

2021年介護報酬改定へ向けて 介護医療院・老健・特養など

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

目次

- パート 1
 - 新型コロナと介護事業所経営悪化
- パート 2
 - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 3
 - 2021年改定と地域包括ケアシステム
- パート 4
 - 介護医療院、老健、特養
- パート 5
 - 科学的介護とデータベース



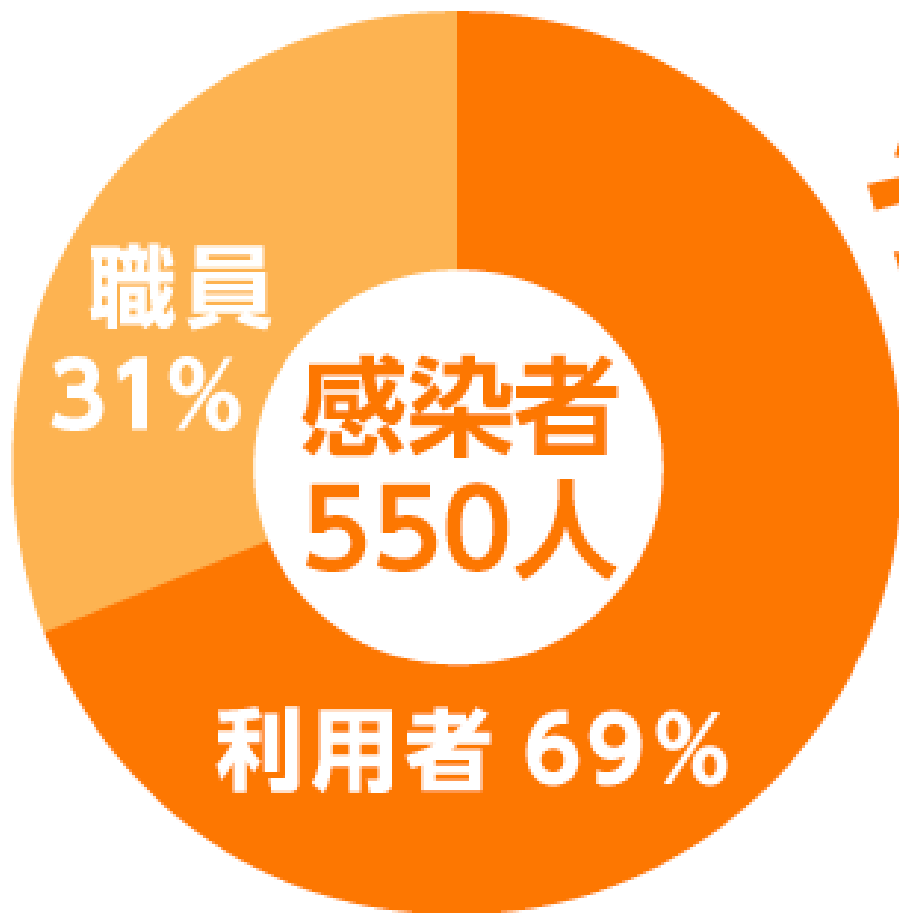
パート1 新型コロナと 介護事業所経営悪化



コロナで苦境！
小さなデイサービスやっていけない！



高齢者入所施設関連での 新型コロナウイルス感染者数と死亡者の割合



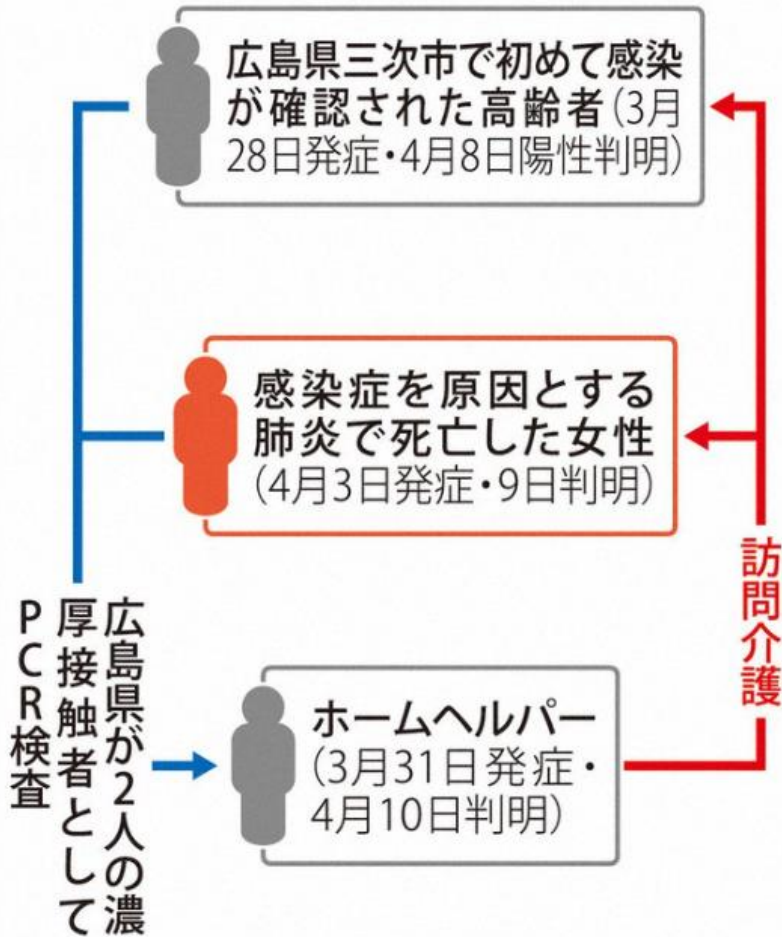
うち死亡者



約1割
(すべて利用者)

新型コロナウイルス感染の経緯

※広島県の発表に基づく



「ヘルパーからコロナ感染し死亡」82歳女性の遺族が介護事業所を提訴 広島
2020年10月3日毎日新聞

大和証券グループ
有料老人ホー

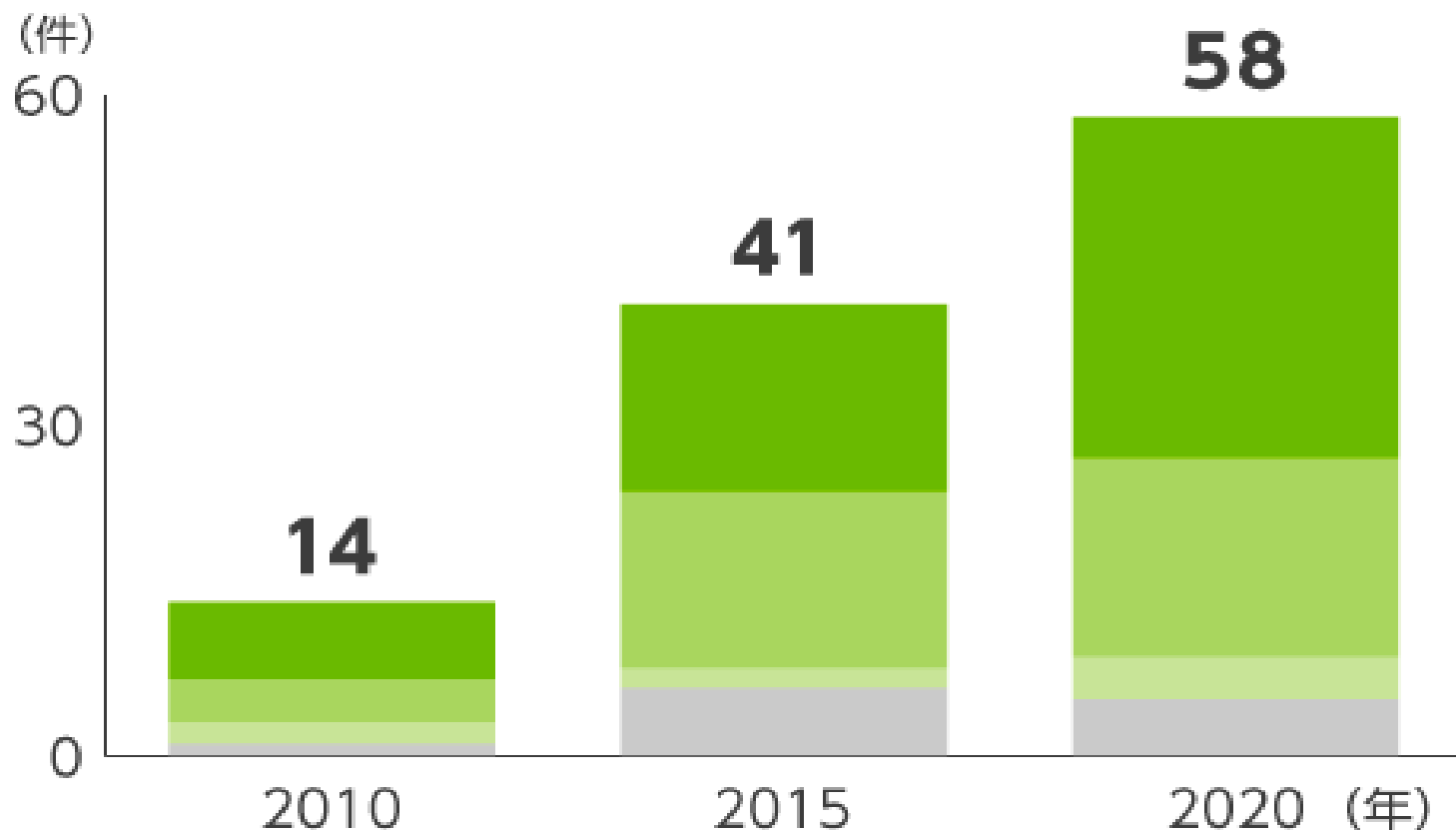
毎日新聞のアカウント

登録する

内 有料記事が読み放題!! 初月100円(税別)

「老人福祉・介護事業」の倒産件数 上半期（1月～6月）推移

- 訪問介護事業
- 通所・短期入所介護事業
- 有料老人ホーム
- その他



2020年上半期「老人福祉・介護事業の倒産状況」
(東京商工リサーチ) を基に作成

介護給付費分科会 2020年10月30日
「介護事業経営実態調査結果」



新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所の経営への影響に関する調査研究事業(速報) ①

(実施主体:株式会社三菱総合研究所 (令和2年度老人保健健康増進等事業))

調査概要

目的: 新型コロナウイルス感染症による、介護サービス事業所等の費用面への影響、今後の経営への影響等を把握するもの。

内容: (1) 費用面への影響や今後の経営への影響等を把握するためのアンケート調査の実施

(39,199事業所/令和2年10月14日~21日)

(2) 決算関連情報をもとにした、新型コロナウイルス感染症への対応に伴う費用面への影響の把握

(22法人・229事業所/令和2年7~10月)

(1) 経営への影響に関するアンケート結果

○ 全国の介護サービス事業所等を対象に、アンケート調査を実施

実施時期: 令和2年10月14~21日

調査内容: 収支の状況、支出(費用)全体の変化、個別の経費の状況等 ※新型コロナウイルス感染症の流行前との比較

回答数: 26,070件(複数事業所分をまとめて回答することも可能であり、事業所数では39,199事業所)

サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有	サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有	サービス	N数	事業所数	コロナ発生の有
介護老人福祉施設	2,236	5,716	87	通所介護	3,269	5,566	98	地域密着型通所介護	2,478	3,144	49
介護老人保健施設	1,020	1,665	37	通所リハビリテーション	497	649	17	認知症対応型通所介護	257	360	3
介護療養型医療施設	102	164	3	短期入所生活介護	456	576	9	小規模多機能型居宅介護	55	77	1
介護医療院	36	62	2	特定施設入居者生活介護	781	1,319	27	認知症対応型共同生活介護	1	1	0
訪問介護	6,103	8,298	105	福祉用具貸与	606	859	8	地域密着型特定施設入居者生活介護	1	1	0
訪問入浴介護	101	422	8	居宅介護支援	3,789	4,507	59	地域密着型介護老人福祉施設(居宅介護)	1	1	0
訪問看護	1,283	1,497	33	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	87	108	3	看護小規模多機能型居宅介護	1	1	0
訪問リハビリテーション	127	138	5	夜間対応型訪問介護	8	8	0	療養通所介護	1	1	0
								全体			

通所介護、通所リハ、短期入所、老健が収支悪くなったと答えた

○ 収支の状況について、新型コロナウイルス感染症の流行前と比較して「悪くなった」と回答した事業所は、5月で47.5%、10月で32.7%であった。

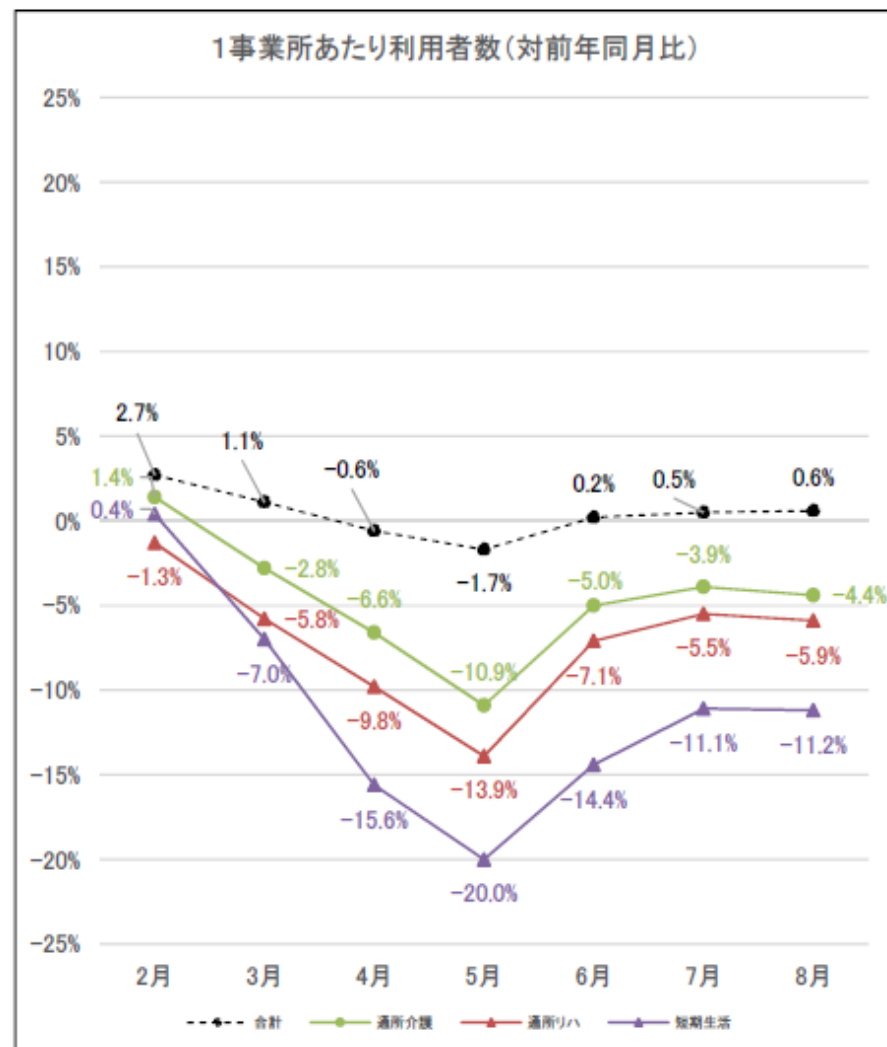
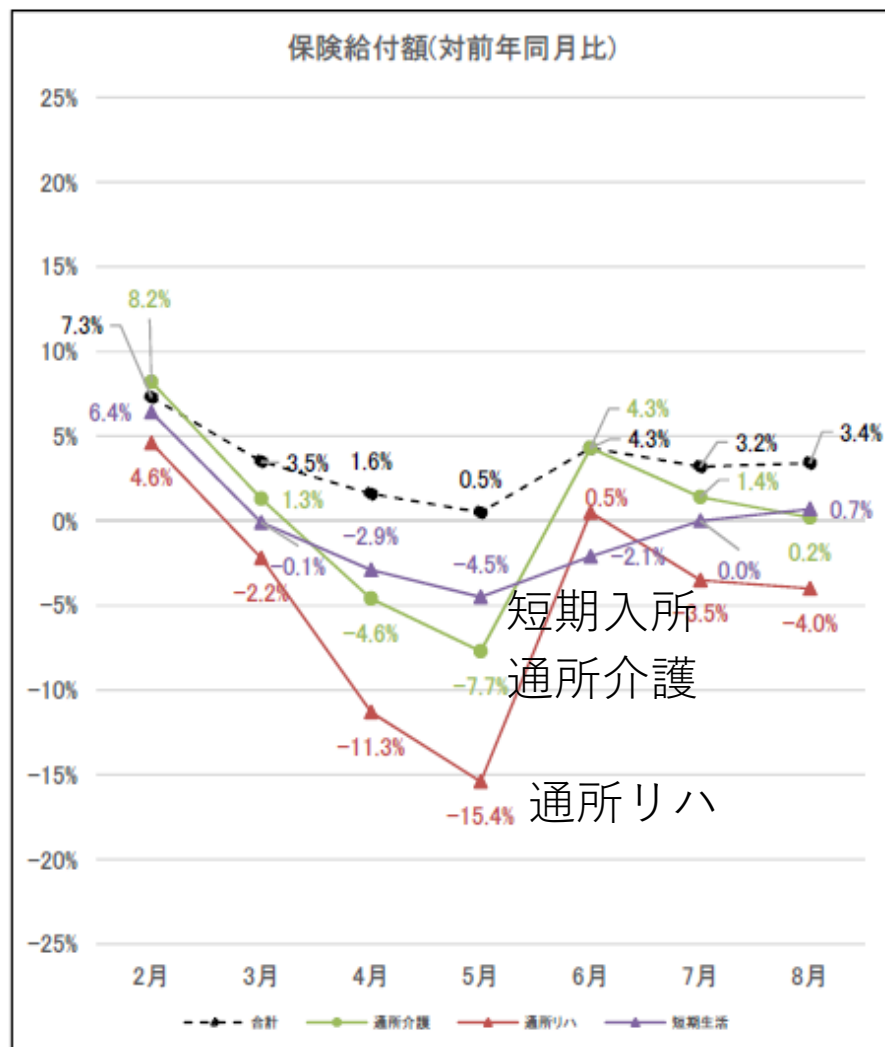
○ サービス別にみると、5月に「悪くなった」と答えた事業所は、通所系サービスで高い傾向にある。

	全体(N)	令和2年5月					令和2年10月				
		良くなった	悪くなった	変わらない	分からない	無回答	良くなった	悪くなった	変わらない	分からない	無回答
訪問介護	6,103	3.3%	36.5%	38.2%	2.3%	19.7%	9.3%	26.8%	41.9%	2.4%	19.5%
通所介護	3,269	2.9%	72.6%	21.1%	1.9%	1.5%	19.3%	42.2%	34.8%	2.4%	1.3%
通所リハビリテーション	497	1.4%	80.9%	14.1%	2.0%	1.6%	20.5%	44.9%	30.6%	2.4%	1.6%
短期入所生活介護	456	5.5%	62.5%	28.1%	2.0%	2.0%	14.0%	45.2%	36.6%	2.2%	2.0%
介護老人福祉施設	2,236	6.2%	48.7%	41.9%	1.4%	1.8%	10.6%	39.7%	46.2%	1.7%	1.7%
介護老人保健施設	1,020	5.3%	60.6%	31.4%	1.4%	1.4%	10.6%	50.2%	35.6%	2.1%	1.6%
全体	26,070	3.7%	47.5%	40.4%	2.5%	5.9%	12.6%	32.7%	46.4%	2.7%	5.6%

※施設系サービスについては、短期入所生活介護や短期入所療養介護を含めて回答している可能性があることに留意が必要

【参考】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②

○ 特に影響の大きかったサービス種類別の保険給付の状況を見ると、本年3月以降、通所サービスや短期入所サービスにおいて保険給付額や利用者数の減少が見られ、6月以降はやや持ち直している。



新型コロナで、介護保険の通所サービスの 「介護報酬の上乗せ」特例

表 1 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

群	報酬区分	算定方法
A群	2時間以上3時間未満	サービス提供回数のうち、月に1回まで、2区分上位の報酬区分を算定可能
	3時間以上4時間未満	
	4時間以上5時間未満	
B群	5時間以上6時間未満	サービス提供回数を3で除した数（端数は切上げ）と4回を比較し、少ない方の数について、2区分上位の報酬区分を算定可能 注1：7時間以上8時間未満については延長加算（9時間以上10時間未満）、8時間以上9時間未満については延長加算（10時間以上11時間未満）の報酬区分を算定可能 注2：延長加算を算定している場合、9時間以上10時間未満から11時間以上12時間未満については100単位を、12時間以上13時間未満については50単位を追加可能
	6時間以上7時間未満	
	7時間以上8時間未満	
	8時間以上9時間未満	

認知症の人と家族の会

「利用していないサービスまで
負担しろとは理不尽」

- 撤回の緊急要請文を加藤勝信厚労相あてに提出
- 同会代表理事の鈴木森夫さんは「コロナがいつまで続くか分からない」として利用者負担が膨らむことを危惧。
- 「感染防止の費用は公費で負担してほしい」



認知症の人と家族の会

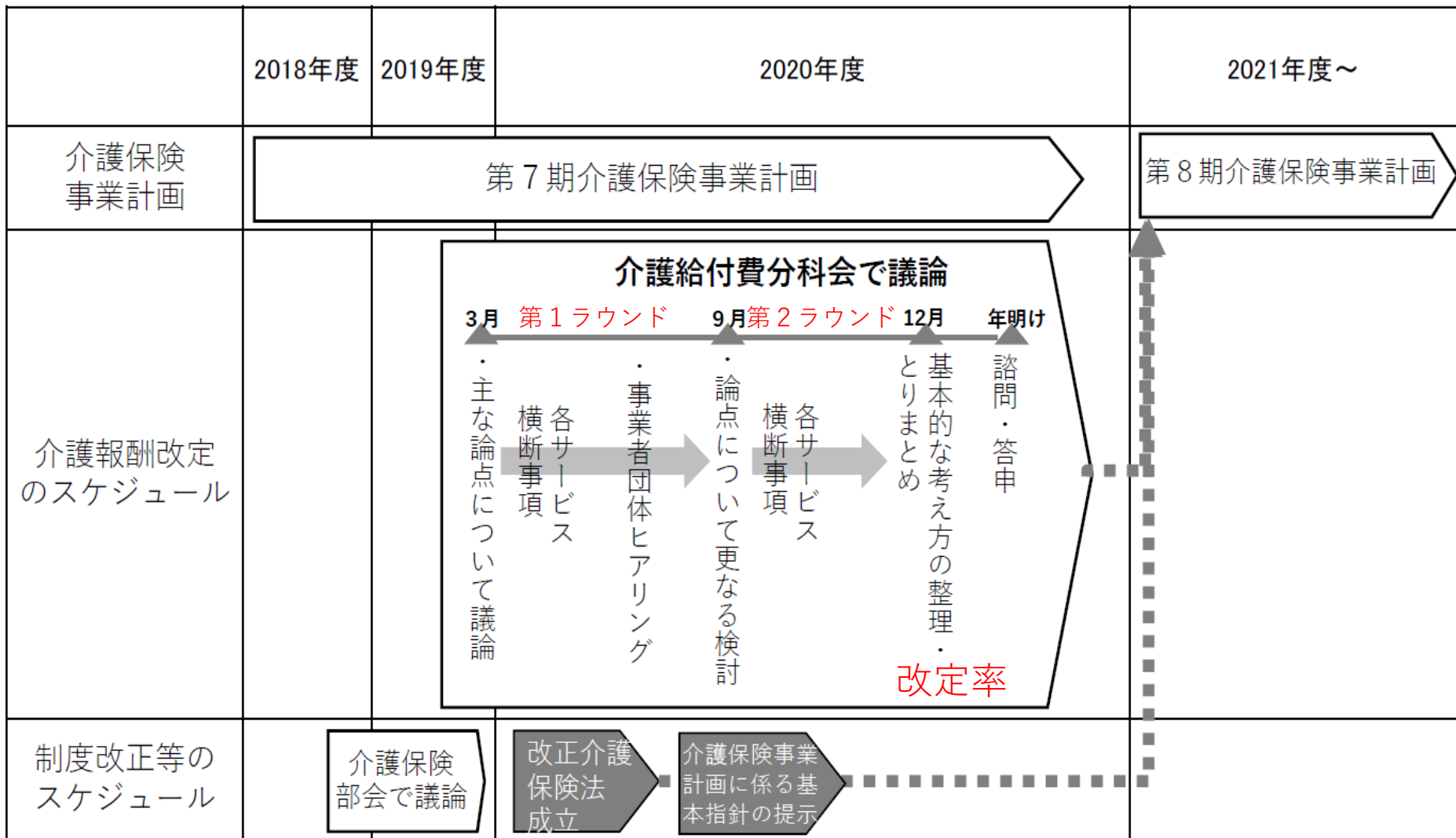
パート 2

2021年介護報酬改定の 改定率と基本方針

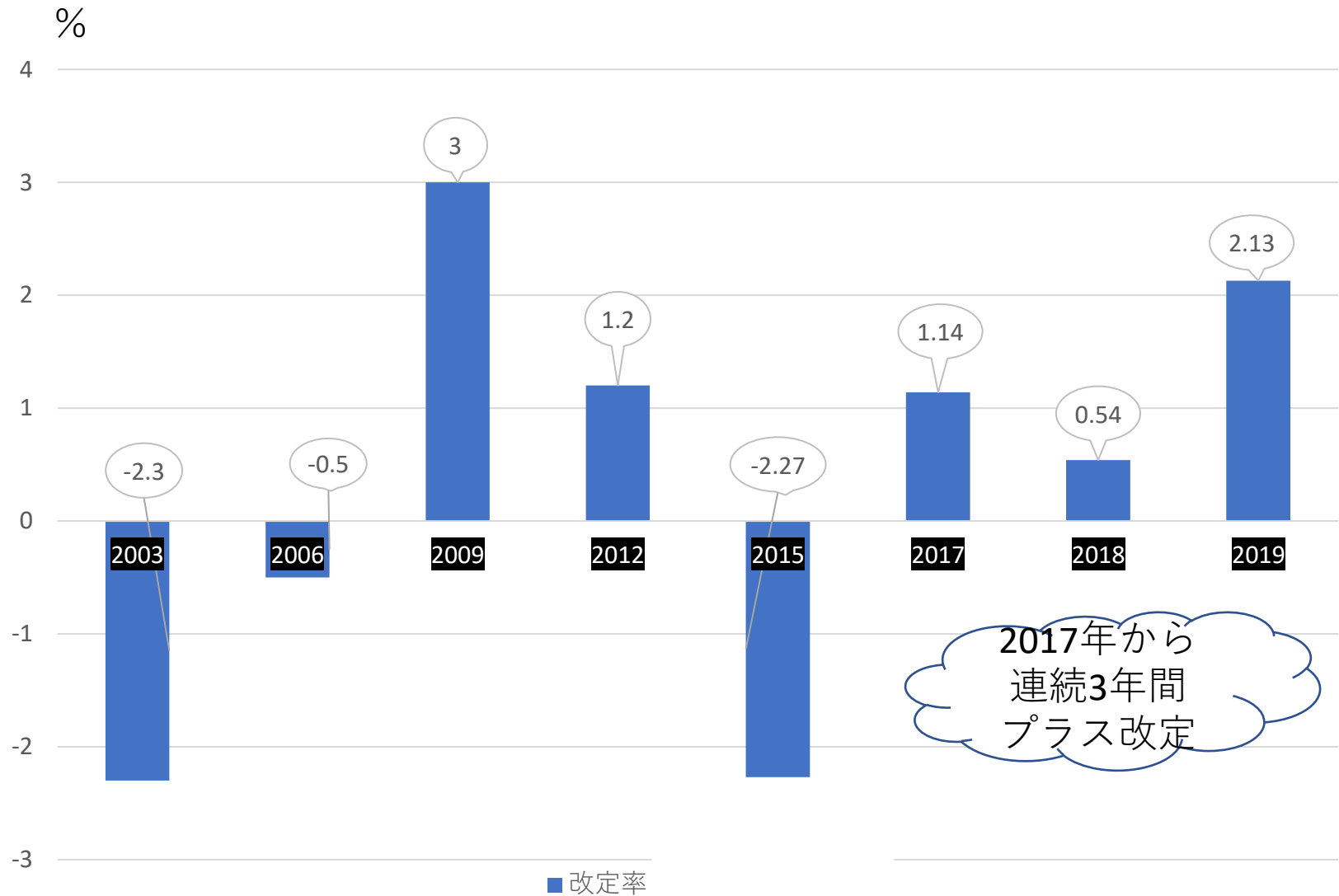


介護給付費分科会（オンライン）

令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール(案)



介護報酬改定率の推移



【参考】これまでの介護報酬改定の概要

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善(1万円相当) 	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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%
令和元年度改定(10月～)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ ・ 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% ※四捨五入の関係で、合計しても2.13%とはならない。

処遇改善

同時改定

消費税改定

3年連続
プラス
改定

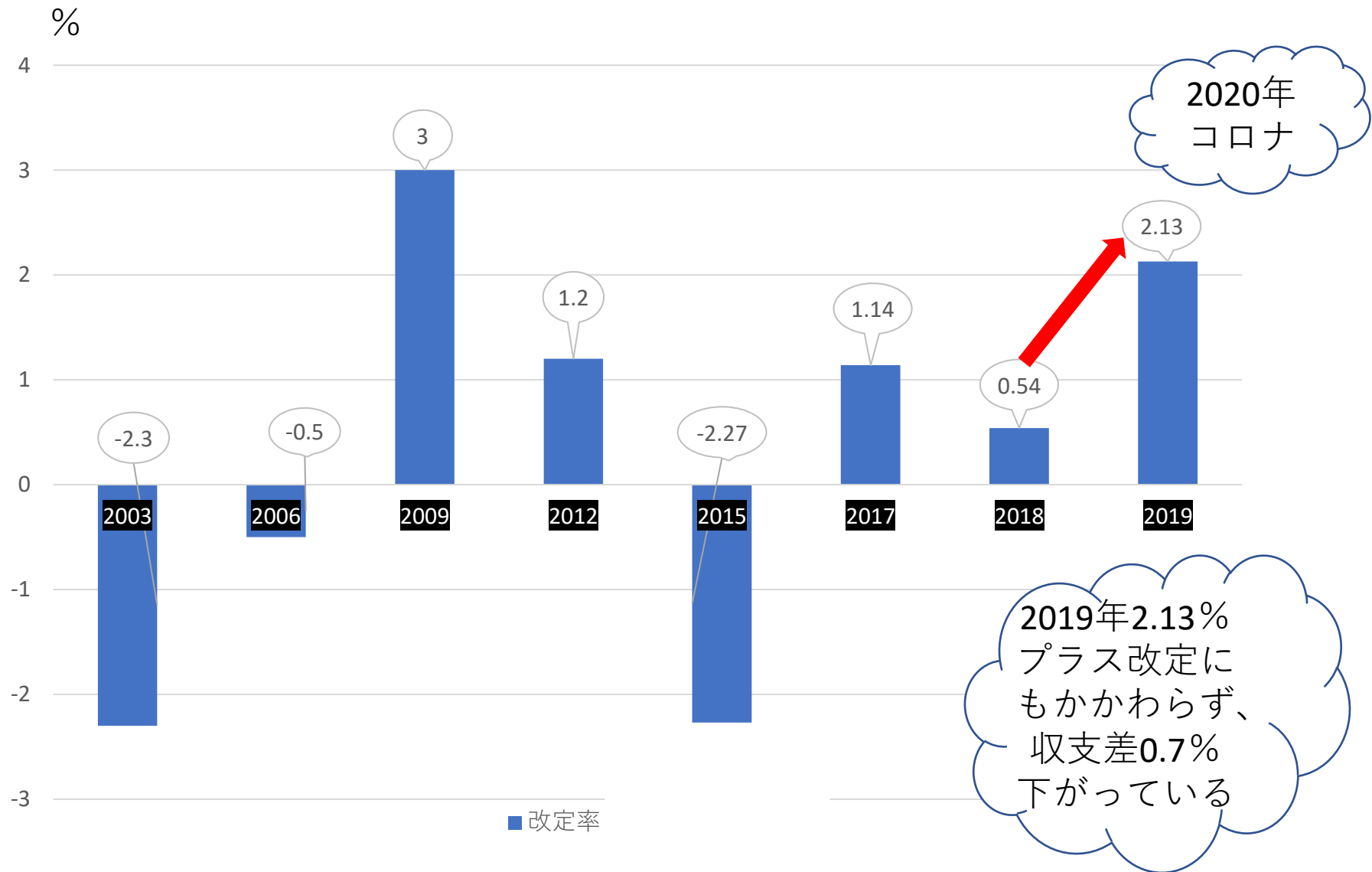


介護給付費分科会
介護事業所経営実態調査公表
(2020年10月30日)

今年度の介護事業経営実態調査の収支差率

	2018年度 決算	2019年度 決算	増減		2018年度 決算	2019年度 決算	増減
特養	1.8%	1.6%	▲0.2%	福祉用具	4.2%	4.7%	0.5%
老健	3.6%	2.4%	▲1.2%	ケアマネ	▲0.1%	▲1.6%	▲1.5%
療養病床	4.0%	2.8%	▲1.2%	定期巡回	8.7%	6.6%	▲2.1%
訪問介護	4.5%	2.6%	▲1.9%	地密通所	2.6%	1.8%	▲0.8%
訪問入浴	2.6%	3.6%	1.0%	認知通所	7.4%	5.6%	▲1.8%
訪問看護	4.2%	4.4%	0.2%	小多機	2.8%	3.1%	0.3%
訪問リハ	3.2%	2.4%	▲0.8%	認知症GH	4.7%	3.1%	▲1.6%
通所介護	3.3%	3.2%	▲0.1%	地密特定	1.5%	1.0%	▲0.5%
通所リハ	3.1%	1.8%	▲1.3%	地密特養	2.0%	1.3%	▲0.7%
ショート	3.4%	2.5%	▲0.9%	看多機	5.9%	3.3%	▲2.6%
特定施設	2.6%	3.0%	0.4%	全サービス	3.1%	2.4%	▲0.7%

介護報酬改定率の推移



次期2021年改定率は？

0.5～1.0%程度、
改定率も内容も小幅なプラス改定？



会場



田中分科会長



安藤委員



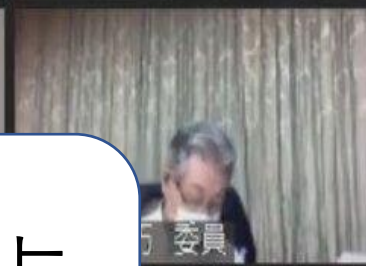
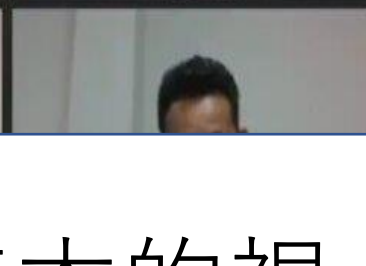
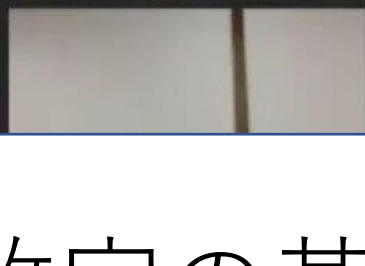
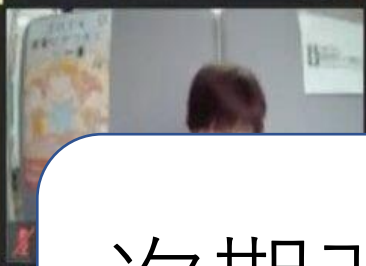
今井委員



江澤和彦委員



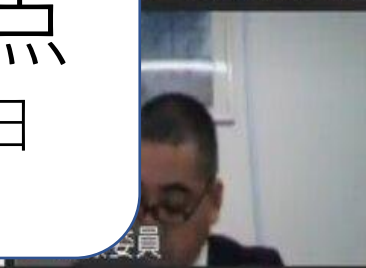
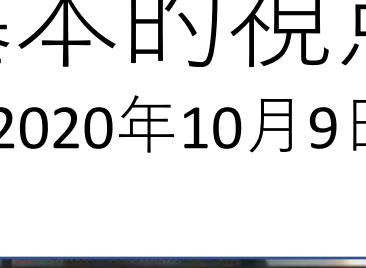
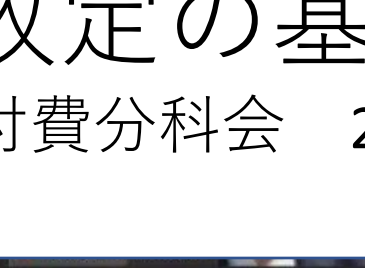
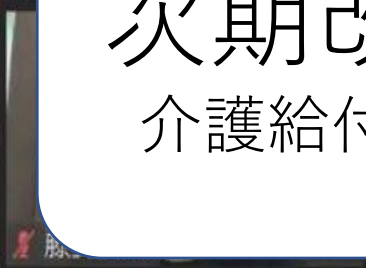
大西委員



委員



武久 洋三委員



委員



石田路子委員



亀井委員



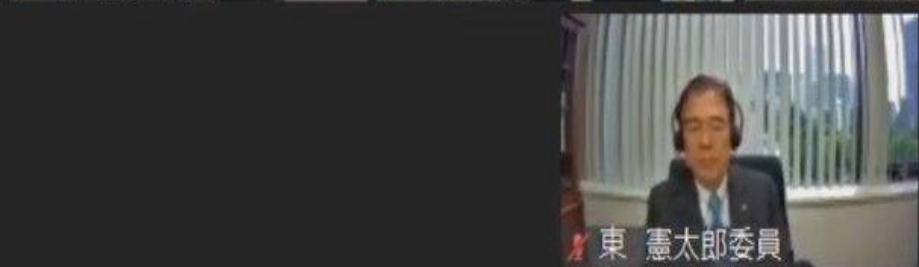
齋藤 訓子参考...



小玉委員



田辺委員



東 憲太郎委員



松田晋哉

次期改定の基本的視点

介護給付費分科会 2020年10月9日

令和3年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(案)概要

社保審一介護給付費分科会

第187回 (R2.10.9)

資料2-1

改定に当たっての基本認識

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

介護報酬改定に向けた基本的な視点

① 感染症や災害への対応力強化

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

② 地域包括ケアシステムの推進

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

③ 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

④ 介護人材の確保・介護現場の革新

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

⑤ 制度の安定性・持続可能性の確保

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

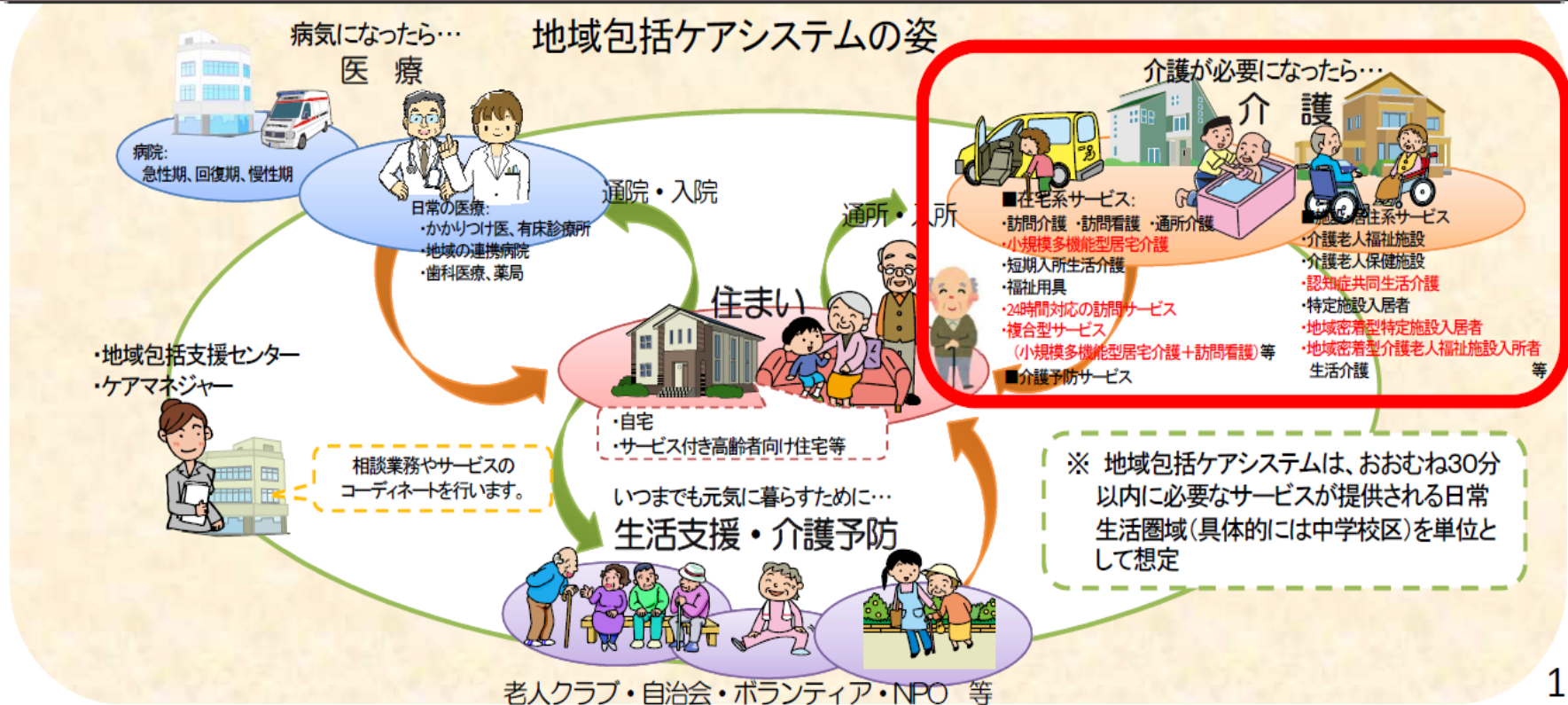
パート3

2021年介護報酬改定と 地域包括ケアシステム

居宅介護サービス
地域密着型サービス

地域包括ケアシステムにおける地域密着型サービス

- 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。**
- 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。**
- 住み慣れた地域での生活を支えるため、**身近な市町村で提供される「地域密着型サービス」の整備が進んでいるが、整備が進んでいない自治体へのノウハウの提供が急がれている。**



介護サービスの種類

※赤で囲った部分が地域密着型サービス

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎居宅介護支援

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 地域密着型通所介護

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導

- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与

【通所サービス】

- 介護予防通所介護（デイサービス）
- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- 介護予防短期入所療養介護

◎地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

このほか、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給、居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給がある。

居宅サービスの趣旨は
「在宅介護はこれ以上ム
リ！」という
「在宅限界点」を引き上げる
ことにある



①訪問看護

②看多機

③小多機



①訪問看護



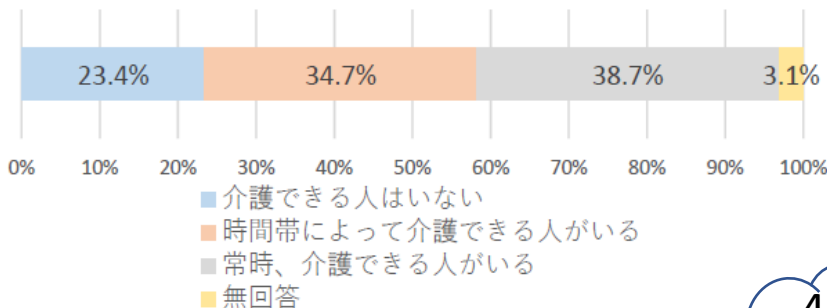
退院当日の算定のルール

	医療保険	介護保険	
対象者	小児等40歳未満の者、 要介護者・要支援者以外	要支援者・要介護者	※1：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7） 末期の悪性腫瘍 多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 プリオン病 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発 神経炎 後天性免疫不全症候群 頸髄損傷 人工呼吸器を使用している状態
退院日の 訪問看護	原則、算定不可		
例外として 算定できる 場合	厚生労働大臣が 定める疾病等 (別表第7※1)		※2：厚生労働大臣が定める状態（別表第8） イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態 ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理（別表第8のみ） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理 ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 ニ 真皮を超える褥瘡の状態 ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ⁵ を算定している者）
	退院日の訪問看護が 必要と認められた者	厚生労働大臣が定める状態 (別表第8※2)	
算定方法	退院日の翌日以降初日の 指定訪問看護を行ったとき に退院支援指導加算を 算定	訪問看護費を算定	

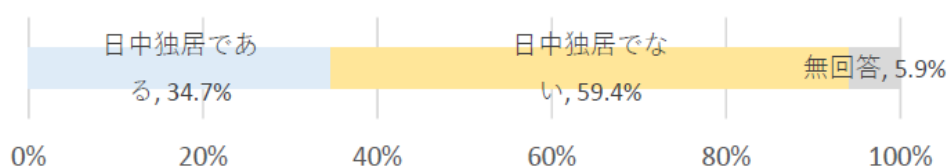
退院当日に訪問の必要があった利用者の介護の状況

- 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護状況は「介護できる人はいない」23.4%、世帯の状況は「独居」が26.4%であった。
- また、日中の状況については「日中独居」は34.7%、利用者・家族の困りごとは、「体調・病状」80.5%、「緊急時の対応」54.2%、「服薬」51.3%であった。

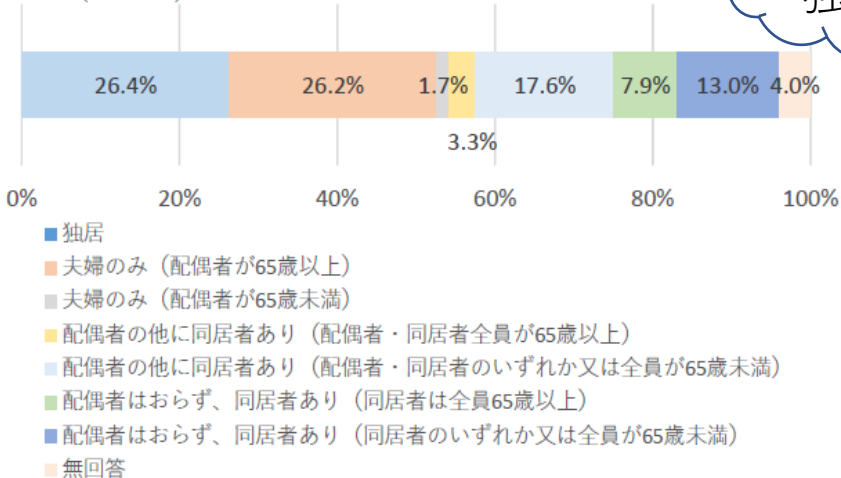
■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護者の状況 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の日中の状況 (n=478)

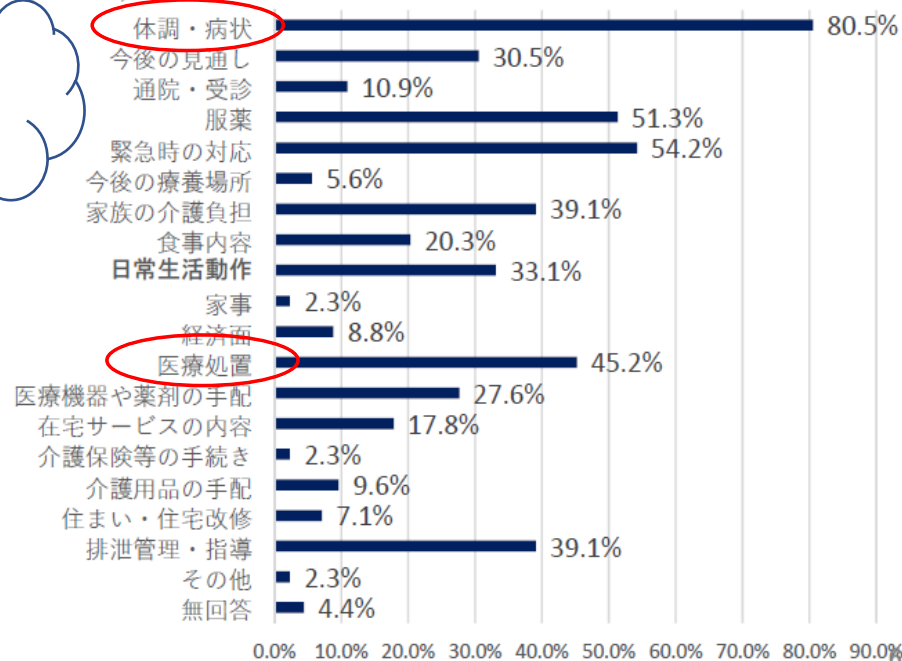


■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の世帯の状況 (n=478)



4人1人が独居

■ 退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとや心配ごと (n=478)



論点①退院当日の訪問看護

論点①

- 医療機関等から退院・退所した際に、在宅療養へスムーズに移行できるよう支援することは、在宅生活を支える観点から重要であるが、現行では、退院・退所当日の介護保険による訪問看護については、特別管理加算の対象に該当する者（厚生労働大臣が定める状態等にある者：第六号）に限って算定可能となっている。
- 独居や認知症高齢者の増加も見込まれるなか、要介護者等の在宅生活を支援する観点からどのような対応が考えられるか。

対応案

- 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、現行に加えて、診療報酬上の取り扱いと同様に、**主治の医師が必要と認める場合は、退院当日の訪問看護を算定可能**としてはどうか。

論点②在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化(看護体制強化加算)

論点②

- 訪問看護サービスは、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支えるサービスの1つであり、今後増加が見込まれる利用者の医療ニーズに対応するため、訪問看護ステーションにおける体制の一層の強化が必要となる。
- 医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える観点から、訪問看護体制の強化についてどのような対応が考えられるか。

中重度者対応を評価する
看護体制強化加算の
要件緩和

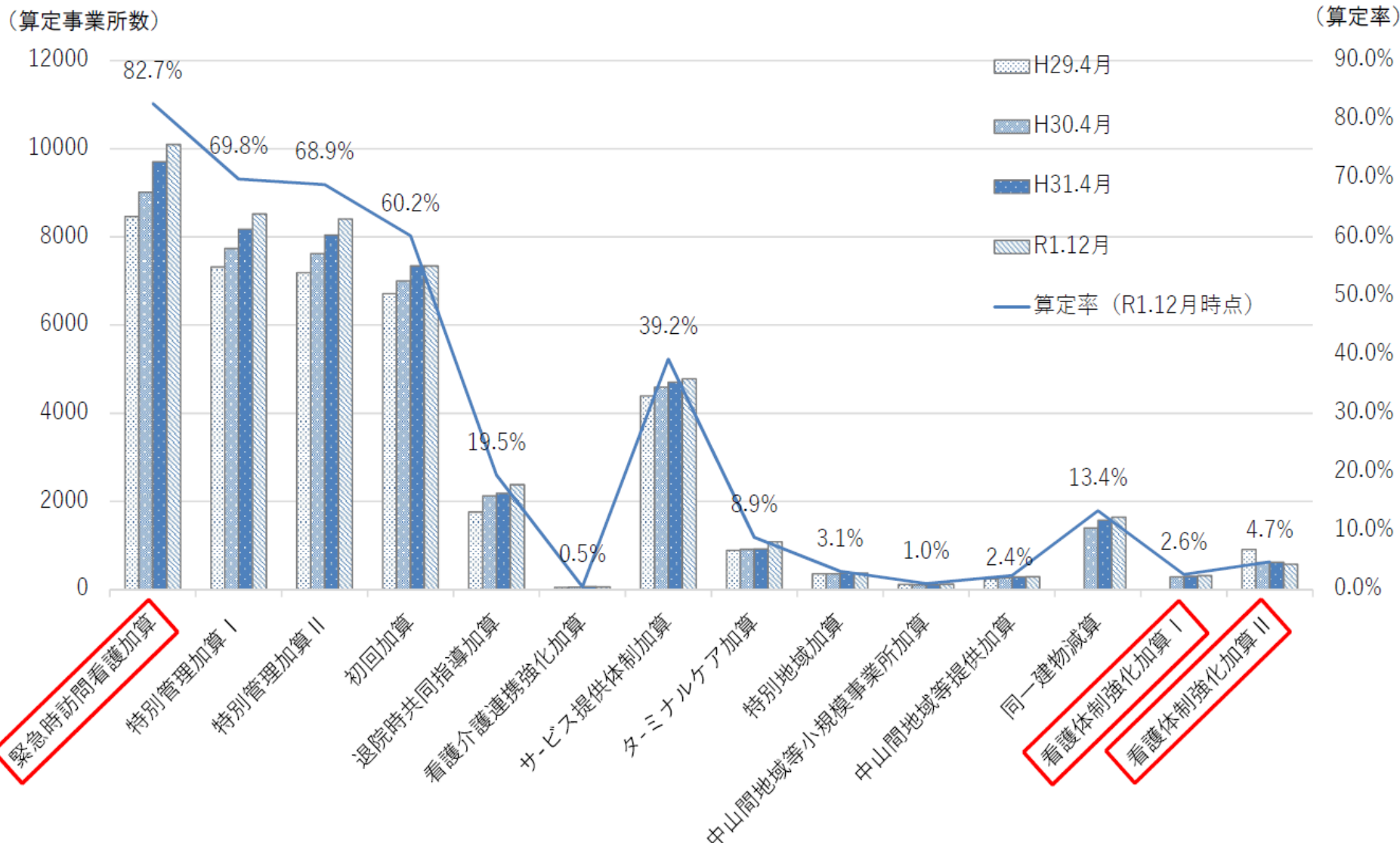
訪問看護の提供体制の評価

	看護体制強化加算		緊急時訪問看護加算
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
概要	要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所を評価		利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制を評価
単位数	600単位（1月につき）	300単位（1月につき）	574単位（1月につき）
要件	① 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		利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合
	② 算定月の前6月間における利用者総数のうち、 特別管理加算※を算定した割合が30%以上		
	③ 算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が5人以上	③ 算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が1人以上	

※特別管理加算の対象：厚生労働大臣が定める状態（第六号）

- イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

訪問看護における主な加算等の算定状況



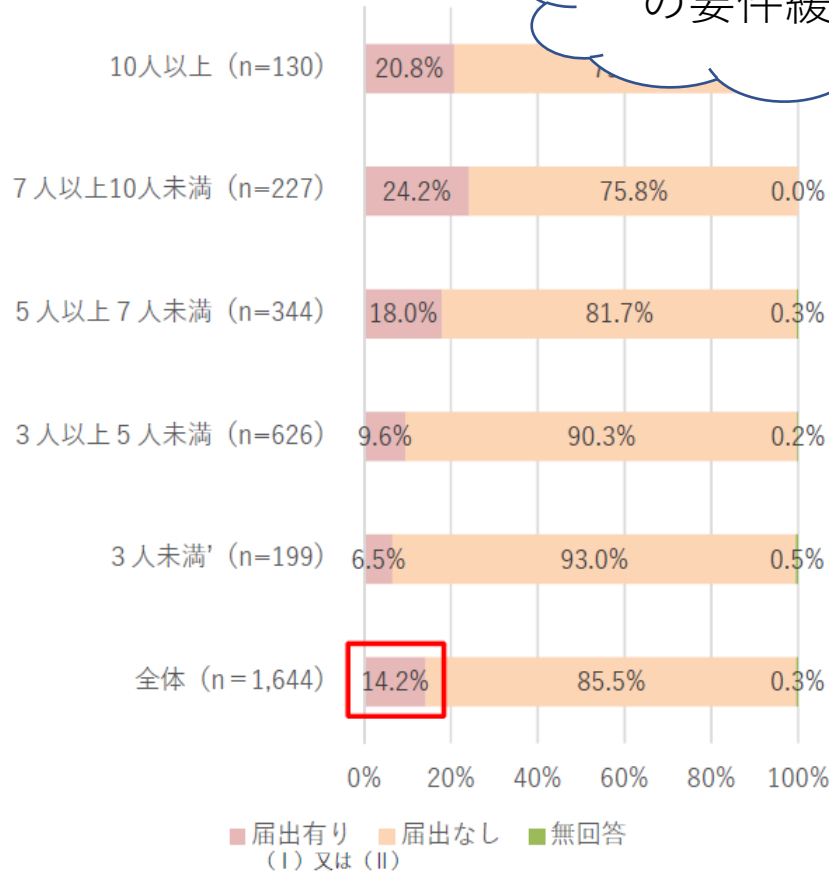
※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから集計
 ※算定率は、各審査月の加算算定事業所／請求事業所数により算出した
 ※算定事業所数には、訪問看護ステーション、病院・診療所を含む。

看護体制強化加算の届出状況

- 看護体制強化加算は、約14%で届出されており、看護職員が多くなるほど届出をしている事業所の割合が高い。
- 算定できない理由については、「特別管理加算の対象となる利用者が少ない」が55.0%であった。

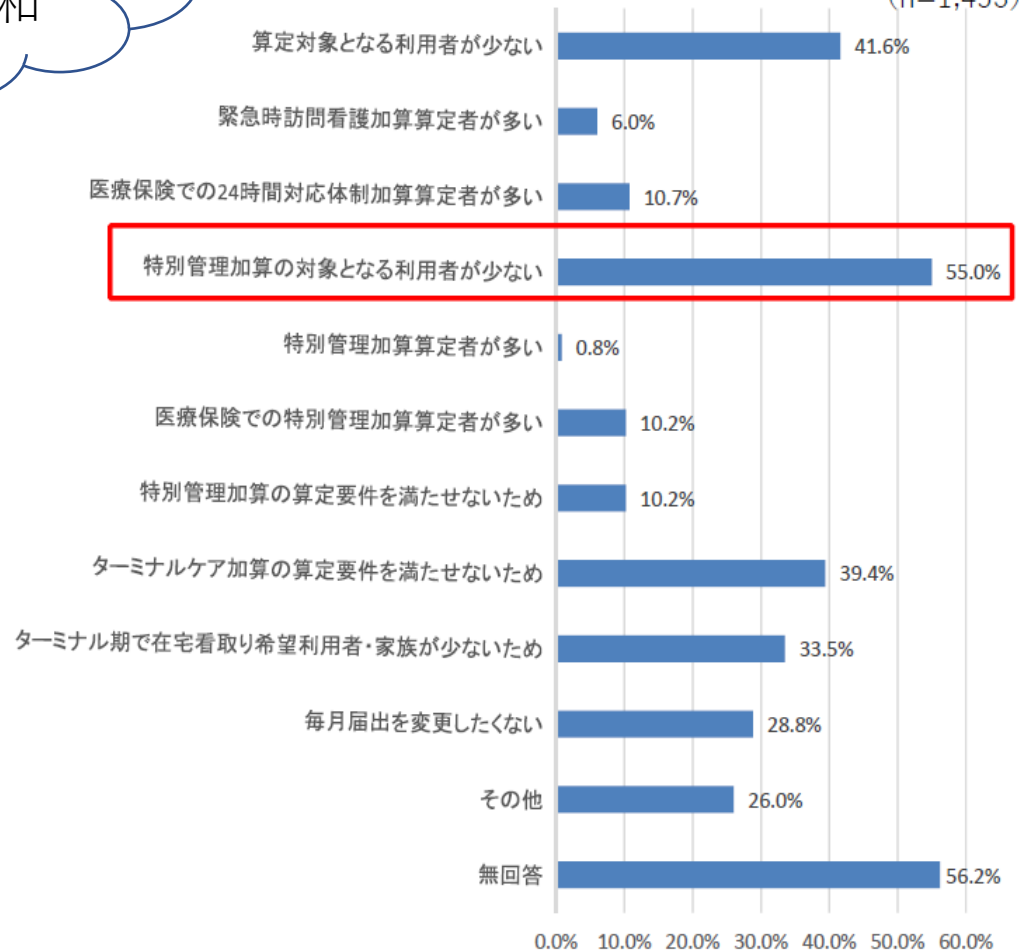
■ 看護体制強化加算の届出状況

特別管理加算
の要件緩和



看護体制強化加算を算定できない理由 (複数回答)

(n=1,453)



(出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービスの実態に関する超研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究」

論点②在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化(看護体制強化加算)

論点②

- 訪問看護サービスは、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支えるサービスの1つであり、今後増加が見込まれる利用者の医療ニーズに対応するため、訪問看護ステーションにおける体制の一層の強化が必要となる。
- 医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える観点から、訪問看護体制の強化についてどのような対応が考えられるか。

対応案

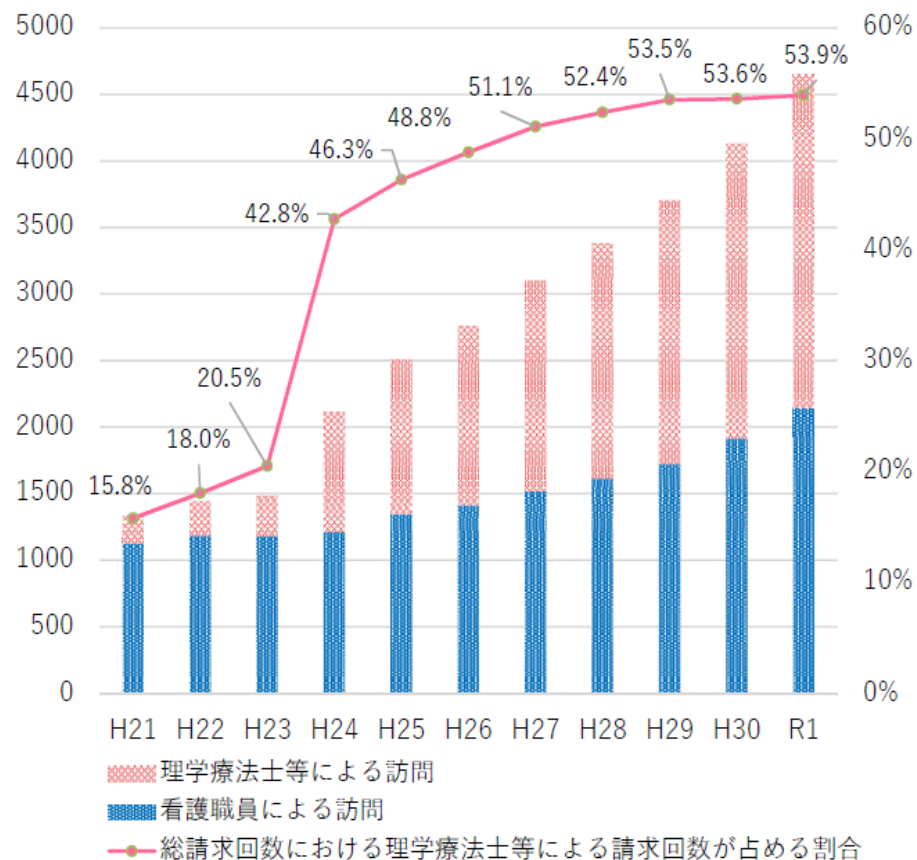
- 医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点から、看護体制強化加算について、利用者の実態等も踏まえて、「特別管理加算を算定した割合30%以上」の要件について、「20%以上」と見直してはどうか。
- 併せて、上記の要件緩和や介護予防訪問看護についてはターミナルケア加算の要件が含まれないことを踏まえて、加算単位数の見直しを行ってはどうか。

特別管理加算の算
定割合30%を20%
に緩和

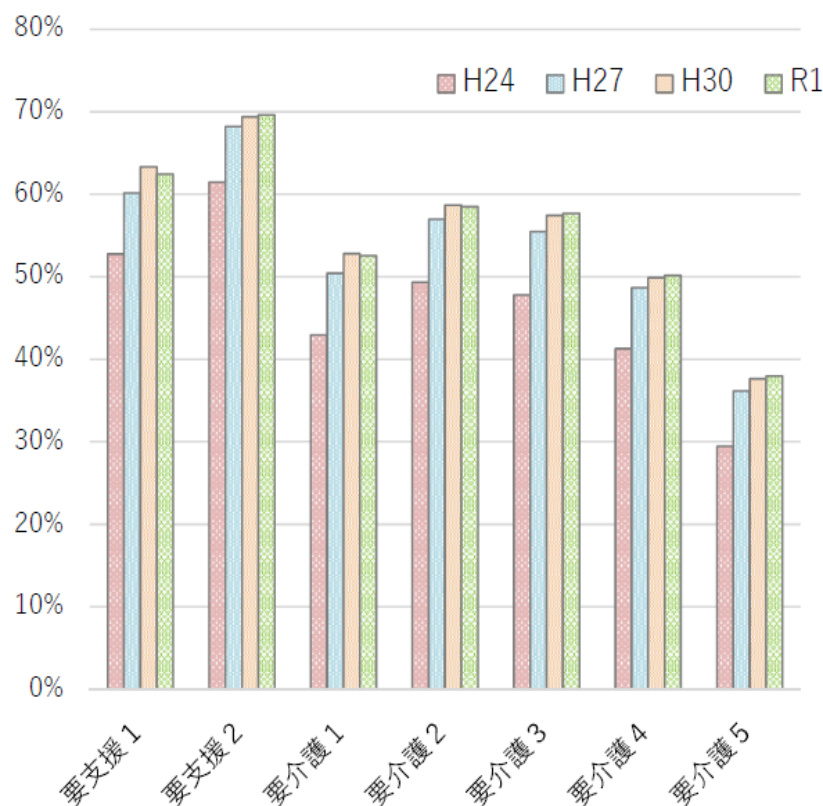
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

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

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



■ 訪問看護費の理学療法士等による請求が占める割合 (要介護別)



注1) 看護職員 = 保健師・看護師・准看護師、理学療法士等 = 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

注2) 平成24年介護報酬改定において理学療法士等による訪問看護については提供単位20分1回を基本とし、週に6回まで提供可能とする見直しを行った。これにより、請求回数が増加していることに留意が必要。

注3) 総請求回数における理学療法士等による請求回数が占める割合 = 理学療法士等による請求回数 / 総請求回数により算出した。



➤ 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ **保健師、助産師又は看護師**による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

➤ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問し

[算定要件]

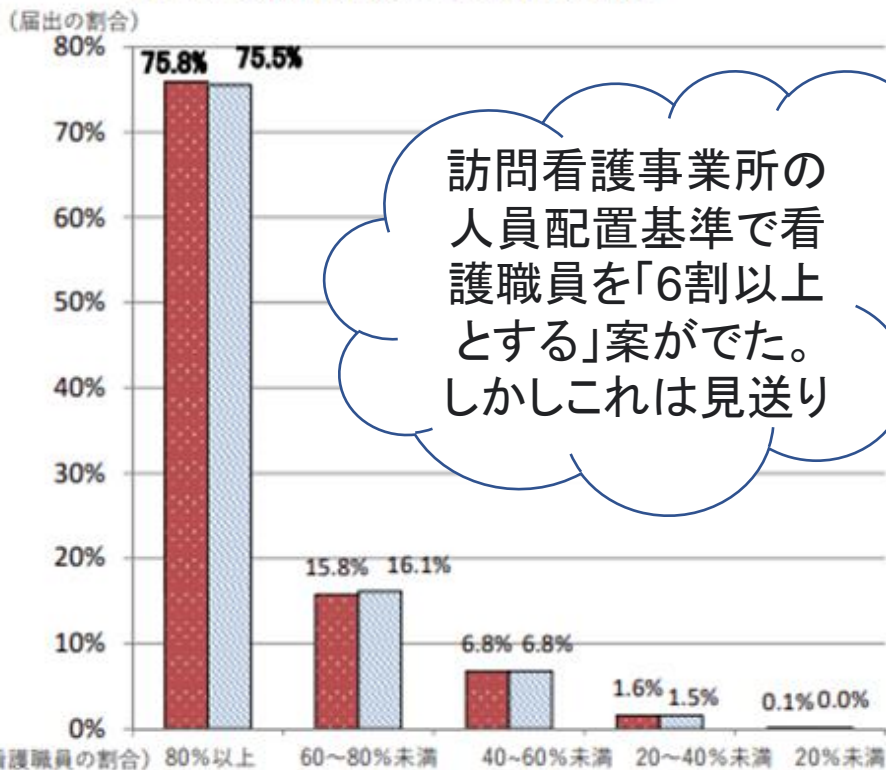
- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- **訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。**

診療報酬改定ではPT,OTの訪問引き下げ

訪問看護ステーションにおける看護職員の割合と加算届出の状況

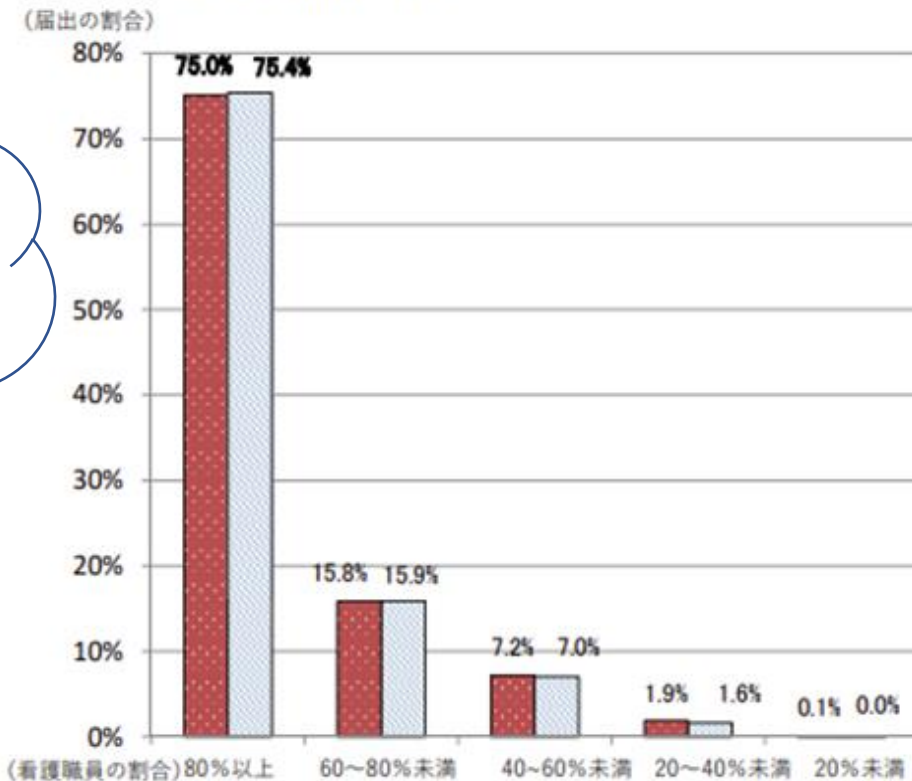
- 看護職員の割合が「80%以上」の事業所では、緊急時訪問看護加算や特別管理加算の届出を行っている事業所の割合が高い。
- 一方、「60%未満」の事業所ではこれらの加算の届出割合が1割以下であり、「20%未満」の事業所ではほとんど届出がなされていない。

■ 看護職員の割合別の緊急時訪問看護加算や24時間対応体制加算の届出の割合



訪問看護事業所の人員配置基準で看護職員を「6割以上とする」案がでた。しかしこれは見送り

■ 看護職員の割合別の特別管理加算や特別管理体制の届出の割合



■ (介護保険)緊急時訪問看護加算の届出
□ (医療保険)24時間対応体制加算の届出

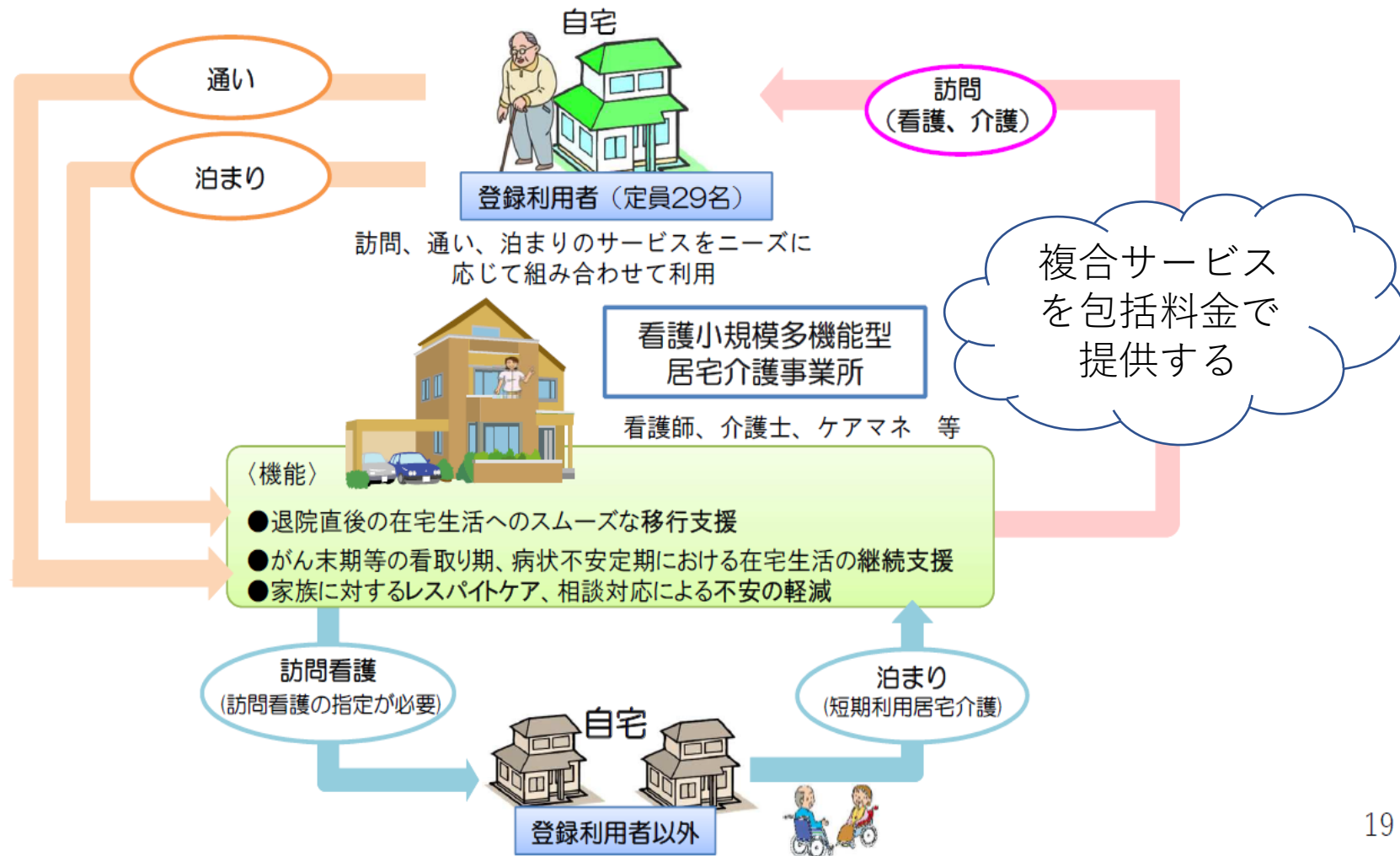
■ (介護保険)特別管理加算の届出
□ (医療保険)特別管理体制の届出

②看多機（かんたき） 看護小規模多機能型居宅介護



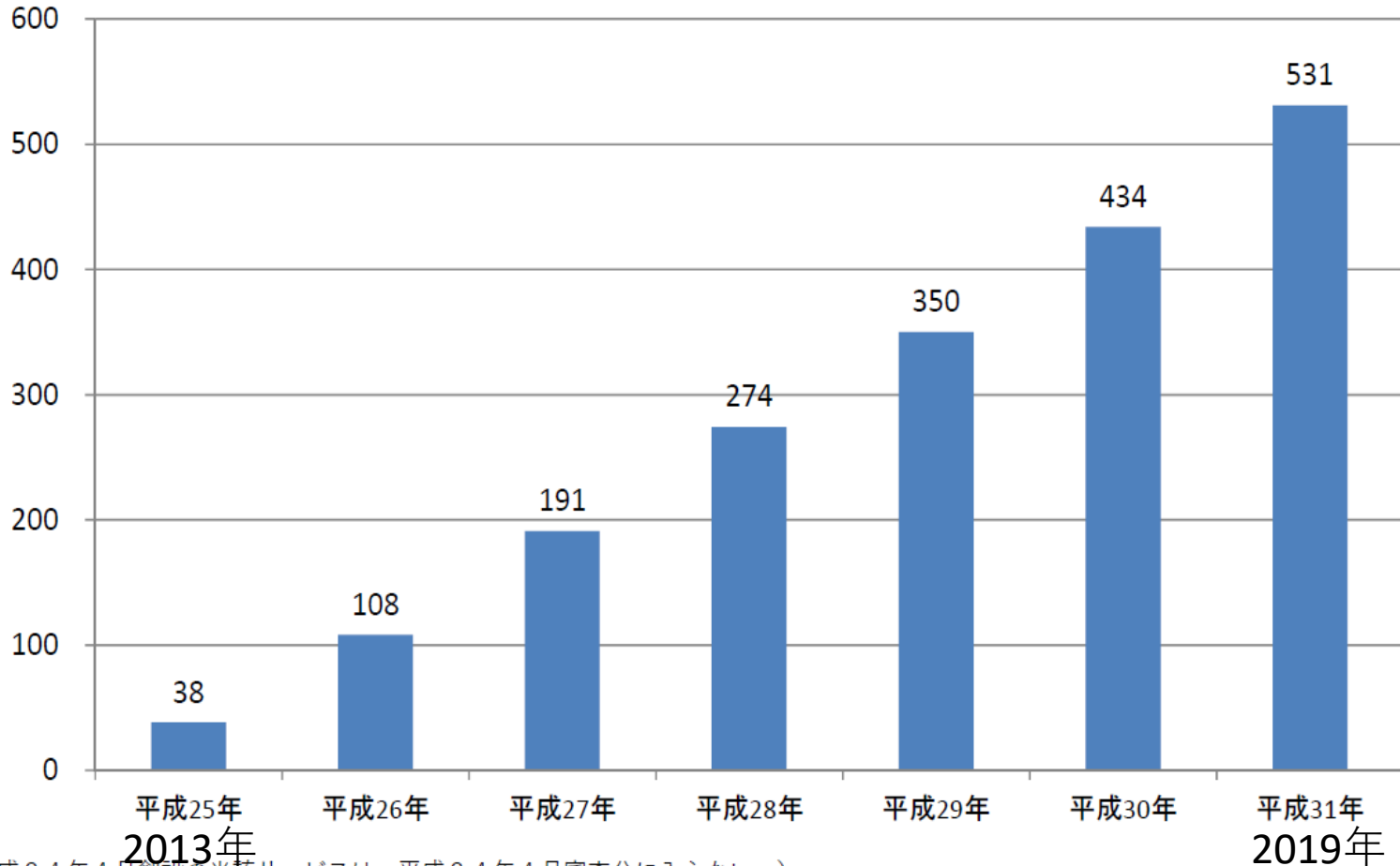
看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数

○ 看多機の請求事業所数は、年々増加しており、毎年、約80事業所増えている。



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

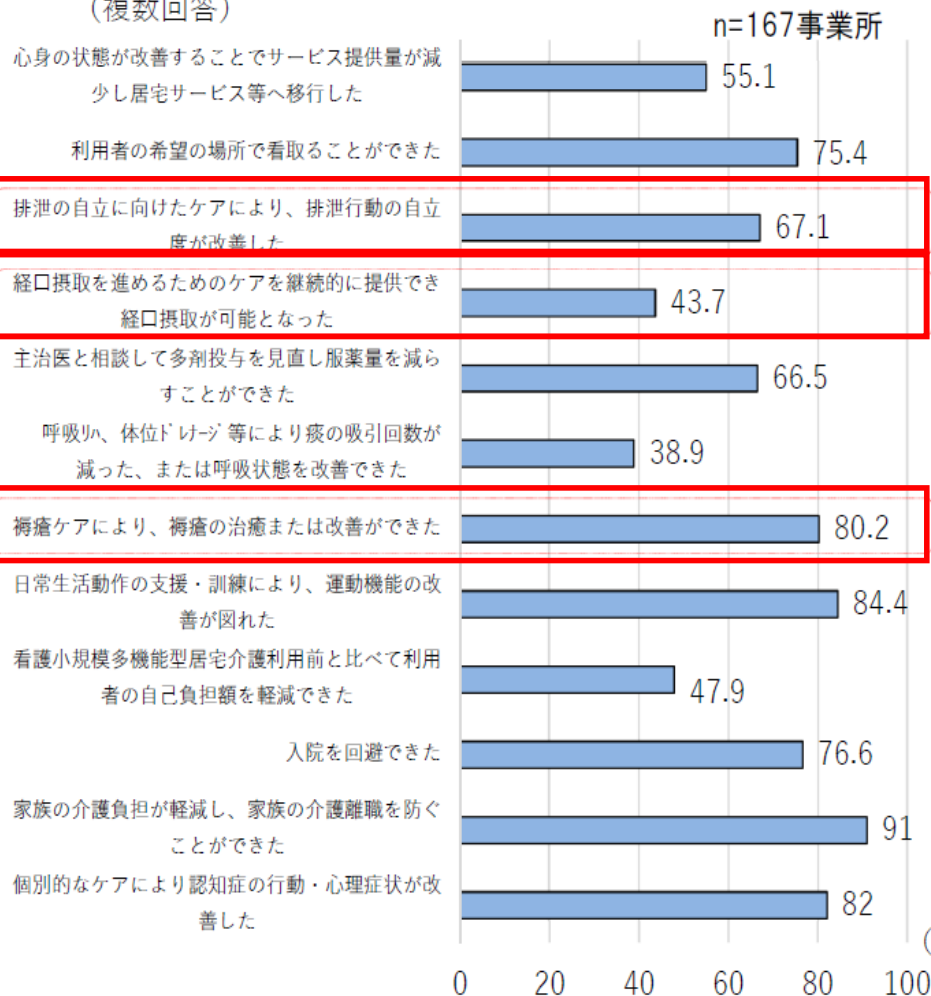
※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

※平成31年4月時点で、サテライト事業所数は3事業所(グラフ内は除いた数値) 出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護における自立支援・重度化防止の状況

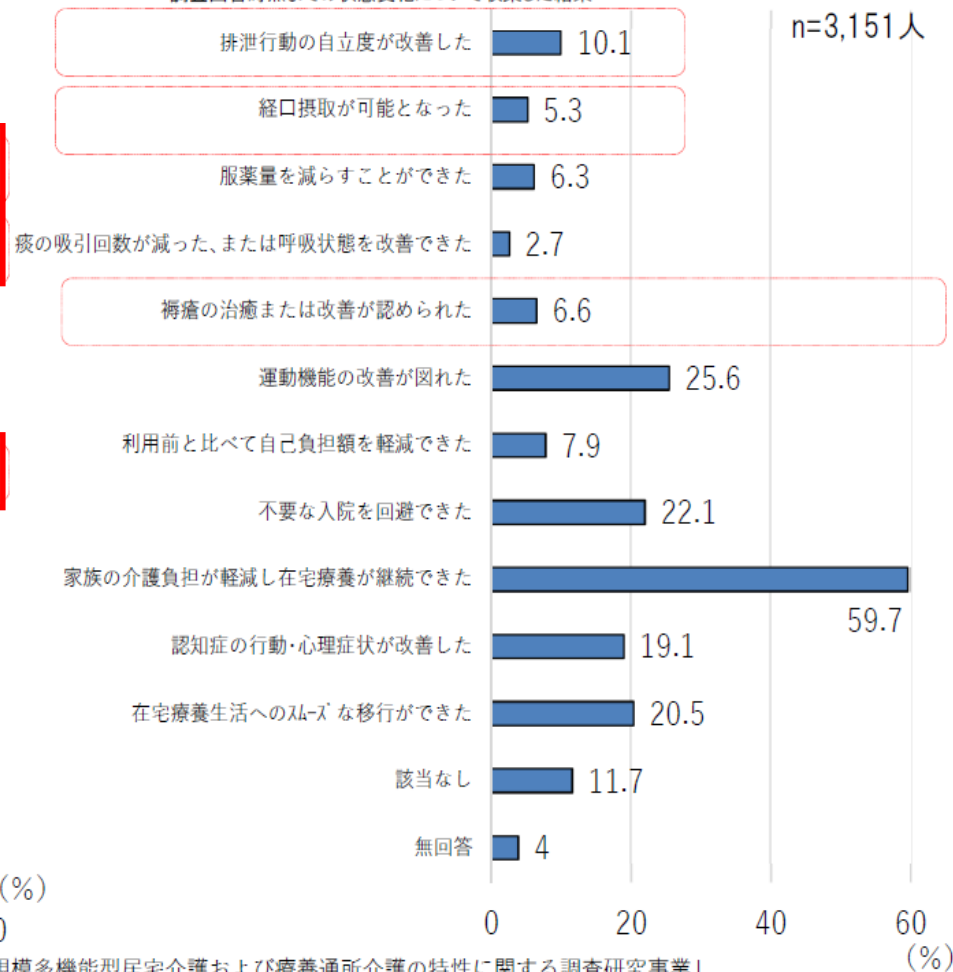
- 過去1年以内の利用者の状態変化について、「褥瘡の治癒又は改善ができた」事業所が80.2%、「排せつ行動の自立度が改善した」事業所が67.1%、「経口摂取が可能となった」事業所が43.7%であった。
- 状態が変化した利用者の割合は、「褥瘡の治癒又は改善」が6.6%、「排せつ行動の自立度の改善」が10.1%、「経口摂取が可能となった」が5.3%であった。

■ サービス提供による過去1年以内の利用者の状態変化等の有無 (複数回答)



■ 看多機サービスによる利用者の状態変化 (複数回答)

注)2018年9月時点又は調査回答時点における回答事業所の全利用者について、利用開始から調査回答時点までの状態変化について収集した結果



論点①多職種協働による自立支援・重度化防止の取組の推進

検討の方向（案）

- 看護小規模多機能型居宅介護において、改善の効果が認められている自立支援や重度化防止のケアについて、多職種が協働して計画的に行っている場合の評価について、検討してはどうか。

（例）

- ・褥瘡の発生予防のための管理
- ・排せつに介護を要する利用者への支援
- ・利用者の栄養状態のマネジメントに基づく栄養改善・維持の取組

(参考)特養における自立支援・重症化防止の取組への評価について

褥瘡マネジメント加算 1月につき10単位 (3月に1回を限度)

- ①入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回 評価を行い、その評価結果を厚労省に報告
- ②①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ごとに、医師、看護師、介護職員、ケアマネジャーその他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成
- ③入所者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、管理の内容や入所者の状態について定期的に記録
- ④評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直し

排せつ支援加算 1月につき100単位 (支援開始から6月以内)

排せつに介護を要する入所者で、適切な対応で、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止が見込まれると医師または医師と連携した看護師が判断した者に対して、施設の医師、看護師、ケアマネジャーその他の職種が共同して、当該入所者が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た場合。 ※同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない

栄養マネジメント加算 1日につき14単位

- ①常勤管理栄養士を1人以上配置
- ②入所時に栄養状態を把握し、医師・管理栄養士・歯科医師・看護師・ケアマネジャー等が共同して、摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成
- ③栄養ケア計画に従い栄養管理し、栄養状態を定期的に記録
- ④計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直し
- ⑤入所者数の定員超過減算や人員基準減算がない

論点②緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実(短期利用居宅介護費)

論点②

- 看護小規模多機能型居宅介護については、事業所の登録定員に空きがあること等を要件に、登録者以外の短期利用も可能となっている。
- このため、宿泊室に空きがあるだけでは利用できず、登録者以外の緊急時の宿泊ニーズに適時適切に対応できない。
- 空床があるにも関わらず短期利用居宅介護を利用できない現状や、介護保険部会の意見も踏まえて、看護小規模多機能型居宅介護事業所において、在宅要介護高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境をより一層推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

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

1 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

・「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。（看護）小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。

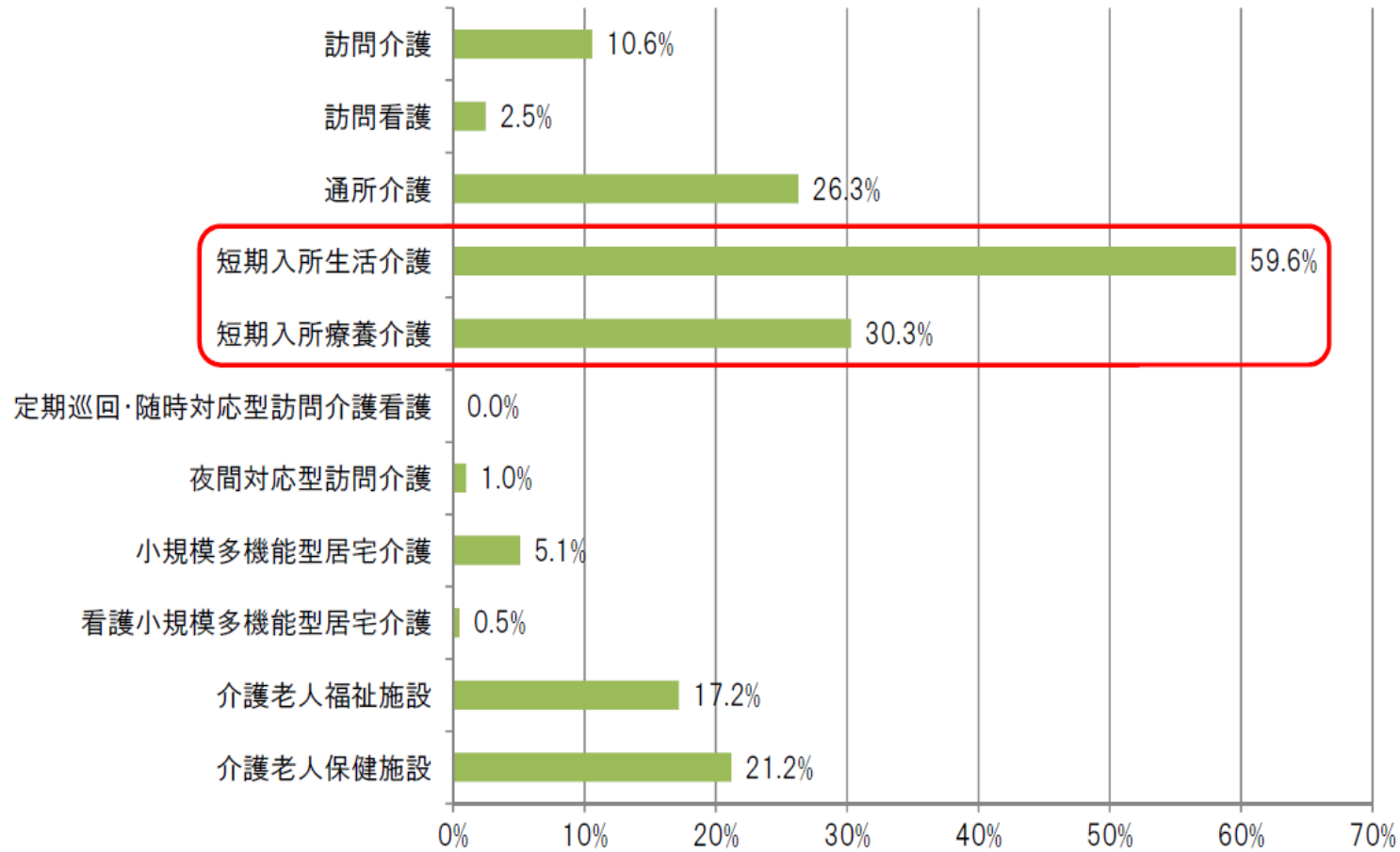
※下線は、事務局において追加。

医療ニーズの高いことを理由に提供を断られた介護サービス

○ 医療ニーズの高いことを利用に提供を断られた介護サービスでは、短期入所生活介護が59.6%と最も高く、次いで短期入所療養介護となっている。

■ 医療ニーズの高いことを理由に提供を断られた介護サービス

(医療ニーズの高いことを理由に介護サービスに提供を断られた経験のあるケアマネジャー、複数回答、n=198)(主なもの)



※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、コンドームカテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

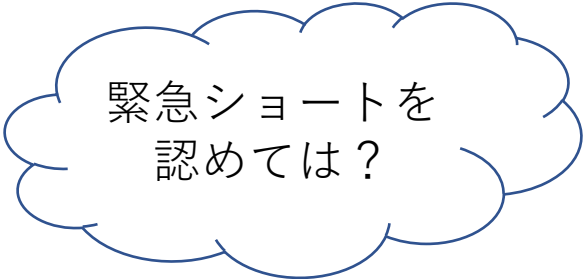
【出典】平成29年度老人保健健康増進等事業「有床診療所の通所機能・宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」(中間報告)のデータをもとに老人保健課において整理

論点②緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実(短期利用居宅介護費)

検討の方向(案)

- 看護小規模多機能型居宅介護の登録者以外の短期利用について、登録者の緊急時を含めた宿泊サービス提供に支障がないことを条件に、宿泊室の空きを登録者以外の短期利用者に活用できるようにすることを検討してはどうか。

※ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護も同様



緊急ショートを確認しては？

③小多機 (小規模多機能型居宅介護)



小規模多機能型 居宅介護とは？

従来の介護サービス

サービスごとに複数の事業所を利用している

Aショートステイ B訪問介護 Cデイサービス



～お悩み～

- ・事業所ごとの対応にばらつきがあり不安
- ・ひと月ごとの料金を把握しにくい



小規模多機能型居宅介護

「通い」「訪問」「宿泊」が、ひとつの事業所で提供される！

合体！
というイメージ



- ・どのサービスも、同じ事業所の職員が対応するため、統一感のあるサービスを受けることができ安心です
- ・料金は分かりやすい、ひと月毎の「定額制」 ※下記料金表参照

私の1週間を
ご紹介します



月	火	水	木	金	土	日
訪問 (自宅の掃除)		通い(入浴)		通い+宿泊	通い+宿泊	通い(楽しみ)

1ヶ月単位の定額料金で、施設への「通い」「宿泊」ご自宅への「訪問」サービスがご利用いただけます。

お一人おひとりに合わせたプランを、ご本人、ご家族、施設の介護支援専門員で相談しながら一緒に決めていきます。
慣れ親しんだご自宅、地域での生活を続けながら、必要なサービスを必要な分だけ受けていただくことができます。

要支援 1	4,575	円
要支援 2	8,184	円
要介護 1	11,701	円
要介護 2	16,712	円
要介護 3	23,838	円
要介護 4	26,203	円
要介護 5	28,787	円

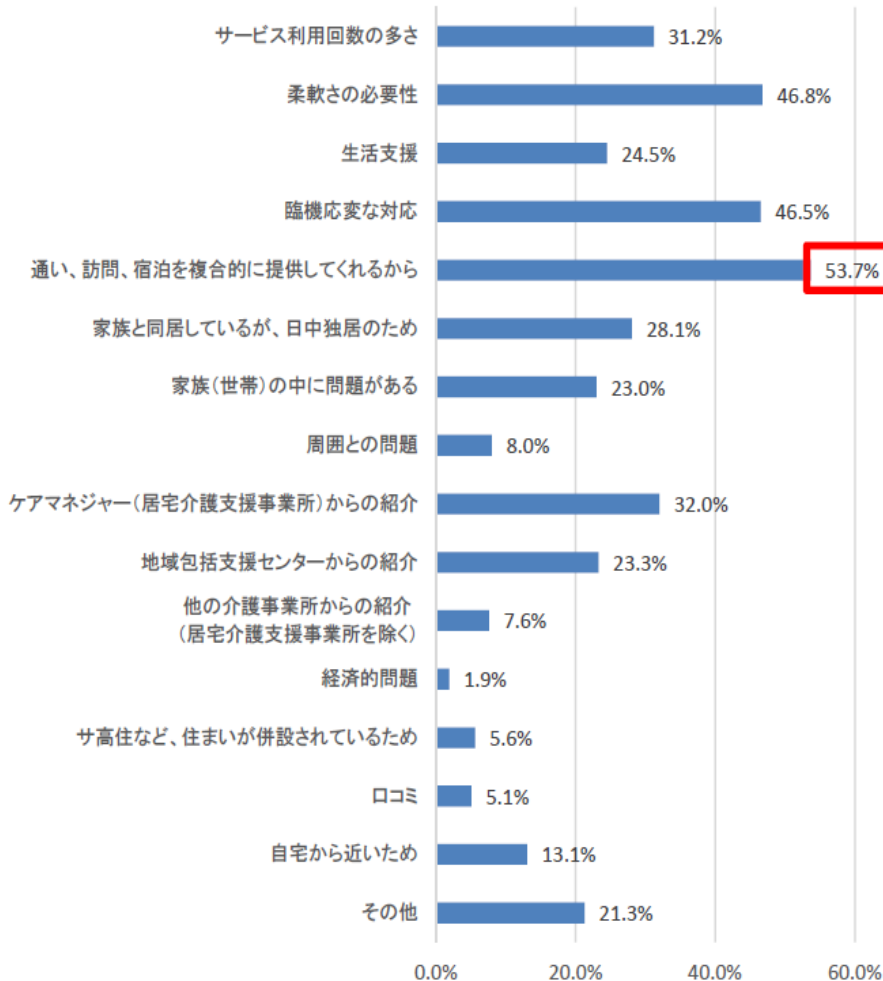
一ヶ月あたり
基本料金

※別途、各種加算、食費、おむつ代等を頂戴いたします事をご了承下さい。

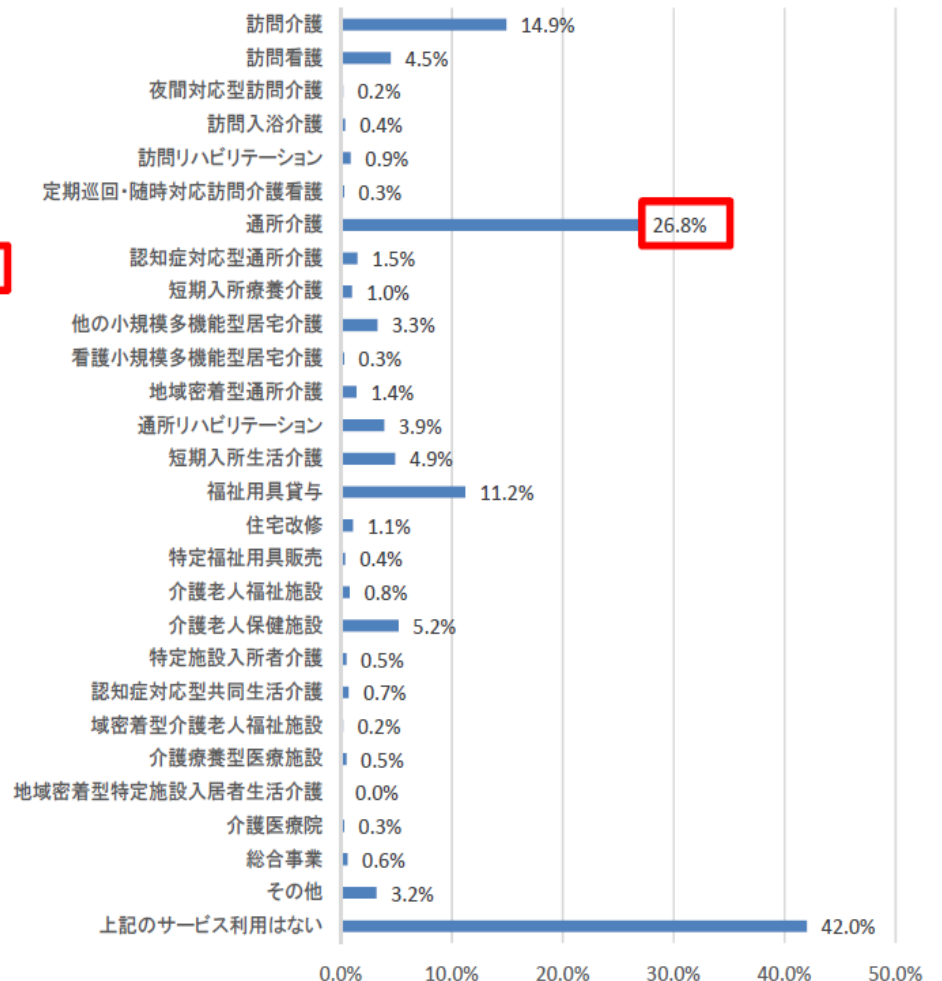
小規模多機能型居宅介護 利用することになった理由、直前に使っていた介護サービス

- 利用することになった理由では「通い、訪問、宿泊を複合的に提供してくれるから」が53.7%で最多。
- 直前に使っていた介護サービスでは、介護サービス未利用者を除くと、「通所介護」が26.8%で最多。

[利用することになった理由] (n=5,596)



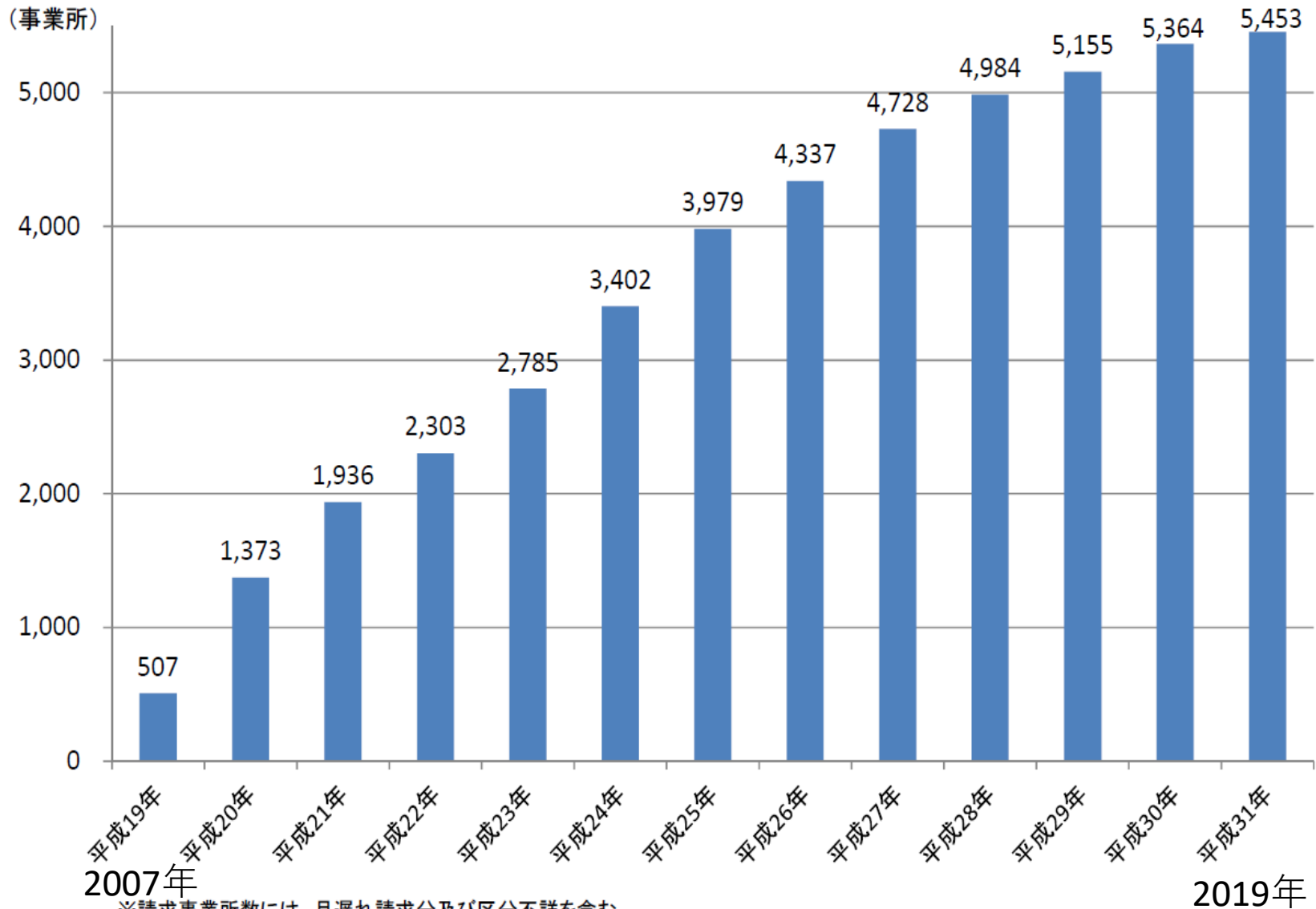
[直前に使っていた介護サービス] (n=5,406)



出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会) 12

小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

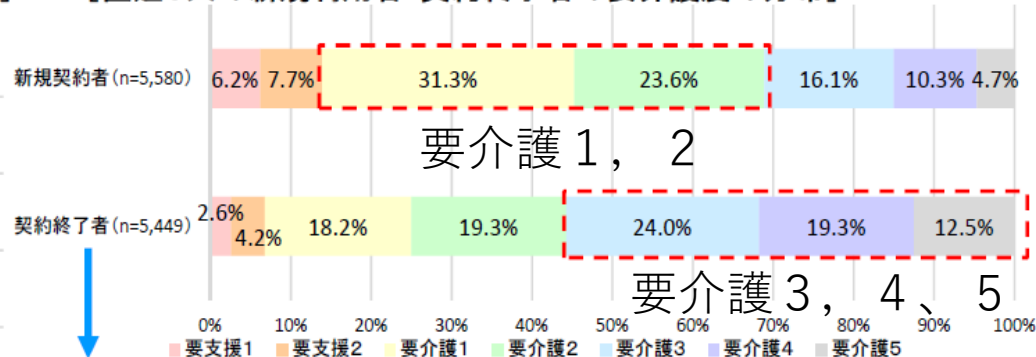
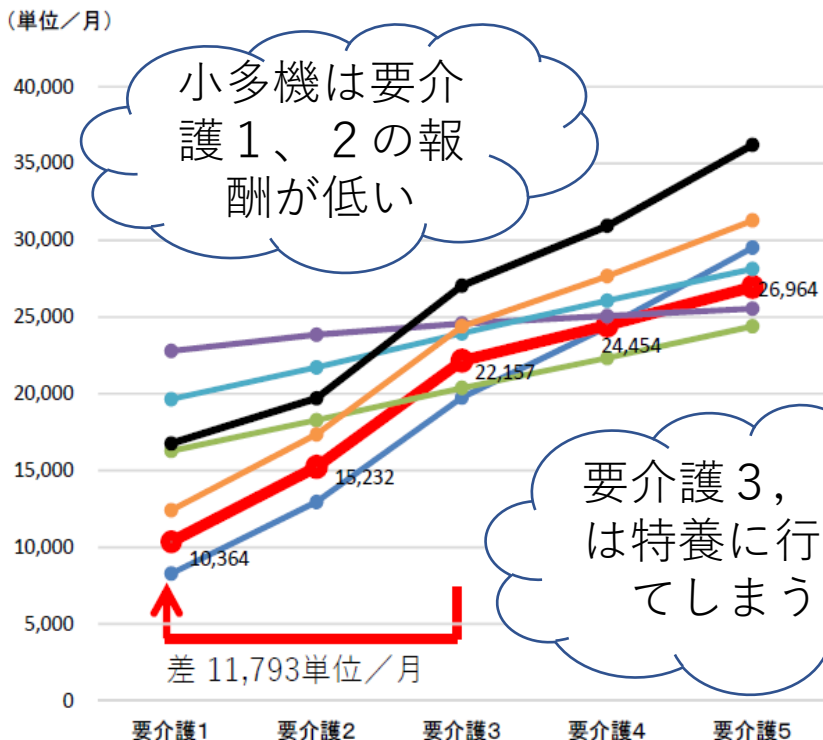
※介護予防サービスは含まない。

小規模多機能型居宅介護 要介護度別の基本報酬、新規利用者・契約終了者の状況

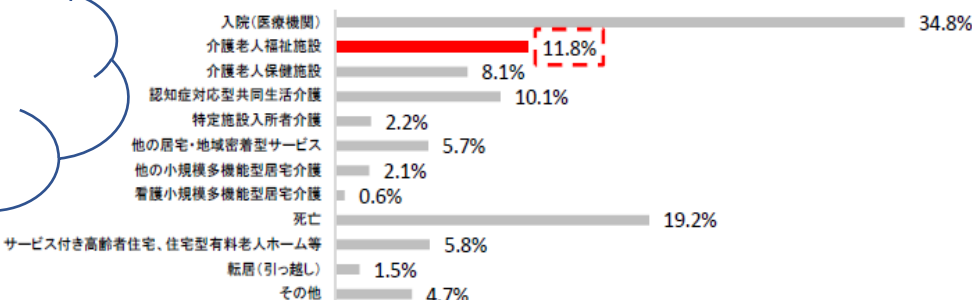
- 基本報酬は、要介護1・2と要介護3～5との間で差が大きい。
- 新規契約者は要介護1・2が54.9%である一方で、契約終了者は要介護3～5が55.8%。
- 収支状況の要因には要介護度が違う登録者の入れ替わりがあり、契約終了者は介護老人福祉施設に11.8%が入所。

[地域密着型サービスの基本報酬と区分支給限度基準額]

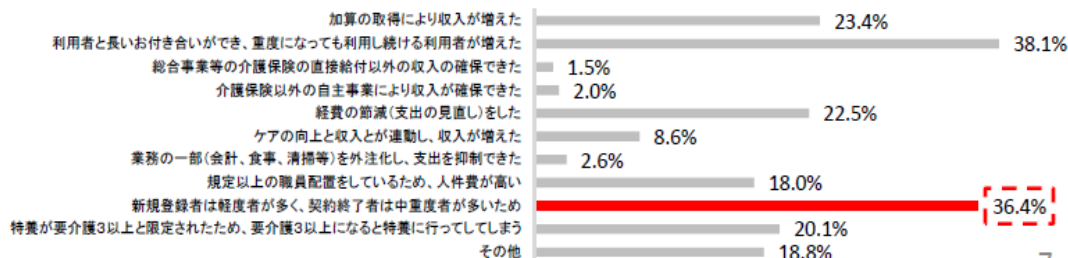
[直近3人の新規利用者・契約終了者の要介護度の分布]



[直近3人について契約終了後に利用した介護サービス等] (複数回答) (n=5,435人)



[収支状況の要因] (複数回答) (n=1,636)



※日額報酬のサービスは、日額報酬×30.4で計算した数値をグラフ化している

出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)

論点①小規模多機能型居宅介護 機能強化等(基本報酬の在り方)

検討の方向 (案)

(1) 基本報酬の在り方

- 小規模多機能型居宅介護の基本報酬については、
 - 利用者の平均要介護度が減少傾向にあること
 - 収支差率が2.8%、金額ベースでは13.7万円であり、また、51.8%の事業所が赤字であること
 - その要因として、基本報酬は、要介護1・2と要介護3～5との間で差が大きい中で、契約終了者は比較的重度の者が多い一方で、新規契約者は比較的軽度者が多い実態があるため、利用者の入れ替わりが経営に与える影響が大きいこと（要介護1と要介護3の報酬差は11,793単位/月）
- を踏まえ、経営の安定化を図る観点から、**要介護度ごとの報酬設定のバランスを見直す**ことを検討してはどうか。

要介護1、2の
基本報酬アップ

パート4 介護医療院・老健・特養



社会保障審議会・介護給付費分科会（2020年10月30日）

①介護医療院



2018年改定
介護医療院
3.2万床へ

高知県黒潮町出口の介護医療院「ことぶき」

療養病床問題と介護医療院



療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

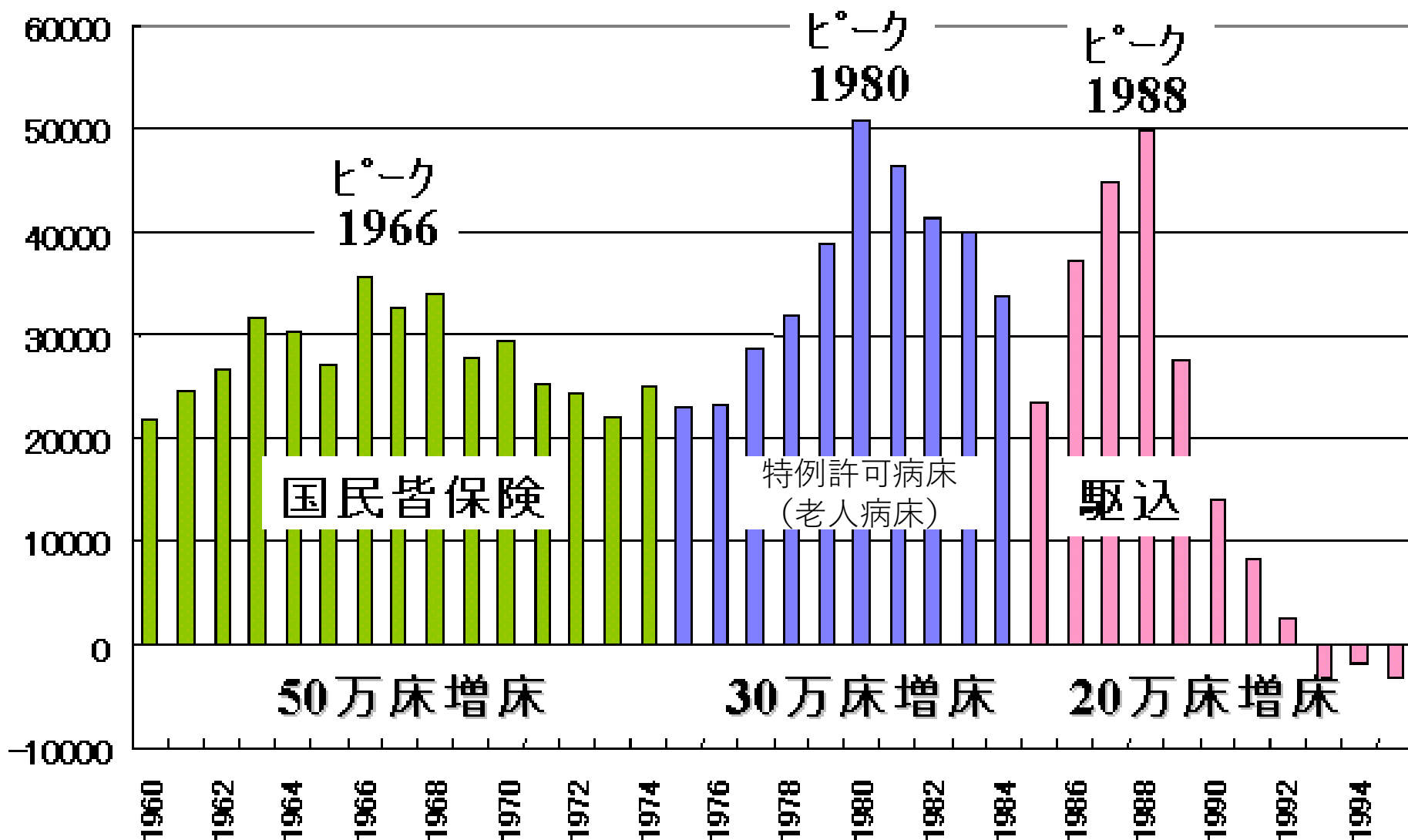
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

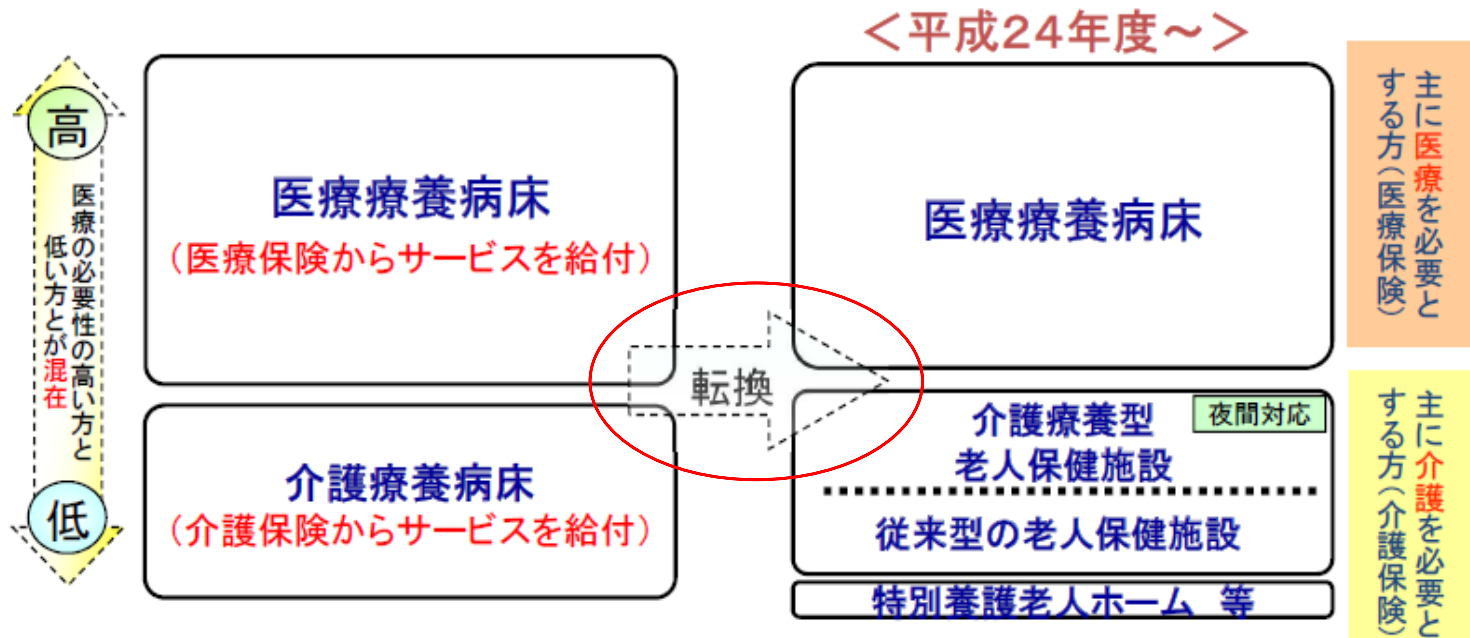
日本の増床三つのピーク



療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末
介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
介護医療院		
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
 - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院



療養室

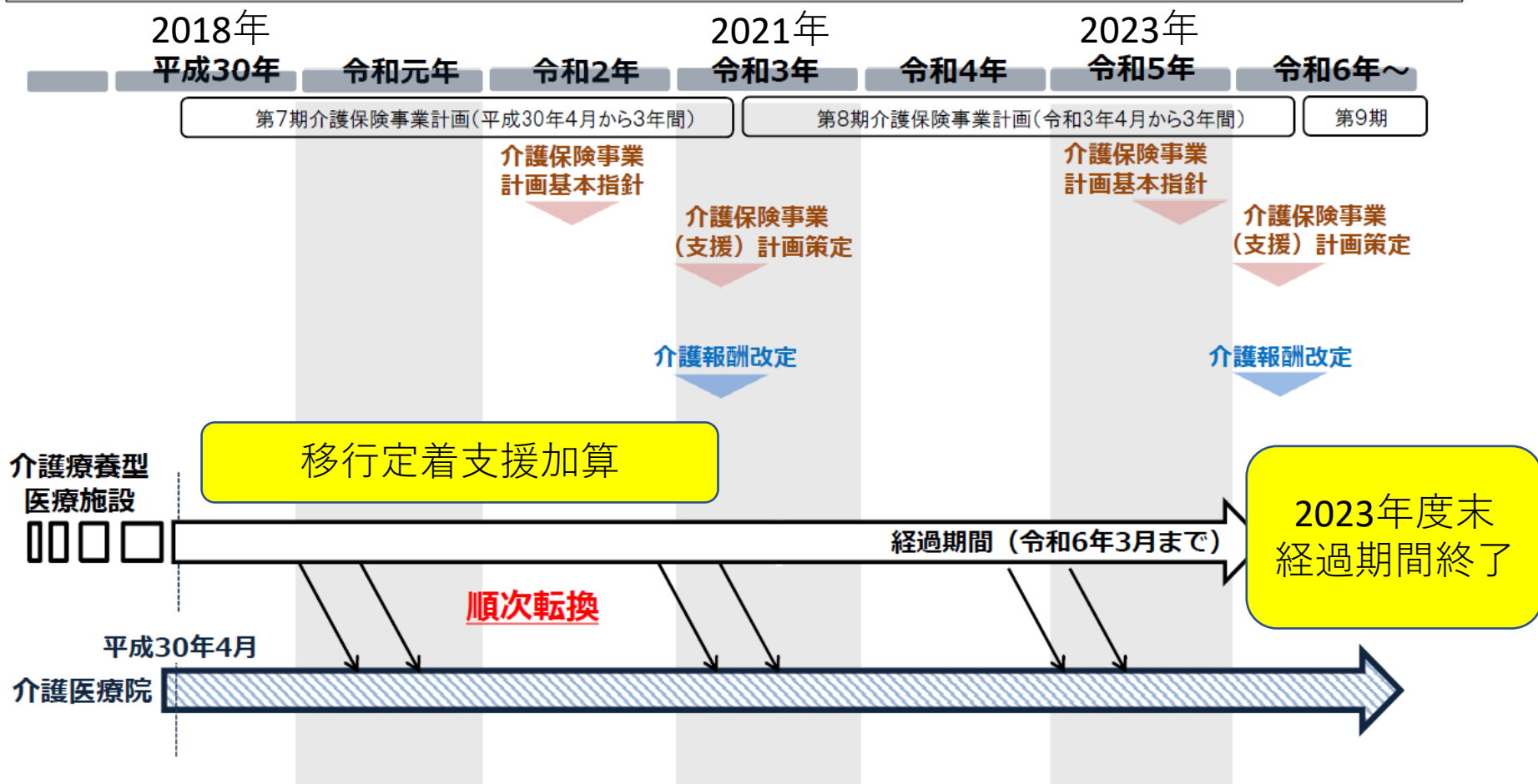


食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)
福島県いわき市

介護療養型医療施設等に関するスケジュールのイメージ

- 平成30年4月、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する施設として、介護医療院が創設された。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を令和5年度末まで延長することとされた。



介護医療院開設状況(20.6)

全国 515施設 32634床

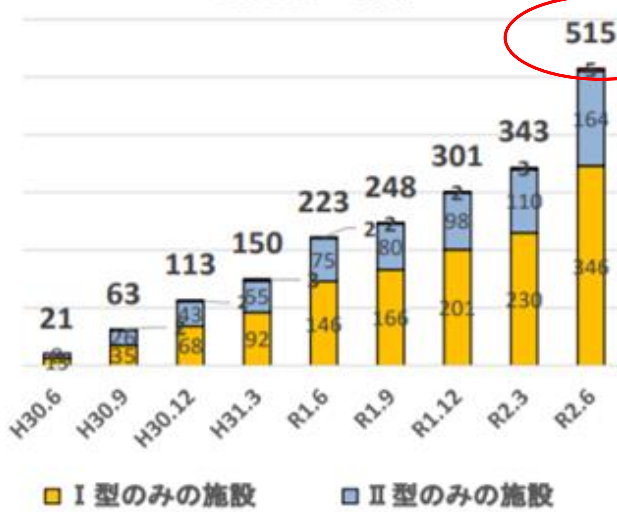


日本介護医療院協会、鈴木会長作成図表より

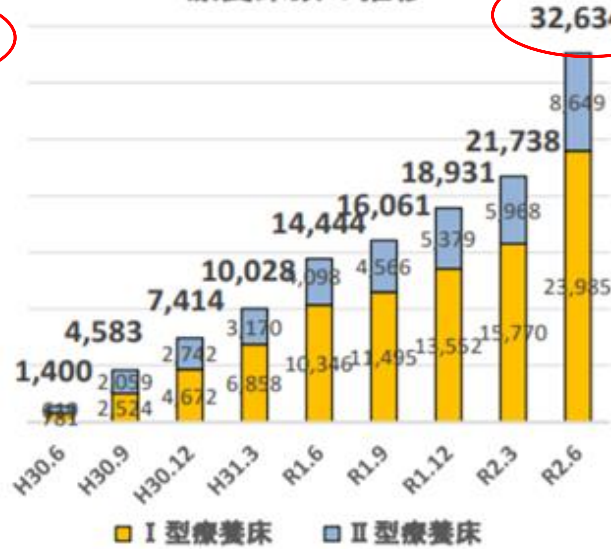
介護医療院等(開設状況)について

○ 令和2年6月末時点での介護医療院開設数は、515施設、32,634療養床であった。

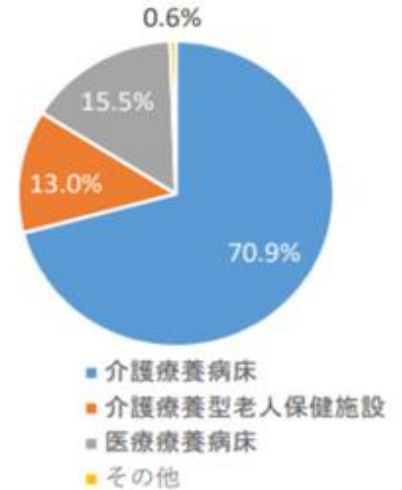
施設数の推移



療養床数の推移



転換元の病床割合 (令和2年6月末時点)



令和2年6月末時点での都道府県別の療養床数



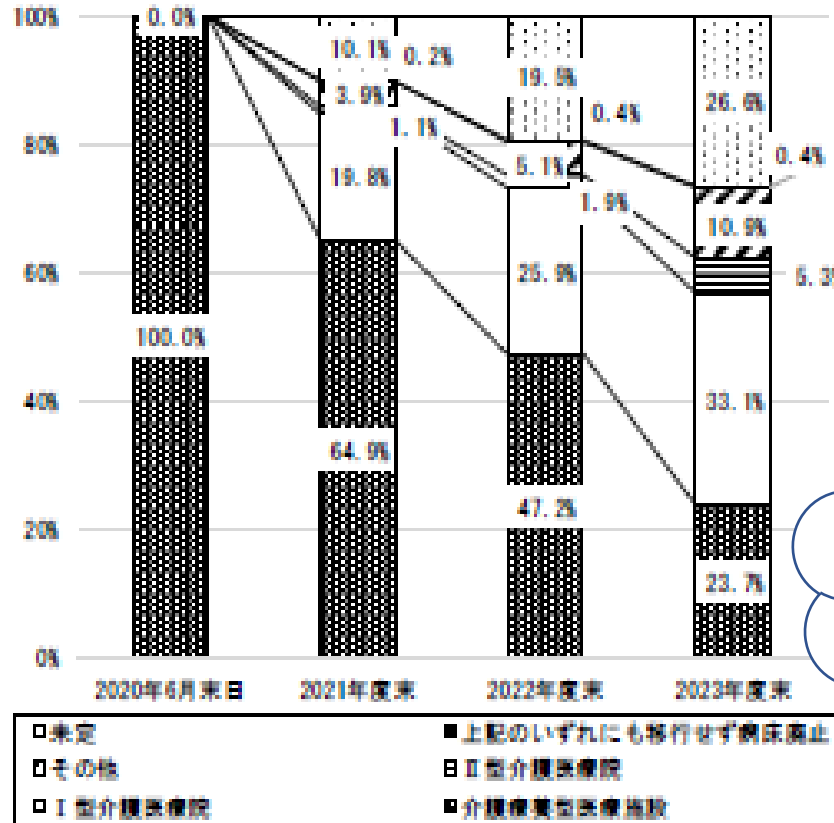
出典：介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業（令和2年6月30日時点）

介護医療院の開設状況(2020年6月末)(介護給付費分科会資料より)

社保審一介護給付費分科会	
第187回 (R2.10.9)	資料1-4
介護給付費分科会一介護報酬改定検証・研究委員会	
第20回 (R2.10.9)	資料1-4

**(4) 医療提供を目的とした介護保険施設等の
サービス提供実態及び介護医療院等への
移行に関する調査研究事業
(速報値)(案) 2020年10月9日**

図表25 介護療養型医療施設の移行予定
(172施設、6,263床)



2023年度末まで移行予定未定がなんと
23.7%

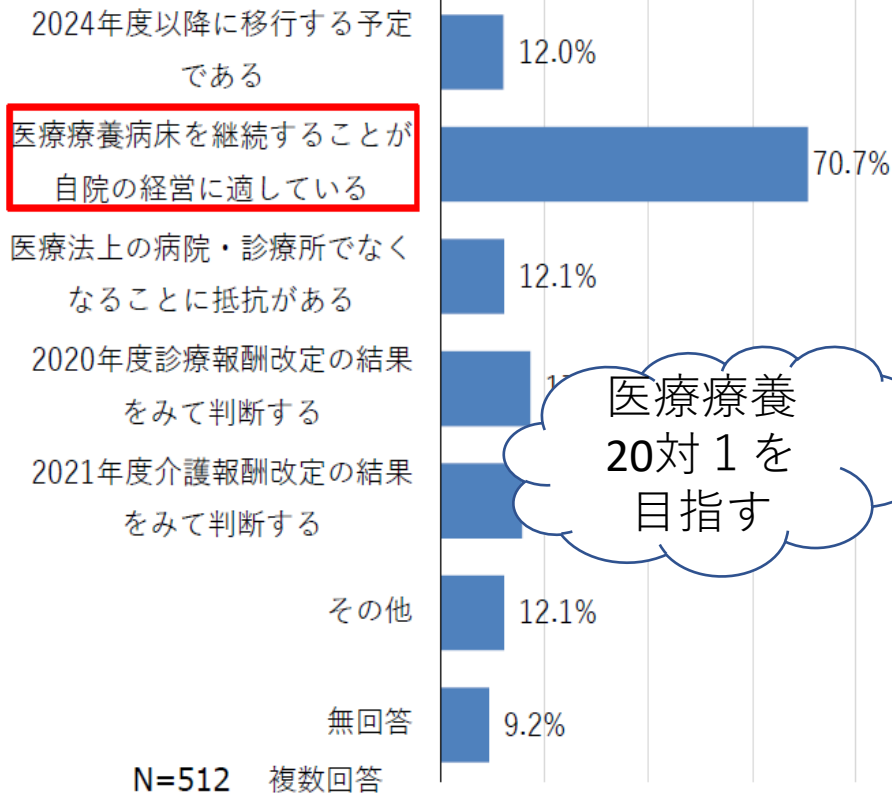
介護給付費分科会資料
平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査

移行しない理由

- 2023年度末の予定病床数が2019年11月30日時点の医療療養病床から変更がない施設のうち、移行しない理由として「医療療養病床を継続することが自院の経営に適している」と回答した割合が70.7%であった。介護療養型医療施設では「介護療養型医療施設を継続することが自院の経営に適している」と回答した割合が52.6%であった。

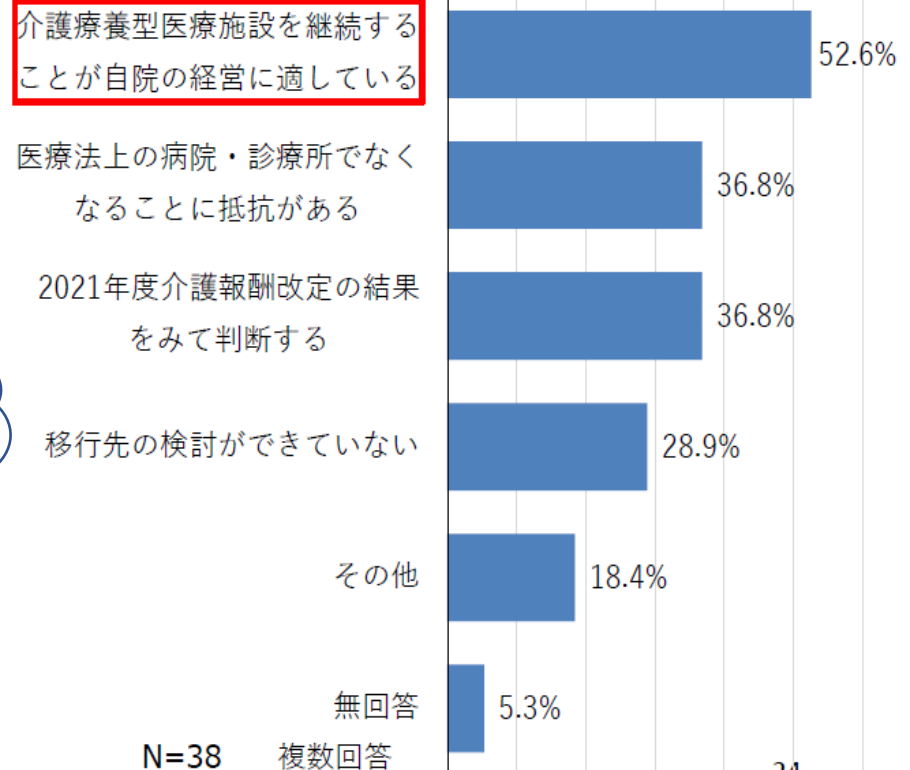
2023年度末に医療療養病床から
介護医療院に移行しない理由

0% 20% 40% 60% 80%



2023年度末に介護療養型医療施設から
介護医療院に移行しない理由

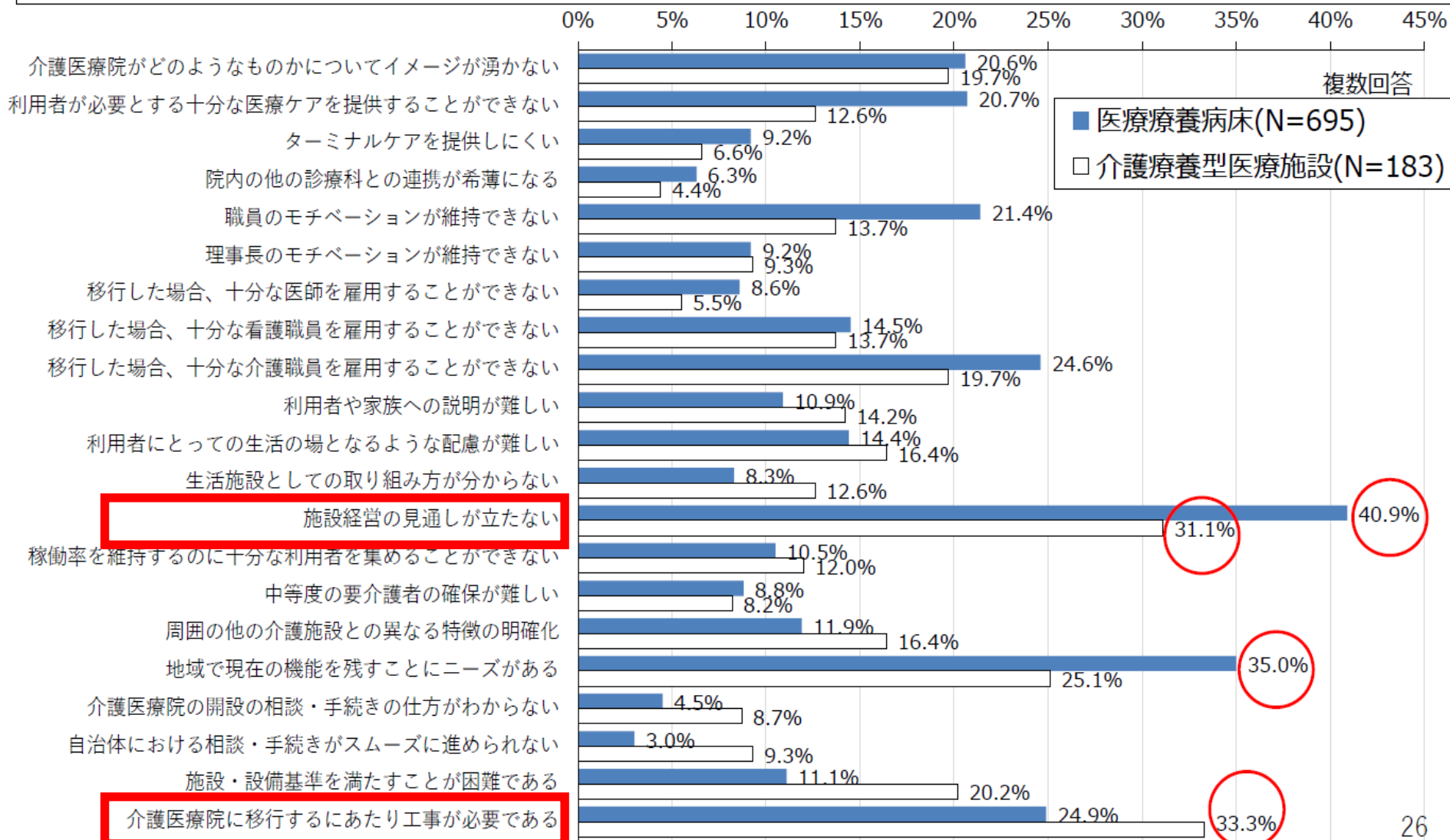
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



医療療養
20対1を
目指す

介護医療院に移行すると仮定した場合の課題

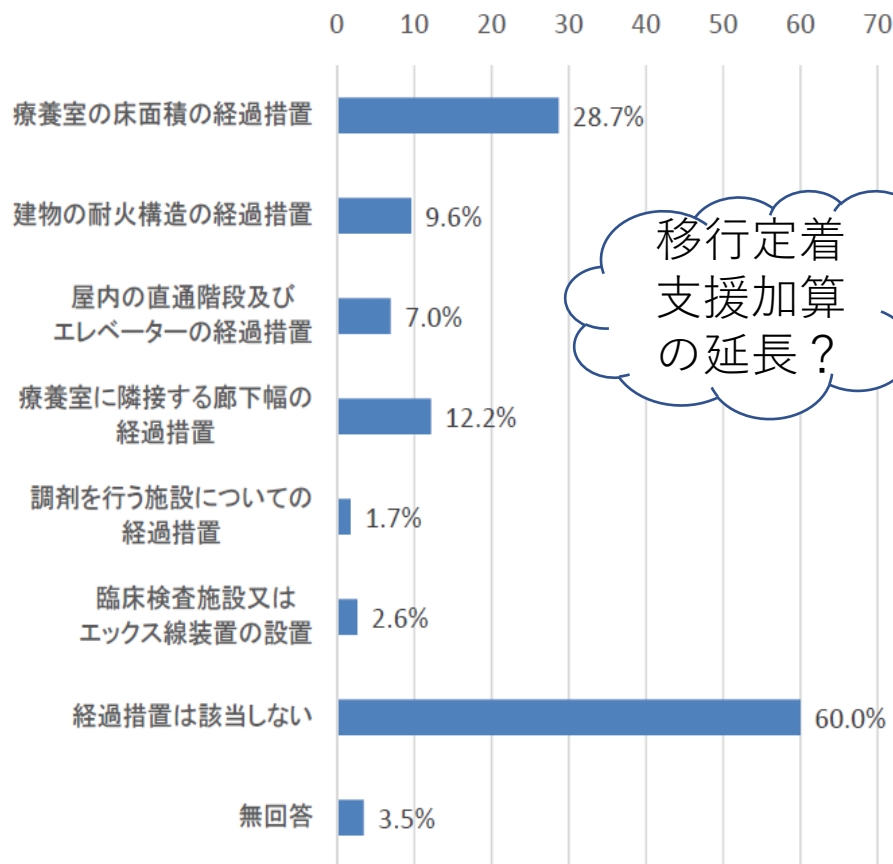
- 医療療養病床では、「施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）」が最も多く40.9%、次いで「地域で現在の機能を残すことにニーズがある」が35.0%であった。
- 介護療養型医療施設では、「介護医療院に移行するにあたり工事が必要である」が最も高く33.3%、次いで「施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）」が31.1%であった。



介護医療院開設にあたり活用した経過措置、有用だと感じた支援策

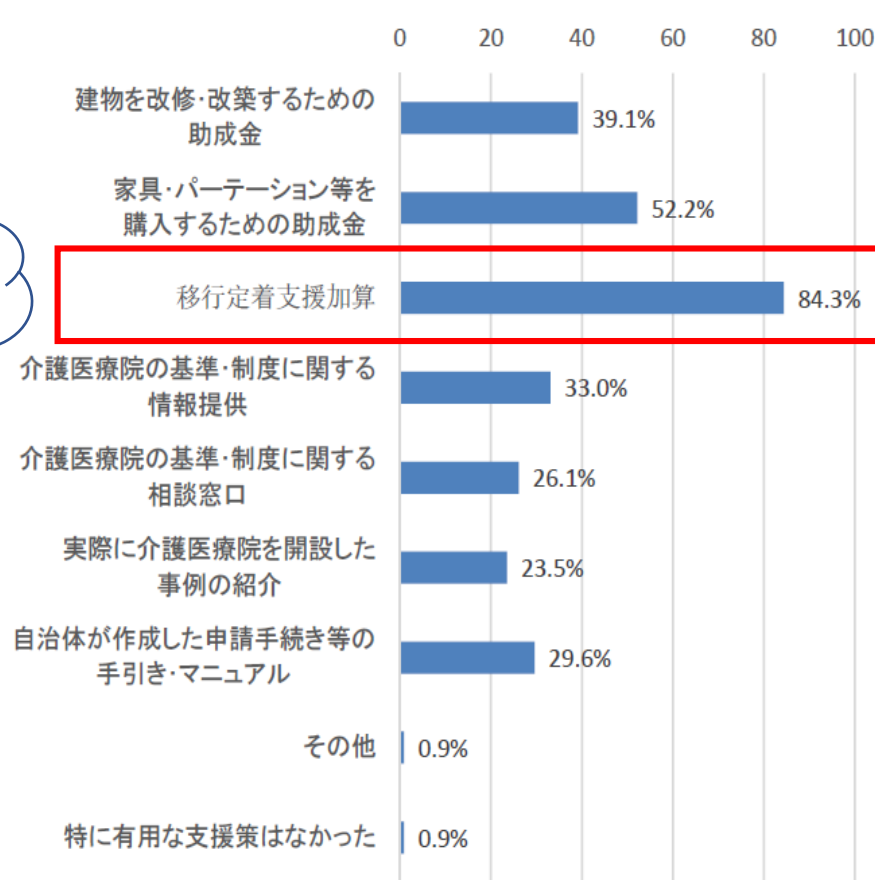
- 介護医療院開設にあたり活用した経過措置は、「経過措置は該当しない」が60.0%、「療養室の床面積の経過措置」が28.7%であった。
- 開設にあたって有用だと感じた支援策は、「移行定着支援加算」が84.3%、「家具・パーティション等を購入するための助成金」が52.2%であった。

活用した経過措置（複数回答）（n=115）



移行定着支援加算の延長？

開設にあたって有用だと感じた支援策（複数回答）（n=72）



論点③介護医療院への移行支援

論点③

- 平成30年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設等から介護医療院への移行を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和、報酬上の支援（移行定着支援加算の創設）等が行われた。
- 移行定着支援加算については、算定期限が令和3年3月31日までとされている。
- 介護療養型医療施設の令和5年度末の廃止期限に向け、円滑かつ早期の移行を促進する観点から、介護医療院への移行状況等を踏まえ、どのような移行支援が考えられるか。

対応案

- 介護療養型医療施設の令和5年度末の廃止期限に向け、円滑かつ早期の移行を促進する観点から、介護医療院への移行状況等を踏まえ、引き続き、基準や報酬、地域医療介護総合確保基金や予算事業等を組み合わせた移行支援を進めてはどうか。
- 移行定着支援加算については、平成30年度介護報酬改定において、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、移行前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みに対する加算として新設され、介護医療院の認知度が高まると考えられる令和3年3月末までの期限が設けられたものである。
- 令和2年9月30日現在、介護医療院は全国都道府県で開設されており、一定の認知度は有していると考えられることから、期限どおりとしてはどうか。

移行定着支援加算
は予定通り廃止

日本介護医療院協会2020年度調査

実施: 2020年8月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院396施設

(会員218施設、非会員178施設)

回答: 143施設(回答率 36% 療養床計9688床)

日本介護医療院協会2019年度調査

実施: 2019年9月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院199施設 会員98施設、非会員101施設

回答: 79施設(回答率 39.7% 療養床計6318床)

介護医療院の開設は収益上良かったか(問14)

	施設数2020	比率2020(%)
1.よかった	83	61
2.変わらず	30	22
3.悪かった	11	8
4.わからない	12	9
5.無回答	7	5

「収益上良かったか」は2020年度初めての設問良かった61%と好評。悪かったが8%あるが、これは移行定着加算が終了した施設が含まれるためかもしれない。

介護医療院の開設は総合的に良かったか(問15)

	比率2019 (%)	施設数 2020	比率 2020(%)
1.よかった	70	98	71
2.変わらず	15	22	16
3.悪かった	0	1	1
4.わからない	14	17	12
5.無回答	1	5	3

「総合的に良かったか」
 昨年良かったが70%で悪かったが0件と概ね好評と。今年もよかった71%と好評である。
 診療所からの移行の1件のみ悪かったとの回答であった。介護医療院の創設は好意的に受け止められており、利用者、職員、施設経営にも利点が多く、早いうちの積極的な移行が期待される。

②老人保健施設



老人保健施設制度の沿革

社会保障制度審議会の意見書(S60.1.24) 1985年1月

重介護を要する老人には、医療面と福祉面のサービスが一体として提供されることが不可欠で、両施設を統合し、それぞれの長所を持ちよった中間施設を検討する必要がある。
(両施設:医療機関と特別養護老人ホーム)

中間施設に関する懇談会 中間報告(S60.8.2)

医療施設、福祉施設、家庭との間に存在する課題を解決し、要介護老人に対して通所、短期入所サービス及び入所サービスをきめ細かく実施する中間施設の体系的整備を図っていくことが必要

※入所サービス

- ①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション、生活訓練等の実施
- ②病院に入院して治療するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し、医学的な管理と看護を中心としたサービスを提供

S61.12 老人保健法を改正し、老人保健施設を規定

附則において

- ・老人保健施設の試行的実施を行うこと、
 - ・試行的実施の状況及び老人保健施設の運営等に関する基本的事項について、国会に報告すること
- について規定

S62. 2 老人保健施設モデル施設の指定（千葉、長野、三重、大阪、兵庫、山口、北九州）

S62.11 老人保健審議会において、「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」を答申

S62.12 国会報告

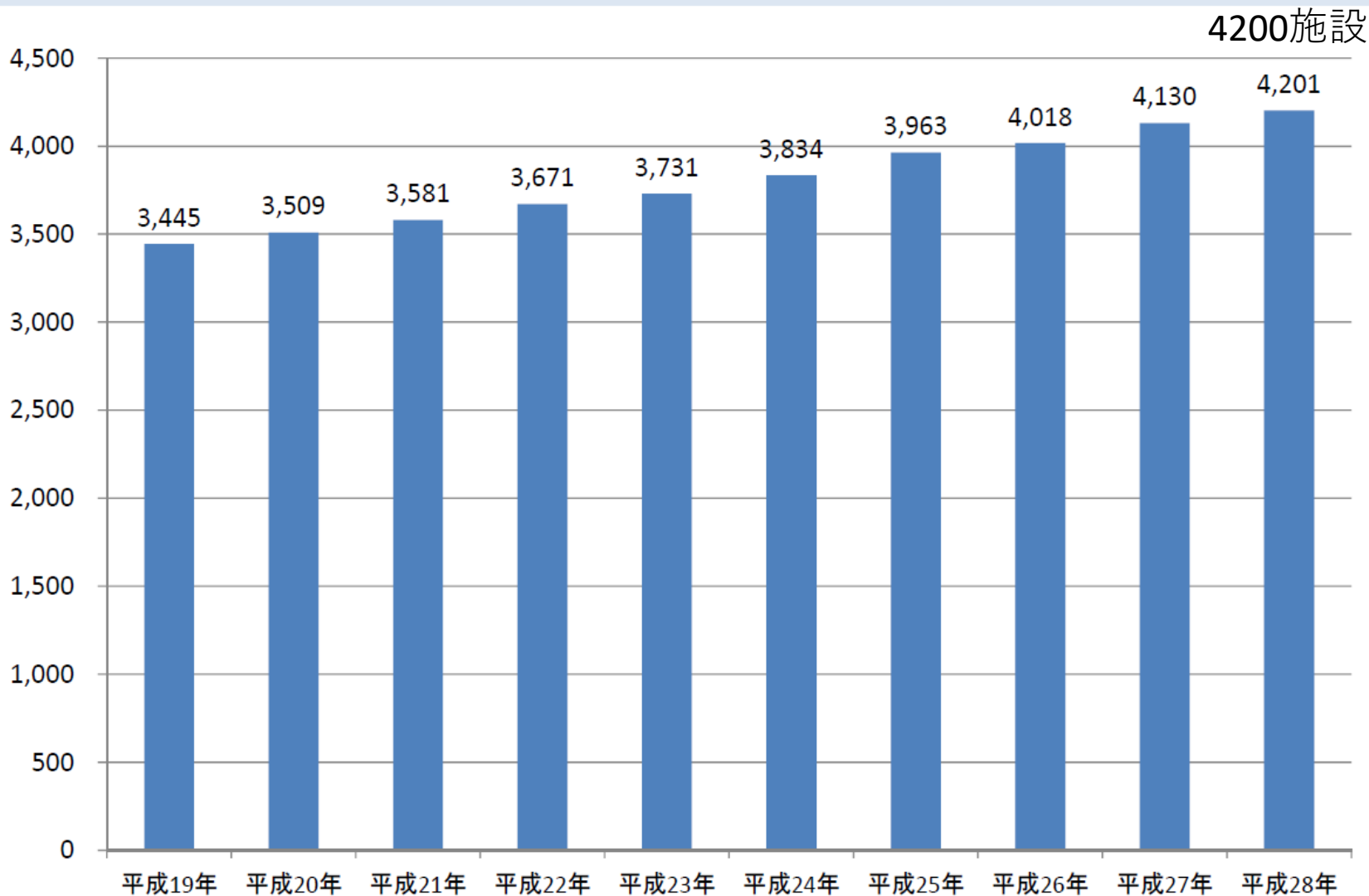
S63. 1 「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」公布 1988年1月

S63. 4 老人保健施設の本格実施 1988年

H 9.12 介護保険法成立（根拠規定が老人保健法から介護保険法に移行）

H12. 4 介護保険法施行 2000年4月

介護老人保健施設の請求事業所数



4200施設

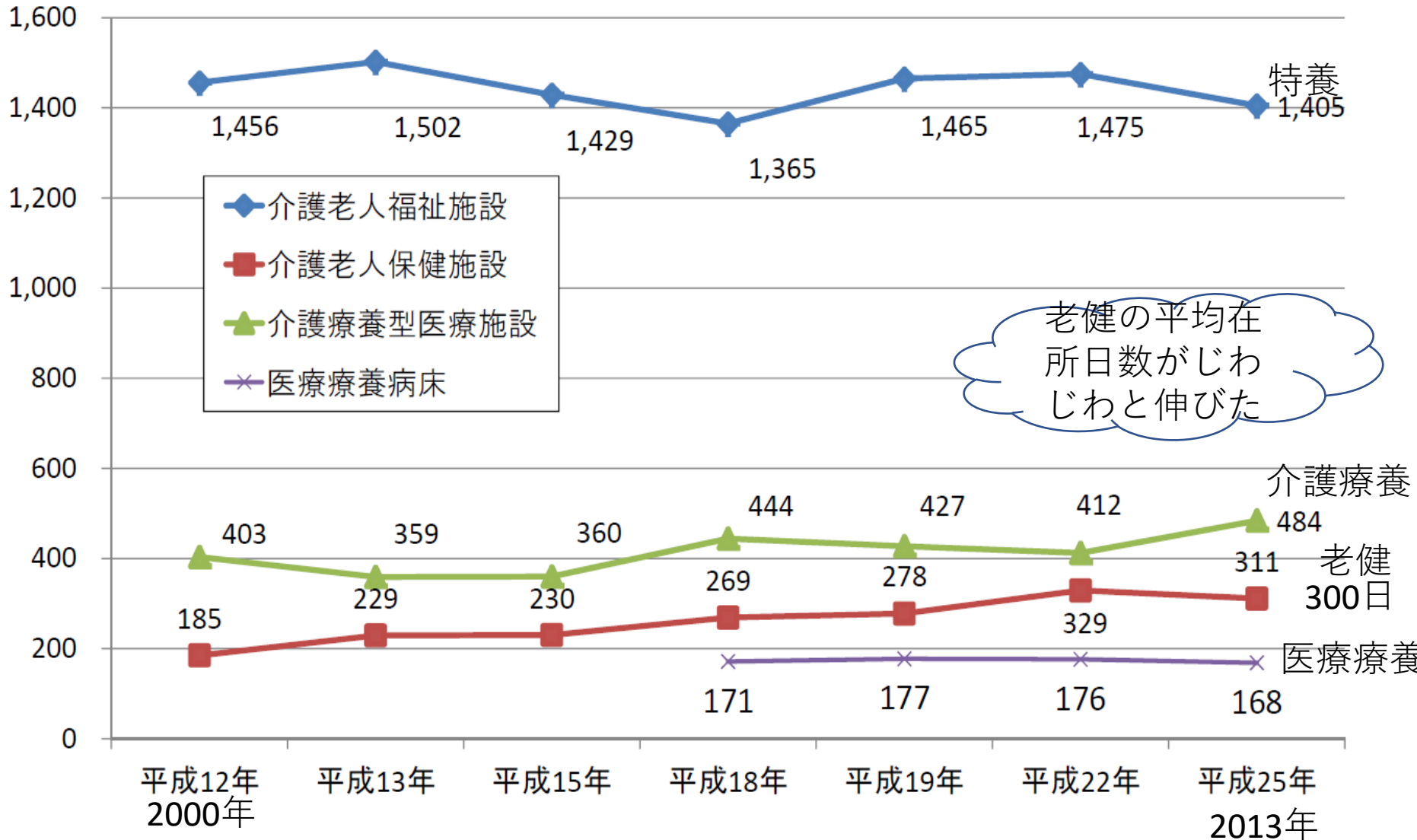
2016年

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

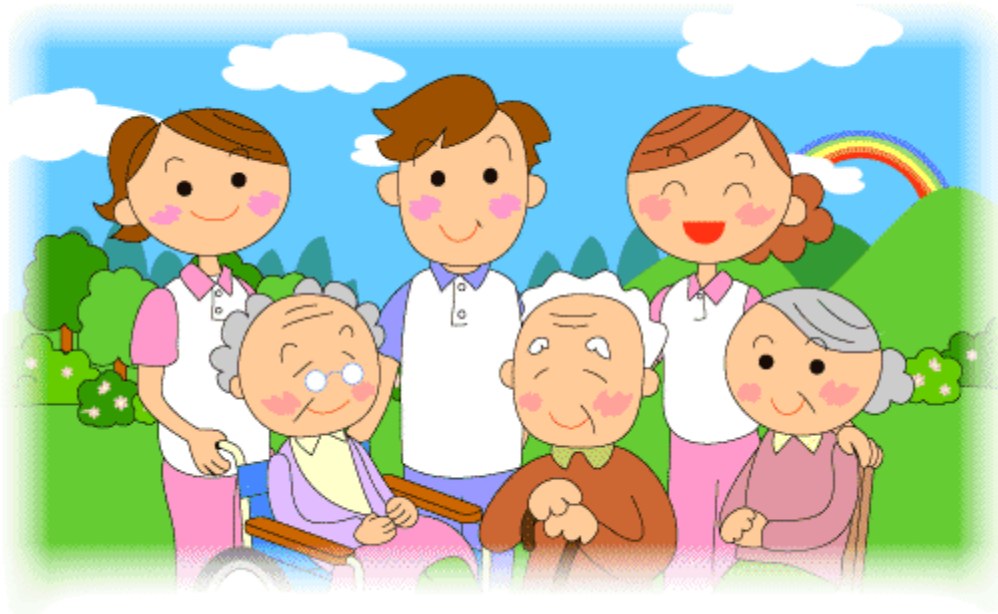
平均在所・在院日数



注: 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」, 病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)

老人保健施設と 2018年改定



介護老人保健施設の役割の明確化

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

〔定義〕 **地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）**


2017年6月 <平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行>

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))

- 
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
 - リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

在宅復帰・在宅療養 支援機能の指標評価

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

算定要件等

5類型

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

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

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

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

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

※要介護4・5については、2週間。

2021年改定と老健の論点

- 在宅復帰・在宅療養支援機能の強化
- リハビリテーション機能のさらなる強化
- 中重度や看取りへの対応充実
- 早期の在宅復帰を促進するために、ケアマネージャー事業所と連携評価
- 老人保健施設における医療の充実
- かかりつけ医との連携

在宅復帰・在宅療養 支援機能の強化

2018年改定の基本サービス費類型（5類型）への影響

介護老人保健施設の基本サービス費タイプの推移

- 超強化型について、平成30年5月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少した。

介護老人保健施設の施設タイプの推移



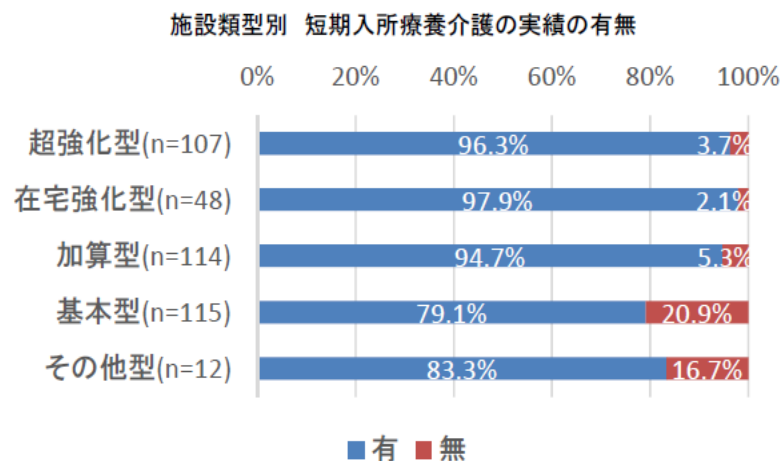
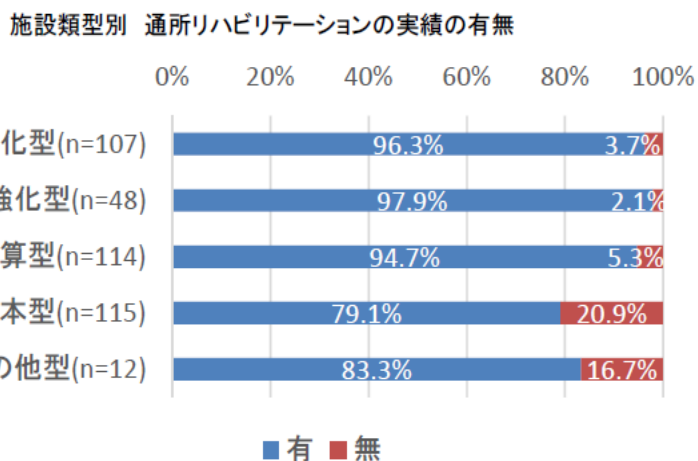
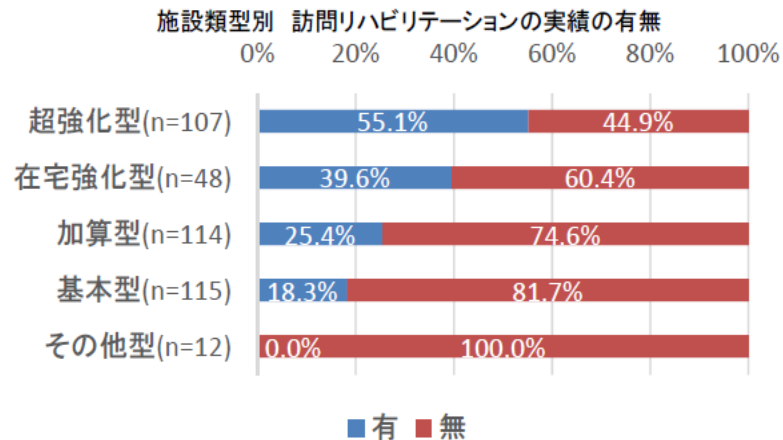
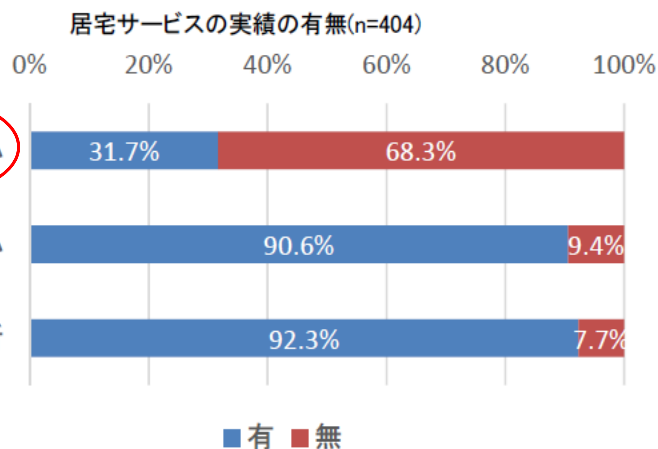
2018年5月

2019年11月

(出典：介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査))

介護老人保健施設の提供する居宅サービスについて

- 訪問リハビリテーションの実績が「有」は31.7%であり、「無」は68.3%であった。
- 通所リハビリテーションの実績が「有」は90.6%であり、「無」が9.4%であった。
- 短期入所療養介護の実績が「有」は92.3%であり、「無」が7.7%であった。



【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」
注：無回答であった施設は除く

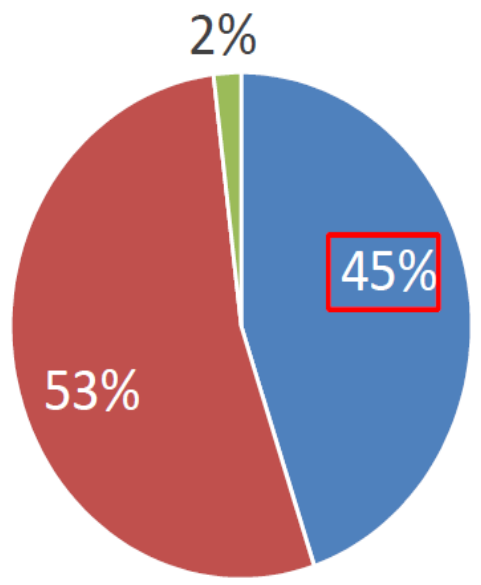
介護老人保健施設における人員配置状況・リハビリテーションの内容

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の全てが配置されている施設は45%であった。
- 入所中のリハビリテーションの内容は3職種配置の場合は、いずれかなしの場合と比較し、言語訓練、IADL訓練等の割合が高い。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の

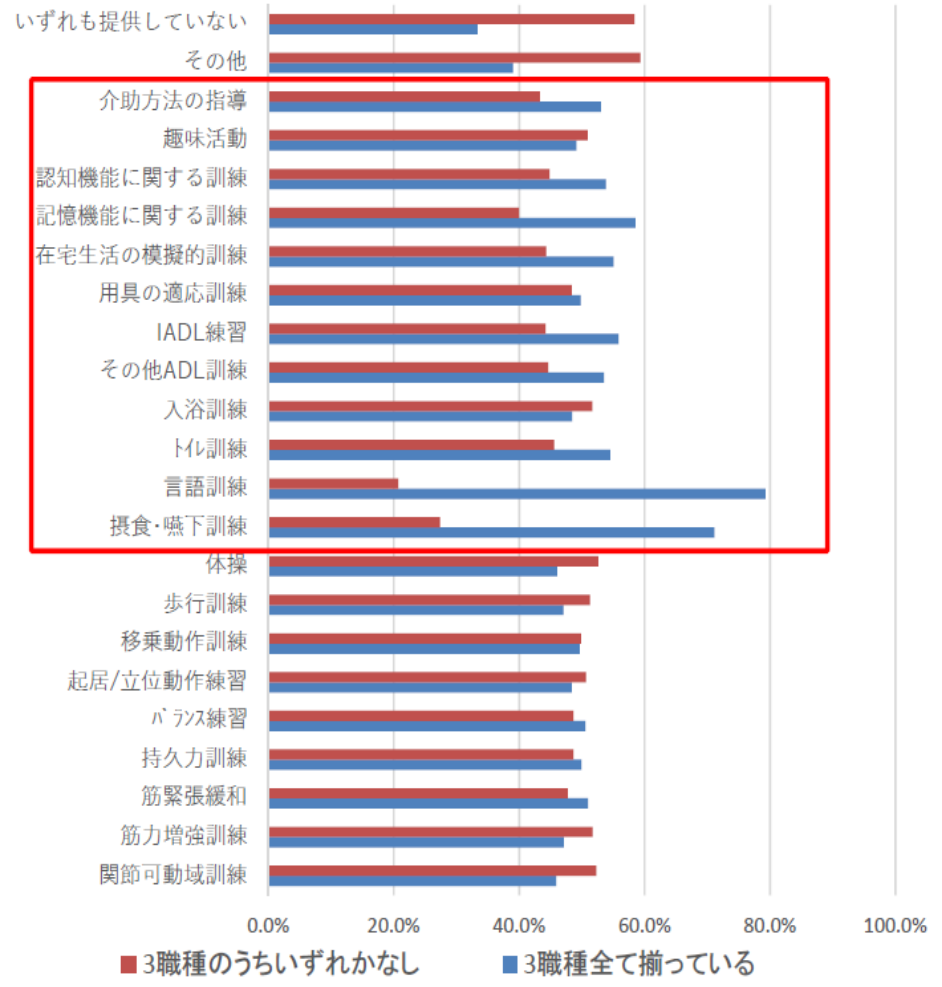
3職種割合

- 3職種全て揃っている
- 3職種のうちいずれかなし
- 無回答



N=1716

入所中のリハビリテーションの内容



N=913

N=770

論点①介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

検討の方向（案）

（1）リハビリテーション機能の強化

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、
 - 訪問リハビリテーションの実施を更に促進するために、居宅サービス実施数に係る指標において、**訪問リハビリテーションの比重を高くする**ことを検討してはどうか。
 - 入所者の状態に応じたより多様なリハビリテーション提供体制を評価するため、**リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種**の配置を評価することを検討してはどうか。
- より入所者の状態にあったリハビリテーションを提供するため、**医師の指示に関する事項**を明確化することを検討してはどうか。

（2）認知症の人への対応

- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設としての機能を推進し、認知症の人への対応力を向上する観点から、認知症に係る事項を追加することを検討してはどうか。
- 上記の検討にあたっては、入所者像に係る指標である「要介護度4・5の割合」「喀痰吸引の実施割合」「経管栄養の実施割合」と合わせて検討してはどうか。

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

算定要件等

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

在宅復帰・在宅療養支援等指標：

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

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

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

※要介護4・5については、2週間。

リハビリテーション
機能のさらなる強化

リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

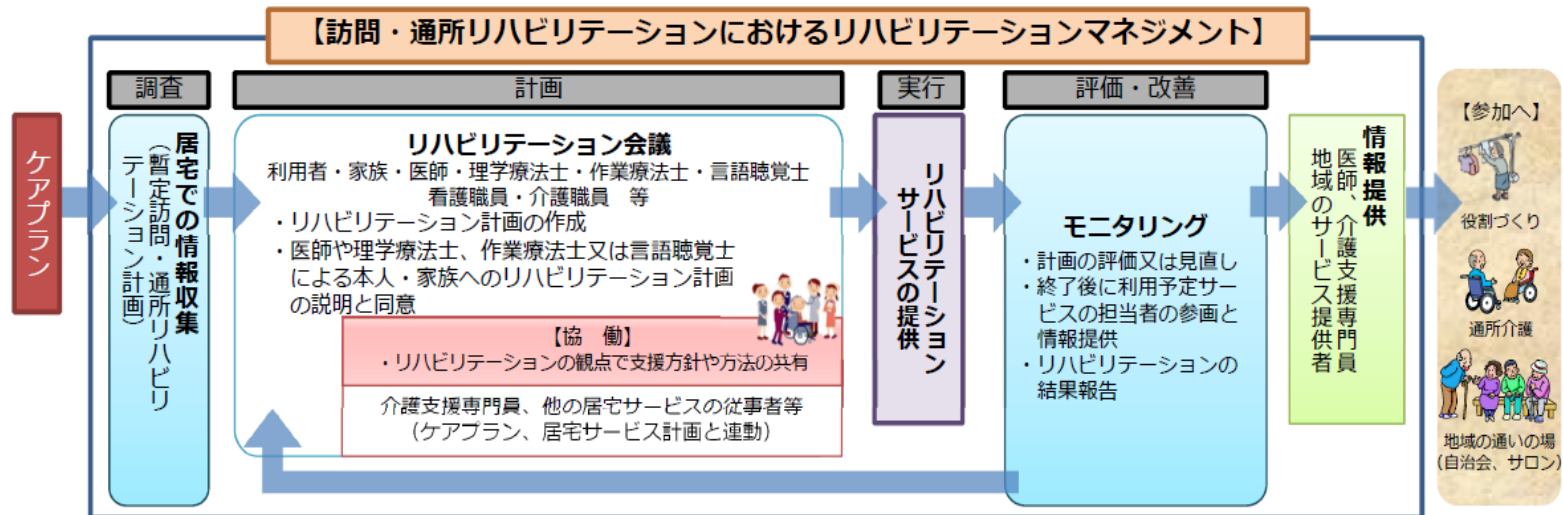
社保審-介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料1

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)

【医師の詳細な指示の明確化】

- ・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一以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・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。

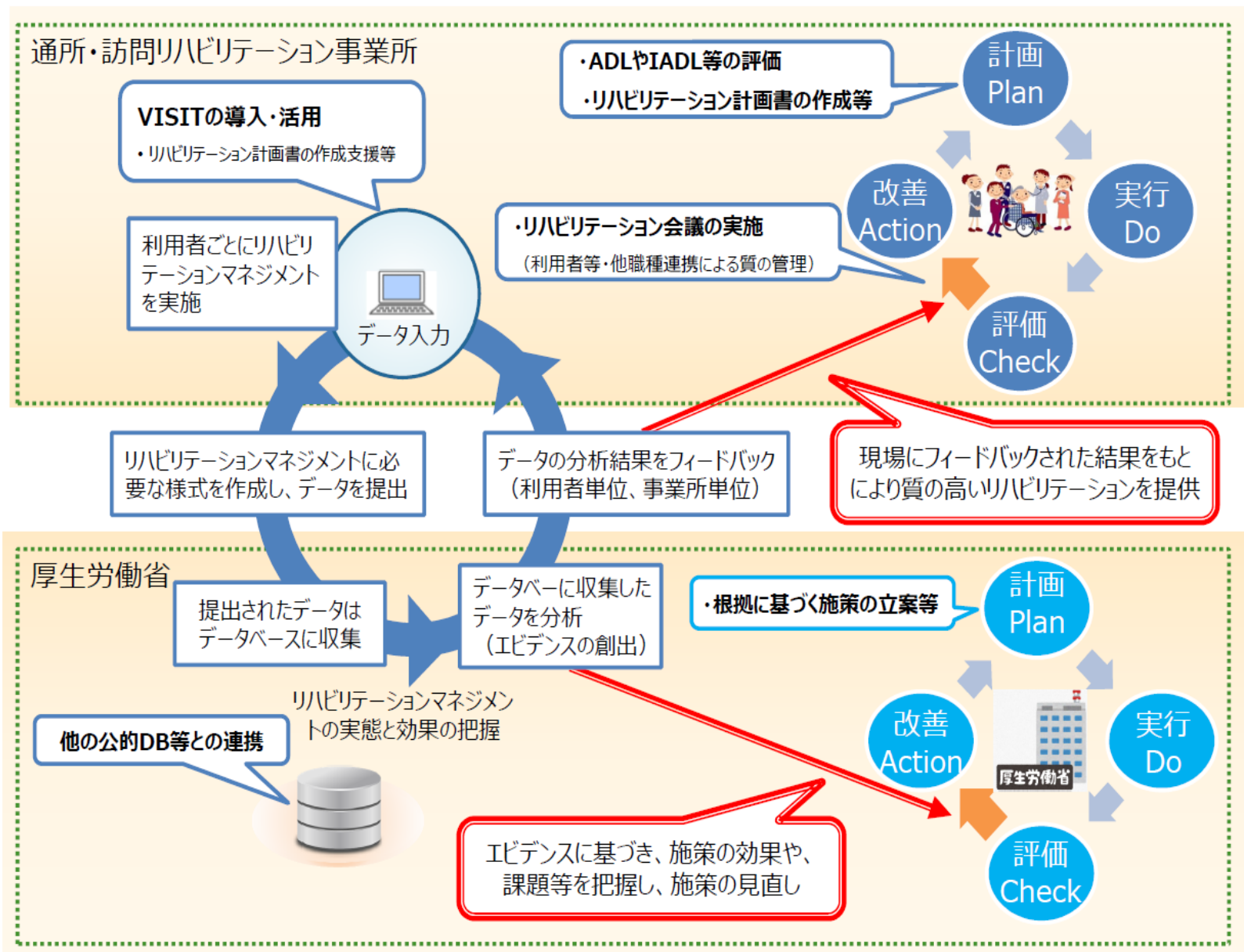
【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

- ・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計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【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) → 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

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



論点②リハビリテーション機能の強化

検討の方向（案）

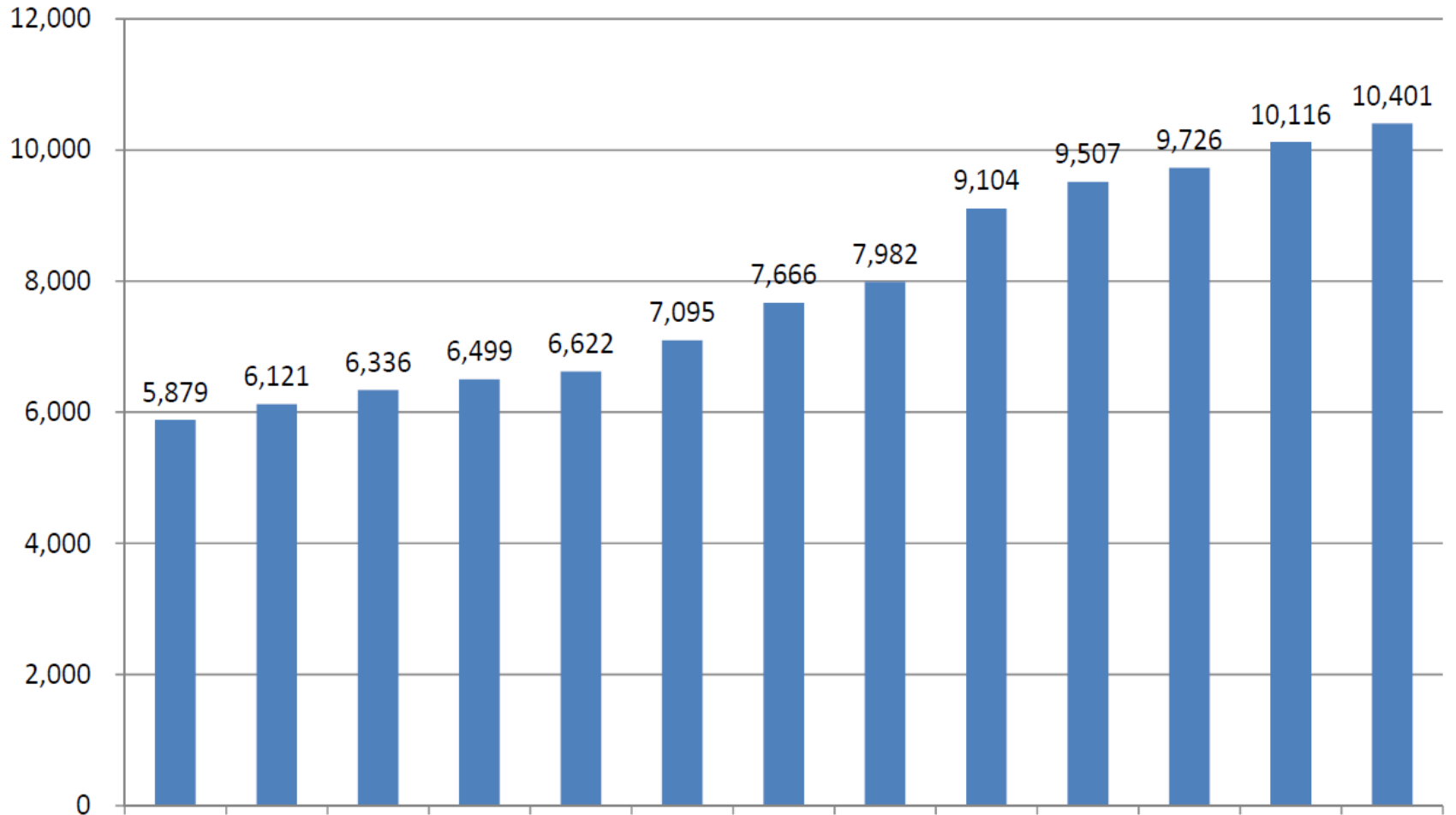
- 介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供して心身の機能を維持・改善する役割を担う施設としての機能をより推進するため、その評価の導入について検討してはどうか。
- 通所・訪問リハビリテーション事業所において活用されているVISITについて、介護老人保健施設においても活用することを検討してはどうか。

さらなるリハビリ強化のため、ADL維持等加算、リハマネ加算、VISITの導入はどうか？

③特別養護老人ホーム

- ・ユニット型特養普及と人員緩和
- ・介護ロボット・ICT化
- ・看取りの促進

介護老人福祉施設の請求事業所数



平成19年平成20年平成21年平成22年平成23年平成24年平成25年平成26年平成27年平成28年平成29年平成30年平成31年
2019年

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」「介護給付費等実態調査」(各年4月審査分)

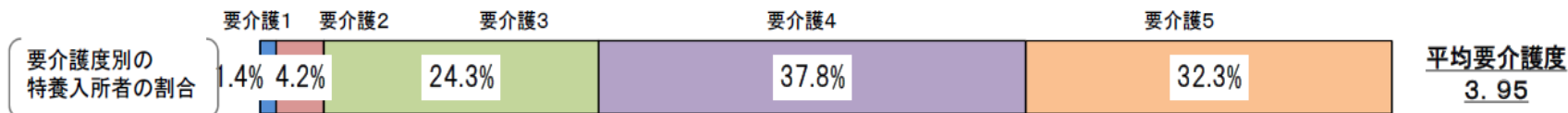
ユニット型特養普及と
人員緩和

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)について

【根拠法:介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)と呼ばれる。

《 施設数: 10,502施設 サービス受給者数: 61.96万人 (令和元年10月審査分) 》 ※介護給付費等実態統計



※平成30年度介護給付費等実態統計

《設置主体》

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

《人員配置基準》

- 医師: 必要数
- 介護・看護職員: 3:1 等

《設備基準》

- 居室定員: 原則1人(参酌すべき基準)
- 居室面積: 1人当たり10.65㎡ 等

多床室

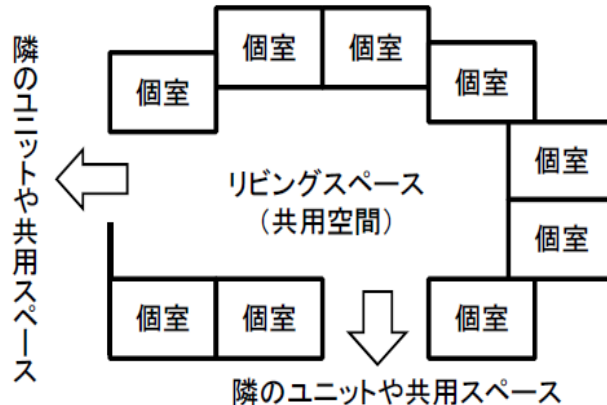
- 多床室(既設)の介護報酬: 832単位(要介護5)
- 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均2.2人(平成30年)*



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬: 913単位(要介護5)
 - 看護・介護職員1人当たり利用者数: 平均1.7人(平成30年)*
- *介護事業実態調査(令和元年度調査)

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係(ユニットごとに職員を配置)

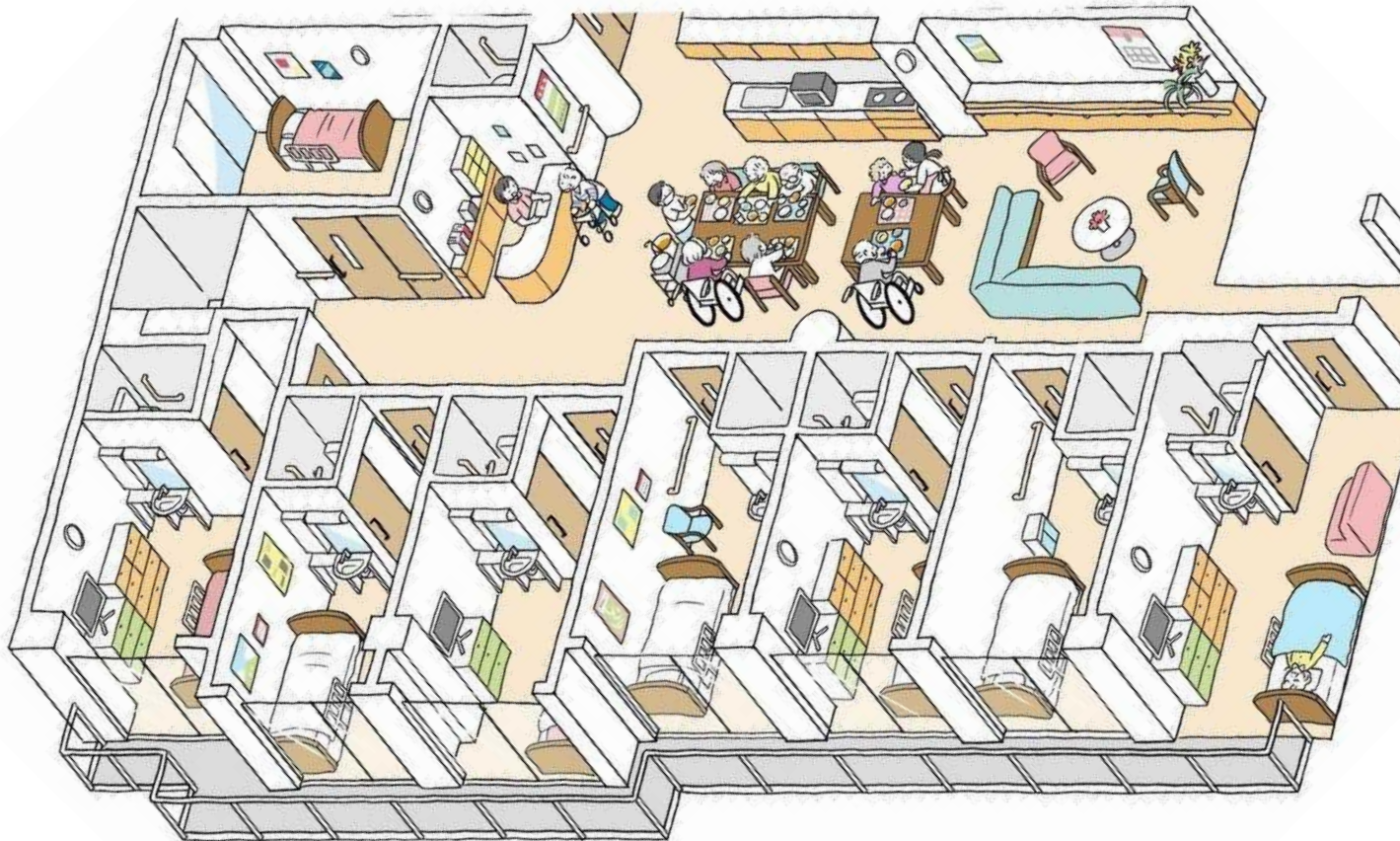


ユニット型特養

ユニットケアの理念

「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」

10人程度の少人数のグループを1つのユニットとして、常に同じメンバーで生活をし、決まったスタッフがケアにあたる



建築家 外山義
とやまただし

クリップンの老人たち
スウェーデンの高齢者ケア

外山 義著

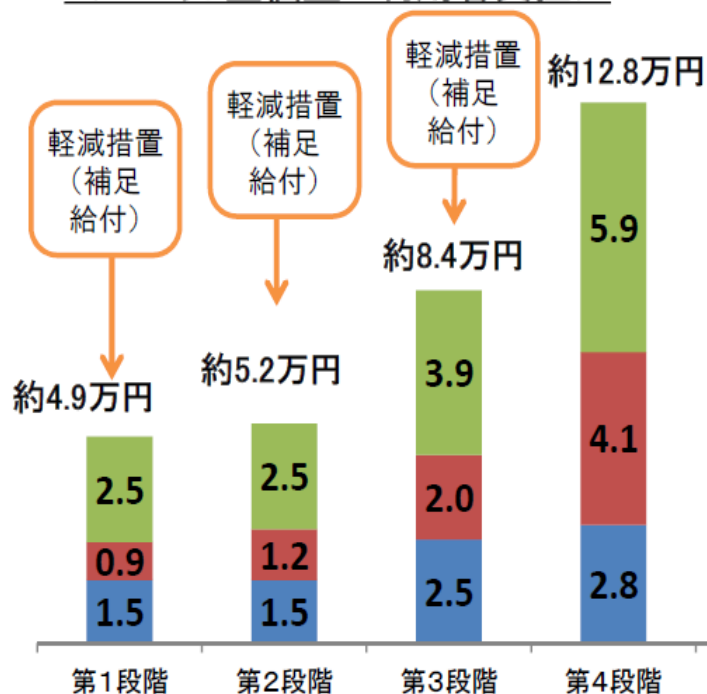


ドメス出版

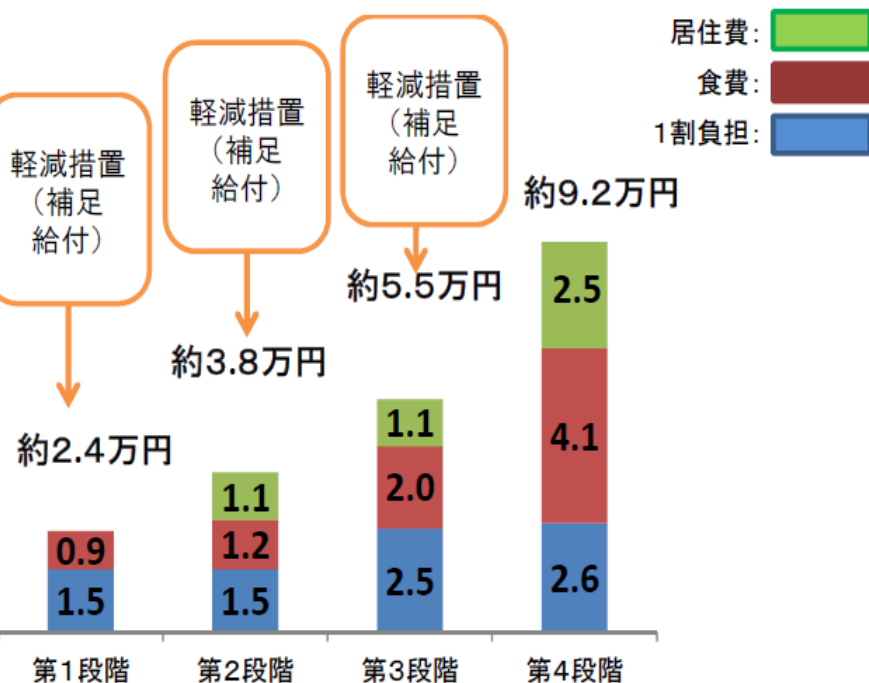
介護老人福祉施設の自己負担（ユニット型・多床室）

- 居住に要する費用については、室料及び光熱水費が利用者負担となっている。
- 一方で、低所得者対策として、介護報酬の対象外となった食費・居住費の平均的な費用額（基準費用額）から、所得に応じた負担限度額を控除した額を支給する制度として、補足給付がある。
- 自己負担限度額は、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じて設定。また、入所者の年金給付との関係を含めた所得状況を勘案して設定。

<ユニット型個室の利用者負担>



<多床室の利用者負担>



(注)

- ・グラフの値は、一月当たりの数値で、一月30日として計算。
- ・グラフの値の単位は万円で、少数点第2以下は四捨五入。
- (そのため、合計額の値は、必ずしも、居住費・食費・1割負担の額を足し合わせたものと一致しない。)
- ・補足給付の額は、変化のある分のみを特記。
- ・第4段階の食費・居住費は、基準費用額の値を記載。
- ・1割負担の額について、基本報酬に処遇改善加算を加えた額が基準。

- ・第1段階：生活保護受給者、市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者等
- ・第2段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円以下
- ・第3段階：市町村民税世帯非課税、本人の年金収入等80万円超
- ・第4段階：市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

※平成27年8月より、入所者が世帯非課税であっても、①配偶者が課税されている場合、②単身で1000万円超、夫婦で2000万円超の預貯金を保有している場合には、補足給付の対象外（第4段階）となっている。

ユニット型個室の整備の方針について

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成27年3月18日厚労告70号)

2025年度

2015年

都道府県は、平成37年度の地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員(略)の合計数が占める割合については、50%以上(そのうち地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合については、70%以上)とすることを目標として定めるよう努めるものとする。

＜介護老人福祉施設の個室ユニット化率(定員数)の推移＞

平成18年	14.8%
平成20年	21.2%
平成22年	25.4%
平成24年	32.3%
平成26年	37.3%
2015年 <u>平成27年</u>	<u>40.5%</u>

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

※ なお、居室については、基準上、個室が原則となっているが、「参酌すべき基準」となっており、地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることができる。

論点① 人材の活用(人員配置基準)

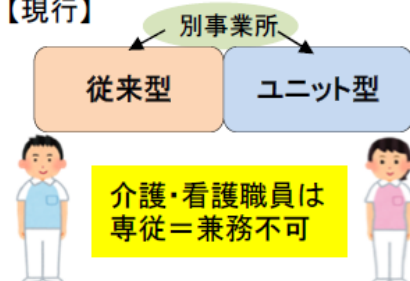
検討の方向(案)

- 人材確保や職員定着の観点から柔軟な働き方ができることは重要であり、単に人員を減らしてサービスの質の低下を招くことにならないよう留意しつつ、入所者の処遇に支障がない場合等において、
 - ・従来型とユニット型を併設する場合における介護・看護職員
 - ・広域型特養と併設する小規模多機能型居宅介護における管理者・介護職員
 - ・本体施設が特養である場合のサテライト型居住施設における生活相談員の兼務を認めてはどうか。
- 地域密着型特養（サテライト型を除く。）における栄養士の配置基準を見直してはどうか。

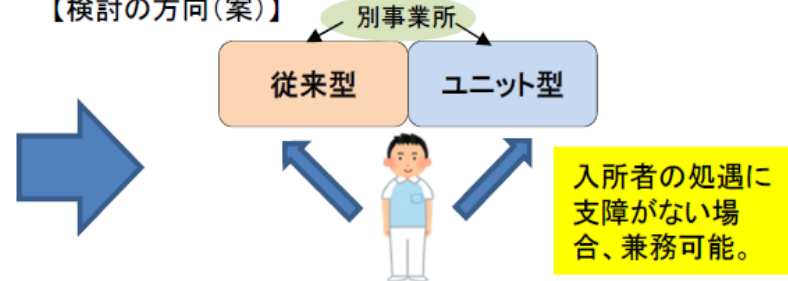
	現行	検討の方向(案)
①従来型・ユニット型併設の場合の介護・看護職員の兼務	不可	入所者の処遇に支障がない場合、兼務可能とする
②広域型特養と併設小規模多機能型居宅介護の管理者・介護職員の兼務	地域密着型は可だが、広域型では不可	入所者の処遇に支障がない場合、兼務可能とする
③特養とサテライト型居住施設の生活相談員の兼務	本体施設が介護老人保健施設である場合は可だが、特養は不可	サービス提供が適切に行われると認められる場合、兼務可能とする
④地域密着型特養（サテライト型を除く。）における栄養士	40人未満の広域型特養及びサテライト型地域密着型特養では、栄養士を置かないことができる	入所者の処遇に支障がない場合、栄養士を置かないことを認める

※①のイメージ

【現行】



【検討の方向(案)】



論点② 個室ユニット型施設の設備・勤務体制

論点②

- 個室ユニット型施設における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ユニットの定員を現行の「おおむね10人以下」から15名程度以内に緩和すること
 - ユニットリーダーについて原則常勤を維持しつつ、出産・育児などやむを得ない場合については、必ずしも常勤を求めないこと
 - ユニット型個室的多床室を新たに設置することを禁止すること
- などについて、どのように考えるか。

特養ユニットの定員を
10名から15名に緩和

介護ロボット・ICT化



見守りセンサー

夜勤職員配置加算の条件

2018年改定

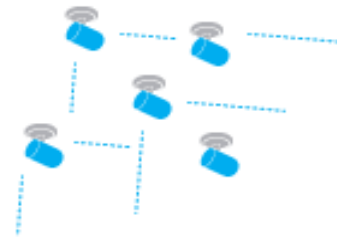
これまで



介護職員

最低基準より
1人以上多く配置

これから…？



+



介護職員	最低基準より 0.9人 多く配置
見守りロボット	入居者の 15%以上 設置

複数の介護ロボット・ICT活用によるケアの質の向上への取組例

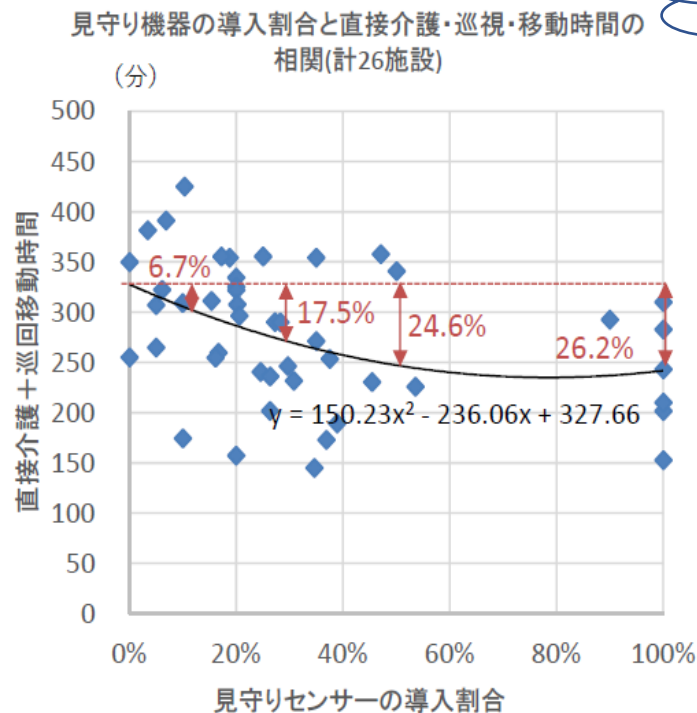
- テクノロジーの活用施設においては、介護記録の効率化やインカム等のICTの活用等により、利用者との対面時間の増加、専門職とのきめ細かな連携が可能となり、今まで以上に適切なケアが実現している。

	業務変更前	業務変更後	導入の効果	ケアの質の変化
ケース1	<ul style="list-style-type: none"> 利用者情報やケアの記録を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドサイドに持参した端末でケア記録を入力したり、音声記録したり、職員間で音声連絡。 内容はテキスト変換されて内容がそのまま管理システムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 記録の時間の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 時間短縮で得られたゆとりを使い、利用者とのコミュニケーションの時間を増やすことができた。 利用者の心身状態を観察する時間が増えて、今まで以上に適切なケアを実践できた。 データ連携により、新たな機器の導入による職員への記録作業負担を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 利用者を目視でこまめに観察し、経験に基づいて排泄を誘導。結果は手書きでメモ。 	<ul style="list-style-type: none"> 排泄支援機器を使い、タイムリーに排泄を誘導。記録はデータ連携により自動でシステムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者のQOLの向上 記録の時間の短縮 	
	<ul style="list-style-type: none"> バイタルの測定結果を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> バイタル測定器とベッドサイドに持参した端末との連動で、測定結果を入力する業務は不要。 	<ul style="list-style-type: none"> 測定及び記録の時間の短縮 	
ケース2	<ul style="list-style-type: none"> 利用者・ケアの気づき等を、ベッドサイドからステーション(事務所)に移動して専門職と相談、再び戻って実践。 	<ul style="list-style-type: none"> インカムを使って、利用者・ケアに何か気づきがあれば、ベッドサイドに居ながら専門職と相談。 アドバイス内容を即座に実践。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談のための移動時間の短縮 多職種連携の円滑な実施 	<ul style="list-style-type: none"> ケアの実践のなかで、多職種連携の成果をきめ細かく反映できた。 介護福祉士からの指導・育成の機会を創出しやすくなった。 高度なケアに取り組みやすくなった。 提供中のケアの中断を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、利用者の容体を目視でこまめに観察・確認。結果は手書きでメモし、後で記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、見守り機器によりバイタルの変動を自動で常時確認。結果はシステムと連動して記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高いケアにおける職員の負担軽減 	
	<ul style="list-style-type: none"> ユニット内で職員一人勤務の場合、排泄ケア(オムツ交換)で居室内に入る際に、フローアが無人にならないよう応援職員をPHS等で探す。 	<ul style="list-style-type: none"> 応援職員が必要な際に、インカムの同時通信機能などを使用し、即座に応援を依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> その瞬間に応援対応できる職員の速やかな把握 連絡に伴う時間の短縮 	

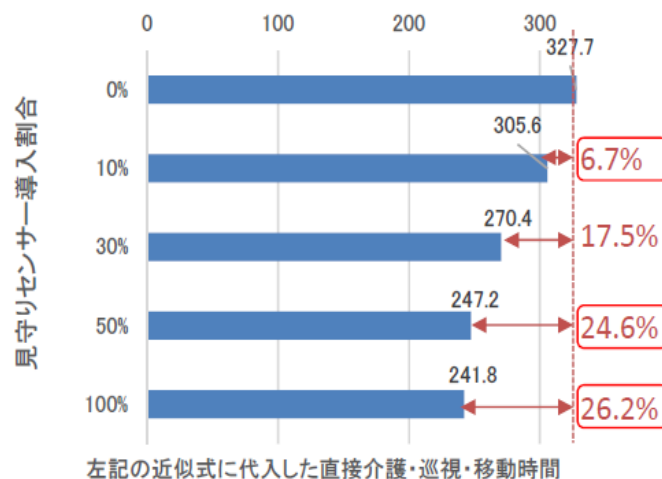
夜間における見守りセンサーの導入割合と直接介護・巡視時間の相関について

- 介護施設における業務時間（直接介護+巡視移動時間）と利用者に占める見守りセンサーの導入割合の相関を見ると、導入割合0%の場合の業務時間に対して、導入割合10%導入では6.7%減少、導入割合30%では17.5%減少、導入割合50%では24.6%減少、導入割合100%では26.2%減少する結果となった。

見守りセンサー導入で業務時間短縮



相関式からみた平均的な業務時間の減少割合



※ x に「見守り機器導入率」の値を代入したときの y の値

- ※ 調査対象施設は26施設を掲載している。20施設については導入前後の事前調査と事後調査の結果を、6施設については導入100%の実証施設であって、通常時の担当利用者数でみた場合の結果のみを用いた。
- ※ 調査対象の26施設のうち、特養が24施設、老健が2施設である。
- ※ 散布図中の1プロットは各施設の職員業務調査（タイムスタディ）の5日分を平均した値を用いた。
- ※ 一部インカム等のICTを活用している施設が含まれている。

論点⑦夜間における人員・報酬(テクノロジーの活用)①

検討の方向 (案)

- 見守りセンサーやインカム等のICTを活用することによる、夜勤職員の業務効率化や睡眠の質の維持等に関する実証結果を踏まえ、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、見守りセンサーの入所者に占める導入割合の要件を緩和する（現行15%を10%とする）とともに、全ての入所者について見守りセンサーを導入した場合の新たな要件区分を設けることを検討してはどうか。

	現行要件の緩和（イメージ）	新設要件（イメージ）
夜勤職員の最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	0.5人（新規）
見守りセンサー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）	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・委員会の設置を含めた安全体制を確保していること

- また、見守りセンサーを活用する場合の算定要件の適用について、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護だけでなく、介護老人保健施設、介護医療院及び認知症型共同生活介護についても拡大することを検討してはどうか。

論点⑦夜間における人員・報酬(テクノロジーの活用)②

検討の方向 (案)

- 加えて、介護老人福祉施設（従来型）における夜間の人員配置基準について、今般の実証結果を踏まえ、見守りセンサーやインカム等のICTを活用する場合には緩和することを検討してはどうか。

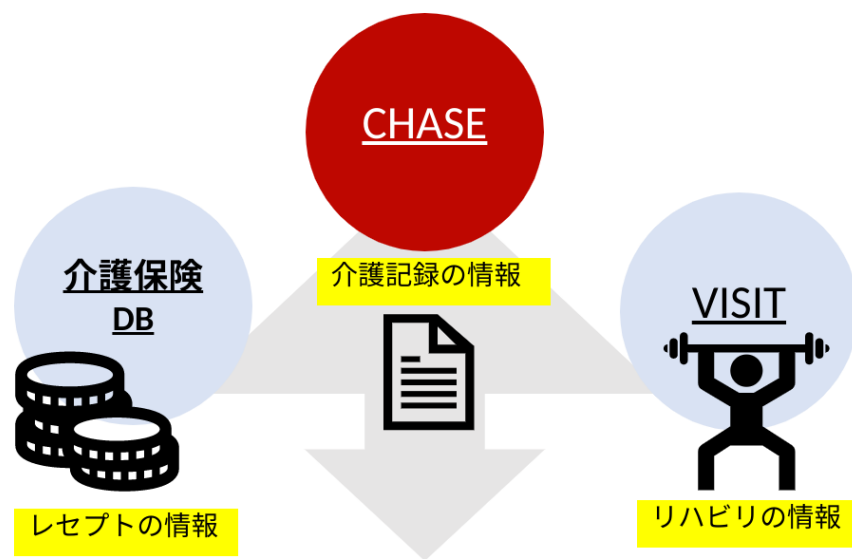
【見守りセンサーやインカム等のICTを活用する場合の夜間の配置基準（イメージ）】

介護老人福祉施設（従来型）の夜間の人員基準			
		現 行	見直しイメージ
配置人員数	1人以上	利用定員25以下	利用定員 <u>30</u> 以下
	2人以上	利用定員26～60	利用定員 <u>31～75</u>
	3人以上	利用定員61～80	利用定員 <u>76～100</u>
	4人以上	利用定員81～100	利用定員 <u>101～125</u>
	利用定員が左記の定員に加えて25又はその端数を増す毎に、4に1を加えた員数	利用定員101以上	利用定員 <u>126</u> 以上

(要件)

- ・施設内の全床に見守りセンサー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

パート5 科学的介護とデータベース



科学的介護の実現のために膨大なデータを集めている！

表1:科学的介護に関する主な経緯

年月	科学的介護に関する主な出来事
2016年11月	▶ 政府の未来投資会議（議長・安倍晋三首相）で科学的介護が論点に。
2017年4月	▶ 塩崎恭久厚生労働相が未来投資会議で、「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現」の実現に向けてデータベースをゼロベースで構築すると表明。
2017年6月	▶ 政府の「骨太方針2017」。自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護に関するデータベースを構築し、2020年度の本格運用開始を目指す方針を規定。
2017年10月	▶ 有識者で構成する厚生労働省の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」が発足。
2017年12月	▶ 2018年度政府予算でデータベース構築の必要経費として約3億円を計上→翌3月の国会で予算成立。
2018年3月	▶ 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会が中間取りまとめ。リハビリテーションと通所介護でのデータ収集に力点を置くことなどを規定。
2018年6月	▶ 政府の「骨太方針2018」。科学的介護の推進とともに、AI（人工知能）を活用した科学的なケアプランの実用化の推進を規定。
2018年12月	▶ 2019年度予算でデータベース構築に必要な費用として約5億円計上→翌3月の国会で予算成立
2019年2月	▶ 社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会で2021年度制度改正の議論がスタート。科学的介護の推進が主要議題の一つに位置付けられる。
2019年6月	▶ 政府の「骨太方針2019」でAIを活用した科学的なケアプランの実用化などを規定。
2020年度（予定）	▶ データベース構築。
2021年度（予定）	▶ 介護保険の制度改正と会合報酬改定。収集したデータを活用？

出典：首相官邸、内閣府、厚生労働省、財務省ホームページを基に作成

2016年

第2回未来投資会議（平成28年11月10日）での総理発言（抜粋）

団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『**予防・健康管理**』と『**自立支援**』に軸足を置いた新しい**医療・介護システムを2020年までに本格稼働**させていきます。



医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。**ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現**していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことのお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでありました。

これからは、**高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足**を置きます。

本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。

見守りセンサーやロボット等を開発し、そして導入し、介護に携わる方々の負担を軽減するとともに、介護現場にいる皆さんが自分たちの努力や、あるいは能力を生かしていくことによって、要介護度が下がっていく達成感を共に味わうことができるということは『専門職としての働きがい』につながっていくということではないか、とこのように思います。

スピード感をもってパラダイムシフトを起こすため、特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革に踏み込んでいきます。目標時期を明確にし、そこから逆算して実行計画を決めます。

データ分析を通じた 科学に裏付けられた介護に変えていきたい



「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現する」

「実現へ向けてデータベースをゼロベースで構築する」

2016年11月未来投資会議
塩崎恭久厚生労働相（当時）

2017年 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- CHASEの初期仕様（265項目）について中間とりまとめを実施
- 2019年3月よりデータベースにおける収集項目等について更に整理を行い、同年7月に取りまとめを実施

検討の経緯

○第一回（2017年10月12日）

- ・検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
- ・既存のエビデンスの確認及び整理

○第二回（2017年10月26日）

- ・既存のデータベース※2)についての整理
- ・今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
- ・「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第三回（2017年11月7日）

- ・「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第四回（2017年12月21日）

- ・「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第五回（2018年3月9日）

- ・第4回までの議論の取りまとめ

○中間とりまとめ（2018年3月30日）

○第六回（2019年3月7日）

- ・中間とりまとめに示された今後の課題に関する整理の仕方（案）について議論
（収集項目の整理の仕方について・各事業者からのデータ提出に対する動機付けについて・データベースの活用等にかかる事項について・その他）

○第七回（2019年5月9日）

- ・今後の課題の整理の方向性（案）について議論
（CHASEで収集する項目の選定に関する基本的事項について・収集すべき分析・比較可能なサービス行為等の介入に係る情報について・フィードバックのあり方について・モデル事業等のあり方について・その他）

○第八回（2019年6月21日）

- ・収集項目の選定等に向けてヒアリング等
（ヒアリング対象：「総論」松田構成員、「認知症」鳥羽座長、「口腔」海老原構成員、「栄養」利光構成員）

○第九回（2019年7月4日）

- ・科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ（案）について

○取りまとめ（2019年7月16日）

構成員

秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科 教授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原寛	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科 教授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部 部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野 教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学 教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室 准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部 部長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎ 鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室 教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学 准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学 教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学 准教授

◎は座長

※上記の他、葛西参与、松本顧問、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

座長 鳥羽研二 国立長寿医療研究センター理事特任補佐



2017年10月12日

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

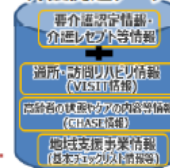
- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。

- 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。

介護関連データ



科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

高齢者個々人に関するデータ

高齢者の状態

従来取得していたデータ

- ・ 要介護認定情報
- ・ 日常生活動作 (ADL)
- ・ 認知機能

新たに取得していくデータ

- ・ 身長、体重
- ・ 血液検査
- ・ 筋力、関節可動域
- ・ 骨密度
- ・ 開眼片脚起立時間
- ・ 握力計測
- ・ 心機能検査
- ・ 肺機能検査
- ・ …

提供されたサービス

従来取得していたデータ

- ・ 介護サービスの種別

新たに取得していくデータ

- ・ 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容

科学的分析に必要なデータを新たに収集

検討会ではこの部分を詰めていくイメージ



科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- ・ 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- ・ 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

(分析のイメージ)

脳卒中に伴う左足の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



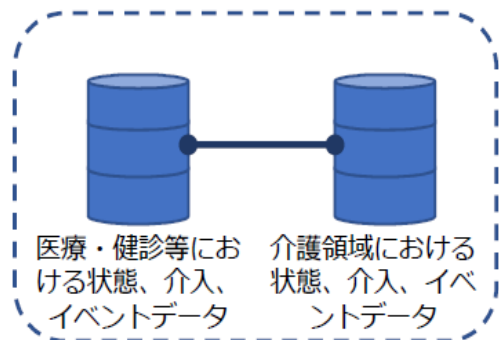
屋内で自由に歩行が可能に

サービス提供後の状態

国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

データベースを用いた介護領域のエビデンス構築の流れ（イメージ）



介入に係る仮説の構築

- (例) データ分析の結果、〇〇という条件に合致する利用者について、
- 介入Aを受けていると状態Bが高い傾向にあった
→ 介入Aを行うと状態Bを改善できるのではないか（仮説の構築）

- (留意点)
データ分析では相関は見いだせても、因果関係であるかは分からない。
- (例) 歩行器のレンタルを受けた利用者で栄養状態の改善がみられた
→ 歩行器を使って歩けば栄養状態が改善する？
それとも、疾病からの回復過程にある利用者では、栄養状態の改善と歩行の開始が同時期に起きやすい？

データベースを用いた研究の強み

仮説を立ててから、個々の仮説に応じてデータ収集を行う方法に比べ、

- 仮説を多量かつ効率的に構築できる。
- 「予期せぬ発見」が期待できる。
- AI等の情報処理技術がより活用できる可能性あり。

実地検証

- (例) 条件に合致する利用者を実験的に介入群と対照群に割り付け、介入群にのみ介入Aを行って、対照群より有意に状態Bが改善するかを観察。

エビデンス

- (例) 〇〇という条件に合致する者に対して、介入Aを行うと、行わない場合に比べて、状態Bが改善しやすい。

介護領域のデータベースの内容



介護保険総合データベース **介護DB**

- 要介護認定情報、介護保険レセプト情報が格納
- 要介護認定及び請求・支払いの際に保険者が収集。平成30年度よりデータ提供義務化予定

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データ

- 通所リハビリテーション事業所、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。（現時点で100カ所弱。今後事業所数を拡大予定。）
- **通称"VISIT"** (monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care)
- 収集経路は今後検討（現時点では、匿名化の上でインターネットを通じ収集）

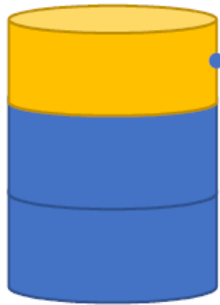
上記を補完する介入、状態等のデータ

- 新たに構築。収集内容は主に本検討会で議論。
- **通称"CHASE"** (Care, HeAlth Status & Events)
- 収集経路は、今後、収集内容を踏まえて検討。
- 2020年度からの本格運用を目指す。

※ 医療や健診のデータとの連結についても、IDの突合等の諸問題を解決しつつ進めていく。

①介護保険総合
データベース（介護DB）

介護領域のデータベースの内容



介護保険総合データベース

- 要介護認定情報
 - 要介護認定の期間
 - 要介護度
 - 要介護認定調査（74項目）の結果
 - 5群 + 1 の分野
 - 第1群：身体機能・起居動作
 - 第2群：生活機能
 - 第3群：認知機能
 - 第4群：精神・行動障害
 - 第5群：社会生活への適応
 - 過去14日間に受けた特別な医療
 - 3種類の評価軸
 - 能力
 - 介助の方法
 - 障害や現象の有無 等
- 介護保険レセプト情報
 - 利用したサービス種別
 - 利用回数
 - 加算の算定の有無 等

留意点

- 市町村の職員等が標準化された方法で評価
- 長い場合2年に1度の更新
- 各項目2-6段階の評価
- 「介護の手間」を反映する要介護基準時間へ換算可能

留意点

- 提供されたケア等の内容は、報酬請求の範囲内で類推可能

介護保険総合データベース(介護DB)の概要

①介護DBとは 2013年より

介護給付費明細書(介護レセプト)等の電子化情報を収集し、厚生労働省が管理するサーバー内へ格納(平成25年度から運用開始)。

<収集目的> 介護保険事業計画等の作成・実施等及び国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため

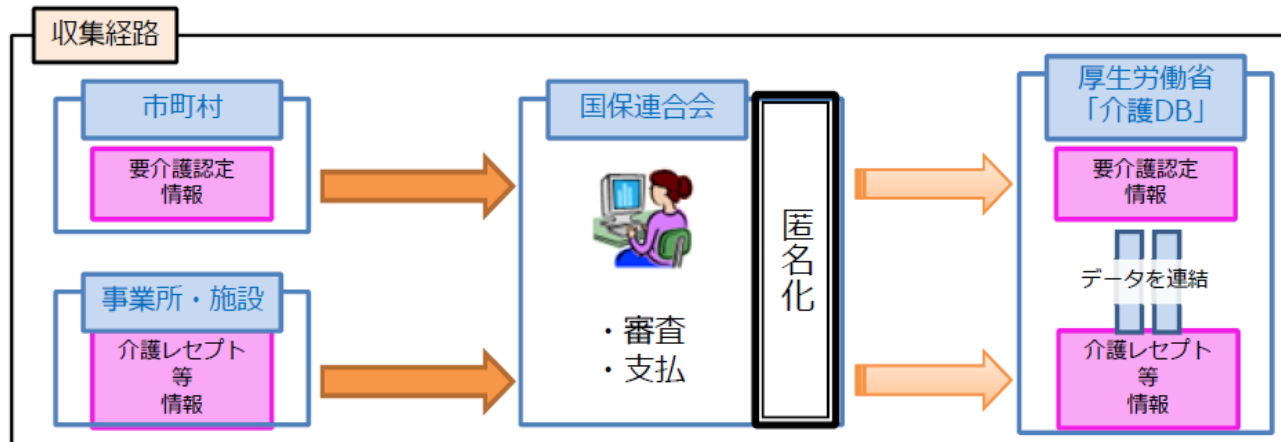
<保有主体> 厚生労働大臣

②保有情報

要介護認定情報、介護レセプト等情報

③平成28年7月よりこれまでの利用状況

- 全国の介護保険者の特徴や課題、取組等を始めとする、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有する「地域包括ケア『見える化』システム」において利用
- 平成30年度より、「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」に基づきデータの第3者提供を実施



NDB、介護DBの連結解析等

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。
《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

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

(1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

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

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

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

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

(2) 情報の適切な利用の確保

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

(3) 手数料、事務委託

- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。
※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。
- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

2. DPCデータベース【健康保険法】

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

②VISIT

通所・訪問リハの質の評価収集等事業

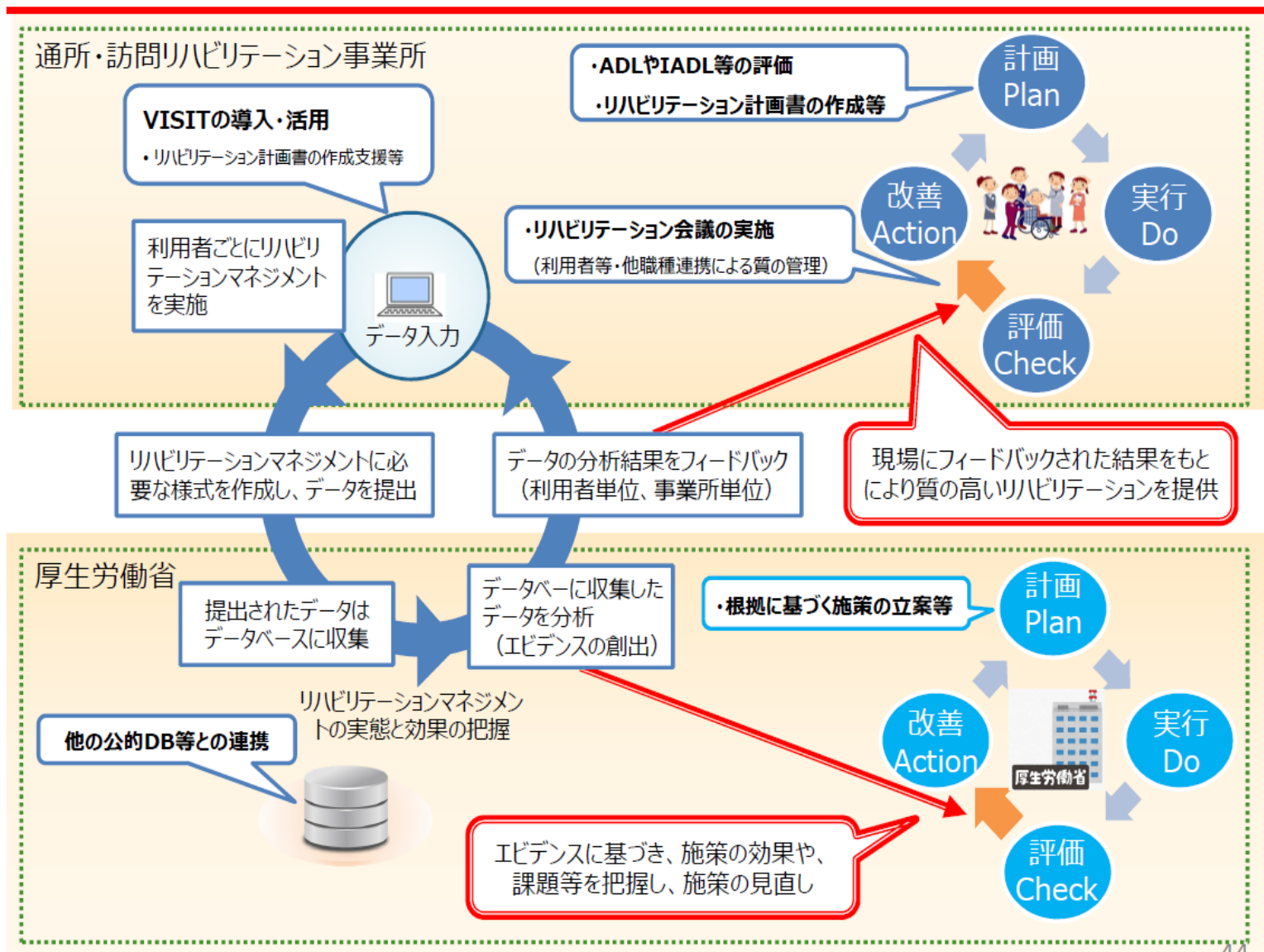
介護領域のデータベースの内容



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データ

- 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの介護報酬において、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のSPDCAサイクルを通じて、心身機能、活動及び参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションが提供されるよう継続的に管理することを評価した「リハビリテーションマネジメント加算」等が存在。
 - 事業所がリハビリテーションマネジメント加算等を算定する場合、以下の文書を定められた様式で作成することが必要。
 - 様式1：興味・関心チェックシート
 - 様式2：リハビリテーション計画書 (アセスメント)
 - 様式3：リハビリテーション計画書
 - 様式4：リハビリテーション会議録
 - 様式5：プロセス管理票
 - 様式6：生活行為向上リハビリテーション実施計画
- リハマネ加算(I)を算定する場合
- リハマネ加算(II)を算定する場合
- 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合
- 通所・訪問リハビリテーションの質のデータ収集等事業においては、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、かつその内容を国に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。
 - 現在、100カ所弱の事業所が参加。今後、参加事業所数を拡大していく予定。

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

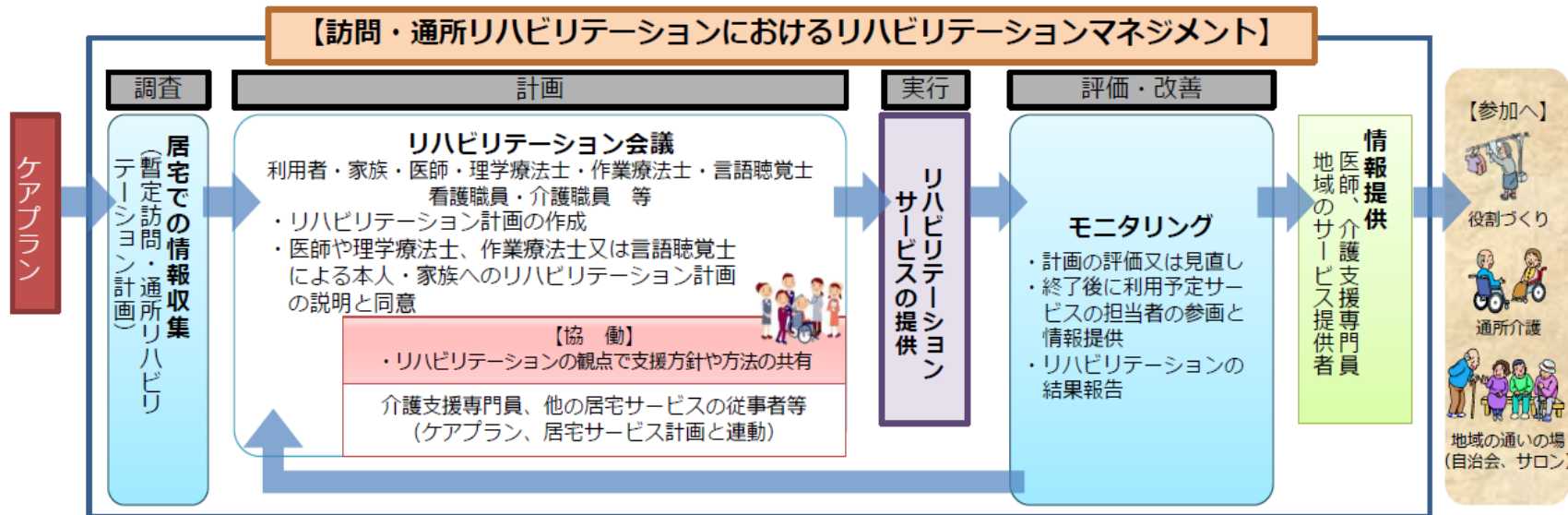
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料1 改変

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の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)

【医師の詳細な指示の明確化】

- ・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以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・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。

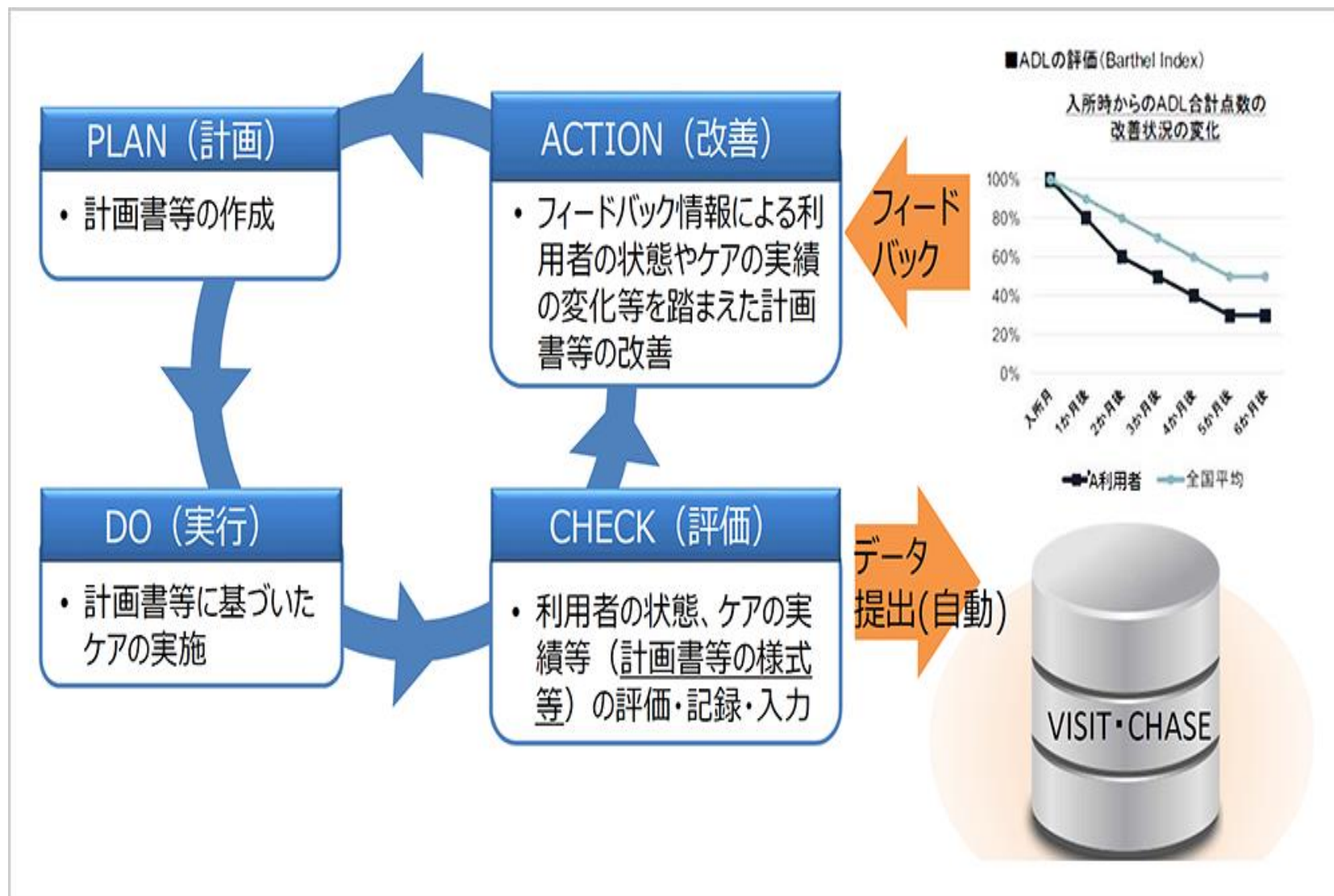
【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

- ・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計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【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) → 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

VISITからのフィードバック



11. 通所リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

単位数

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

6月以内 1020単位/月

6月以降 700単位/月

⇒

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

6月以内 1220単位/月(新設)

6月以降 900単位/月(新設)

※3月に1回を限度とする

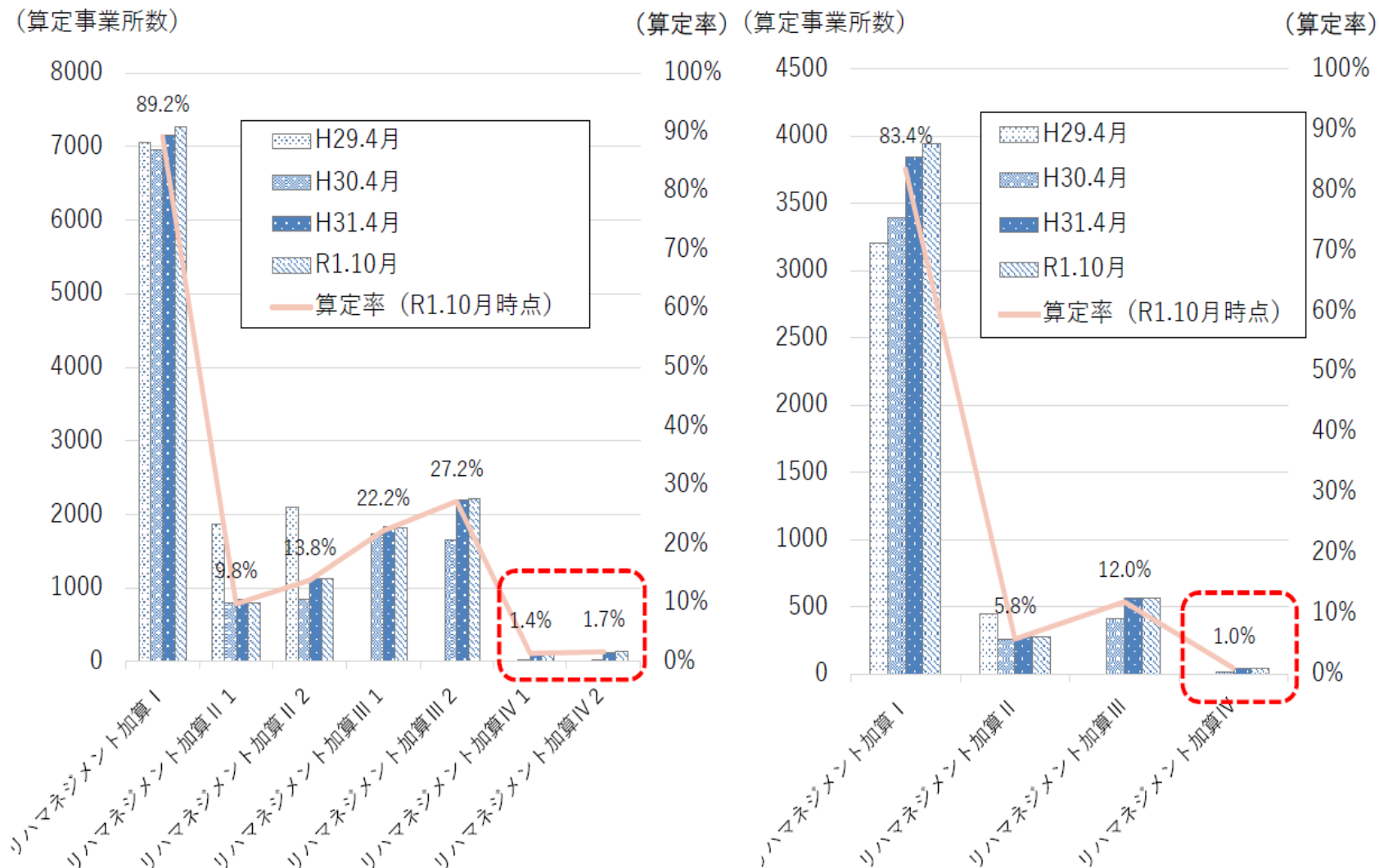
算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、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に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定状況

通所リハビリテーション

訪問リハビリテーション

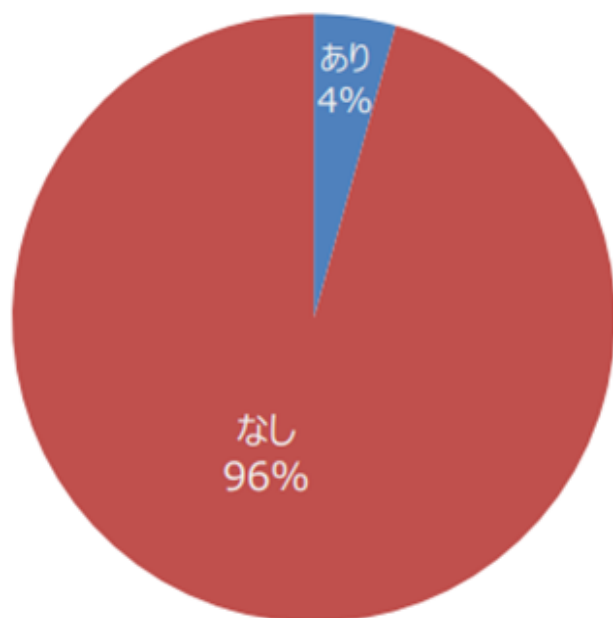


※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから任意集計
 ※算定率は、当該月の加算算定事業所/請求事業所数により算出した

訪問リハビリテーション事業所におけるVISITシステムの導入状況

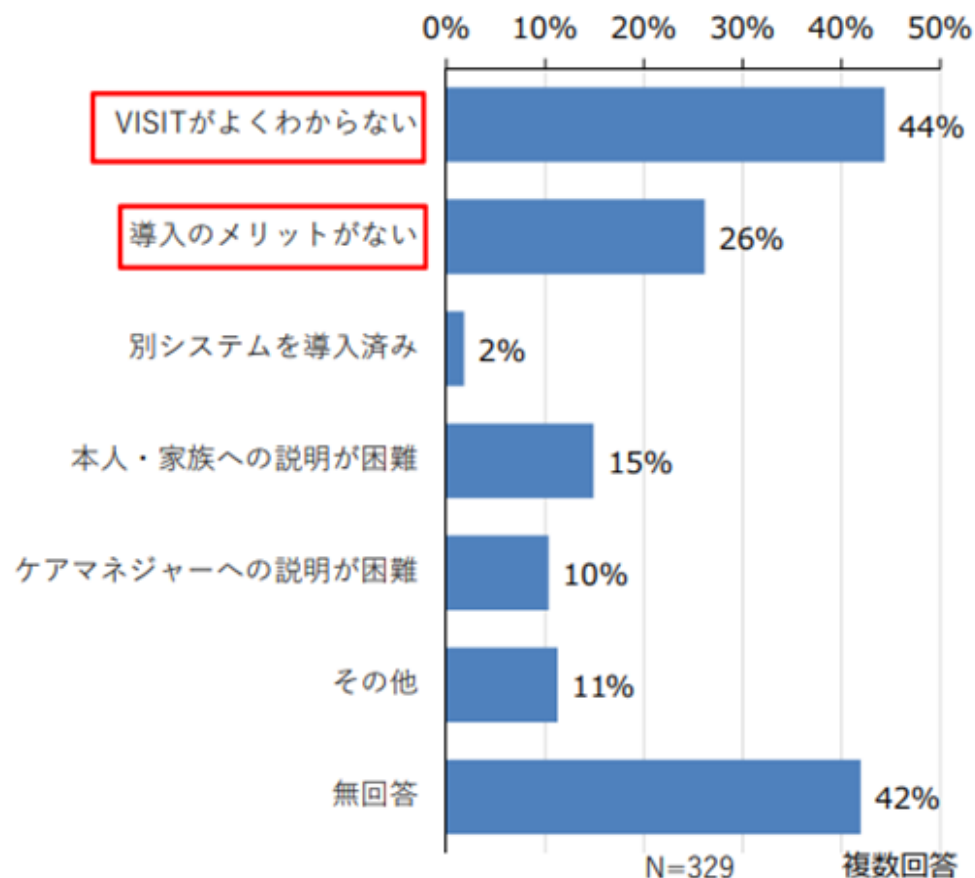
- 訪問リハビリテーション事業所におけるVISIT導入の割合は4%にとどまっている。導入していない理由とし、VISITがよくわからない、導入のメリットがない、などが挙げられた。

VISIT導入の有無



N=344

VISITを導入していない理由



(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査)

VISITの利用促進等における課題

利用者の情報をVISITに入力する負担

事業所数	大きい	大きい どちらかといえば	どちらでもない	小さい どちらかといえば	小さい	無回答
111	62	36	8	-	2	3
100.0%	55.9%	32.4%	7.2%	-	1.8%	2.7%



入力する負担を感じる理由（複数選択可）

事業所数	理解 VISITについての	PC 端末等の準備 VISITに入力する	収集 入力する利用者の情報の	入力 作業 VISITへのデータ	その他	分からない
98	13	18	40	97	9	-
100.0%	13.3%	18.4%	40.8%	99.0%	9.2%	-

介護記録ソフトからのデータ連携機能の活用状況

事業所数	活用している	活用していない
111	26	85
100.0%	23.4%	76.6%



データ連携機能未活用の理由（複数選択可）

事業所数	知らな なかったため	イン ポート機能があることを 分から なかったため	イン ポート機能の操作 方法が 分から なかったため	使用 している介護ソフトがVIS ITのイン ポート機能に 対応して いないため	その他	特に理由はない	分からない
85	17	27	39	18	5	-	
100.0%	20.0%	31.8%	45.9%	21.2%	5.9%	-	

フィードバックの利活用について

○ VISIT を活用している目的

図表 11 VISIT 活用の目的（複数選択可）

事業所数	フィードバック機能を利用するため	利用者の帳票を作成するため	利用者の情報を記録・保存するため	リハビリテーションマネジメント加算を取得するため	その他	分からない
111	33	11	28	108	5	-
100.0%	29.7%	9.9%	25.2%	97.3%	4.5%	-

○ 利用者フィードバック機能の活用目的

図表 25 利用者フィードバック機能の活用目的（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を「活用している」と回答した事業所のみ対象）

事業所数	リハビリ会議の資料として活用している	職員の振り返りの資料として活用している	利用者や家族と共有している	介護支援専門員と共有している	主治医と共有している	その他
26	7	14	8	3	2	4
100.0%	26.9%	53.8%	30.8%	11.5%	7.7%	15.4%

図表 27 どのような分析機能があれば活用したいと思うか（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を活用していない理由として「活用したい分析がないため」と

回答した事業所のみ対象）

事業所数	時系列分析の拡充	事業所の他の利用者との比較分析	他の施設の利用者との比較分析	その他	分からない	無回答
29	11	5	10	9	7	2
100.0%	37.9%	17.2%	34.5%	31.0%	24.1%	6.9%

③CHASE

介護に関するサービス・状態等を収集する
データベース

第3のデータベースCHASEの項目が決まる！
2020年からの運用開始を目指す

2019年7月4日
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

CHASE 初期仕様で収集する「基本項目」

分類	項目名称
総論	保険者番号
	被保険者番号
	事業所番号
	性別
	生年月日
	既往歴（※ 1）
	服薬情報（※ 2）
	同居人等の数・本人との関係性
	在宅復帰の有無
	褥瘡の有無・ステージ
バーセルインデックス	
認知症	認知症の既往歴等（※ 3）
	DBD13（認知症行動障害尺度）（※ 4）
	Vitality Index（※ 4）
口腔	食事の形態（※ 5）
	誤嚥性肺炎の既往歴等（※ 6）
栄養	身長（※ 7）
	体重（※ 7）
	栄養補給法
	提供栄養量_エネルギー（※ 8）
	提供栄養量_タンパク質（※ 8）
	主食の摂取量（※ 9）
	副食の摂取量（※ 9）
	血清アルブミン値（※ 10）
	本人の意欲（※ 11）
	食事の留意事項の有無（※ 11）
	食事時の摂食・嚥下状況（※ 11）
	食欲・食事の満足感（※ 11）
	食事に対する意識（※ 11）
多職種による栄養、ケアの課題（※ 11）	

（※ 1）新規診断を含む。主治医意見書等からの情報と連携できるよう今後検討していく必要性あり

（※ 2）主たる介護者等についても記載を検討する必要あり

（※ 3）新規診断を含む

（※ 4）前提として、モデル事業等において更なる項目の整理を行う

（※ 5）前提として、主食、副食、モデル事業等において形態の分類を整理

（※ 6）新規発症を含む

（※ 7）計測が容易にできる場合のみ

（※ 8）給食システムとの連携等で自動取得が望ましい

（※ 9）原則、給食システム等と連携できる場合や、取得している加算の様式例等に含まれる場合のみ

（※ 10）検診等の情報を取得できる場合のみ

（※ 11）取得している加算の様式例等に含まれる場合のみ

CHASEにおける基本的な項目と関連する現行の加算等

総論 (ADL等)

項目名称
保険者番号
被保険者番号
事業所番号
性別
生年月日
既往歴
服薬情報
同居人等の数・本人との関係性
在宅復帰の有無
褥瘡の有無・ステージ
Barthel Index

関連する加算等

- ・(各サービスの基本報酬)
- ・リハビリテーションマネジメント加算
- ・個別機能訓練加算
- ・ADL維持等加算
- ・排せつ支援加算
- ・褥瘡マネジメント加算

等

栄養

項目名称
身長
体重
栄養補給法
提供栄養量_エネルギー
提供栄養量_タンパク質
主食の摂取量
副食の摂取量
血清アルブミン値
本人の意欲
食事の留意事項の有無
食事時の摂食・嚥下状況
食欲・食事の満足感
食事に対する意識
多職種による栄養ケアの課題

関連する加算等

- ・栄養マネジメント加算
- ・低栄養リスク改善加算
- ・再入所時栄養連携加算
- ・栄養スクリーニング加算
- ・栄養改善加算
- ・居宅療養管理指導費 (管理栄養士)

等



口腔・嚥下

項目名称
食事の形態
誤嚥性肺炎の既往歴等

関連する加算等

- ・口腔衛生管理体制加算
- ・口腔衛生管理加算
- ・居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)
- ・口腔機能向上加算
- ・経口維持加算
- ・経口移行加算

等

認知症

項目名称
認知症の既往歴等
DBD13※
Vitality Index※

関連する加算等

- ・認知症加算
- ・若年性認知症利用受入加算
- ・認知症行動・心理症状緊急対応加算
- ・認知症情報提供加算
- ・重度認知症疾患療養体制加算
- ・認知症ケア加算
- ・認知症専門ケア加算
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

等

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

ADL維持等加算(平成30年度介護報酬改定)

社保審-介護給付費分科会

第185回
(R2.9.14)

資料

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

2018年改定で導入されたアウトカム評価

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度から前年度までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したBarthel Indexから評価対象利用開始月に測定したBarthel Indexを控除して得た値。

注5 端数切り上げ

ADL維持等加算(Ⅰ) **3単位/月（新設）**

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（(Ⅰ)(Ⅱ)は各月でいずれか一方のみ算定可。）

ADL維持等加算(Ⅱ) **6単位/月（新設）**

Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

BI (バーセルインデックス) の概要		
項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トレイあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介護器具をつけることができ、適切な時間内で食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰を掛ける動作がすべて自立
	10点	どの段階かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
整容	0点	全介助
	5点	自立（洗面、歯磨き、整髪、ひげそり）
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末も含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレットペーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立（浴槽につかる、シャワーを使う）
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上歩行可能、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴・ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にてできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

通所介護の加算算定率

	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：回・日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：1単位)
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 *	5/100	295	1.2%	2,700	0.0%	790,000
入浴介助加算 *	50	22,517	94.5%	8,802,400	71.5%	440,104,000
中重度者ケア体制加算 *	45	4,487	18.8%	2,789,200	22.6%	125,515,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算なし)	200	295	1.2%	51,000	0.4%	5,772,000
新 生活機能向上連携加算(個別機能訓練加算あり)	100	923	3.9%			
個別機能訓練加算 (Ⅰ) *	46	6,768	28.4%	3,153,500	25.6%	145,059,000
個別機能訓練加算 (Ⅱ) *	56	9,480	39.8%	3,466,900	28.1%	194,145,000
新 ADL維持等加算 (Ⅰ)	3	36	0.2%	2,000	0.0%	6,000
新 ADL維持等加算 (Ⅱ)	6	26	0.1%	1,400	0.0%	9,000
認知症加算 *	60	1,920	8.1%	371,700	3.0%	22,299,000
若年性認知症利用者受入加算 *	60	181	0.8%	2,800	0.0%	170,000
栄養改善加算	150	141	0.6%	1,500	0.0%	231,000
新 栄養スクリーニング加算	5	347	1.5%	3,600	0.0%	18,000
口腔機能向上加算	150	2,419	10.2%	92,700	0.8%	13,898,000
同一建物減算 *	-94	-	-	1,792,700	14.6%	-168,517,000
送迎減算	-47	-	-	577,300	4.7%	-27,162,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	18	8,356	35.1%	4,386,600	35.6%	78,959,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	12	2,053	8.6%	1,149,700	9.3%	13,796,000
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6	5,177	-	2,698,100	21.9%	16,188,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	59/1000	18,310	76.9%	997,500	8.1%	465,027,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	43/1000	2,254	9.5%	102,500	0.8%	35,685,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	23/1000	1,676	7.0%	67,000	0.5%	13,275,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	90/100	106	0.4%	4,400	0.0%	784,000
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ)	80/100	128	0.5%	5,400	0.0%	890,000
生活相談員配置等加算 *	13	22	0.1%	600	0.0%	8,000

※ *は日数を算定

※ 算定事業所数：介護保険総合データベースについて任意集計を実施。

※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／通所介護算定事業所数

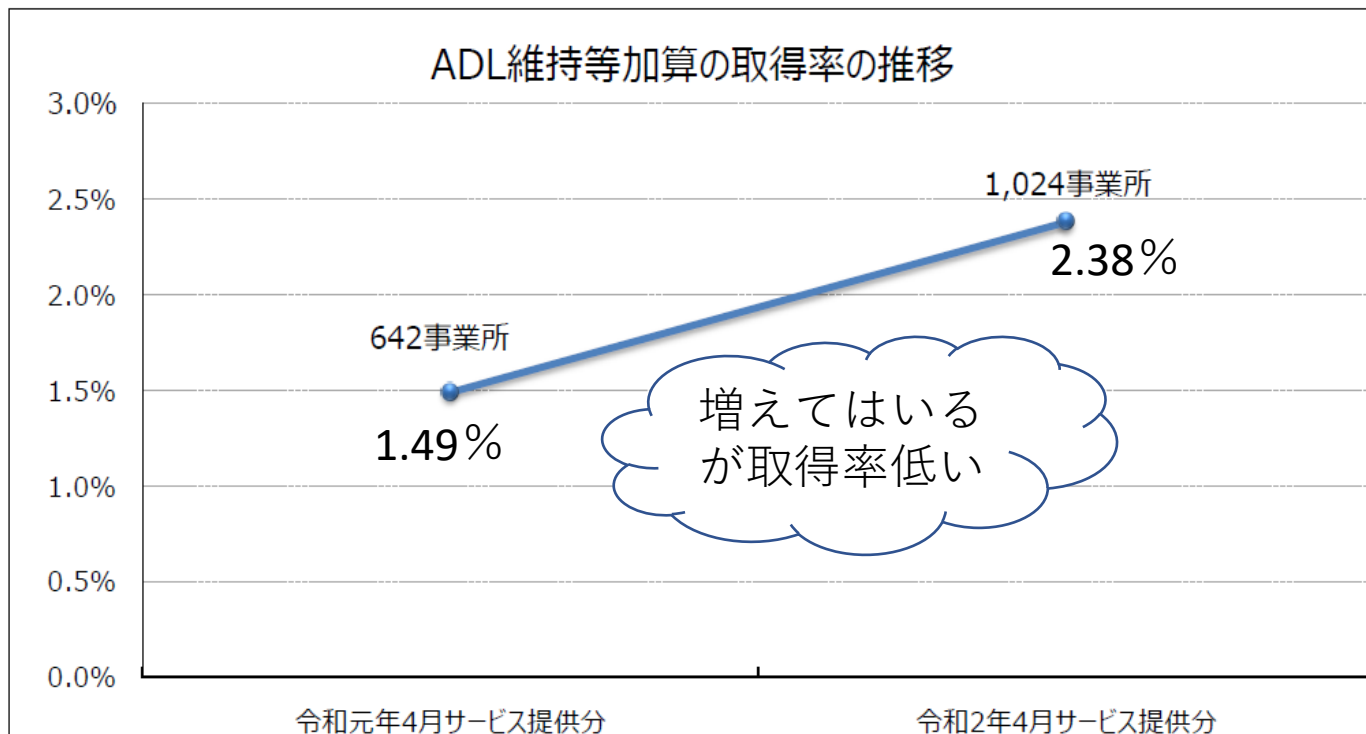
※ 算定回数・日数：介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分）

※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／通所介護算定総回数

ADL維持等加算の算定状況

- 平成30年度介護報酬改定で新設したADL維持等加算の算定施設数は1年間で1.5倍以上に増加。

	令和元年4月サービス提供分		令和2年4月サービス提供分	
	算定施設数	取得率	算定施設数	取得率
通所介護・地域密着型 通所介護事業所※	642	1.49%	1,024	2.38%



※通所介護および地域密着型通所介護の合計値。

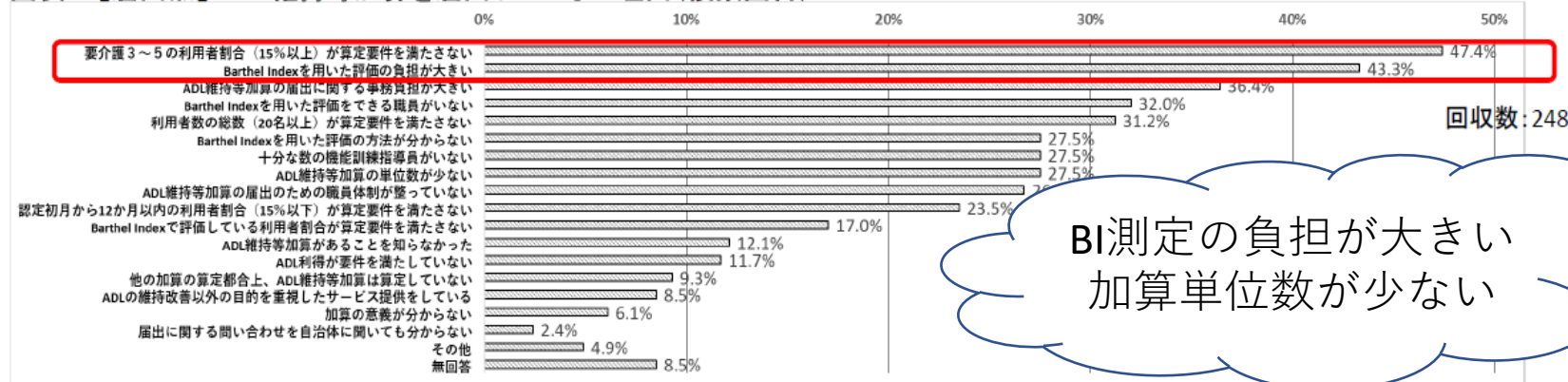
出典：老人保健課作成：介護保険総合データベースより集計

①ADL維持等加算の要件について:ADL維持等加算の課題等 (B. 事業所調査:事業所票)

- ADL維持等加算を届出していない理由は、「要介護度3～5の利用者割合が算定要件(15%以上)を満たさない」が47.4%、「Barthel Indexを用いた評価の負担が大きい」が43.3%であった。
- ADL維持等加算について緩和・改善してほしいことを確認したところ、届出・請求の状況によらず「加算単位数」が最も多く、請求がある事業所では82.1%であった。届出のみしている事業所についても、ADL維持等加算を請求していない理由は「加算単位数が少ない」ことの割合が最も多く、34.9%(適合あり)、40.3%(適合なし)であった。
- ヒアリング調査からは、ADL維持等加算の算定にあたっての手続きが煩雑であるとの意見が複数得られた。

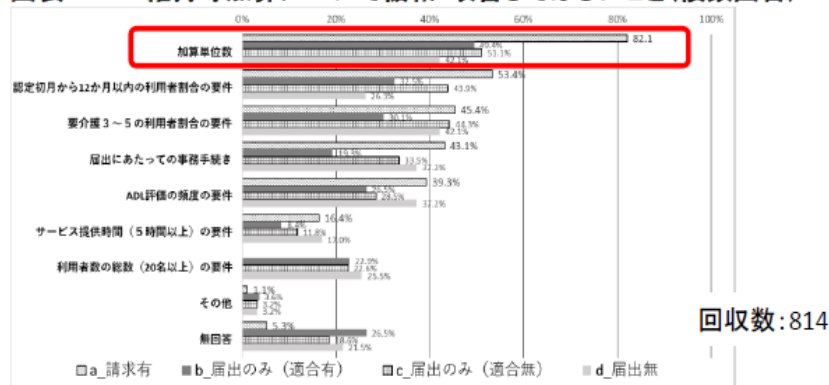
※事業所票 問5 (1)(2) ADL維持等加算の課題等(各票共通)

図表 6【届出無】ADL維持等加算を届出していない理由(複数回答)

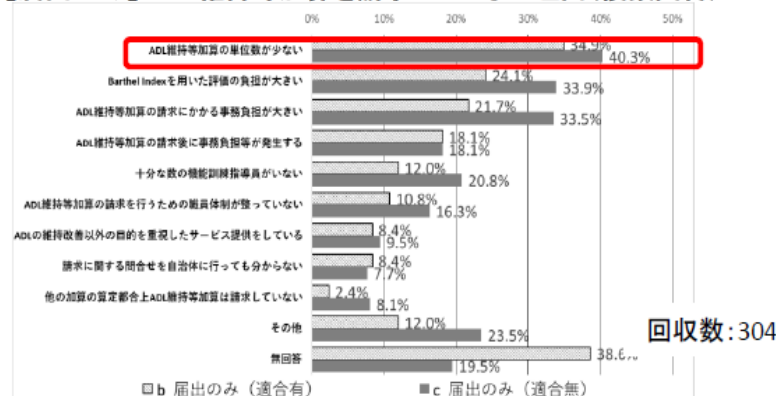


BI測定の負担が大きい
加算単位数が少ない

図表 7 ADL維持等加算について緩和・改善してほしいこと(複数回答)



図表 8【届出のみ】ADL維持等加算を請求していない理由(複数回答)



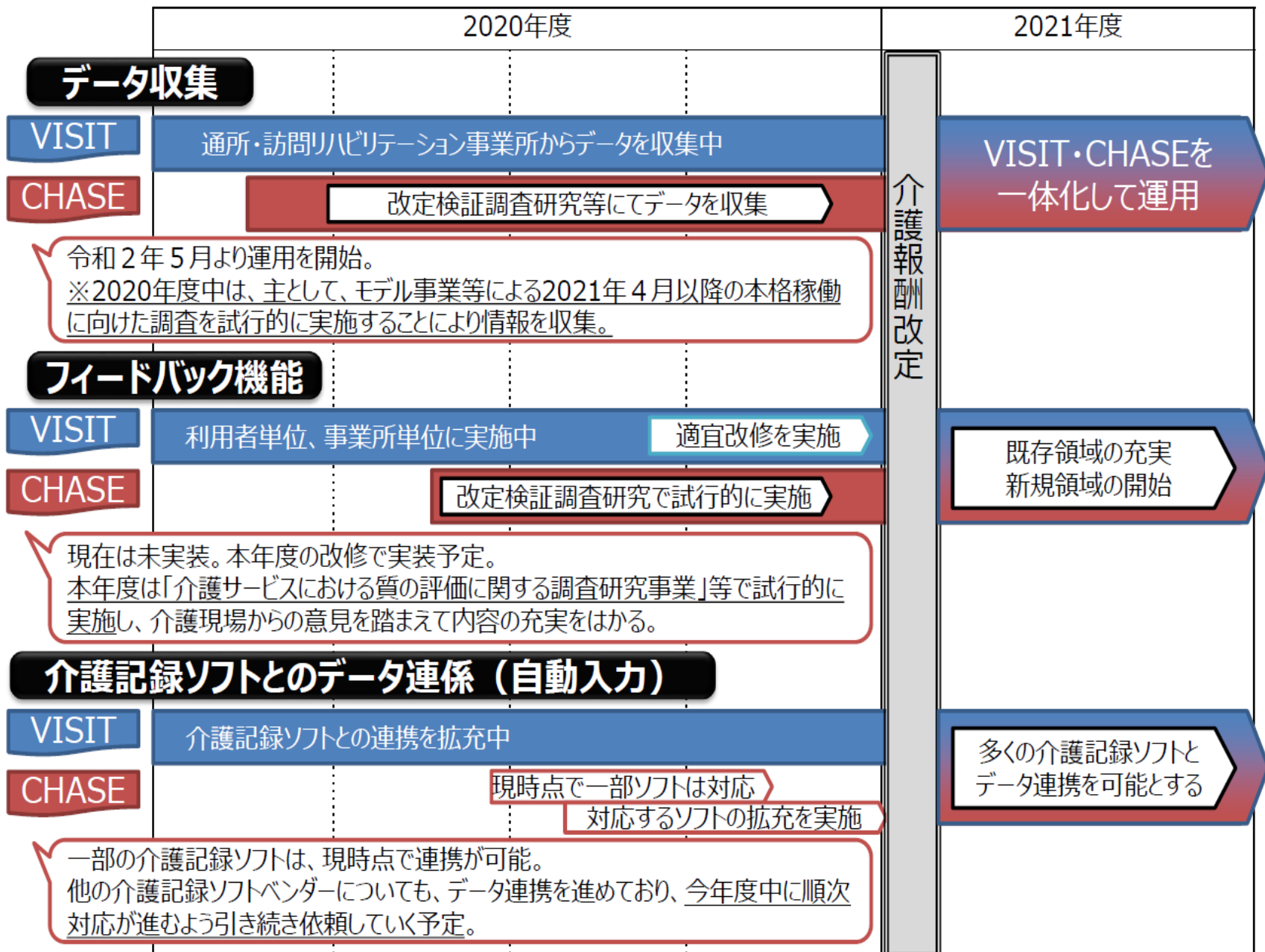
a 請求有: ADL維持等加算を請求している事業所、b 届出のみ(適合有): ADL維持等加算の算定要件に適合しているが、加算の請求はしていない事業所
c 届出のみ(適合無): ADL維持等加算の届出をしているが、算定要件に適合していない事業所、d 届出無: ADL維持等加算の届出をしていない事業所

ADL維持等加算の見直し案

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

※ 既存のADL維持等加算の体制届出を申請した事業所については、一定期間の経過措置を検討。53

VISIT・CHASEの現状と今後のスケジュール(イメージ)



介護報酬改定

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・CHASEにおけるデータ入力省力化について(イメージ)

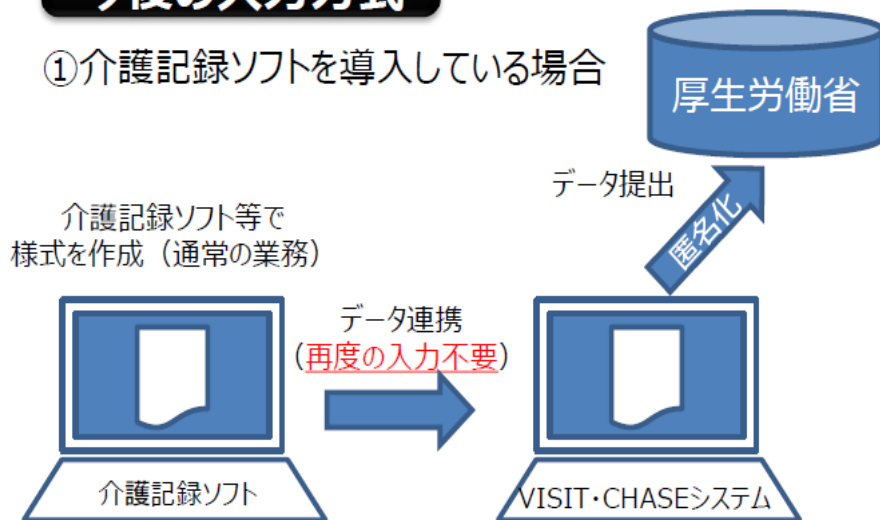
- 今後はVISIT (通所・訪問リハビリテーション) ・CHASE (全サービス) へのデータ入力・フィードバックについては機能を統合する。
- 介護記録ソフトとのデータ連携により、統合したデータベースシステムへのデータ入力に係る現場の負担を軽減。
- 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

従前のVISIT

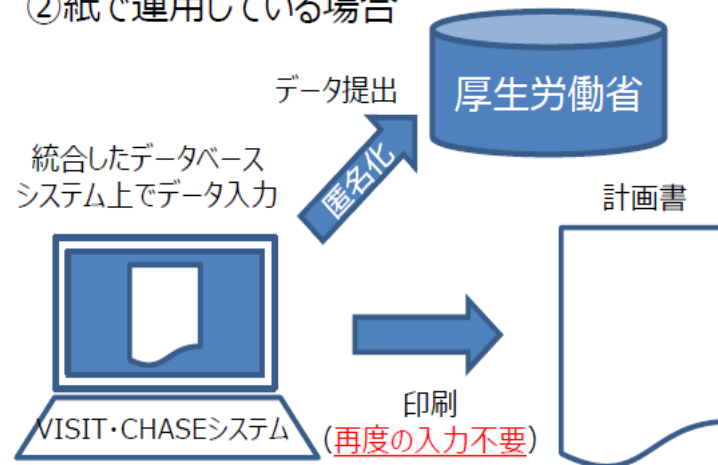


今後の入力方式

①介護記録ソフトを導入している場合

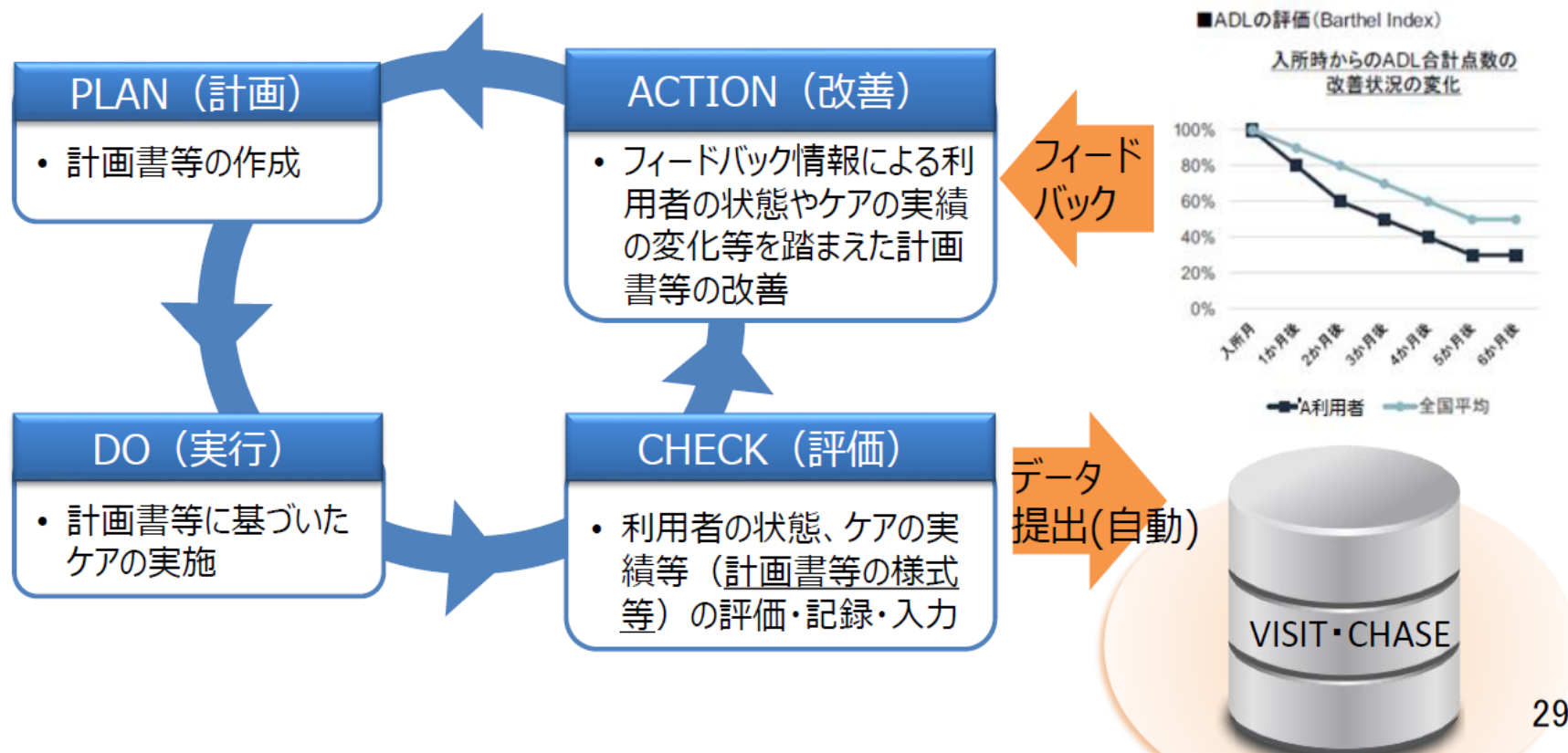


②紙で運用している場合

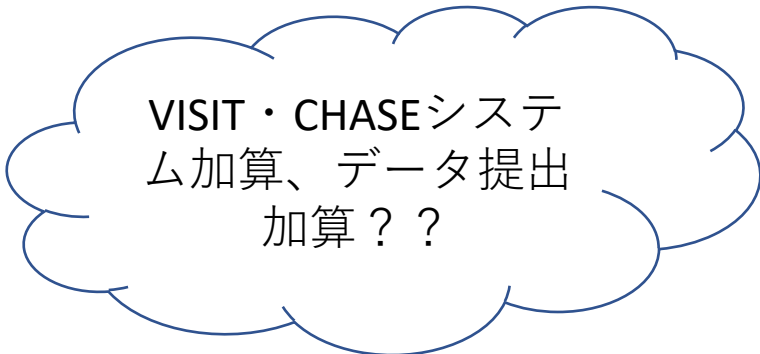


VISIT・CHASEによる科学的介護の推進(イメージ)

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



2021年改定では
VISIT,CHASEの普及促進の
ための加算が一つの目玉
になるだろう

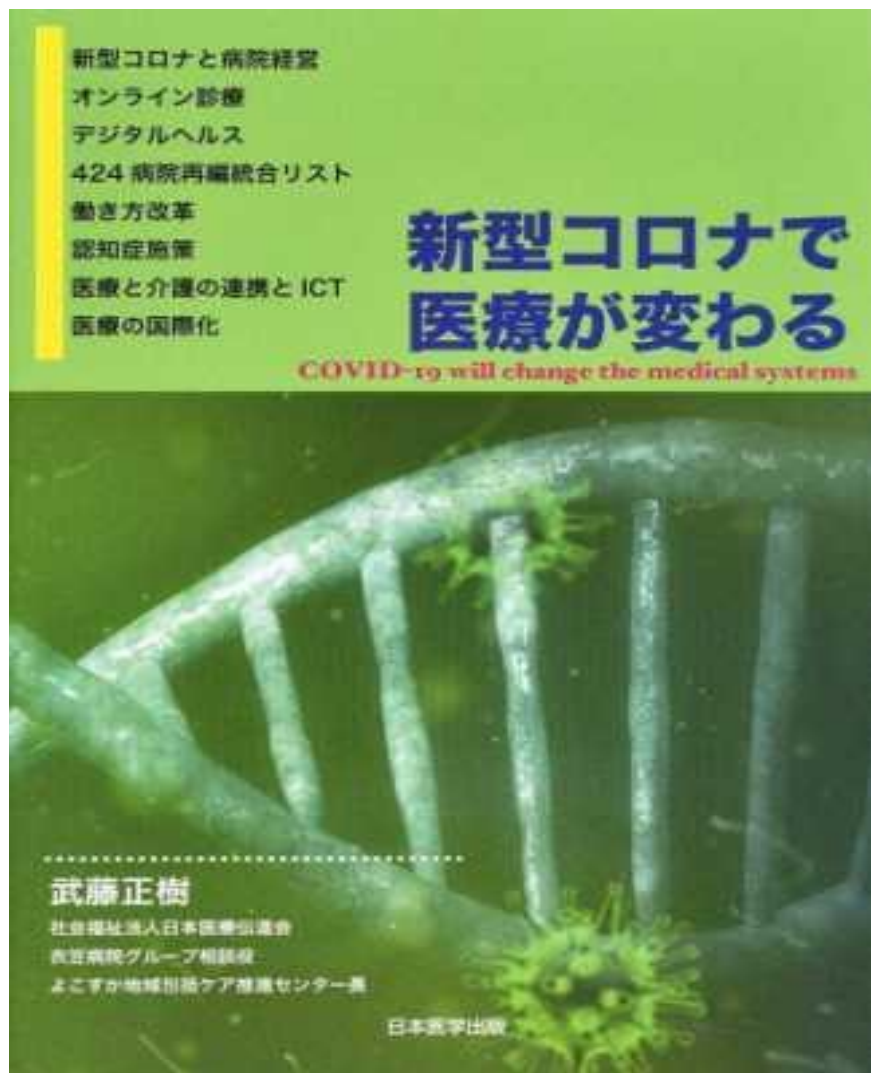


VISIT・CHASEシステ
ム加算、データ提出
加算??

今日のまとめ

- 2021年介護報酬改定のポイント！
- コロナ対策強化、定員緩和、ロボット・ICT
- 介護DB、VISIT、CHASEで科学的介護を！
- 科学的介護データベースでアウトカム評価を

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp