

### 3 介護報酬改定内容(サービス毎)

## 介護老人保健施設

# ① 認知症専門ケア加算等の見直し

認知症専門ケア加算(通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護においては認知症加算)の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修(※1)を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師(※2)を、加算の配置要件の対象に加える。

## ※1 認知症ケアに関する専門研修

認知症専門ケア加算(Ⅰ):認知症介護実践リーダー研修

認知症専門ケア加算(Ⅱ):認知症介護指導者養成研修

認知症加算:認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修

## ※2 認知症ケアに関する専門性の高い看護師

①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

## ③ 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。

# ① 認知症専門ケア加算等の見直し

認知症専門ケア加算(通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護においては認知症加算)の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修(※1)を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師(※2)を、加算の配置要件の対象に加える。

## ※1 認知症ケアに関する専門研修

認知症専門ケア加算(Ⅰ):認知症介護実践リーダー研修

認知症専門ケア加算(Ⅱ):認知症介護指導者養成研修

認知症加算:認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修

## ※2 認知症ケアに関する専門性の高い看護師

①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

# ① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬(介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護(介護老人保健施設によるものを除く))や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

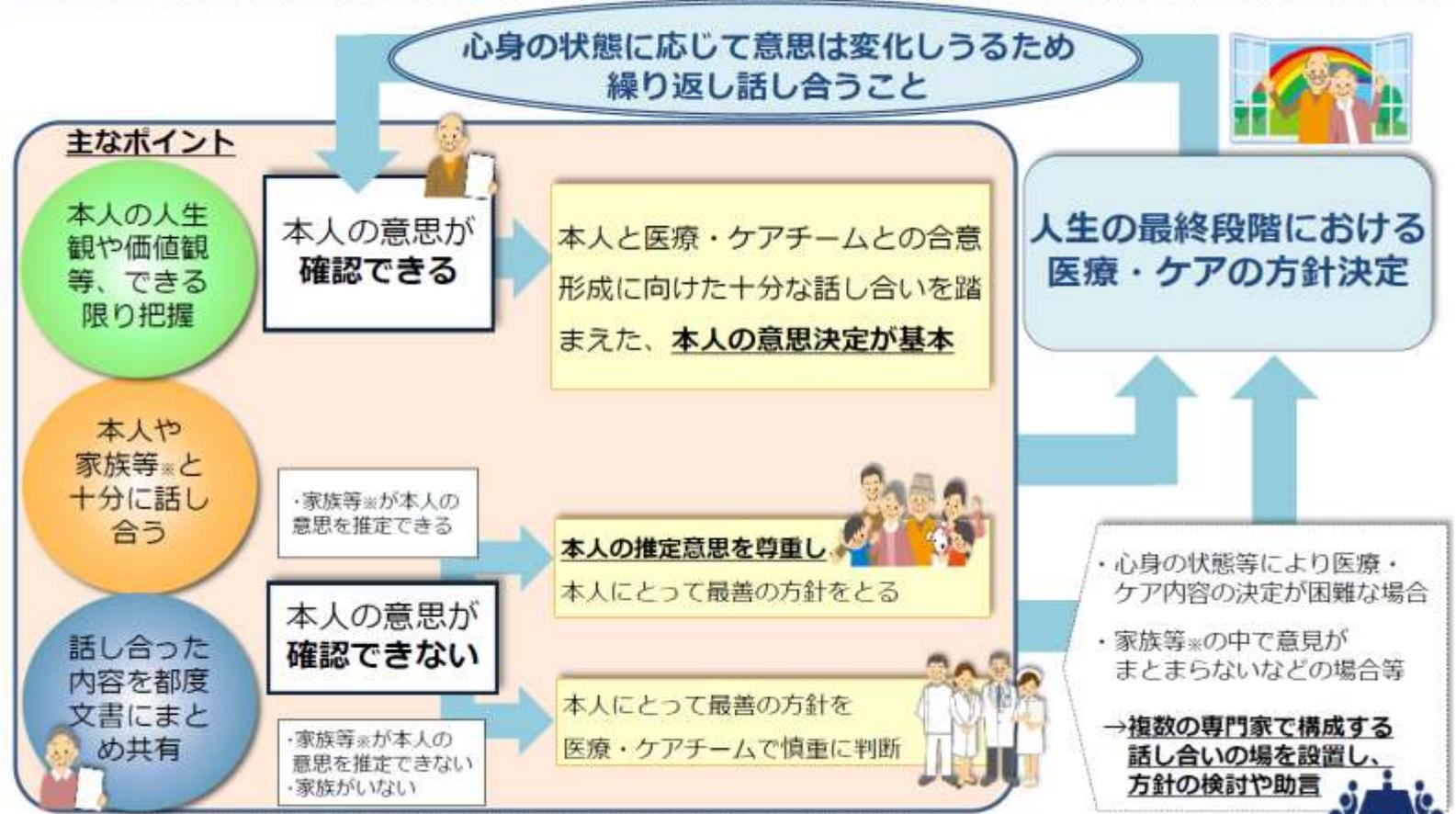
施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。

- ターミナルケアに係る要件として、以下の内容等を通知等に記載する。
  - ・「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。
- 施設サービス計画の要件として、以下の内容等を運営基準の通知に記載する。
  - ・施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

# ① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

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

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



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



### ③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実

介護老人保健施設における中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、**ターミナルケア加算**の算定要件の見直しを行うとともに、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける。  
あわせて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求めることとする。

	<現行>		<改定後>	
ターミナル ケア加算	死亡日30日前～4日前	160単位/日	死亡日45日前～31日前	80単位/日(新設)
	死亡日前々日、前日	820単位/日	死亡日30日前～4日前	160単位/日
	死亡日	1,650単位/日	死亡日前々日、前日	820単位/日
			死亡日	1,650単位/日
※介護療養型老人保健施設の場合は		死亡日前々日、前日	850単位/日	(改定なし)
		死亡日	1,700単位/日	

### ③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実

- **ターミナルケア加算**に係る要件として、以下の内容等を通知等に記載する。
  - ・「**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。
  - ・看取りに関する協議の場の参加者として、**生活相談員**を明記する。
- **施設サービス計画の要件**として、以下の内容等を運営基準の通知に記載する。
  - ・施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。



## ⑤ 短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する新たな加算を創設する。

### 総合医学管理加算 275単位/日(新設)

治療管理を目的とし、以下の基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算。

- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、処置を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、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。

# ⑦ 退所前連携加算の見直し

介護老人保健施設の入所者の早期の在宅復帰を促進する観点から、退所前連携加算について、現行の取組に加え、入所前後から入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合の区分を設定する。

現行相当の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。



## <入退所前連携加算(Ⅰ)>

イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。

ロ 入所者の入所期間が1月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行うこと。(※現行の退所前連携加算の要件)

## <入退所前連携加算(Ⅱ)>

- ・入退所前連携加算(Ⅰ)のロの要件を満たすこと。

# ⑧ 所定疾患施設療養費の見直し

所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者により適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、算定要件や算定日数、対象疾患等を見直しを行う。

## <現行>

### 算定要件

入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。

### 入所者の要件

イ 肺炎の者、ロ 尿路感染症の者、  
ハ 带状疱疹の者  
(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。)

### 算定日数(所定疾患施設療養費(Ⅱ))

1月に1回、連続する7日を限度

## <改定後>

入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。)に算定。

イ 肺炎の者、ロ 尿路感染症の者、  
ハ 带状疱疹の者、ニ 蜂窩織炎の者

1月に1回、連続する10日を限度

※所定疾患施設療養費(Ⅱ)の算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。

## ⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

かかりつけ医連携薬剤調整加算について、介護老人保健施設において、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。

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

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

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

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位



<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 100単位(新設)

(入所時・退所時におけるかかりつけ医との連携への評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位(新設)

(Ⅰに加えて、LIFEを活用したPDCAサイクルの推進への上乘せの評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位(新設)

(Ⅱに加えて、減薬に至った場合の上乗せの評価)

LIFE

LIFE

## ⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

### <かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)>

- ・介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ・入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方の内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- ・入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

### <かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)>

- ・(Ⅰ)を算定していること。
- ・入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法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。

### <かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)>

- ・(Ⅰ)と(Ⅱ)を算定していること。
- ・6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- ・退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

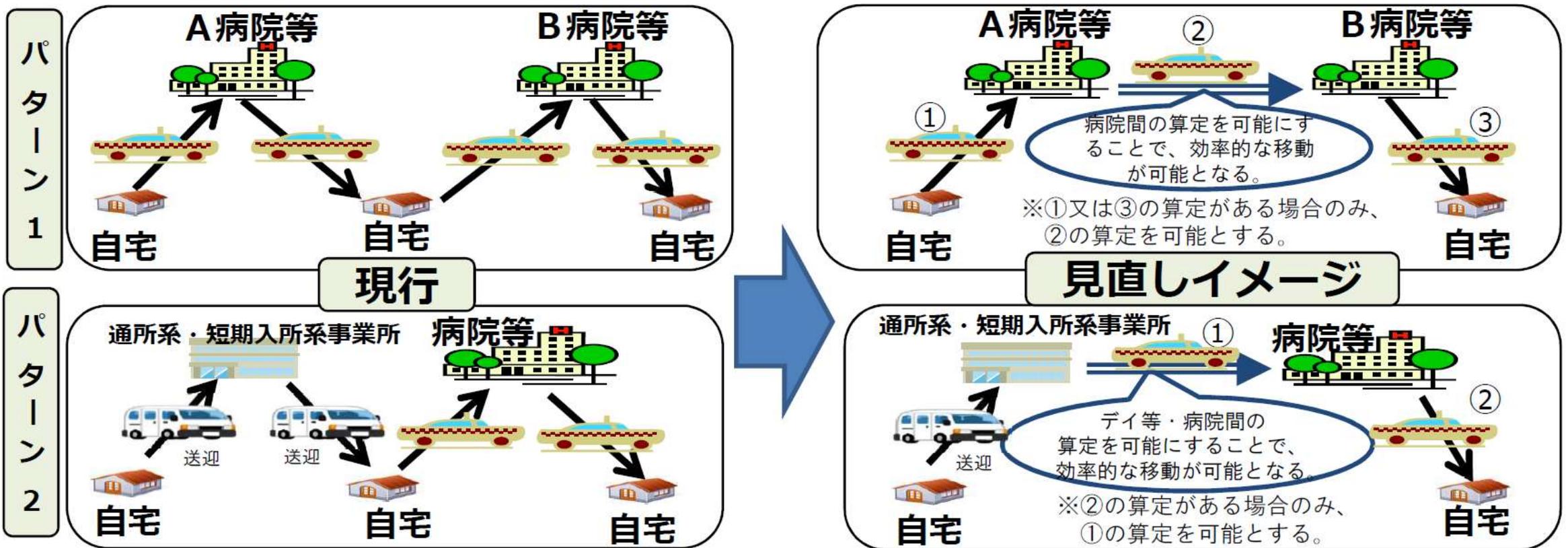
# ① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

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

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

# ① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

・車両への乗降介助等が介護保険の対象  
移送に係る運賃は介護保険の対象外



## ⑤ 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実

短期入所  
療養介護

在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、短期入所療養介護の緊急短期入所受入加算について、短期入所生活介護における同加算と同様に、「7日以内」とされている受入日数の要件について、「7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。

○ 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日(利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日)を限度として、1日につき90単位を所定単位数に加算する。

⑦

## 退院・退所時のカンファレンスにおける 福祉用具専門相談員等の参画促進

退院・退所時のスムーズな福祉用具貸与の利用を図る観点から、居宅介護支援の退院・退所加算や施設系サービスの退所時の支援に係る加算において求められる退院・退所時のカンファレンスについて、退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合には、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参画することを明確化する。

○ 居宅介護支援における退院・退所加算のカンファレンスの要件について、以下の内容を通知に記載する。

・退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの。

# ① 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し

個室ユニット型施設において、ケアの質を維持しつつ、人材確保や職員定着を目指し、ユニットケアを推進する観点から、1ユニットの定員を、夜間及び深夜を含めた介護・看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めることを求めつつ、現行の「おおむね10人以下」から「原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの」とする。

○個室ユニット型施設における1ユニットの定員について、以下のとおり見直しを行う。

## <現行>

おおむね10人以下としなければならない。



## <改定後>

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

# ① 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し

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

○ 個室ユニット型施設における居室の基準(省令)について、以下のとおり見直しを行う。

<現行>

ユニットに属さない居室を改修したものについては、入居者同士の視線の遮断の確保を前提にした上で、居室を隔てる壁について、天井との間に一定の隙間が生じていても差し支えない



<改定後>

廃止

## ③ リハビリテーションマネジメント等の見直し

介護老人保健施設(リハビリテーションマネジメント)について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪問リハビリテーション等と同様に、LIFEへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進することを評価する新たな加算を創設する。

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/月(新設) 

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

# ⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。

口腔衛生管理加算について、LIFE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。

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

LIFE

# ⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

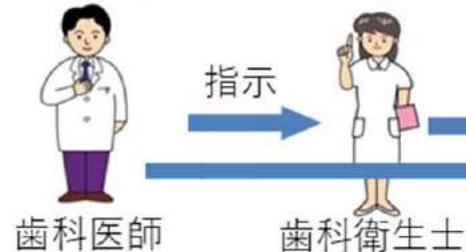
<運営基準> (※3年の経過措置期間を設ける)

- ・「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。
- ※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

<口腔衛生管理加算(Ⅱ)>

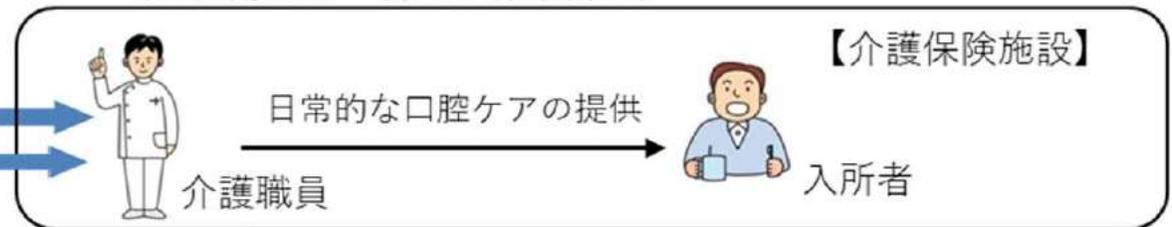
- ・加算(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<運営基準等における対応>



技術的助言・指導  
(年2回以上)

<口腔衛生等の管理に係る計画>



# ⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。

<現行>		<改定後>	
栄養マネジメント加算	14単位/日	 廃止 栄養ケア・マネジメントの未実施	14単位/日減算 <b>(新設)</b> (3年の経過措置期間を設ける)
		 栄養マネジメント強化加算	11単位/日 <b>(新設)</b> <span style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px 5px;">LIFE</span>
低栄養リスク改善加算	300単位/月	 廃止 変更なし	
経口維持加算	400単位/月		

## ⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

### <運営基準（省令）>

- （現行）栄養士を1以上配置→（改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置。
- 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。（3年の経過措置期間を設ける）

### <栄養マネジメント強化加算>

- 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

### <経口維持加算>

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

## ①⑥ 多職種連携における管理栄養士の関与の強化

介護保険施設において多職種連携で行う取組について、管理栄養士の役割や関与を強化する観点から、以下の見直しを行う。

- ・看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、介護保険施設における看取りへの対応に係る加算（看取り介護加算、ターミナルケア加算）又は基本報酬の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。
- ・褥瘡の発生や改善は栄養と大きく関わることを踏まえ、褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理の算定要件において、関与する専門職として管理栄養士を明記する。

# ① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進③

科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月(新設)	LIFE
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位/月(新設)	LIFE

## <科学的介護推進体制加算>

○ 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。

## ⑤ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実①

○ 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標と要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進するため、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設ける。

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

在宅復帰・在宅療養支援等指標	<現行>	<改定後>
⑤居宅サービスの実施数	2サービス 3点 1サービス 2点 0サービス 0点	2サービス (訪問リハビリテーションを含む) 3点 2サービス 1点 0、1サービス 0点
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5点 3以上 3点	5以上 (PT, OT, STいずれも配置) 5点 5以上 3点 3以上 2点

## ⑤ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実①

### 評価項目

リハビリテーション  
マネジメント

### 算定要件

a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

b: 医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。

## 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

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。

その際、LIFE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。

自立支援促進加算

300単位／月 (新設)

LIFE

## 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

○ 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。

## ② 褥瘡マネジメント加算等の見直し①

褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ・計画の見直しを含めた施設の継続的な取組を評価する観点から、毎月の算定を可能とする（介護医療院を除く）。
- ・現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、褥瘡の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
- ・CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

## ② 褥瘡マネジメント加算等の見直し①

### <現行>

褥瘡マネジメント加算 10単位/月  
(3月に1回を限度とする)



### <改定後>

褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設)  
 褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設)  
 (※ 加算 (I) (II) は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定)

LIFE

LIFE

#### <褥瘡マネジメント加算 (I) >

○ 以下の要件を満たすこと。

イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。

ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員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していること。

ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等ごとの状態について定期的に記録していること。

ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

#### <褥瘡マネジメント加算 (II) >

○ 褥瘡マネジメント加算 (I) の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

# ③ 排せつ支援加算の見直し①

排せつ支援加算（介護療養型医療施設を除く）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ・排せつ状態の改善が期待できる入所者等を漏れなく支援していく観点から、全ての入所者等に対して定期的な評価（スクリーニング）の実施を求め、事業所全体の取組として評価する。
- ・継続的な取組を促進する観点から、6か月以降も継続して算定可能とする。
- ・入所者等全員に対する排せつ支援の取組（プロセス）への評価に加え、排せつ状態の改善（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、定義や指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
- ・LIFE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。

<現行>

排せつ支援加算 100単位／月



<改定後>

排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位／月 **（新設）**  
 排せつ支援加算（Ⅱ） 15単位／月 **（新設）**  
 排せつ支援加算（Ⅲ） 20単位／月 **（新設）**

※ 排せつ支援加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定



## ③ 排せつ支援加算の見直し①

### <排せつ支援加算（Ⅰ）>

○ 以下の要件を満たすこと。

イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも六月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。

ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。

ハ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

### <排せつ支援加算（Ⅱ）>

○ 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、

- ・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
- ・又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。

### <排せつ支援加算（Ⅲ）>

○ 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、

- ・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
- ・かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

# ③ サービス提供体制強化加算の見直し

短期・施設

サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、見直しを行う。 ※ 資格・勤続年数要件

<現行>			<改定後>		
			新設	加算Ⅰ	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 <b>22単位/回</b>
加算Ⅰイ	介護福祉士60%以上	18単位/回	→	加算Ⅱ	介護福祉士60%以上 <b>18単位/回</b>
加算Ⅰロ	介護福祉士50%以上	12単位/回			
加算Ⅱ	常勤職員75%以上	6単位/回	→	加算Ⅲ	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上 <b>6単位/回</b>
加算Ⅲ	勤続3年以上の者が30%以上	6単位/回			

# ⑪ 介護老人福祉施設等の人員配置基準の見直し①

人材確保や職員定着の観点から、従来型とユニット型を併設する場合において、入所者の処遇に支障がない場合、介護・看護職員の兼務を可能とする。

## <現行>

従来型とユニット型を併設する場合において、介護・看護職員の兼務は認められない。



## <改定後>

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

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

# ⑪ 介護老人福祉施設等の人員配置基準の見直し②

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

## <現行>

広域型特養・介護老人保健施設と小規模多機能型居宅介護が併設する場合において、介護職員及び管理者の兼務は不可



## <改定後>

広域型特養・介護老人保健施設と小規模多機能型居宅介護が併設する場合において、**介護職員は入所者の処遇に支障がない場合に、管理者は管理上支障がない場合に限り、兼務可能**

# ① 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、基準の見直し等を行う。

運営基準（省令）における、事故の発生又は再発を防止するために講じなければならない措置として、以下のとおり追加

## <現行>

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



## <改定後>

- イ 事故発生防止のための指針の整備
- ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備
- ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施
- ニ **イからハの措置を適切に実施するための担当者設置**  
**（6ヶ月の経過措置期間を設ける）**

# ① 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

	<現行>	<改定後>
単位数	なし	安全管理体制未実施減算 5単位/日 (新設) ※6ヶ月の経過措置期間を設ける 安全対策体制加算 20単位 (入所時に1回) (新設)

## <安全管理体制未実施減算>

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

## <安全対策体制加算>

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

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

## ③ 基準費用額の見直し

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

基準費用額（食費）（日額）

<現行>

1,392円/日



<改定後>

1,445円/日 (+53円)

※令和3年8月施行

# 介護給付費算定等に係る体制等状況一覧表 提出が必要となる場合①

## 52 介護老人保健施設

LIFEへの登録	→ 「2 あり」の場合
安全管理体制	→ 「1 減算型」の場合
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	→ 「2 あり」の場合
栄養マネジメント強化体制	→ 「2 あり」の場合
リハビリ計画書情報加算	→ 「2 あり」の場合

# 介護給付費算定等に係る体制等状況一覧表 提出が必要となる場合②

## 52 介護老人保健施設

排せつ支援加算

→ 「2 あり」の場合

自立支援促進加算

→ 「2 あり」の場合

科学的介護推進体制

→ 「2 あり」の場合

安全対策体制

→ 「2 あり」の場合

サービス提供体制強化加算

→ 加算Ⅰ，加算Ⅲを算定する場合  
※旧加算Ⅱは届出なしの場合「なし」とみなす

※報酬改定以外の要因により，体制等に変更がある場合は，上記にかかわらず提出が必要。

# 介護給付費算定等に係る体制等状況一覧表 提出が必要となる場合③

## 22 短期入所療養介護

LIFEへの登録

サービス提供体制強化加算

併設本体施設における介護職員等  
特定処遇改善加算Ⅰの届出状況

## 25 介護予防短期入所療養介護

→ 「2 あり」の場合

→ 加算Ⅰ，加算Ⅲを算定する場合  
※旧加算Ⅱは届出なしの場合「なし」とみなす

→ 「2 あり」の場合

※報酬改定以外の要因により，体制等に変更がある場合は，上記にかかわらず提出が必要。