-15.6%	-20.0%	-14.4%	-11.1%	-11.2%
短期入所療養介護(老健)	3.4%	-8.7%	-22.9%	-34.6%	-25.9%	-16.3%	-15.3%	0.2%	-10.1%	-24.0%	-31.3%	-23.2%	-17.2%	-16.3%
居宅療養管理指導	9.7%	8.2%	3.3%	1.1%	8.1%	7.6%	8.7%	4.1%	3.9%	3.5%	2.2%	3.0%	3.4%	3.2%
特定施設入居者生活介護	10.8%	6.6%	6.6%	6.5%	5.6%	5.5%	5.9%	2.3%	1.8%	1.0%	0.8%	0.2%	0.5%	0.8%
居宅介護支援	3.0%	2.3%	1.3%	1.0%	2.4%	2.2%	2.6%	4.2%	3.5%	2.8%	2.3%	3.4%	3.1%	3.4%
地域密着型サービス	7.3%	3.5%	2.1%	1.3%	4.8%	4.0%	4.1%	2.5%	-0.2%	-2.6%	-4.7%	-1.5%	0.2%	-0.5%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22.6%	22.1%	21.4%	21.7%	21.3%	21.4%	23.2%	8.4%	8.2%	5.4%	5.9%	6.3%	7.2%	8.6%
地域密着型通所介護	5.6%	-0.3%	-6.8%	-9.5%	3.9%	0.5%	-0.5%	3.6%	-1.7%	-6.6%	-10.7%	-4.1%	-2.7%	-3.3%
認知症対応型通所介護	4.1%	-1.8%	-7.3%	-9.2%	0.3%	-2.0%	-2.0%	1.5%	-1.1%	-4.0%	-5.8%	-3.0%	-1.5%	-0.4%
小規模多機能型居宅介護	4.7%	3.0%	4.6%	3.2%	3.4%	3.5%	3.3%	2.2%	0.6%	2.2%	0.6%	0.8%	0.7%	0.5%
認知症対応型共同生活介護	7.3%	3.7%	4.0%	4.2%	4.3%	4.2%	4.7%	1.0%	0.8%	0.2%	0.1%	0.4%	0.3%	0.9%
地域密着型特定施設入居者生活介護	9.0%	5.4%	4.7%	6.9%	6.4%	5.2%	5.8%	0.4%	-0.2%	0.2%	2.1%	1.0%	0.4%	0.3%
地域密着型介護老人福祉施設	9.0%	5.2%	5.4%	5.3%	4.8%	5.1%	5.7%	0.9%	0.9%	0.4%	0.2%	0.1%	0.6%	0.7%
看護小規模多機能型居宅介護	20.7%	21.2%	22.0%	23.4%	22.8%	22.6%	24.0%	2.1%	1.7%	-0.5%	0.3%	-0.3%	-0.2%	0.8%
施設サービス	7.8%	3.9%	4.5%	4.6%	4.1%	3.6%	4.0%	0.5%	0.1%	0.0%	-0.1%	0.2%	-0.0%	0.4%
介護老人福祉施設	8.6%	4.4%	4.9%	4.7%	4.5%	4.3%	4.8%	0.4%	0.1%	0.3%	-0.1%	0.2%	0.0%	0.7%
介護保健施設サービス	6.6%	3.2%	3.5%	4.1%	3.0%	1.8%	2.0%	0.5%	0.1%	-0.1%	0.2%	0.2%	-0.5%	-0.2%

出典：中央会統計表(確定給付全国統計)

令和3年度介護報酬における改定事項

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ビスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

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

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

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

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

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

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の揭示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

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

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

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

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

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

・基本報酬の見直し

基本報酬の見直し

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

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

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

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

介護報酬改定の改定率について

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

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

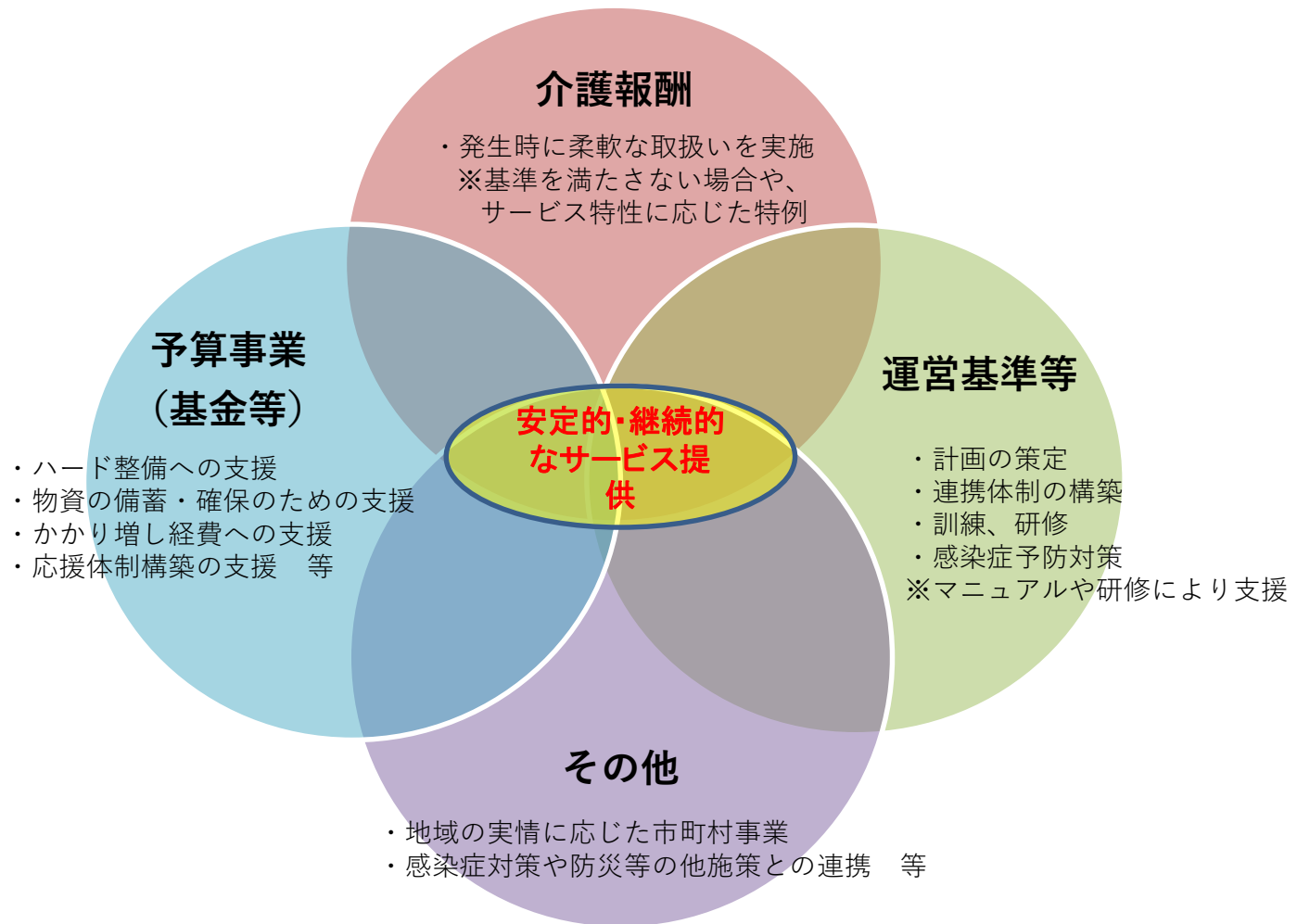
災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、**訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携**に努めなければならないこととする。

○通所介護等の事業所規模別の報酬に関する対応

通所介護等の報酬について、感染症や災害等の影響により利用者が減少等した場合に、**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、**臨時的な利用者の減少に対応するための評価を設定**する。

介護サービスの安定的・継続的な提供について

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



1. (1) 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】

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。

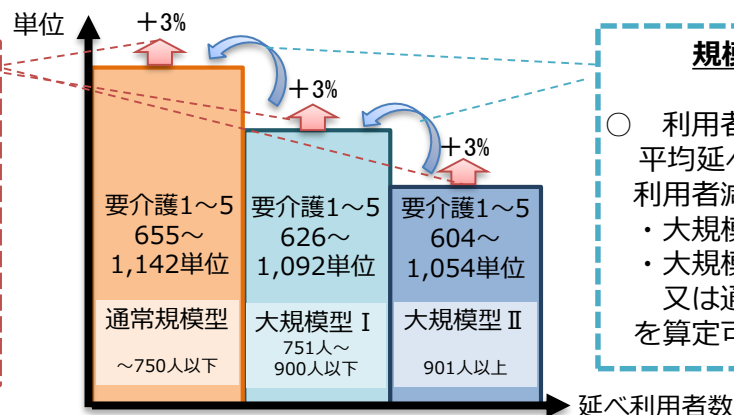
※3 加算分は区分支給限度基準額の算定に含めない。

【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

- 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。



(※) 「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。

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。

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に努めることとする。
- 短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。
- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。
- 介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までの円滑な移行に向けて、一定期間ごとに移行の検討状況の報告を求める。

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化

(5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

※(1)(2)(3)も参照

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

(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、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、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。認知症GHについて、ユニット数を弾力化、ケア付型事業所を創設する。
- 令和元年地方分権提案を踏まえ、多機能系サービスについて、市町村が認めた場合に過疎地域等において登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間行わないことを可能とする。令和2年提案を踏まえ、小多機の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「標準基準」に見直す。

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に努めることとする。

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に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に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り)

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. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その2)

訪問看護の充実

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

訪問看護

【退院当日の訪問看護】

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

訪問看護

【看護体制強化加算の見直し】

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

〔算定要件〕

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

(現行) 100分の30以上 → (改定後) **100分の20以上**

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

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

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

〔単位数〕

< 現行 >

< 改定後 >

(訪問看護)

看護体制強化加算 (Ⅰ) 600単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 300単位/月 →

看護体制強化加算 (Ⅰ) 550単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 200単位/月

(介護予防訪問看護)

看護体制強化加算 300単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

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】

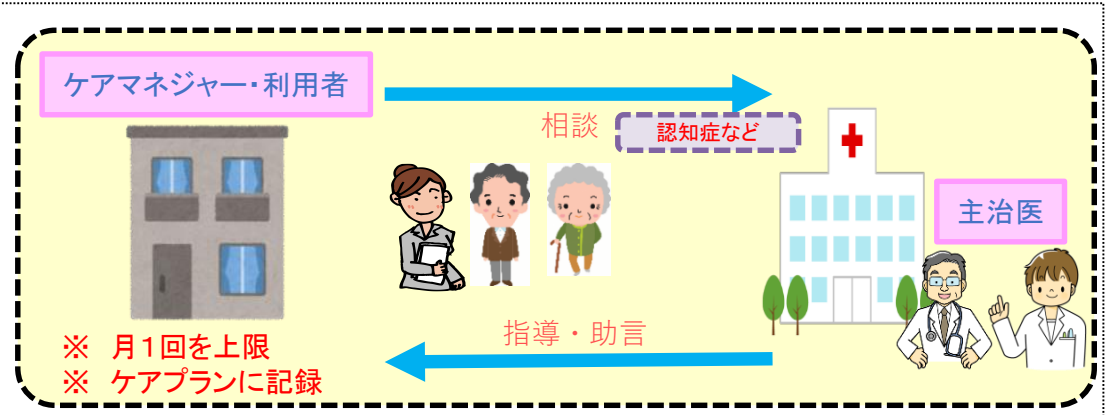
居宅介護支援

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】

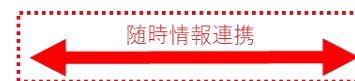
介護予防支援

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。



介護予防支援事業所
(地域包括支援センター)



①委託

③請求

④委託費の支払い

※加算を勘案した委託費の設定を行う



居宅介護
支援事業所

②ケアプラン作成



被保険者

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**。

会議や他職種連携におけるICTの活用

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

全サービス

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

(※) 利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

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

居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合 45単位／回（新設） ※月1回まで算定可能

〔算定要件〕

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

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

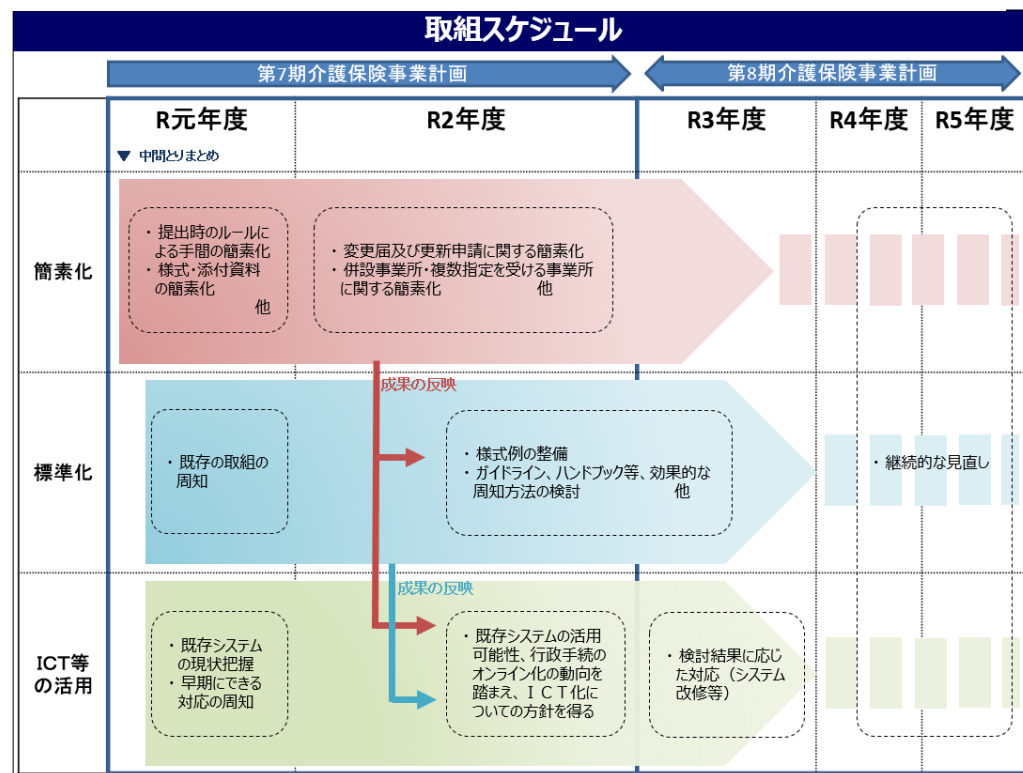
署名・押印の見直し、電磁的記録による保存等【全サービス】

- 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



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、**口腔衛生管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生管理の実施**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）。低栄養リスク改善加算を入所者全員への栄養ケアの実施等を評価する加算に見直す。
- **通所系サービス等**について、介護職員による**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、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。

3.(1)① 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

概要

【訪問リハビリテーション★、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★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、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★、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】

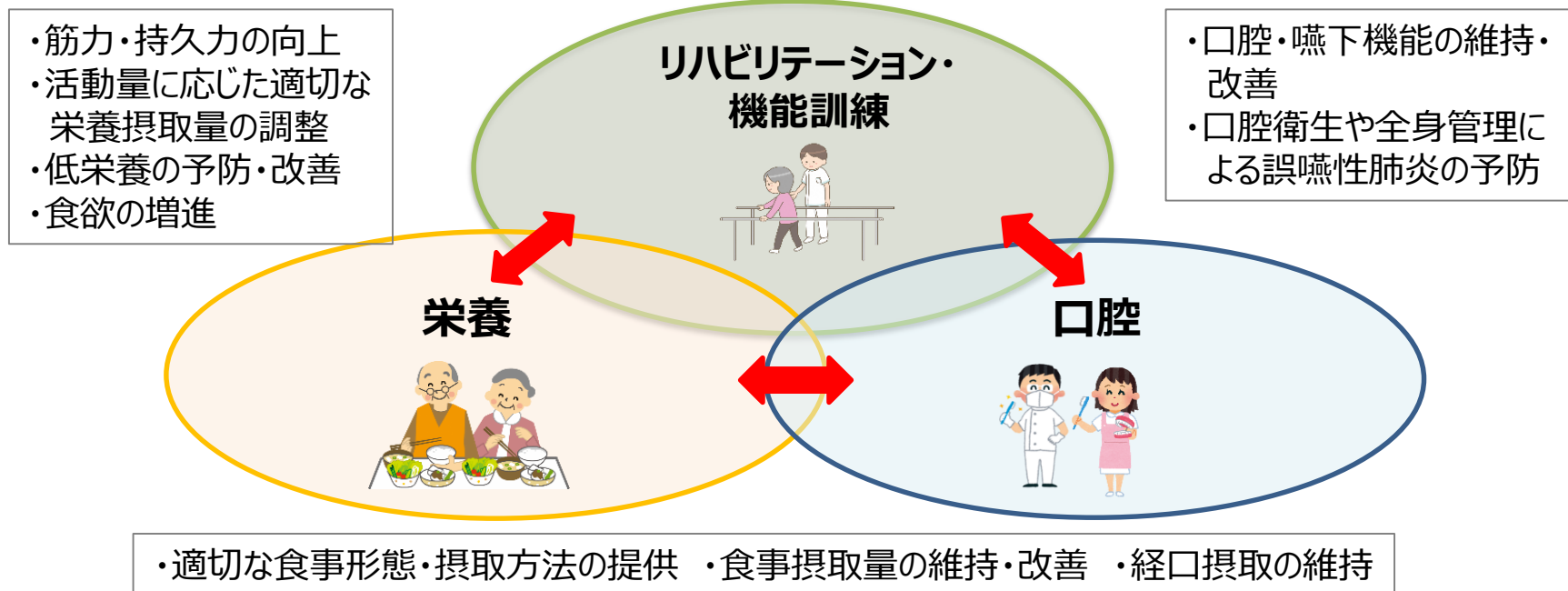
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する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、リハビリテーション専門職、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。
- 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を設ける。

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

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



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

主なリハ・栄養・口腔関係加算等における各種計画書・会議の要件

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

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

主なりハ・栄養・口腔加算等における各種計画書

[illegible]

栄養ケア計画書

[illegible]

リハビリテーション実施計画書

□ 稼働態向上サービスの管理指導計画・実施記録																																			
活動の 氏名		□ 日		□ 曜		□ 曜		□ 曜		□ 曜																									
1. □ 稼働態改善管理指導計画 注： ①内各実施日(稼働態、過労防止対策、労働安全衛生対策、労働安全衛生対策)に該当する場合は <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>社 団 作 成 日</td> <td>年 月 日</td> <td>作成者氏名:</td> <td>欄</td> </tr> <tr> <td>作成 (変更) 日</td> <td>年 月 日</td> <td>作成者氏名:</td> <td>欄</td> </tr> </table> ※本人または ご家族の希望 解決すべき 課題、目標												社 団 作 成 日	年 月 日	作成者氏名:	欄	作成 (変更) 日	年 月 日	作成者氏名:	欄																
社 団 作 成 日	年 月 日	作成者氏名:	欄																																
作成 (変更) 日	年 月 日	作成者氏名:	欄																																
【実施計画】（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
① 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
② 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
③ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
④ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑤ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑥ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑦ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑧ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑨ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項												
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																								
⑩ 稼働態向上に関する事項 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">稼働態向上 活動の 実施日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> <td style="width: 10%;">□ 稼働態向上 に関する事項</td> </tr></table>												稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																		
稼働態向上 活動の 実施日	年	月	日	□ 稼働態向上 に関する事項	□ 稼働態向上 に関する事項																														

口腔機能向上サービスの 管理指導計画・実施記録

各種計画書	共通する項目	固有の項目
リハビリテーション実施計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	心身機能、ADL、IADLの状況 リハビリテーションプログラム等
栄養ケア計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	栄養補給・食事 栄養食事相談 他職種による課題の解決など
口腔機能向上サービスの 管理指導計画・実施記録	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	口腔・嚥下に関する指導・機能訓練 の項目

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系）

氏名：				入所（院）日： 年 月 日			
				初回作成日： 年 月 日			
作成者：		リハ	栄養	口腔		作成（変更）日： 年 月 日	
利用者及び家族の意向						説明日	
						年 月 日	
		説明者					

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行 ^{*1} ・維持 ^{*2}	口腔
解決すべき課題（ニーズ）		低栄養状態のリスク（□低 □中 □高）	□口腔衛生状態（□歯の汚れ、□義歯の汚れ、□舌苔、□口臭） □口腔機能の状態（□食べこぼし、□舌の動きが悪い、□むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥） □歯の本数（ ）本 □歯の問題（□う蝕、□歯の破折、□修復物脱離、□その他（ ）） □義歯の問題（□不適合、□破損、□その他（ ）） □歯周病 □口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		□歯科疾患（□予防、□重症化予防） □口腔衛生（□自立、□介護者の口腔清掃の技術向上、□専門職の定期的な口腔清掃等） □摂食・嚥下機能（□維持、□改善） □食形態（□維持、□改善） □栄養状態（□維持、□改善） □誤嚥性肺炎の予防 □その他（ ）
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		□口腔の清掃 □口腔の清掃に関する指導 □義歯の清掃 □義歯の清掃に関する指導 □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □その他（ ）
具体的なケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分／回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	□月4回程度 □月2回程度 □月1回程度 □その他（ ）

算定加算等	□リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） □個別機能訓練加算
	□理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算（介護医療院）
	□栄養マネジメント強化加算 □経口移行加算 ^{*1} □経口維持加算 ^{*2} （□Ⅰ □Ⅱ） □療養食加算
	□口腔衛生管理加算（Ⅰ） □口腔衛生管理加算（Ⅱ）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

氏名：				サービス開始日： 年 月 日			
				初回作成日： 年 月 日			
作成者：		リハ	栄養	口腔		作成（変更）日： 年 月 日	
利用者及び家族の意向						説明日	
						年 月 日	
		説明者					

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき課題（ニーズ）		低栄養状態のリスク（□低 □中 □高）	□口腔衛生状態（□口臭、□歯の汚れ、□義歯の汚れ、□舌苔） □口腔機能の状態（□食べこぼし、□舌の動きが悪い、□むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥） □歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他（ ） 【記入者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
長期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		□口腔衛生（□維持、□改善（ ）） □摂食・嚥下機能（□維持、□改善（ ）） □食形態（□維持、□改善（ ）） □音声・言語機能（□維持、□改善（ ）） □誤嚥性肺炎の予防 □その他（ ）
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		【計画立案者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
具体的なケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分／回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他（ ） 【サービス提供者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士

算定加算	□リハビリテーションマネジメント加算（A）イ □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）イ □リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ
	□個別機能訓練加算（Ⅰ） □個別機能訓練加算（Ⅱ）
	□口腔・栄養スクリーニング加算 □栄養アセスメント加算 □栄養改善加算
	□口腔機能向上加算（Ⅰ） □口腔機能向上加算（Ⅱ）

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

概要

【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★】

- 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】
- 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】

単位数

< 現行 >		< 改定後 >	
栄養スクリーニング加算	5 単位／回	⇒	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）20単位／回（新設） 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）
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）

算定要件等

< 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） >

- 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）

< 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） >

- 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）

< 口腔機能向上加算（Ⅱ） >

- 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

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

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★、通所リハビリテーション★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 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】

単位数

※ 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

<現行>
なし

<改定後>

⇒ 栄養アセスメント加算 50単位／月（新設）

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）

算定要件等

<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。

※ 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を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

<栄養改善加算>

- 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。

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し①

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 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、リハビリテーションマネジメント加算について以下の見直しを行う。
 - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）及び介護予防のリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行う。【告示改正】
 - ・ 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの評価の整合性を図る観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の評価の見直しを行う。【告示改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を廃止。定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）・（Ⅲ）において、事業所がCHASE・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。【告示改正】
 - ・ CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリ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する。【通知改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。【通知改正】

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

【訪問リハビリテーション】

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) 230単位/月

⇒

< 改定後 >

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

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

【通所リハビリテーション】

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) 330単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅱ)

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月超 530単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅲ)

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月超 800単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅳ)

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

< 改定後 >

廃止

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 560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 (B) イ

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 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

廃止 (加算 (B) ロに組み替え)

廃止

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し④

算定要件等

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○リハビリテーションマネジメント加算の要件について

<リハビリテーション加算（A）イ>

- ・ 現行のリハビリテーション加算（Ⅱ）と同要件を設定

<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加算（A）イの要件に加え、利用者毎の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。

<リハビリテーションマネジメント加算（B）イ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）と同要件を設定

<リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）と同要件を設定

○CHASE・VISITへのデータ提供の内容について

CHASE・VISITへの入力負担の軽減及びフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提出する場合の必須項目と任意項目を設定。

○リハビリテーション会議の開催について

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。

基本報酬に包括化されたりハビリテーションマネジメント加算の要件

算定要件等

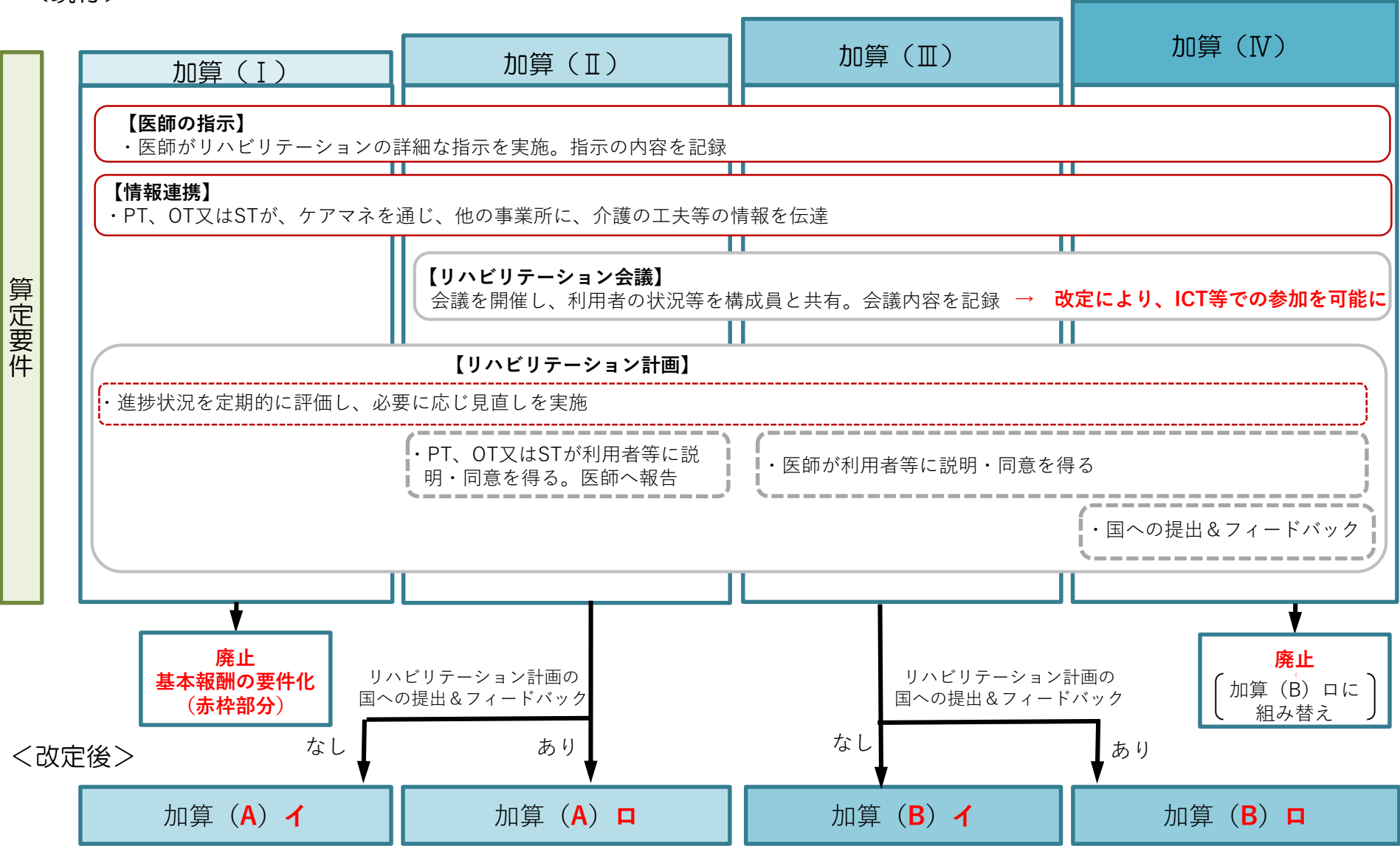
【訪問リハビリテーション 留意事項通知 (1)算定の基準について】

- ③ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。
- ④ ③における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ⑤ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。
- ⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。
- ⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

※⑦以外は訪問リハビリテーションについても同様。

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

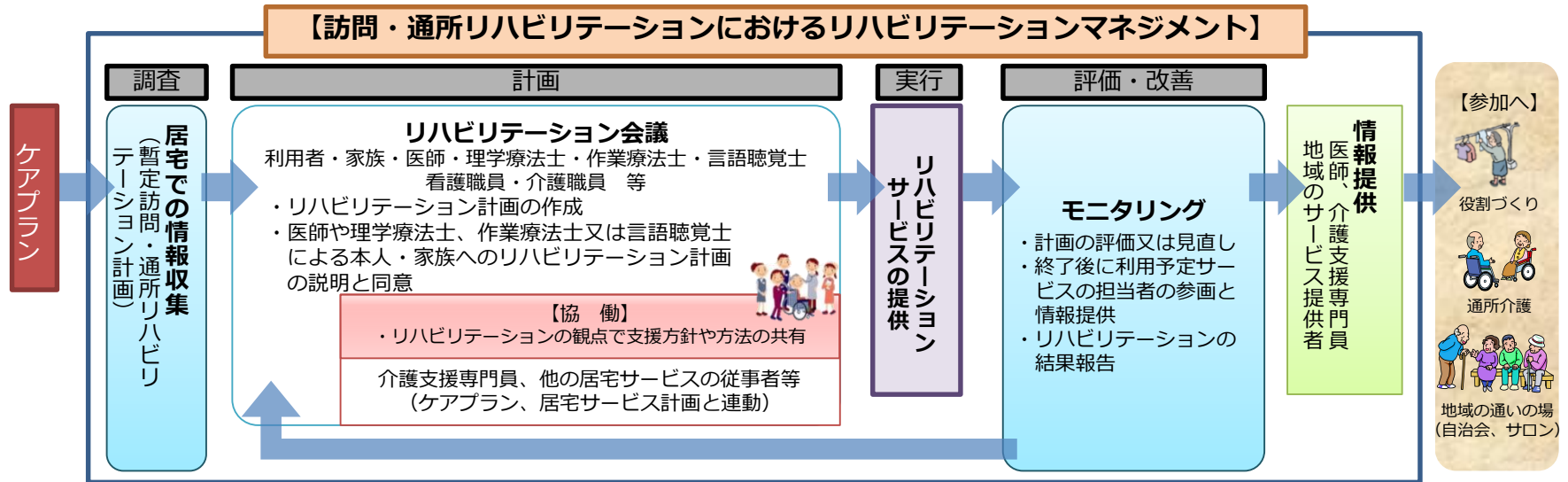
< 現行 >



リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (令和3年度介護報酬改定)

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



主な改正点 (従来との差)

- 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の廃止】
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) → 廃止
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → (A)イに名称変更
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → (B)イに名称変更
- 【データ提出・フィードバック】
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → 廃止
- ・リハビリテーションマネジメント加算(A)(B)ロ → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること
- 【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】
- ・医師以外の参加者についてもテレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

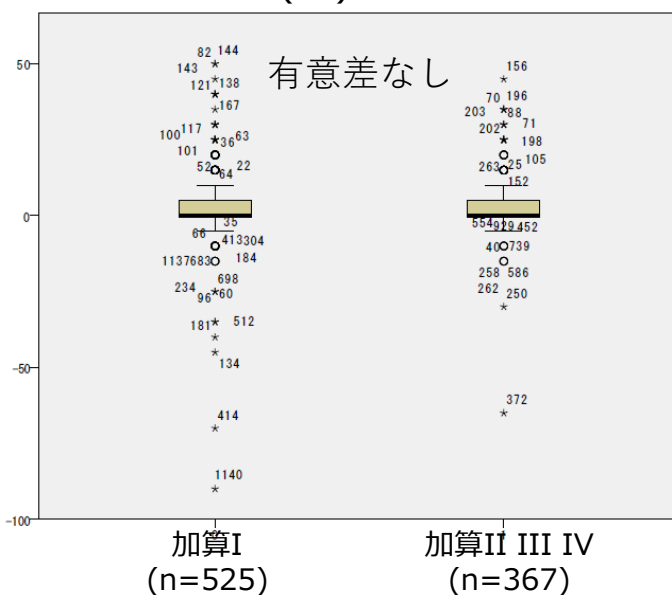
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化とリハマネ加算算定との関係

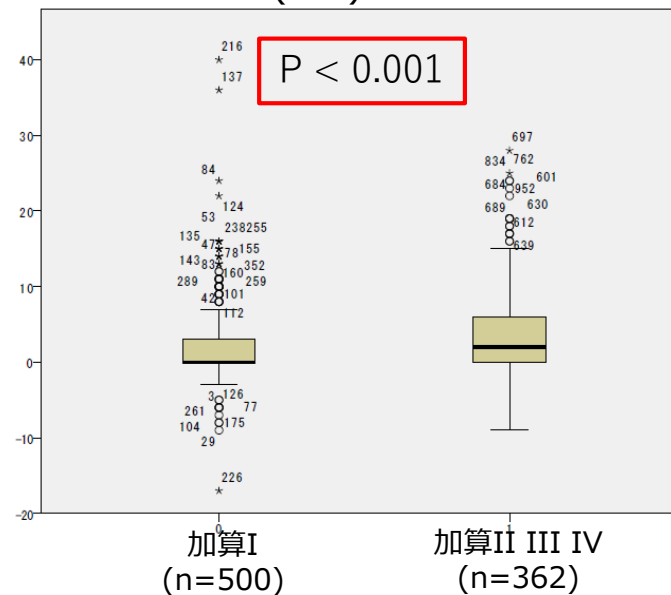
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

平均値 ± 標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。

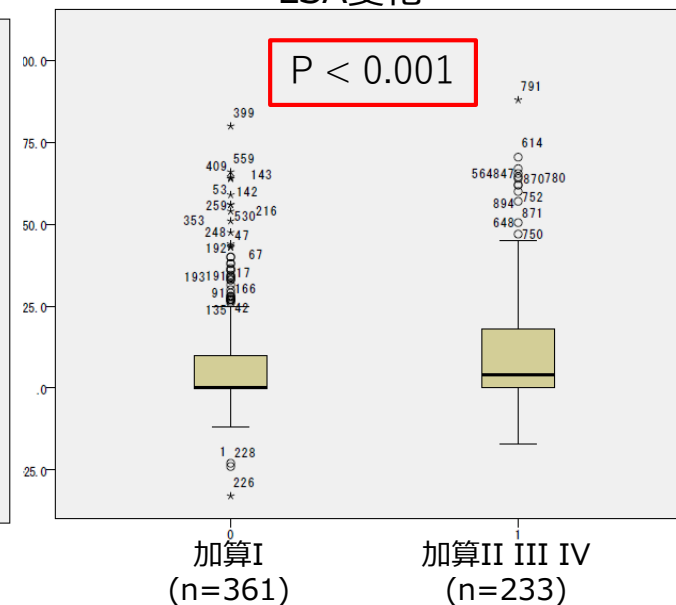
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



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。

訪問リハビリテーションのサービス提供状況

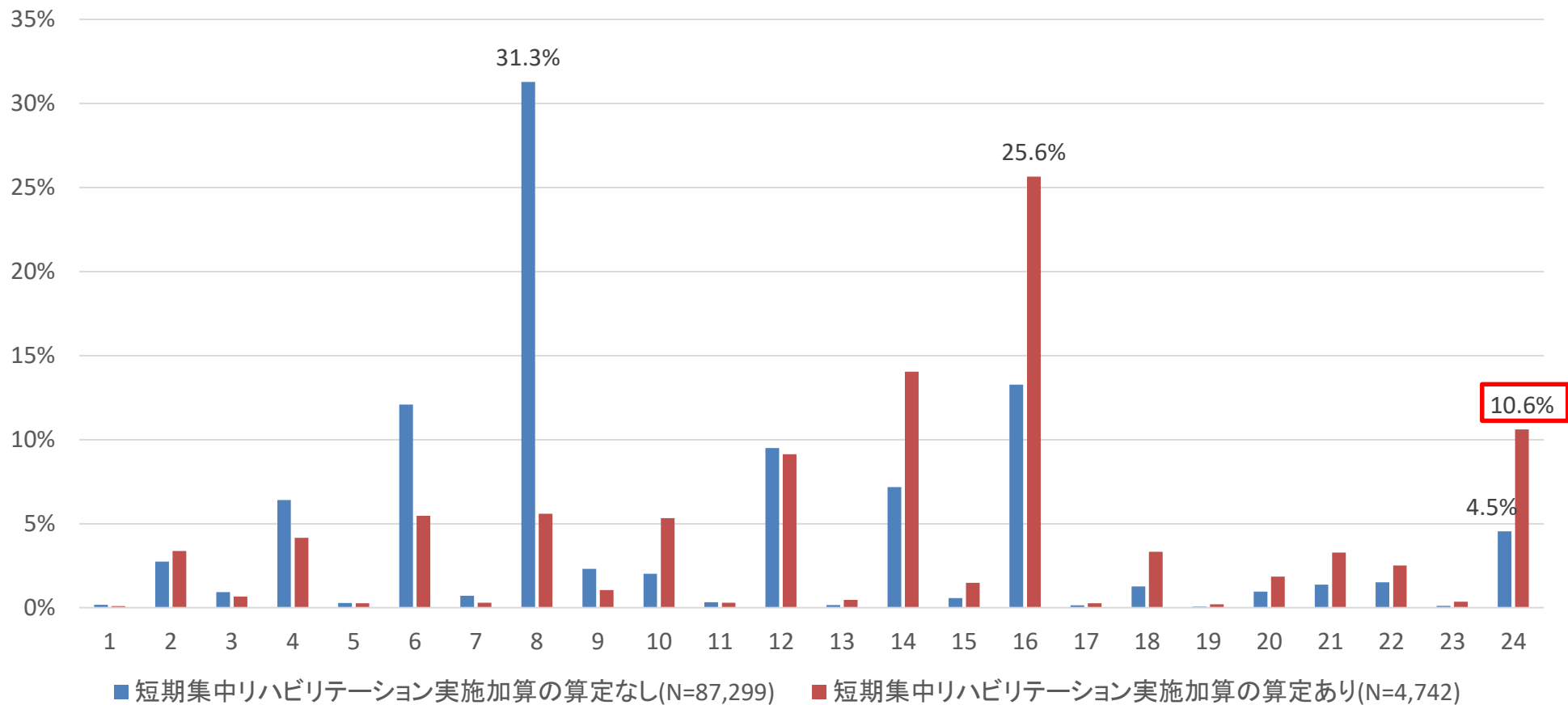
社保審一介護給付費分科会

第189回 (R2.10.22)

資料 3

- 短期集中リハビリテーション実施加算の算定ありの場合、利用回数は月16回利用しているものが25.6%を占める。短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者においては上限回数まで利用しているものが10.6%であった。

月あたりの算定回数毎の利用者数割合
(要介護者のみ)



※2019年2月の算定者数を介護保険総合データベースから集計
※複数レセプトを有する利用者は除外

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

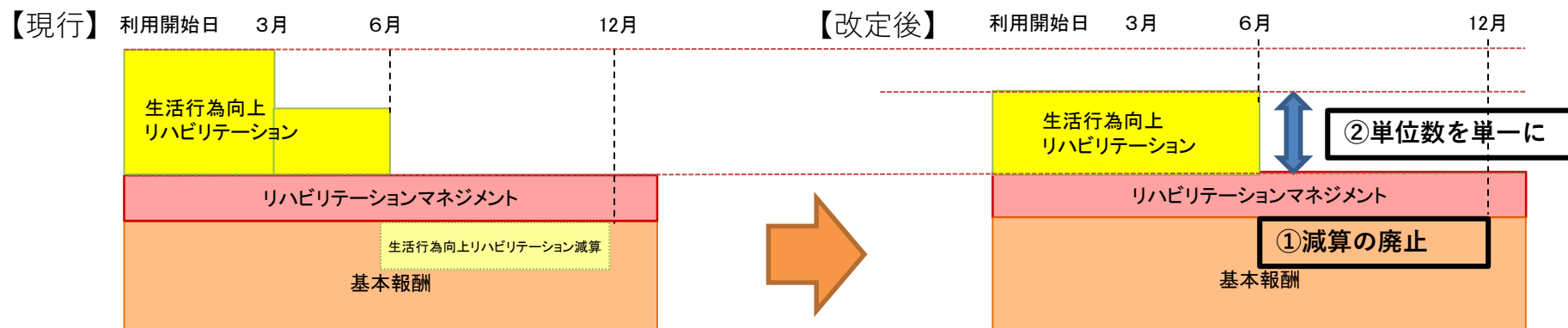
3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し②

算定要件等

※下線部が見直し箇所

- 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験を有する作業療法士、生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士、言語聴覚士が配置されていること
- 生活行為の内容の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。
- 当該計画で定めたりハビリテーションの実施期間中及びリハビリテーションの提供終了日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告すること。
- リハビリテーションマネジメント加算 (A)・(B)のいずれかを算定していること（通所リハビリテーションのみ）。
- 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること（新規）。

【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し（イメージ）】



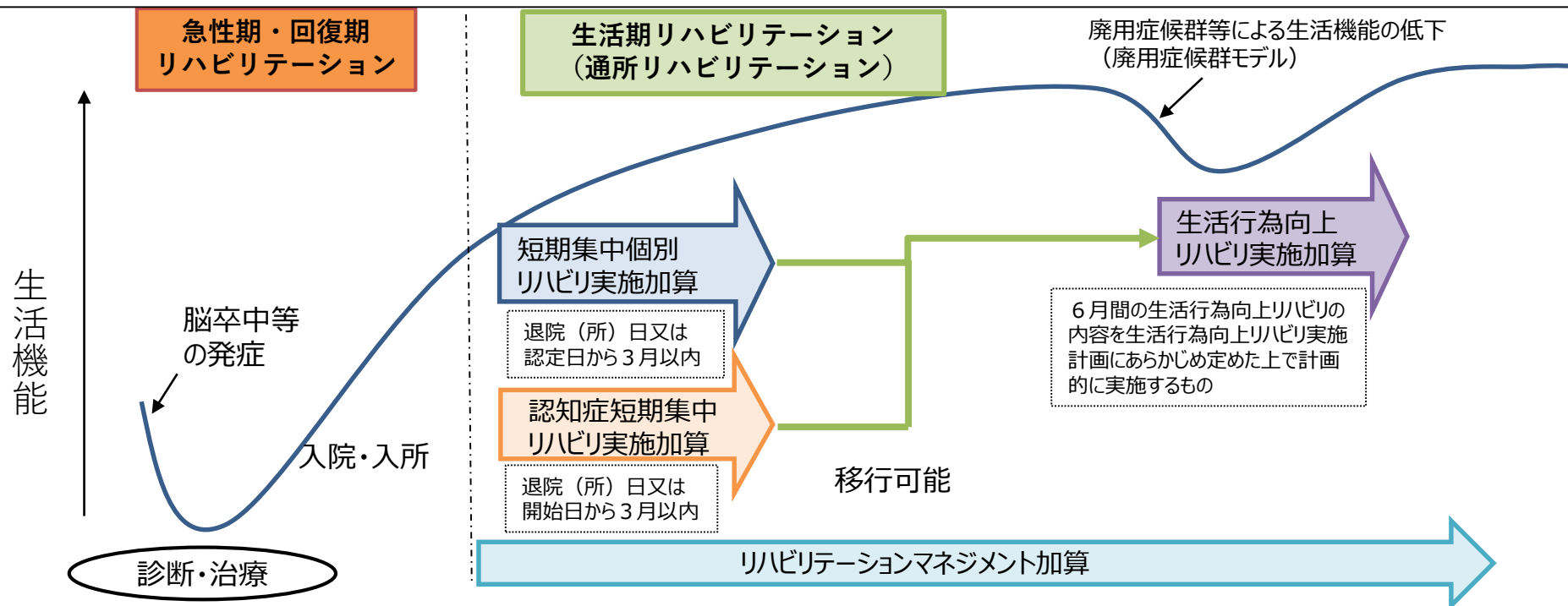
通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

社保審一介護給付費分科会

第188回 (R2.10.15)

資料 3

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



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

生活行為向上リハビリテーション実施加算について

【留意事項通知】 [老企第36号第2の8(13)]

(13) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション(以下「生活行為向上リハビリテーション」という。)は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施すること。

【リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について】 [老老発1028第1号]

(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動するための機能が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式5を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

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

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、
 - ・ 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、
 - ・ 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】
- 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】

単位数

<現行>
なし

<改定後>
⇒ 自立支援促進加算

300単位／月（新設）

算定要件等

- 以下の要件を満たすこと。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

寝たきり予防・重度化防止に係る取組に対する評価の新設について

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

① 定期的なアセスメントの実施

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

② ケアプランの策定・ケアの内容等に係る会議の実施

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

③ CHASEを活用したPDCAサイクルの推進

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

※ 様式について

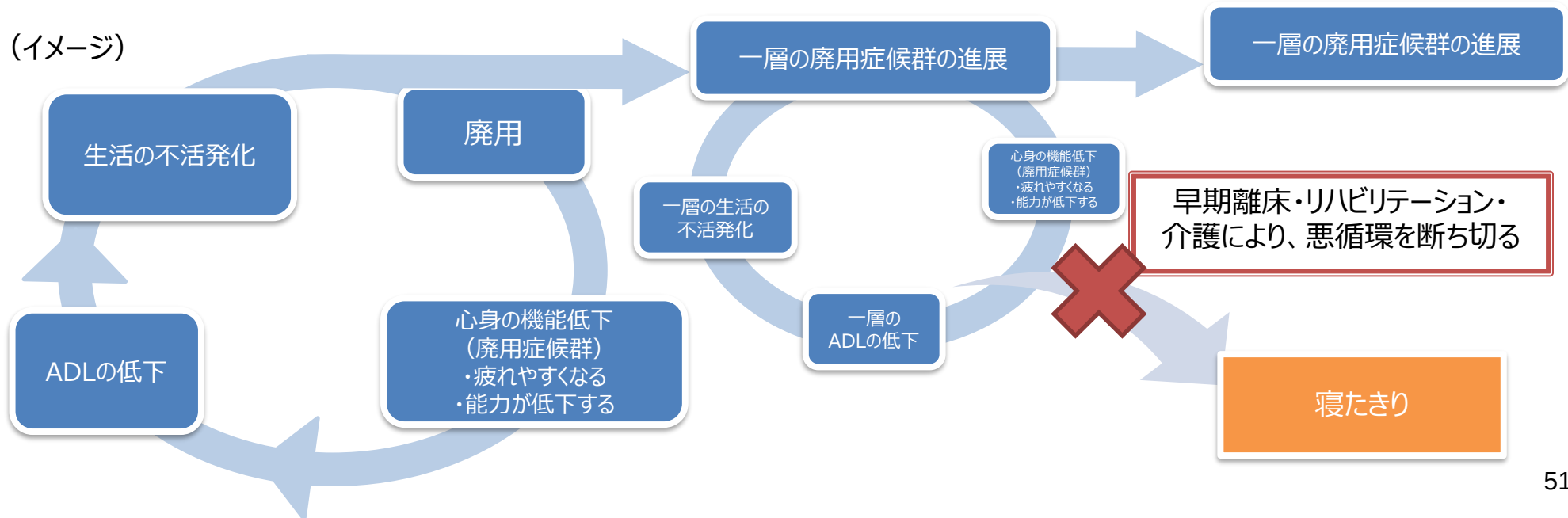
具体的内容としては、下記を想定。

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

【平成12年 厚生白書より抜粋】

- 身体活動や運動は、疾病の予防につながるだけでなく、運動機能を高め、転倒による骨折などにより寝たきりになることを防ぐことにもつながる。かつて、高齢期になると身体機能が低下し、寝たきりになるのはやむを得ないと考えられていた。しかし、それは「寝かせきり」によるものであり、現在では寝たきりは適切なケアにより予防できることが知られている。
- 心身の機能を適切に使用しないこと（廃用）による機能の低下は、共通の原因により多数の臓器に同時に生じるため、「廃用症候群」と呼ばれている。これは、若年者よりも高齢者に起こりやすい。最初は軽い転倒のような、わずかなきっかけによって生じるが、一度起こると、若年者に比べて回復は困難となりがちである。また、これは廃用症候群→機能低下（疲れやすくなる、能力が低下する）→A D Lの低下→生活の不活発化→一層の廃用症候群の進展という悪循環を作り、最終的に「寝たきり老人」を作る大きな原因となっている。この場合、早期に離床し、早期に自立を目指すリハビリテーションおよび介護を行うことにより、悪循環を断ち切ることが、寝たきり予防につながる。

(イメージ)



障害高齢者の日常生活自立度の推移

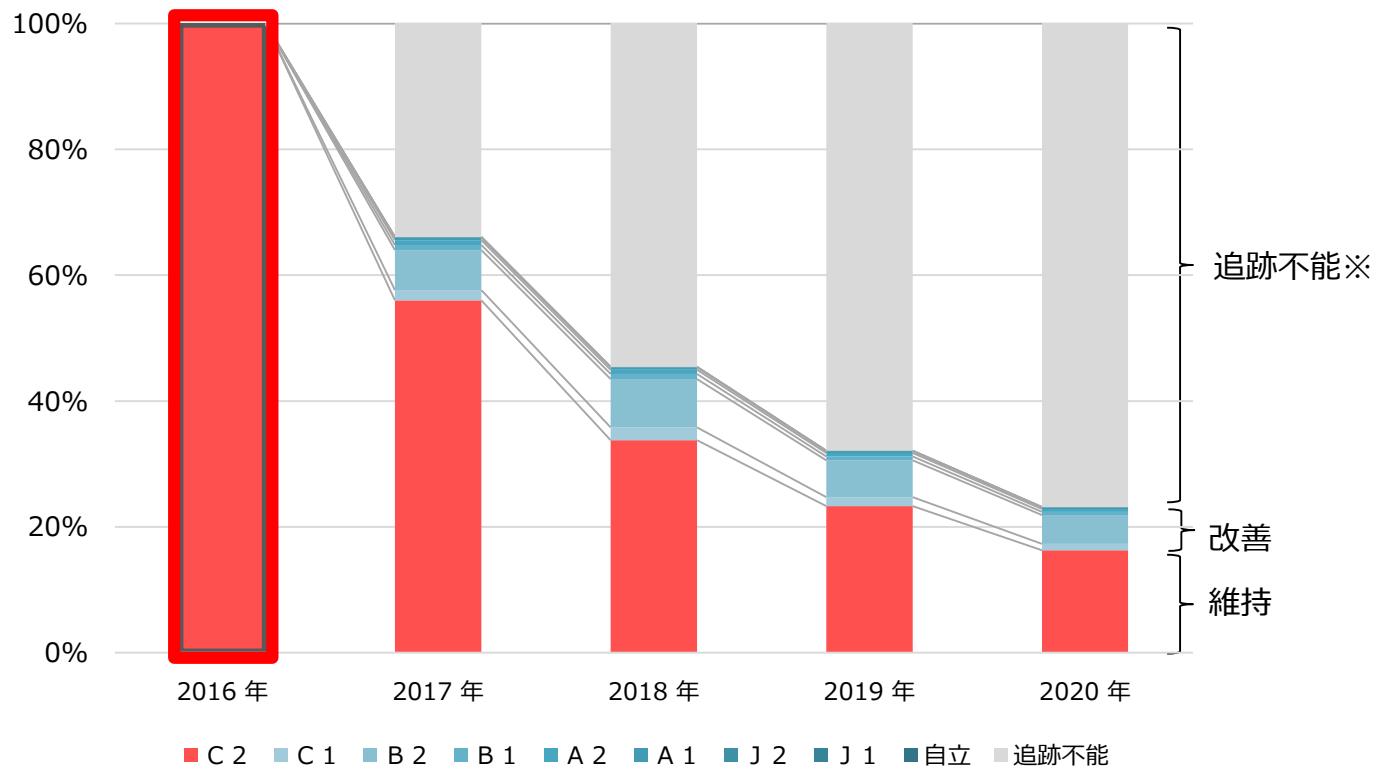
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 寝返りをうつことも困難である寝たきり状態（C2）の利用者のうち、1～4年後においても一定数が同様の状態にある一方で、介護サービス等の給付を受ける中で、自立度が改善しているケースも少なからず存在する。

C2の利用者の自立度の推移（割合）



2016年C2の利用者
を4年間追跡

（※ 死亡や転居等により、日常生活自立度の追跡ができなかった者）

（2016年1月に介護サービスおよび介護予防サービスを利用した、障害高齢者の日常生活自立度がC2であった利用者について、1～4年後の自立度の推移を介護DBより集計）

寝たきり高齢者の基本動作能力の改善割合

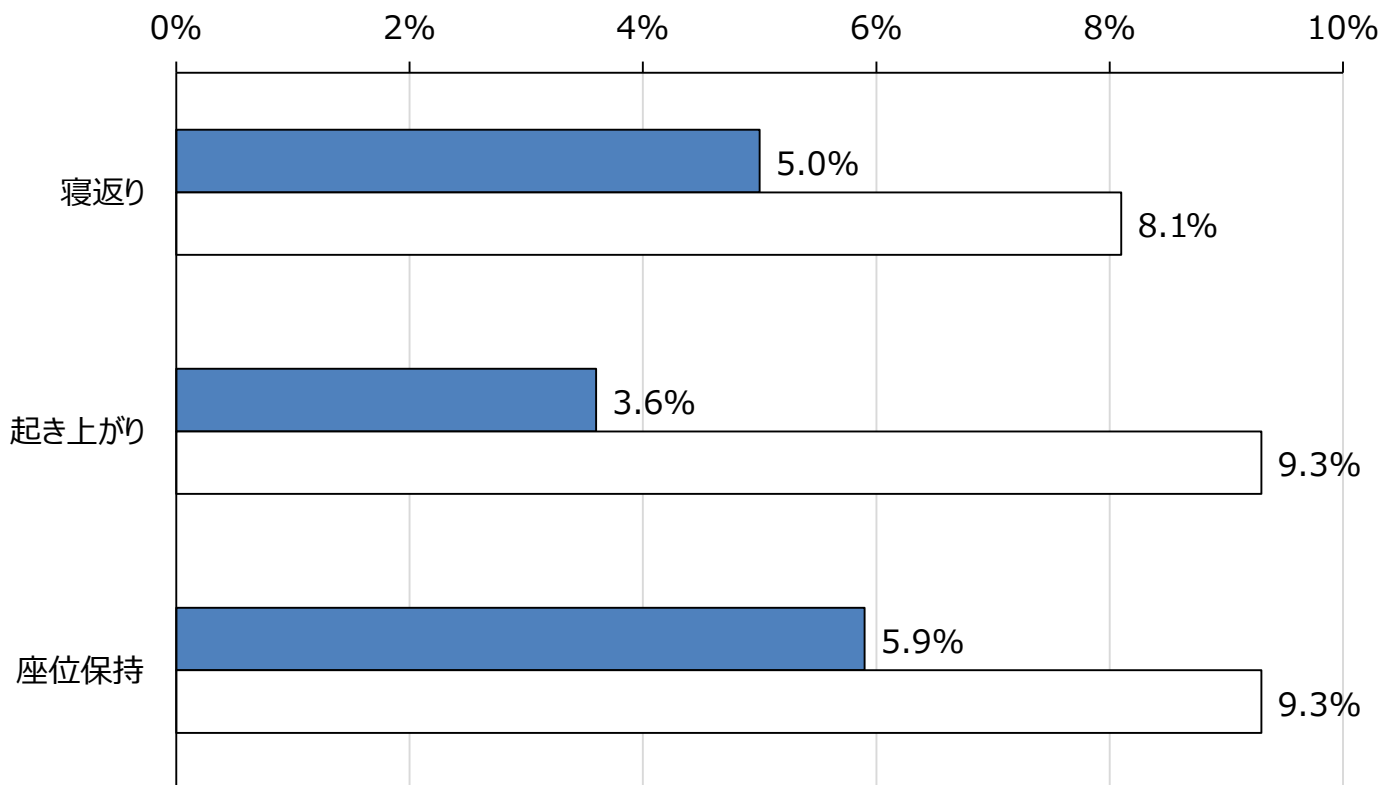
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 介護医療院・介護療養型医療施設における、当初の障害高齢者の日常生活自立度がC以上の高齢者の中にも、6か月後の基本動作が改善しているものが一定割合見られる。
- 一連の生活行為として座位をとる頻度が多い高齢者のほうが、6か月後の基本動作が改善している割合が大きい。

介護医療院＋介護療養型医療施設 (障害高齢者の日常生活自立度C以上) 調査時から6ヶ月後の基本動作能力の改善割合



■ 一連の生活行為として座位をとる頻度が週20回以下(N=220)

□ 一連の生活行為として座位をとる頻度が週21回以上(N=86)

要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

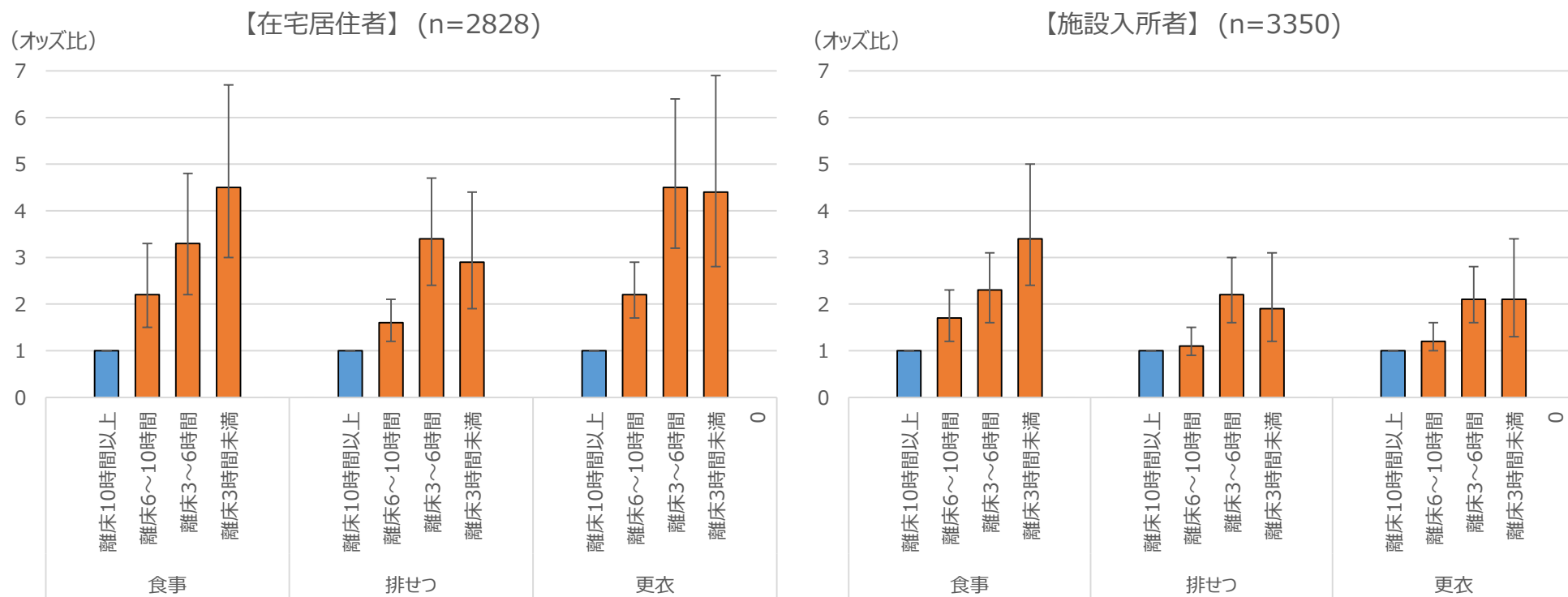
社保審－介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

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

離床時間と日常生活動作能力の障害との関連



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

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

適切な介入による寝たきりの改善について

社保審－介護給付費分科会

第191回
(R2.11.5)

資料

○ 離床に向けたチームによる介入について

離床はリハビリ時間のみではなく、実生活場面での生活範囲の拡大を目標としており、本人・家族と多職種からなる『チーム協働での取り組み』が必須であり、チームメンバーが連携し、それぞれの専門分野におけるアセスメントや評価を行い、それらの結果を踏まえた目標を設定した上で、それぞれ専門職としての計画を立案し実践する。

○ 離床の効果について

適切な離床による効果としては、意識障害の改善、褥瘡予防、拘縮の予防、起立性低血圧の予防、嚥下障害の予防、排せつ障害の予防等が挙げられる。

これらの二次障害の予防にとどまらず、活動と参加に向けた離床の目標を立案し、日常的に離床を実践することで、「本人の主体性」が促され、「QOLの向上」とともに身体機能や精神機能にも良い影響を与えることが期待される。

チームによる介入が不可欠



改善の事例

介入開始直前



病棟スタッフによる移乗動作の介助量が軽減し、実生活での離床が可能になり、安楽な車椅子で、テレビ鑑賞が楽しめるようになった。

介入2カ月後



科学的介護情報システム (LIFE) の活用について

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的疑問点に関して、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。



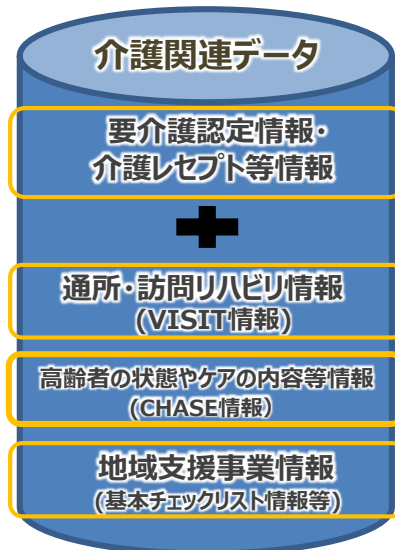
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



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。



介護関連データベースの構成



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

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

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

・ 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使用。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

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

【VISITへの登録数】（令和3年2月末時点）

- ・ 登録事業所数：796事業所
- ・ 登録利用者数：33,662人

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

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

【CHASEへの登録数】（令和3年2月末時点）

- ・ 登録事業所数：5,585事業所
- ・ 登録利用者数：60,014人

地域支援事業の利用者に関する情報

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

VISIT

- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。
- 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

(収集項目)

- ・様式 1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式 2 - 1 : リハビリテーション計画書（アセスメント）
- ・様式 2 - 2 : リハビリテーション計画書
- ・様式 3 : リハビリテーション会議録
- ・様式 4 : プロセス管理票
- ・様式 5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画※

※ 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

- 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算（Ⅳ）を新設。

CHASE

- 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

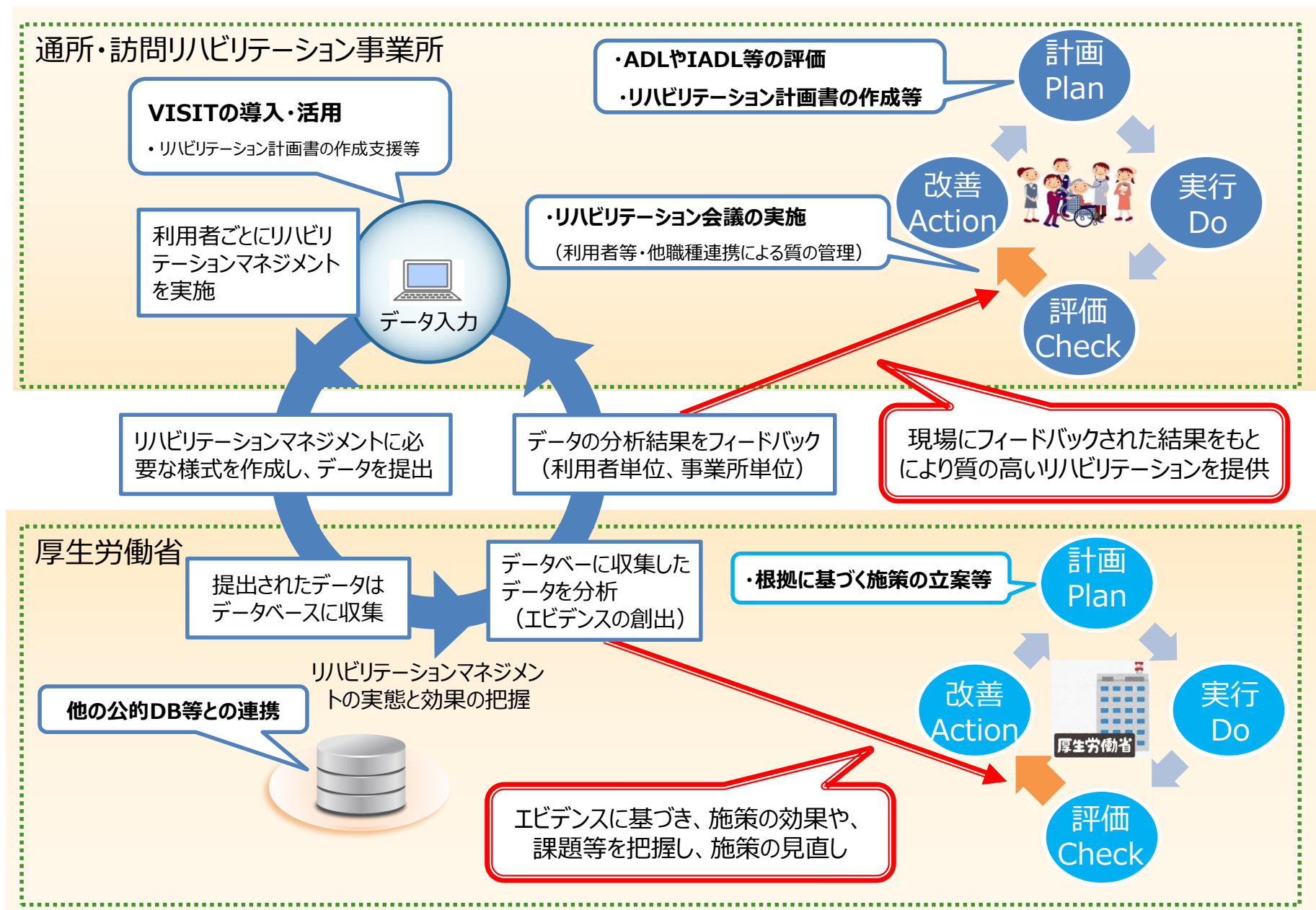
(基本的な項目)

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量_エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量_タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

- ※ 「基本的な項目」以外に、「目的に応じた項目」、「その他の項目」
- ※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

社保審一介護給付費分科会
第178回(R2.6.25)資料1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）

社保審一介護給付費分科会

第197回（R2.12.18）

参考資料

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）

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性

褥瘡の有無：なし
褥瘡のステージ：

要介護度：3

①利用者の背景

サービス利用者の基本的な情報。

CHASEに各領域
のデータを収集

CHASE

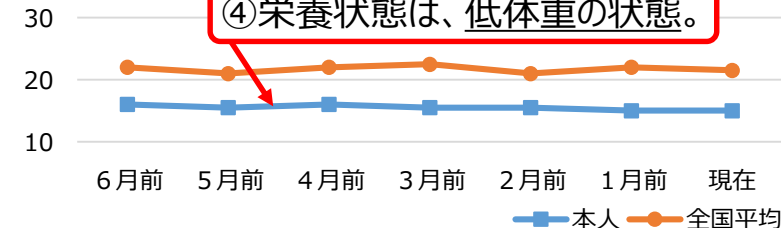
データ分析

栄養状態

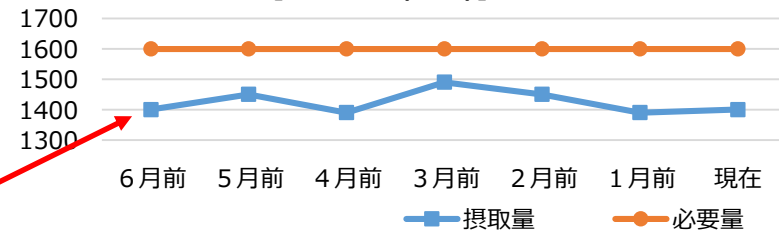
（管理栄養士：不在 栄養関係の加算：なし）

- 栄養状態の総合評価：維持
- 低栄養リスクレベル：中
- 経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし

■ BMI(※)の変化



■ 食事摂取量・必要量 [エネルギー(kcal)]



リハビリテーション中のBMIや食事摂取量等を評価。

活動

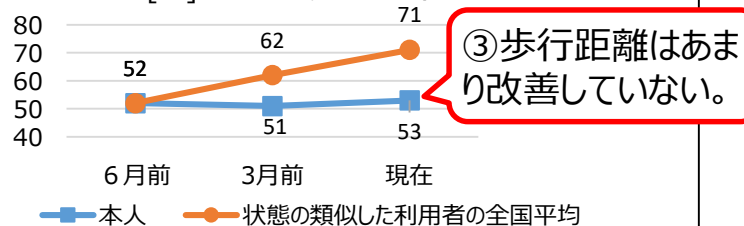
リハビリテーションの実施：あり
(1時間：3回/週)

■ ADLの評価

Barthel Index合計点数の推移



■ 移動能力[m]（6分間歩行試験）



ADLや歩行距離の経時的な変化等を評価。

【まとめ】

- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が低い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】

- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

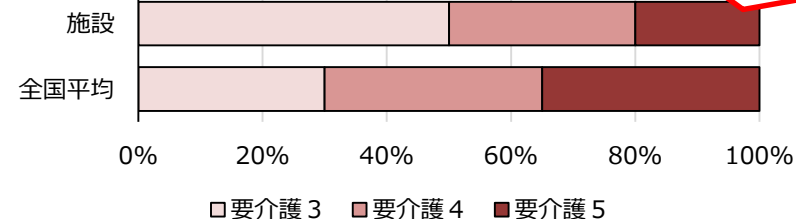
リハビリテーションの効果アップ（ADLが改善）、栄養状態の改善（BMIは正常値に）

※ BMI (Body Mass Index)
・ [体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出
18.5未満：低体重（やせ）
18.5～25未満：普通体重
25以上：肥満

例②：施設入所者の排せつ状態の改善に係る取組の評価（事業所単位）

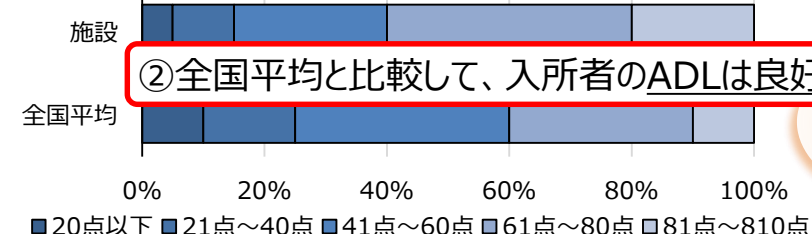
利用者の属性（同じサービスの施設と比較）

■要介護度



①他の施設と比較して、入所者の要介護度は低い傾向。

■ADL（Barthel Indexの合計点）



②全国平均と比較して、入所者のADLは良好。

LIFEに
データを収集

LIFE

データ分析

施設入所者の基本的な情報。

【まとめ】

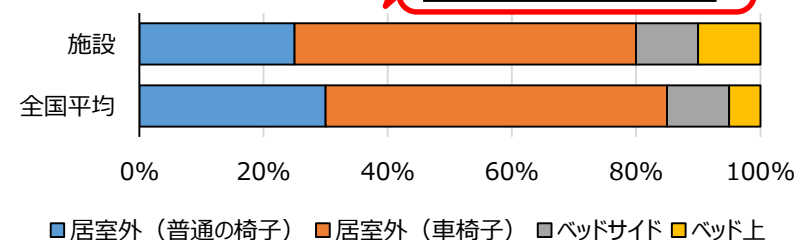
- 他の施設と比較して、入所者の要介護度は低く、ADLも良好。
- 食事の場所は、全国平均と同じように、居室外が多かった。
- 排泄の場所は、日中・夜間ともにオムツの使用が多かった。

【フィードバック】

- 入所者は元気な方が多い傾向であり、食事の状態を踏まえると、排泄の状態も、更に改善が期待できることを示唆。

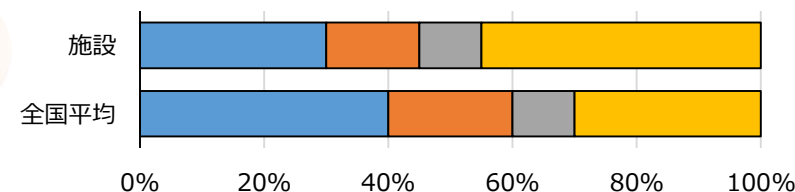
日々の生活等

■食事の場所の分布



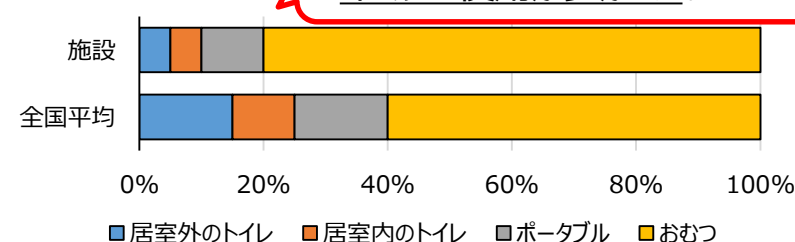
③多くの入所者の食事場所は居室外。

■排泄の場所（日中）



④排泄の場所は、日中・夜間ともにオムツの使用が多かった。

■排泄の場所（夜間）



食事や排泄等についての日々の生活に係る情報。

排泄の状態が改善し、オムツを使用する入所者が少なくなる

3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進①

概要

【全サービス★】

- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスについて、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価する加算を創設する。
その際、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行う区分を設定する。【告示改正】
※ 提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目を設定。
 - イ CHASEの収集項目に関連する加算等において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくPDCAサイクルの取組に加えて、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・ケアの質の向上を図ることを評価・推進する。【告示改正】
※ 認知症対応型通所介護について記載。このほか、通所介護や特別養護老人ホーム等の個別機能訓練加算における新たな区分の創設や、リハビリ、栄養関係の加算における要件化を実施。
 - ウ 介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルによる科学的介護を推進していく観点から、全てのサービス（居宅介護支援を除く）について、CHASE・VISITを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上の取組を推奨する。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨する。【省令改正】

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

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

3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進②

単位数（ア・イ）	
ア ＜現行＞ ・施設系サービス なし	＜改定後＞ ⇒ 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） （※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は50単位/月） ・通所系・居住系・多機能系サービス なし ⇒ 科学的介護推進体制加算 40単位 （新設）
イ ＜現行＞ ・認知症対応型通所介護 個別機能訓練加算 27単位／日	＜改定後＞ ⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ） 27単位／日（現行と同じ） 個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位／月 （新設） ※（Ⅰ）・（Ⅱ）は併算定可。

算定要件等（ア・イ）	
ア ＜科学的介護推進体制加算＞ ○ 加算の対象は以下とする。	
施設系サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院
通所系・居住系・多機能系サービス	通所介護、通所リハビリテーション（※）、認知症対応型通所介護（※）、地域密着型通所介護、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、認知症対応型共同生活介護（※）、小規模多機能型居宅介護（※）、看護小規模多機能型居宅介護 ※予防サービスを含む
○ 以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ・ 入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を、厚生労働省に提出していること。 ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。 ・ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の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。	
イ ＜個別機能訓練加算(Ⅱ)（認知症対応型通所介護）＞ ○ 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、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した場合。	

3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進③

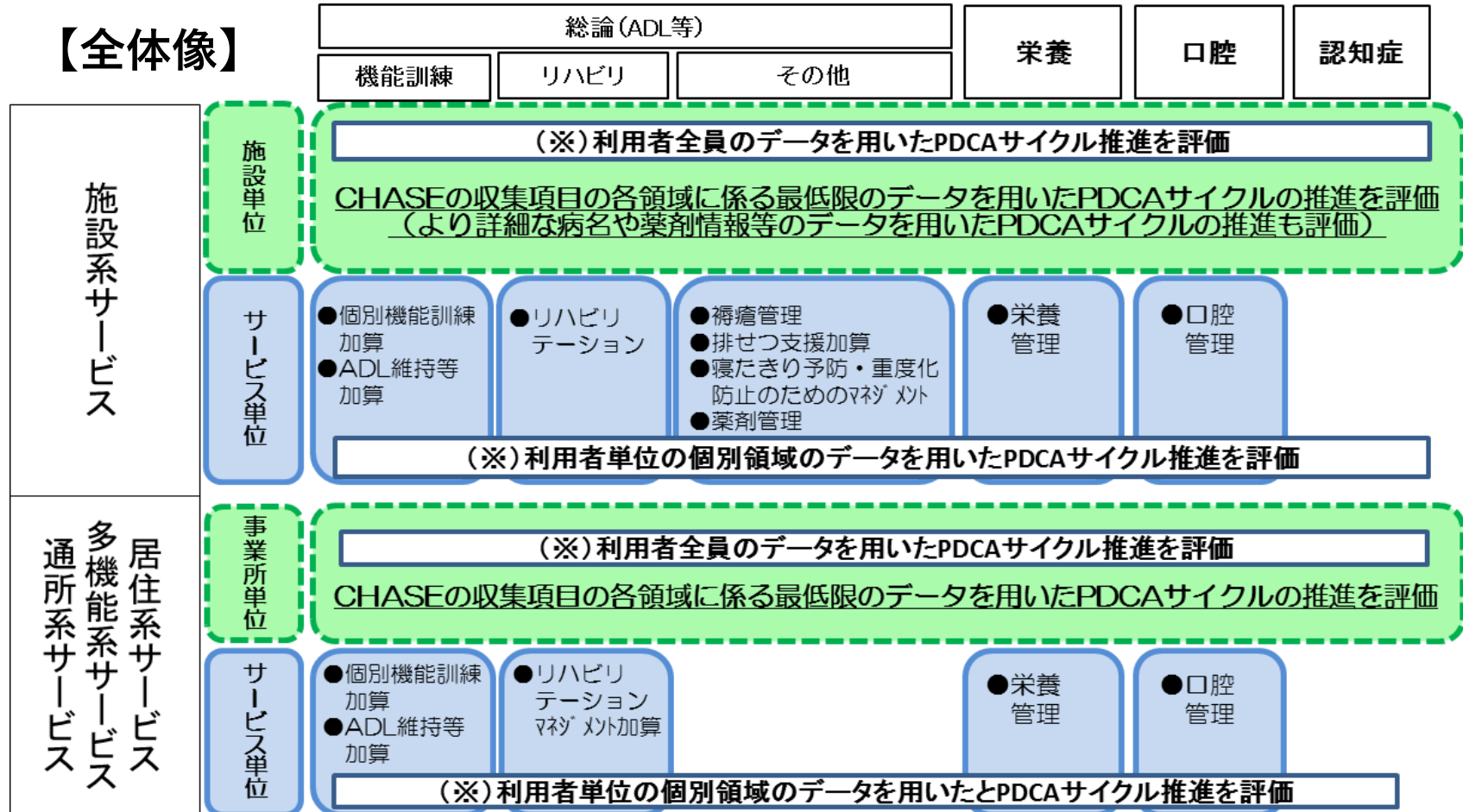
基準（ウ）

<運営基準（省令）>

○ サービス毎に、以下を規定。（訪問介護の例）

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施しなければならない。

【全体像】



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

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

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

※ 主なものを抜粋（太字はアウトカム評価）

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	○	○	○			○		○	○			○	○
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）				

LIFEにおけるデータ入力の省力化について（イメージ）

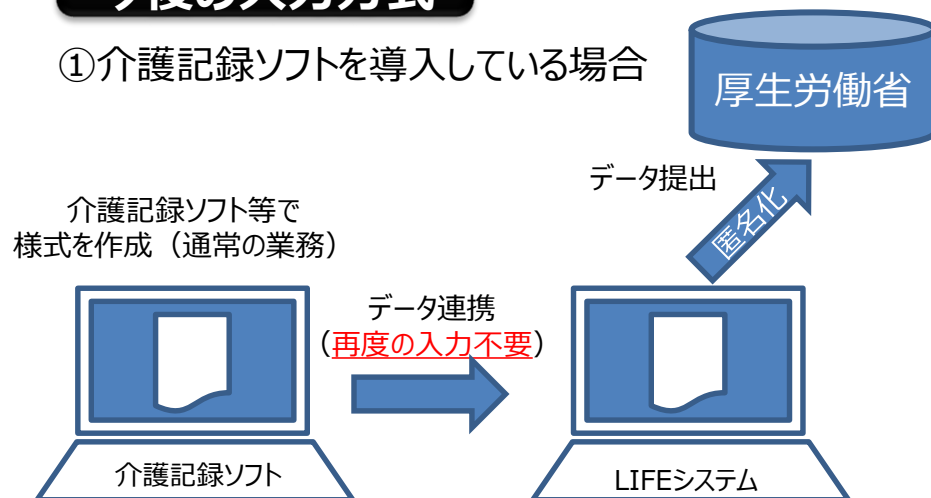
- 今後はVISIT（通所・訪問リハビリテーション）・CHASE（全サービス）へのデータ入力・フィードバックについては機能を統合する。
- 介護記録ソフトとのデータ連携により、統合したデータベースシステムへのデータ入力に係る現場の負担を軽減。
- 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

従前のVISIT

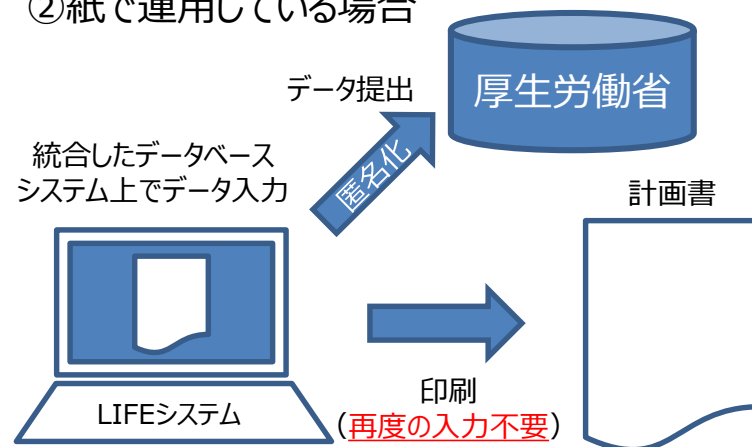


今後の入力方式

①介護記録ソフトを導入している場合



②紙で運用している場合



VISIT・CHASEへのデータ提出内容の見直し

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

<現行>

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

<改正後>

提出は任意とする。

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

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

※下線の項目は自由記述。

目標、具体的支援内容についてはコードあり。

※原則、該当項目を全て入力することとされている。

整理

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

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

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

LIFEに係る加算の算定に 必要な対応等について

加算の算定に必要な対応等について

○ 介護事業所・施設においては、

- ① LIFEの利用申請手続き
- ② データ提出及びフィードバック機能の活用

が必要です。

① 利用申請手続きについて

<LIFEへのアクセス>

- LIFE はweb システムであるため、インターネットに接続できる環境が必要です。
- また、利用するためには、webサイトの「新規登録」から利用申請を行い、ID・パスワードの発行を受けることが必要です。

① 利用申請手続きについて

<LIFEへのアクセス>

- LIFEの利用申請のURL
<https://life.mhlw.go.jp>
- LIFE の操作マニュアル等のweb サイト
<https://life.mhlw.go.jp/manual.html>



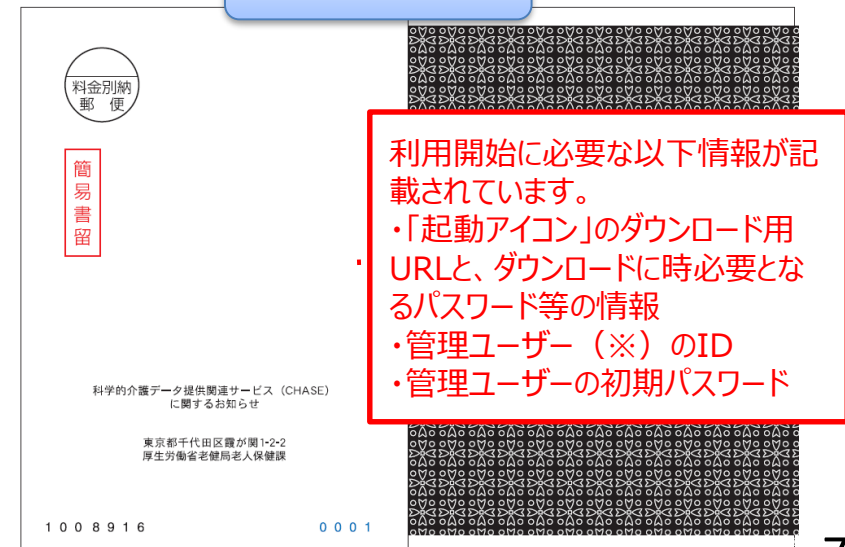
① 利用申請手続きについて

<利用申請から利用開始までのスケジュール>

- 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。

- ・ 毎月25日 ✕
⇒ 翌月上旬に利用開始

ハガキのイメージ



① 利用申請手続きについて

＜これまでCHASE・VISITを利用している場合＞



令和3年3月までに、

① CHASE又はVISITのいずれかを利用している場合

⇒ 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。

② CHASE及びVISITの両方を利用している場合

⇒ 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。

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<提出が必要なデータ>

- 既に、通知等において、LIFE導入に係る全ての加算の様式等をお示ししています。
- 各加算の詳細な要件は、通知等でお示ししておりますが、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致します。

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

加算名称	対応する様式（案）	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るものではなく、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）	○

※ データの提出は、各加算の様式等における見直しの頻度等に応じたタイミングを予定（加算算定できる月とは必ずしも一致しない）

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）（様式例）

実施日（記入者名）		年 月 日（ ）		
プロセス		★ブルダウン ¹		
低栄養状態のリスクレベル		□低 □中 □高		
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm		
	体重 / BMI	kg / m ²		
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)		
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)		
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)		
	血清アルブミン値	□無 □有(g/dl)		
	褥瘡	□無 □有		
	栄養補給法	□経口のみ □一部経口		
	その他	□経腸栄養法 □静脈栄養法		
	その他			
食生活状況等	栄養補給の状態			
	食事摂取量（割合）	%		
	主食の摂取量（割合）	主食 %		
	主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %		
	その他（補助食品など）			
	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)		
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)		
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)		
	嚥下調整食の必要性	□無 □有		
	食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン ² ）		
	とろみ	□薄い □中間 □濃い		
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有		
	嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど	()		
	本人の意欲	★ブルダウン ³		
	食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴		
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴			
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係	□口腔関係	□□口腔衛生 □摂食・嚥下	
		安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	
		食事に集中することができない	□	
		食事中に傾眠や意識混濁がある	□	
		歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	
		食べ物を口腔内に溜め込む	□	
		固形の食べ物を咀嚼中にむせる	□	
		食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	
		水分でむせる	□	
		食事中、食後に咳をすることがある	□	
	その他・気が付いた点			
	その他	褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲）□生活機能低下	
		消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	
		水分関係	□浮腫 □脱水	
		代謝関係	□感染 □発熱	
		心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	
		医薬品	□薬の影響	
		褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲）□生活機能低下	
		消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	
		水分関係	□浮腫 □脱水	
代謝関係		□感染 □発熱		
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない			
計画変更	□無 □有			

経口維持加算（一）又は（二）を算定している場合は必須	摂食・嚥下の課題	摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日
		検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能
	※食事の観察	参加者	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
		参加者	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
	※多職種会議	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境		□現状維持 □変更	
③食事の介助の方法		□現状維持 □変更	
④口腔のケアの方法		□現状維持 □変更	
⑤医療又は歯科医療受療の必要性		□現状維持 □変更	
特記事項			

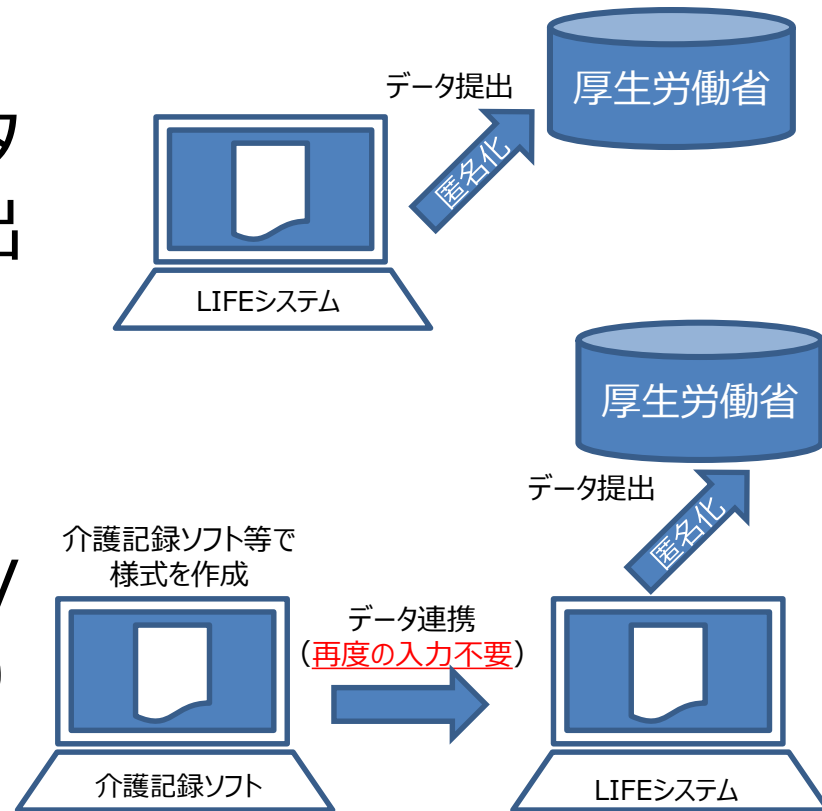
- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、Ot、Oj）
- ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

※ 自由記載の箇所を除く項目が
LIFEによるデータ提出等の対象

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

＜データ提出の方法＞

- データ提出については、
 1. 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
 2. 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。



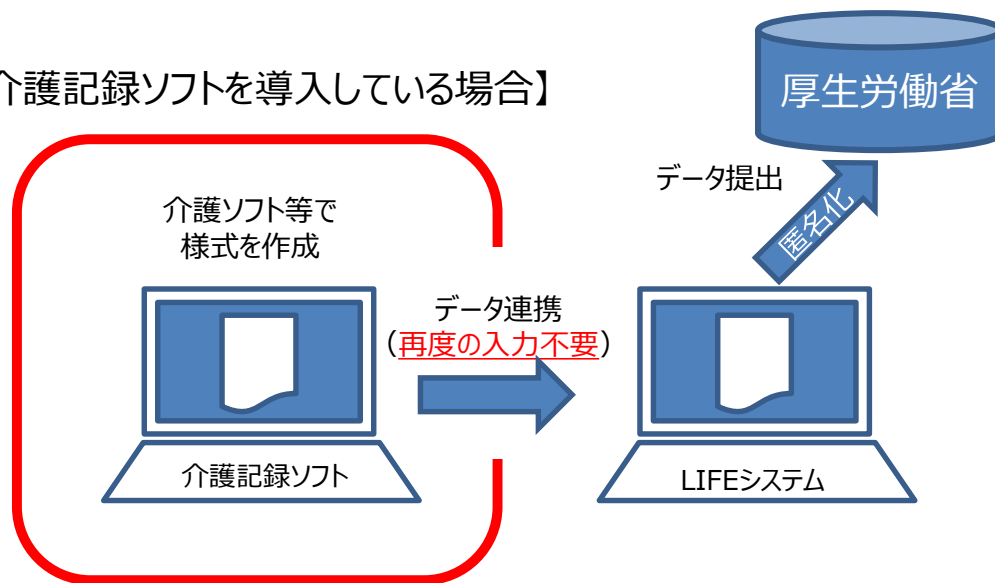
- 詳しくは、マニュアル等を参照ください

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<CSV連携機能について>

- 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、ご利用の介護ソフトのベンダー等にお問い合わせください。

【介護記録ソフトを導入している場合】



② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<データ提出の期限について>

- X 月分の情報は、(X + 1) 月の10 日までにLIFE のweb サイトを通じて提出してください。

例) 4 月サービス提供分の情報は、5 月10 日まで。

- 加算ごとの詳細は別途通知、事務連絡等をご参照下さい。

例：「少なくとも3月に1回」の考え方

	4月	5月	6月	7月	8月
評価、計画の 作成・見直し	4月中			7月中	
データの提出	5/10まで			8/10まで	
加算の算定	○	○	○	○	○

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<フィードバック機能等のスケジュールについて>

- 提出いただいた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 サイクルの推進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。

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<ソフト導入等に係る補助について>

- 様式の作成のために介護ソフトに入力したデータを、LIFE へのデータ連携により提出する場合は、介護ソフトの導入やアップデート等にあたり、ICT 導入支援事業（地域医療介護総合確保基金）等の利用が可能な場合があります。
- 今般、都道府県に対して令和 3 年度の介護報酬改定にあわせた対応を依頼していますので、詳細は都道府県へお問い合わせください。

ICT導入支援事業（地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分））

令和3年度予算案 地域医療介護総合確保基金 137.4億円の内数

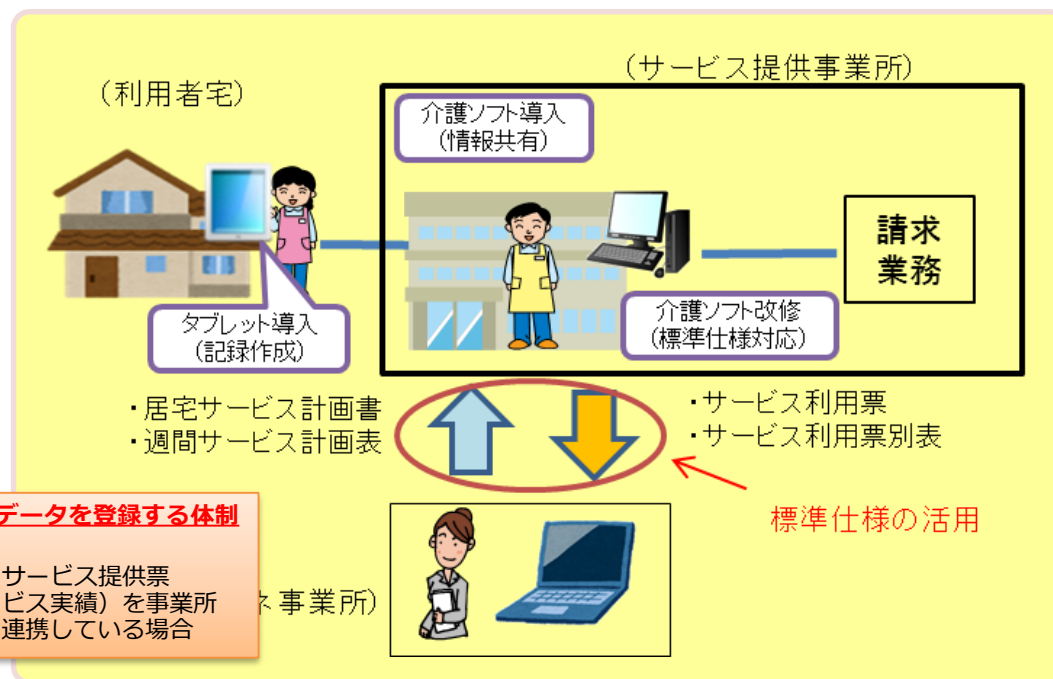
※ 令和2年度予算 82.4億円の内数

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

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

年度	補助上限額	補助率	補助対象
元年度	30万円 (事業費60万円)	1/2 国2/6 都道府県1/6 事業者3/6	- 介護ソフト - タブレット端末 - スマートフォン - インカム - クラウドサービス - 他事業者からの照会経費 等
2年度	当初	事業所規模（職員数）に応じて設定 ● 1～10人 50万円 ● 11～20人 80万円 ● 21～30人 100万円 ● 31人～ 130万円	都道府県が設定 ※事業者負担を入れることが条件
	1次補正	事業所規模（職員数）に応じて設定 ● 1～10人 100万円 ● 11～20人 160万円 ● 21～30人 200万円 ● 31人～ 260万円	上記に加え ● Wi-Fi機器の購入設置 ● 業務効率化に資するバックオフィスソフト（勤怠管理、シフト管理等）
	3次補正	一定の要件を満たす事業所は、 3/4を下限 に都道府県の裁量により設定 それ以外の事業所は 1/2を下限 に都道府県の裁量により設定	一定の要件 ○VISIT・CHASEにデータを登録する体制が取れている場合 ○標準仕様を活用してサービス提供票（サービス計画・サービス実績）を事業所間／施設内でデータ連携している場合

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>

② データ提出及びフィードバック機能の利用について

<科学的介護に係る体制の充実について>

- 科学的介護の推進については、医療介護総合確保基金等によるハード面の支援とともに、ソフト面の支援が重要である。

具体的には、専門家等が現場に対して十分な支援を行うことができる体制の構築が必要と考える。



- LIFEのフィードバック情報について、介護現場における効果的な活用を推進していくにあたり、令和3年度から新たにLIFEマイスター事業を開始し、支援体制の拡充を図る。

科学的介護に向けた質の向上支援等事業

事業の背景

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

事業の概要

国(委託事業)

- ・ 厚生労働省等において整備するガイドライン等を用いて、データ利活用に習熟した「ライフマイスター」が事業所を訪問し、LIFEの活用手法等について、周知・普及・助言等の支援を実施。

保険者

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

事業所

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

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

LIFEに関する詳細資料等は、以下のHPで確認できます。

【科学的介護について】

厚生労働省トップページから
ホーム＞政策について

＞分野別の政策一覧

＞福祉・介護

＞介護・高齢者福祉

＞科学的介護

【掲載項目】

- ・ 科学的介護について
- ・ LIFEについて
- ・ 事務連絡



ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 科学的介護

科学的介護

1 科学的介護について

[科学的介護について〔PDF形式：49KB〕](#)

2 科学的介護情報システム（LIFE）について

[科学的介護情報システム（LIFE）について〔PDF形式：1,352KB〕](#)

3 事務連絡

※LIFE関連加算の算定においては、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について」もご確認下さい。

改定に関する詳細資料等は、以下のHPで確認できます。

【令和３年度介護報酬改定について】

厚生労働省トップページから

ホーム＞政策について

＞分野別の政策一覧

＞福祉・介護

＞介護・高齢者福祉

＞介護報酬

＞令和３年度介護報酬改定について

【掲載項目】

- ・ 介護報酬改定に関する省令及び告示
- ・ 介護報酬改定に関する通知
- ・ 介護報酬改定Q&A