

令和3年6月 足立区における 介護予防・日常生活支援総合事業の 単価改定に伴う変更点について

20210524 地域包括ケア推進課 介護予防・生活支援担当



主な変更点(令和3年3月24日付2足福包発第2195号のとおり)

1 令和3年6月から、緩和型サービス(回数制)への一律切り替えを実施

コロナ禍がなければ、令和3年4月で緩和型への切り替えが完了する予定でした。

今回の報酬改定に伴い、認定期間の始期にかかわらず全ての方を緩和型に切り替え、当初の予定通り包括報酬制(月額制)を廃止します。

2 報酬の算定は完全従量制とし、請求限度額(上限超コード)を廃止

緩和型サービスは、第7期の途中で導入開始しました。激変緩和のため、従来の報酬月額を超えないよう請求限度額を設けていましたが、第8期からは完全従量制とし、利用回数に応じた報酬算定とします。

3 通所型サービスのサービス提供時間を緩和

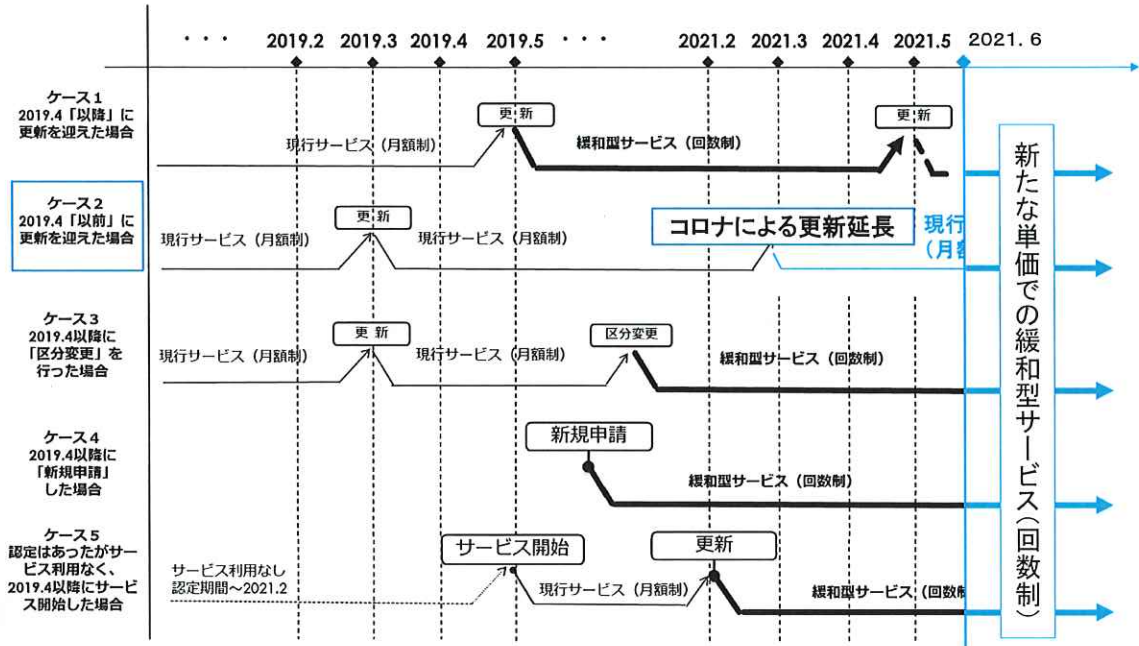
新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、通所型サービスの提供時間の下限を、従来の3時間から2時間(ただし、移動時間は除く)に引き下げます。

4 サービス単価について

サービスコード表とマスタインターフェースは区HPで公開しています。

※5/21に修正版をリリースします。

1 緩和型サービス(回数制)への一律切り替えを実施 (平成30年12月実施 緩和型説明会資料を一部編集)



2 報酬の算定は完全従量制とし、請求限度額(上限超コード)を廃止 (平成30年12月実施 緩和型説明会資料を一部編集)

訪問型	どのような組み合わせでサービスを利用した場合でも、請求上限以上の単位は請求できません					請求上限 1,084単位					
	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目						
ケース1 身体介護を伴うサービスを月5回利用した場合	1回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	2回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	3回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	4回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	5回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回						
ケース2 生活支援サポートサービスを月5回利用した場合	1回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	2回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	3回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	4回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	5回目 生活支援サポートサービス 245単位/回						
ケース3 2つのサービスを合わせて月5回利用した場合	1回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	2回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	3回目 生活支援サポートサービス 245単位/回	4回目 身体介護を伴うサービス 271単位/回	5回目 生活支援サポートサービス 245単位/回						
						ケース1 身体介護を伴うサービスを月5回利用した場合					1365単位
						ケース2 生活支援サポートサービスを月5回利用した場合					1235単位
						ケース3 2つのサービスを合わせて月5回利用した場合					1287単位

通所型	請求上限以上の単位は請求できません。					週1回利用の請求上限 1,528単位					週2回利用の請求上限 3,056単位					
	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目											
ケース1 週1回利用で月5回利用した場合	1回目 緩和型通所サービス 382単位/回	2回目 緩和型通所サービス 382単位/回	3回目 緩和型通所サービス 382単位/回	4回目 緩和型通所サービス 382単位/回	5回目 緩和型通所サービス 382単位/回											
ケース2 週2回利用で月9回利用した場合	1回目 緩和型通所サービス 382単位/回	2回目 緩和型通所サービス 382単位/回	3回目 緩和型通所サービス 382単位/回	4回目 緩和型通所サービス 382単位/回	5回目 緩和型通所サービス 382単位/回	8回目 緩和型通所サービス 382単位/回	9回目 緩和型通所サービス 382単位/回									
						ケース1 週1回利用で月5回利用した場合					1910単位					
						ケース2 週2回利用で月9回利用した場合					3438単位					

Additional text: 利用回数に応じた報酬算定となります。

3 通所型サービスのサービス提供時間を緩和 (令和3年3月24日付2足福包発第2195号のとおり)

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、通所型サービスの提供時間の下限を、従来の3時間から2時間(ただし、移動時間は除く)に引き下げます。

【通所型サービスについて】

	第7期 平成30年4月		緩和型導入 平成31年4月		第8期 令和3年4月	
提供時間	3時間以上 5時間未満	⇒	3時間以上 5時間未満	⇒	2時間以上 5時間未満	
報酬単価	16,687円/月 (5回まで)		(384単位) 4,185円/1回	上限(1,536単位) 16,742円/月	4,229円/1回(388単位) (+4単位)	5週利用月(目安) 21,146円/月 (+4,404円)
利用者単価 (1割負担額)	1,669円/月 (5回まで)		418円/1回	上限 1,674円/月	422円/1回 (+4円)	5週利用月 2,115円/月 (+441円)

移動時間はサービス提供時間に含みません。(従来通り)

3 通所型サービスのサービス提供時間を緩和 (令和3年3月24日付2足福包発第2195号のとおり)

訪問型サービスの提供時間については、従前どおり20分以上60分未満で変更ありません。

【訪問型サービスについて】

	第7期 平成30年4月		緩和型導入 平成31年4月		第8期 令和3年4月	
提供時間	必要な時間 (概ね60分)	⇒	20分以上 60分未満	⇒	20分以上 60分未満	
報酬単価	12,380円/月 (5回まで)		身体介護あり(272単位) 3,100円/1回	上限(1,088単位) 12,403円/月	身体介護あり(273単位) 3,112円/1回 (+1単位)	5週利用月(目安) 15,561円/月 (+3,158円)
			身体介護なし(246単位) 2,804円/1回		身体介護なし(247単位) 2,815円/1回 (+1単位)	5週利用月 14,079円/月 (+1,676円)
利用者負担 (1割負担額)	1,238円/月 (5回まで)		身体介護あり 310円/1回	上限 1,240円/月	身体介護あり 312円/1回 (+2円)	5週利用月 1,557円/月 (+317円)
			身体介護なし 280円/1回		身体介護なし 282円/1回 (+2円)	5週利用月 1,408円/月 (+168円)

提供時間について ケアマネジャー・サービス提供責任者等の関係者間で十分にアセスメントを行い、20分以上60分未満の範囲内で、利用者の状態に即した提供時間を決定してください。

4 サービス単価について 介護予防ケアマネジメント費の変更イメージ

【～R3.5】

費用コード	略称	単位数	支払額	
			居宅	包括
1001	ケアマネジメントA	431	4422	491
1002	ケアマネジメントA・初回	731	7500	833

【R3.6～9】

費用コード	略称	単位数	支払額	
			居宅	包括
1001	ケアマネジメントA	439	4504	500
1002	ケアマネジメントA・初回	739	7582	842
1003	ケアマネジメントA・委託連携加算	739	7582	842
1004	ケアマネジメントA・初回・委託連携加算	1039	10660	1184

【R3.10～】

費用コード	略称	単位数	支払額	
			居宅	包括
1001	ケアマネジメントA	438	4494	499
1002	ケアマネジメントA・初回	738	7572	841
1003	ケアマネジメントA・委託連携加算	738	7572	841
1004	ケアマネジメントA・初回・委託連携加算	1038	10650	1183

その他

- 完全従量制(＝上限超コードの廃止)になったことで、5週サービス提供がある月については、従来より利用単位数が上がります。

⇒限度額管理について、今まで以上にご留意いただく必要があります。

- Q:完全従量制(＝上限超コードの廃止)ということは、事業対象者でも週3回の訪問や、週2回の通所が可能になったということですか？

A:いいえ、利用回数と対象者については、従来通りで変更ありません。

訪問型 利用回数	対象者	通所型 利用回数	対象者
週1回	事業対象者・要支援1・2	週1回	事業対象者・要支援1・2
週2回	事業対象者・要支援1・2	週2回	要支援2
週3回	要支援2		

- 委託連携加算について、以下の3点を厚労省担当者に確認中です。

Q1:委託連携加算は、委託先の変更毎に算定可能か

Q2:同月に委託先が変更になった場合、もっとも新しい(月末時点)委託先に連携加算を算定するのか

Q3:委託先が変わらず、受託者(地域包括支援センター)が変更となった場合は算定可能か

高齢者が 住み慣れた場所で いつまでも自分らしく暮らせるまち あだち
の実現に向けて、引き続きご協力いただきますようお願い申し上げます。

20210524 地域包括ケア推進課 介護予防・生活支援担当



高齢者の食事と栄養

足立区地域包括ケア推進課 高齢者栄養施策推進担当

管理栄養士 黒川真美

電話 03-3880-5642

FAX 03-3880-5614

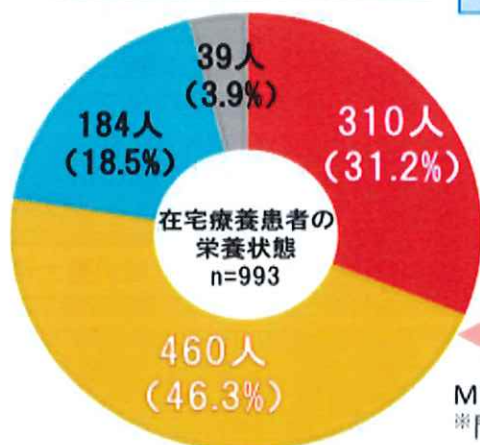
EMAIL care-s@city.adachi.tokyo.jp

在宅療養患者の栄養状態

- 低栄養(0~7点)
- 低栄養のおそれ(8~11点)
- 良好(12~14点)
- 欠損値

対象

在宅で診療または訪問対応した65歳以上の在宅療養患者 993人(男性384人、女性609人)
在宅療養者・・・自宅で「訪問診療」、「訪問歯科」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「訪問栄養指導」、「訪問薬剤指導」を受けている者

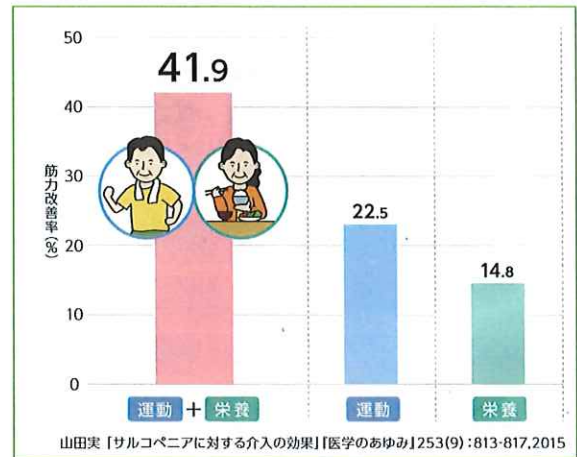
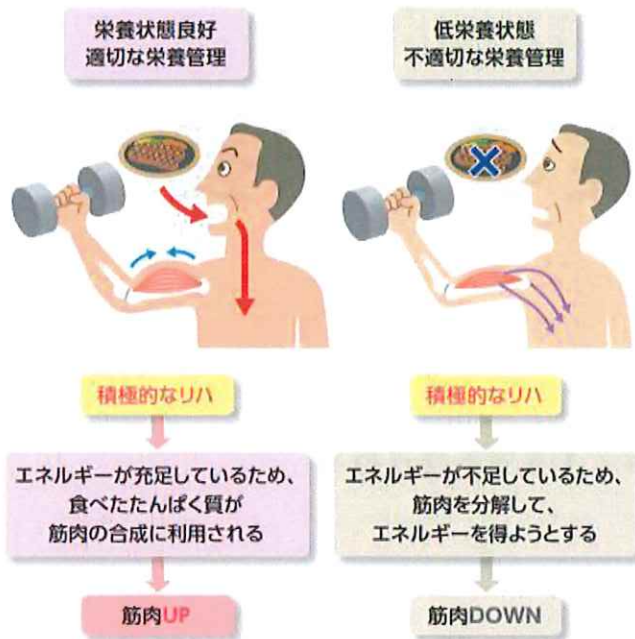


MNA-SF (簡易栄養状態評価表) ※

※問診票を主体とする簡便なスクリーニング法

大塚理加, 齋藤京子, 高谷雅文 他: 在宅療養高齢者の栄養状態・摂食状況について, 日本在宅栄養管理学会誌3 (1) , 3-11, 2016. 《平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養高齢者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究》

リハ栄養(リハビリテーション栄養)とは？



リハビリテーション栄養ポケットガイド 若林秀隆先生監修

介護報酬制度を使った栄養介入

通所等におけるサービス

- 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20単位/6月 **new**
- " (Ⅱ) 5単位/6月 **new**
- 栄養アセスメント加算 50単位/月 **new** 外部の管理栄養士可
- 栄養改善加算 200単位/回 外部の管理栄養士可

認知症グループホーム

- 栄養管理体制加算 30単位/月 **new** 外部の管理栄養士可

在宅におけるサービス

- 居宅療養管理指導 (Ⅰ) 443~544単位 (2回/月)
- " (Ⅱ) 423~524単位 (2回/月) **new** 外部の管理栄養士可

管理栄養士ってどこにいるの？！

● 東京都栄養士会

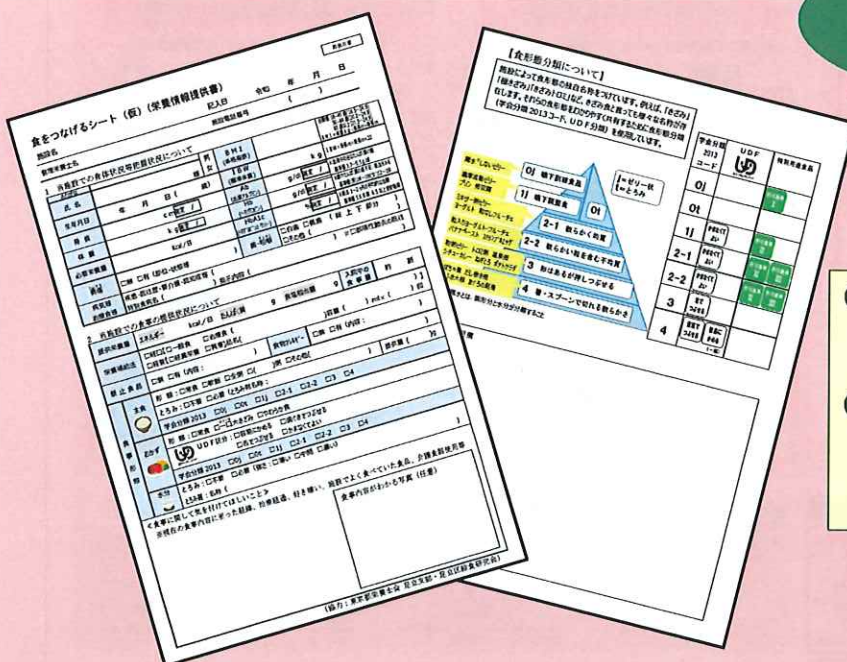
4100人

● 東京都栄養士会 足立支部

44人

施設 → 在宅での食生活を安心しておくために
 栄養情報提供書【食をつなげるシート(仮称)】で栄養士とつながる！！

準備中！



● 施設(病院や老健、特養など)の栄養士が作成！

● その方の食べられる食事形態や疾病による食事の配慮点などを明記

高齢者向けの栄養リーフレットを作成しました！

▲ 足立区

65歳からは やせてきたら 要注意!?

“ちょっと”太めでも いいらしいよ!

週に1回は体重をはかりましょう!
★体重が減少してくると要介護になる確率が1.6倍上昇!

おいしく食べて、体重・筋力・免疫力を維持!

元気ごはん! 3つのポイント

- 1** 必要な栄養をしっかりため、1日3食食べる
- 2** 筋力や体力の維持のため、毎食、たんぱく質をとる
- 3** 栄養豊富なため、色の濃い野菜を中心に

え?こんな手抜きでいいの? **料理をする気がおきない** **あまり食べていない** **元気がでない**
そんなあなたは必見! お助けレシピは **中面**へ

あなたの体格はどのあたり?

■ 体格早見表

気が付いたら体重が減っていた〜ということにならないように、週に1回は体重をはかりましょう!

こんなことはありませんか? 「フレイル」ってなあに?

【歩くのが遅くなった】 【ペットボトルが開けられない】 【少食になった】 などの体の変化はありませんか? このように心身が弱ってくることを【フレイル】といいます。健康な状態と介護が必要な状態の中間にあります。早めに下記の3要素を取り入れて健康な状態を取り戻してください。

フレイル予防には3つの要素が大切です!

- 運動**
 - 筋力をつけましょう
 - こまめに体を動かしましょう
- 栄養**
 - 食べる ● 口ケア
 - よく噛んでしっかり食べましょう
 - バランスのよい食事をとりましょう
 - お口のケアに努めましょう
- 社会参加**
 - 電話や手紙、メールなどを活用して、人とのつながりを保ちましょう
 - ちょっとしたあいさつや会話も大切にしましょう

65歳以上の高齢者
ポウカツ

ご相談は、お近くの地域包括支援センターへ

高齢者やその家族を支援するため、足立区が設置している相談窓口です。フレイルのことや、介護保険サービスのことなど、何か困ったことがあればお気軽にご相談ください。

月～土曜日、午前9時～午後5時（祝日・年末年始を除く）

地域包括ケア推進課 高齢者栄養推進担当 電話03-3880-5642

え?こんな手抜きでいいの? シニア必見! お助けレシピ

他にも印刷レシピがいろいろ! スマホのカメラでこのQRコードを読み取ってもレシピが見られますよ!

その1 買ってこるだけ! コンビニ活用術

選び方次第で、バランスメニューに!

① 具だくさんのものを選ぶ

② 足りないものをプラス

そばろ丼 + カット野菜
総菜パン + 野菜スープ

その2 包丁いらず! レンジでチン

買い置き食材を組み合わせて、電子レンジでチン

たんぱく質 野菜類

おすすめ① ブロックリーゼンカレー
レトルトカレーに冷凍野菜とツナをのせてレンジでチン

おすすめ② ごはんに冷凍野菜とやさしりをのせてレンジでチン

その3 プラス食材でみそ汁が大変身!

みそ汁に食材をプラスするだけで栄養満点!

おすすめ① たまごとトマトをプラス

おすすめ② 納豆と小松菜をプラス

めざしたいのは「この量とバランス」

野菜・菌類 など 栄養価の高い「色の濃い野菜」を中心に1日1-2回がおすすめ

たんぱく質 肉・魚・卵・大豆製品などを毎食1回! つける

ごはん・パン・めん など ごはんは軽く・汁程度がおすすめ

知得1 おやつも工夫次第 食欲がない時は、おやつで栄養補給

知得2 あだち配食サービス 栄養バランスばっちりのお弁当です

知得3 よく噛むと... ①食べ物が細かくなり、飲み込みやすくなる ②唾液がしっかり分泌され、消化・吸収を助ける ③腸管の予防につながる →腸管をよく噛んで食べることで、「腸むち」を鍛錬しましょう ④唾液とは、食べ物などが口で舌管の中の奥に入ってしまうことです

～栄養や食事のことで困ったら
気軽に連絡してください～

特定事業所の研修会等にて、
要望があれば栄養介入の必要性、
制度等についてお話しします！

●足立区地域包括ケア推進課 高齢者栄養施策推進担当

管理栄養士 黒川真美

電話 03-3880-5642(直通)

FAX 03-3880-5614

MAIL care-s@city.adachi.tokyo.jp

令和3年5月21日時点

足立区
高齢者保健福祉計画
第8期介護保険事業計画
令和3年度～令和5年度
(抜粋)

令和3年3月

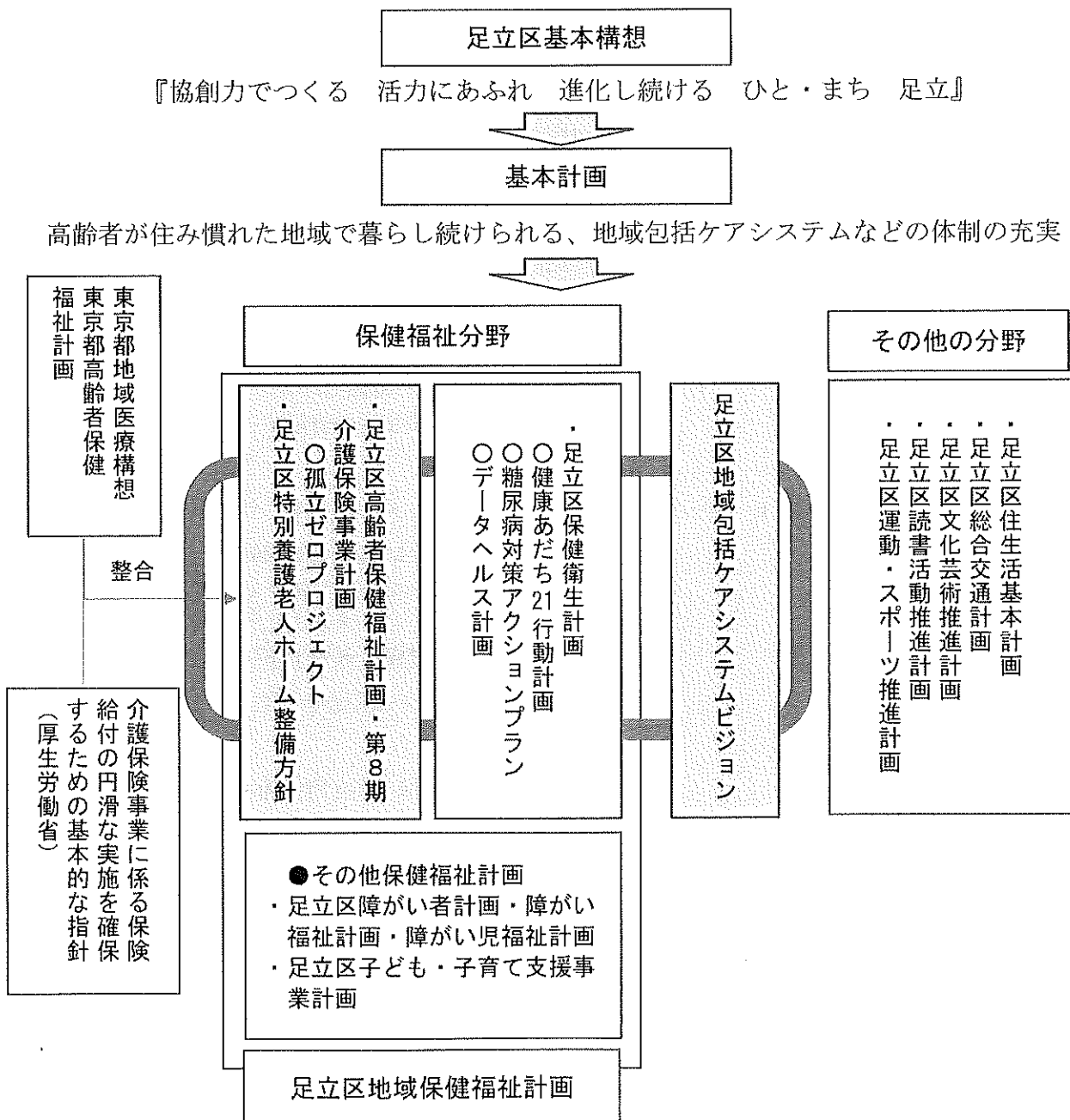


足立区

4 計画の位置付け

本計画は、「足立区基本計画」を上位計画とし、「足立区地域保健福祉計画」における高齢者分野の計画に位置付けられ、「足立区地域包括ケアシステムビジョン」に定める将来像の実現に向けて、18本の柱ごとに成果指標、取り組む事業や各年度の目標値を定めています。

また、厚生労働省が告示した「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」及び「東京都高齢者保健福祉計画」「東京都地域医療構想」との整合性を図り、「足立区保健衛生計画」「足立区障がい者計画・障がい福祉計画・障がい児福祉計画」「足立区子ども・子育て支援事業計画」などの保健福祉計画や、「足立区総合交通計画」「足立区住生活基本計画」「足立区運動・スポーツ推進計画」などの関連計画と調和がとれたものとしします。



第1章 計画の概要

【5 計画の策定経過等】

5 計画の策定経過等

(1) 計画策定体制

本計画の策定にあたっては、福祉・保健・医療分野の専門家、学識経験者並びに区民代表で構成する区長の附属機関「地域保健福祉推進協議会」及び「同協議会介護保険・障がい福祉専門部会」において必要な事項の協議・検討を行いました。

令和元年	
12月16日(月)	高齢者実態調査実施
令和2年	
5月11日(月)	第1回介護保険・障がい福祉専門部会 ・新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、資料送付のみ
7月6日(月)	第2回介護保険・障がい福祉専門部会 ・足立区高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画のための高齢者等実態調査分析の報告について ・令和元年度足立区介護保険事業実施状況(速報値)について
7月29日(水)	第1回足立区地域保健福祉推進協議会 ・足立区地域保健福祉推進協議会へ第8期介護保険料諮問 ・第1、2回専門部会と同内容を報告
9月9日(水)	第3回介護保険・障がい福祉専門部会 ・足立区高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画策定に伴う中間報告(案)について ・令和元年度介護保険事業の実績について
10月17日(土)～10月28日(水)	中間報告公聴会実施
10月16日(金)～11月16日(月)	中間報告パブリックコメント実施
11月20日(金)	第4回介護保険・障がい福祉専門部会 ・足立区高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画公聴会及びパブリックコメントについて
12月24日(木)	第2回足立区地域保健福祉推進協議会 ・第3、4回専門部会と同内容を報告
令和3年	
2月3日(水)	第5回介護保険・障がい福祉専門部会 ・第8期介護保険料答申案について審議 ・本計画策定案について審議
2月12日(金)	第3回足立区地域保健福祉推進協議会 ・足立区地域保健福祉推進協議会から区長へ第8期介護保険料答申 ・本計画策定案について審議
3月25日(木)	第4回足立区地域保健福祉推進協議会

(2) 計画策定への区民参加・区民への周知

より多くの区民の意見や意向を計画に反映するため、以下の方法を取り入れました。

ア 高齢者等実態調査

幅広く区民の意見や意向を反映し、高齢者等の実態を把握するため、令和元年12月から令和2年2月にかけて、以下、全9種の調査を並行して実施しています。区民対象の調査では、住民の状態や介護の希望を把握し、本計画の策定の参考にします。

調査票		発送数	回収数	有効票	無効票	回収率
区民対象調査	①介護予防・日常生活圏域ニーズに関する調査	7,500	4,103	3,967	136	54.7%
	②高齢者単身世帯実態調査	2,500	1,353	796	557	54.1%
	③要介護認定者に関する実態調査	5,000	2,637	2,637	0	52.7%
	④在宅介護の実態に関する調査	942	688	687	1	73.0%
事業所対象調査	⑤在宅サービス事業所調査	738	449	449	0	60.8%
	⑥居宅介護支援事業所調査	219	156	156	0	71.2%
	⑦介護保険施設調査	44	36	36	0	81.8%
	⑧有料老人ホーム施設調査	45	19	19	0	42.2%
	⑨サービス付き高齢者向け住宅調査	36	22	22	0	61.1%

イ 公聴会

令和2年10月に、区民に中間報告を説明するため、公聴会を実施しました。

(ア) 日程・参加者等

No.	開催日	時間	会場	参加者
1	10月17日(土)	午後2時～3時30分	生涯学習センター(千住)	17人
2	10月20日(火)	午後2時～3時30分	梅田地域学習センター	7人
3	10月22日(木)	午後7時～8時30分	勤労福祉会館(綾瀬)	10人
4	10月25日(日)	午後2時～3時30分	江北地域学習センター	29人
5	10月27日(火)	午後7時～8時30分	保塚地域学習センター	14人
6	10月28日(水)	午後2時～3時30分	竹の塚地域学習センター	45人
合計			6回実施	122人

(イ) 主な意見・要望等

- ・介護保険料を値上げしないでほしい。
- ・国の負担をもっと増やすよう要望してほしい。
- ・新型コロナで苦慮している介護事業者を支援してほしい。
- ・特養の入所が必要な高齢者を今すぐどうにかしてほしい。
- ・地域包括支援センターが多忙だ、本来の活動ができるようにしてほしい。
- ・元気なうちに素人にも出来る介護の知識を普及してほしい。

第1章 計画の概要

【5 計画の策定経過等・6 計画の期間】

(ウ) 町会・自治会連合会への説明会

25の地区町会・自治会連合会に対して、要望があった2か所で説明会を実施(参加人数25名)。資料のみの請求があった10か所に資料186部を配布した。

ウ パブリックコメントの実施

(ア) 実施期間

令和2年10月16日(金)から11月16日(月)まで

(イ) 実施結果

710件(個人438名、法人2団体から)

(ウ) 主な意見・要望

No	内訳	件数
1	介護保険料について	420件
2	介護サービスの利用者負担について	13件
3	施設整備について	15件
4	介護人材の確保について	22件
5	介護報酬改定について	7件
6	その他	233件
合 計		710件

- ・介護保険料が高い。値上げしないでほしい。
- ・介護サービス利用料の負担が重い。
- ・特別養護老人ホームをもっと増やしてほしい。
- ・介護職員の待遇を改善してほしい。
- ・国の財源負担を増やすよう強く要望してほしい。

6 計画の期間

この計画は、老人福祉法に基づく高齢者保健福祉計画と、介護保険法に基づく3年計画として第8期介護保険事業計画を包含した計画であり、計画期間は、2021年度(令和3年度)から2023年度(令和5年度)までの3か年とします。

なお、本計画は、厚生労働省が告示した「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」が示すとおり、第7期計画までの取り組みを踏まえ、また第9期計画以降、2040年度(令和22年度)のめざすべき姿を念頭におき、計画を策定し、推進していくものとします。

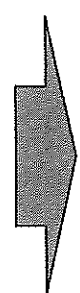
平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
第7期計画											
	見直し		第8期計画								
			見直し			第9期計画(予定)					
						見直し			第10期計画(予定)		

第3章 地域包括ケアシステムビジョンについて

【第7期体系図】

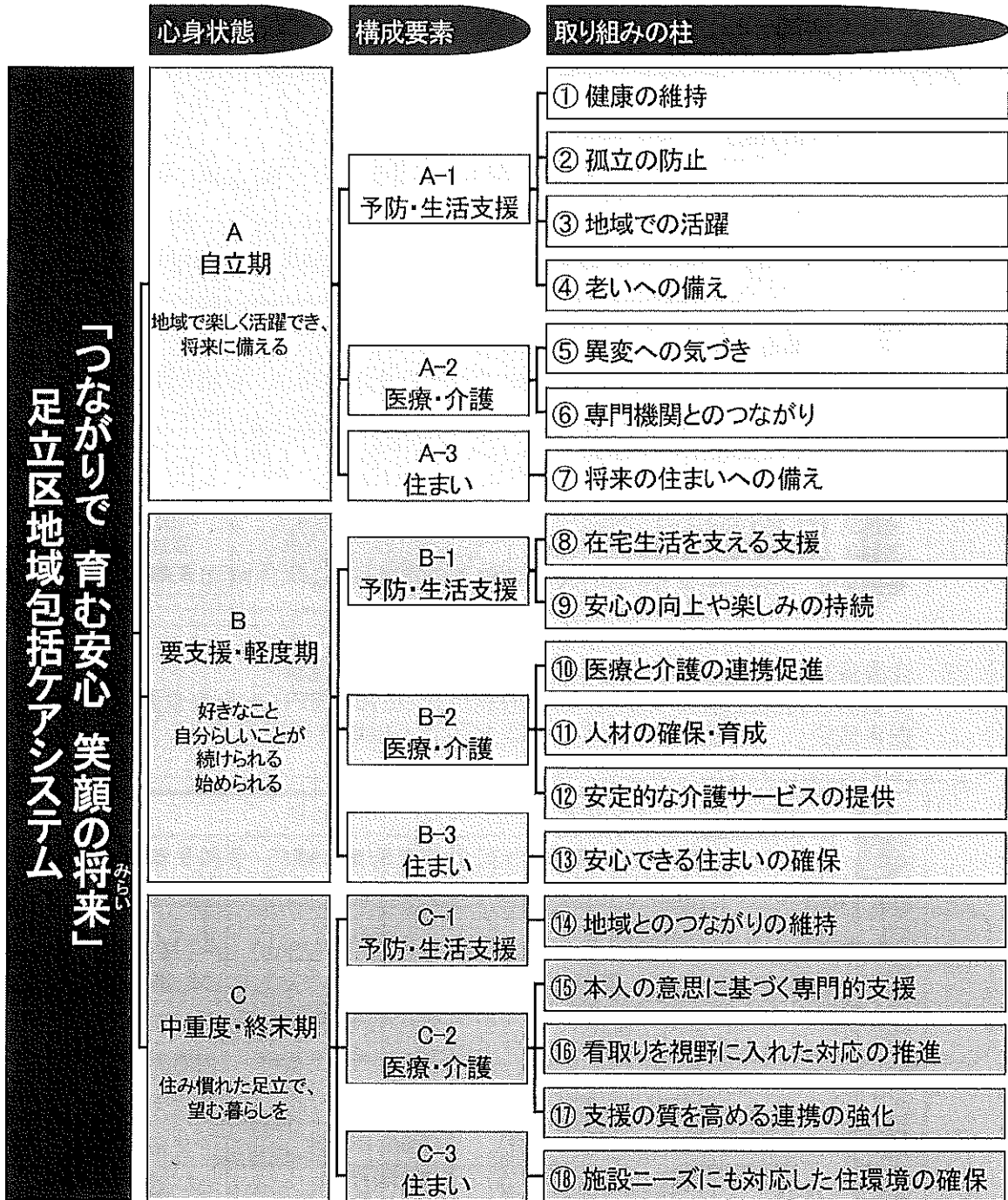
「高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画」は、地域包括ケアシステムビジョンが策定（平成30年度策定）される前の平成29年度にまとめました。

第7期計画の柱	第7期計画の施策群	第8期計画との関係
1 高齢者の健康を保持・増進し、社会参加を進めます	(1) 健康寿命の延伸を実現します	A-1-①健康の維持 A-2-⑤異変への気づき
	(2) 介護予防による地域づくりを進めます	A-1-①健康の維持 A-1-③地域での活躍
	(3) 高齢者の社会参加を進めます	A-1-①健康の維持 A-1-②孤立の防止 A-1-③地域での活躍
2 介護保険サービスを適切に提供します	(1) 介護保険施設等の整備を拡充します	B-2-⑫安定的な介護サービスの提供 C-3-⑩施設ニーズにも対応した住環境の確保
	(2) 介護保険サービスを供給します	B-1-⑧在宅生活を支える支援 B-2-⑫安定的な介護サービスの提供 C-3-⑩施設ニーズにも対応した住環境の確保
3 高齢者の在宅生活を支援します	(1) 在宅医療・介護の連携を進めます	A-2-⑥専門機関とのつながり B-2-⑩医療と介護の連携促進
	(2) 認知症高齢者の支援を進めます	A-2-⑤異変への気づき
	(3) 日常生活支援します	B-1-⑧在宅生活を支える支援
	(4) 高齢者向け住宅の確保を進めます	A-3-⑦将来の住まいへの備え B-3-⑬安心できる住まいの確保
	(5) 介護者の支援を進めます	C-1-⑭地域とのつながりの維持
	(6) 高齢者対応型のまちづくりを進めます	A-3-⑦将来の住まいへの備え B-1-⑨安心の向上や楽しみの持続
4 高齢者の権利を守るしくみを充実します	(1) 高齢者の権利を守るしくみを充実します	A-1-④老いへの備え B-1-⑨安心の向上や楽しみの持続 C-2-⑮本人の意思に基づく専門的支援
5 地域で支えあうしくみを充実します	(1) 地域の包括支援体制を整えます	A-2-⑥専門機関とのつながり B-2-⑩医療と介護の連携促進 C-2-⑮本人の意思に基づく専門的支援 C-2-⑯看取りを視野に入れた対応の推進 C-2-⑰支援の質を高める連携の強化
	(2) 地域の見守り体制を整えます	A-1-②孤立の防止 A-1-③地域での活躍 B-1-⑨安心の向上や楽しみの持続 C-1-⑭地域とのつながりの維持
	(3) 情報提供と相談の体制を整えます	B-2-⑩医療と介護の連携促進 B-2-⑫安定的な介護サービスの提供
	(4) 幅広いボランティア・NPO活動を支援します	A-1-③地域での活躍
6 福祉サービスの質を高めていきます	(1) 人材の確保と育成を進めます	B-2-⑪人材の確保・育成
	(2) 福祉サービスの質の確保と向上を目指します	B-3-⑬安心できる住まいの確保 C-2-⑰支援の質を高める連携の強化



【第8期体系図】

平成30年度に地域包括ケアシステムビジョンが、「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の上位計画として策定されたため、「高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」からは、その体系に基づき事業を展開します。



自立期:介護の必要がない状態

要支援・軽度期:介護認定がおおよそ「要支援1」～「要介護2」程度の身体状態・認知機能・障がいの状態

中重度・終末期:介護認定がおおよそ「要介護3」～「要介護5」程度の身体状態・認知機能・障がいの状態

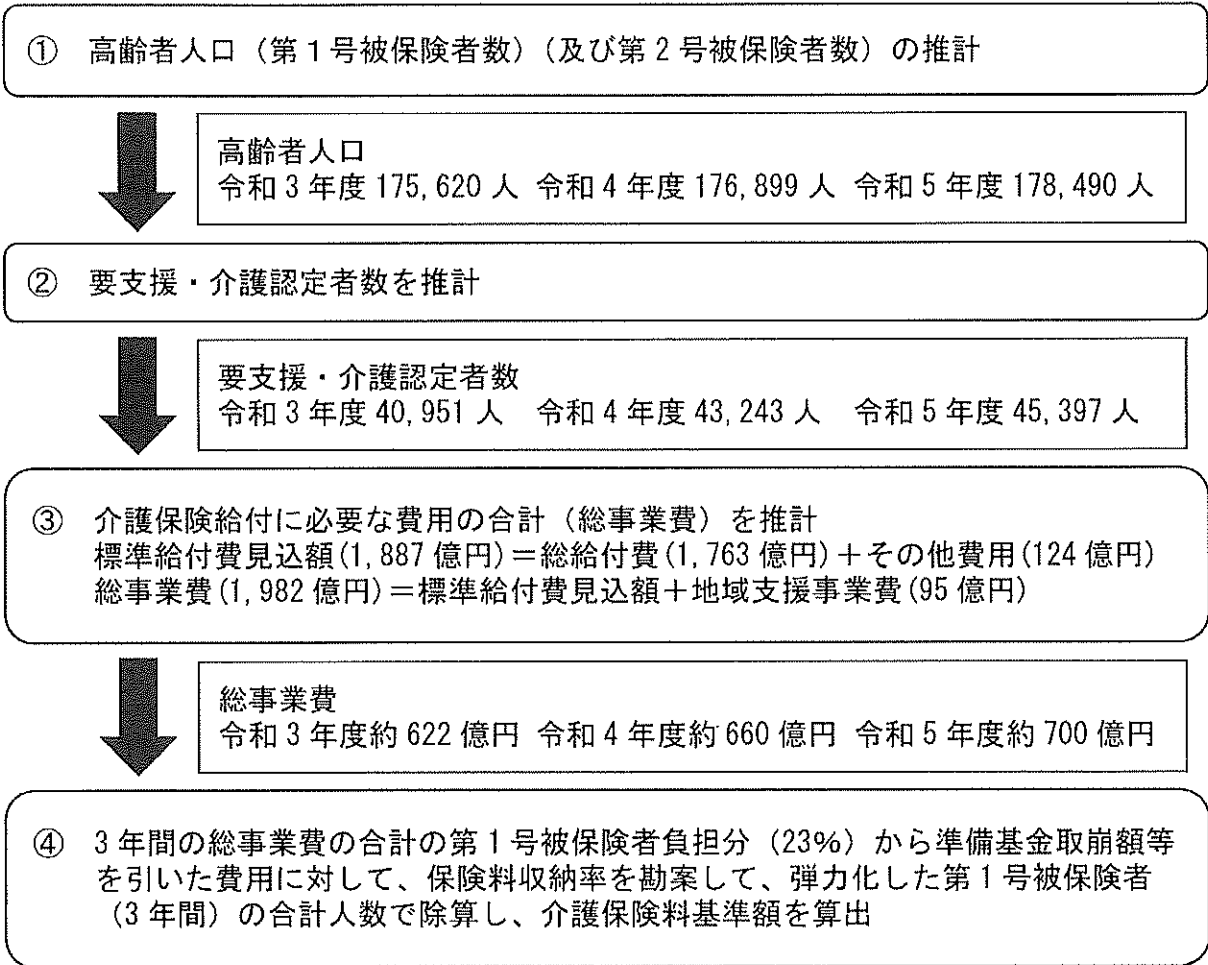
4 介護保険料の算出

- ・ 期間中に、準備基金を取り崩し、介護保険料基準額の上昇抑制を図る
- ・ 所得段階別の保険料率 14段階、2.7 ⇒ 17段階、4.5

第7期保険料基準額 6,580円 ⇒ 第8期保険料基準額 6,760円

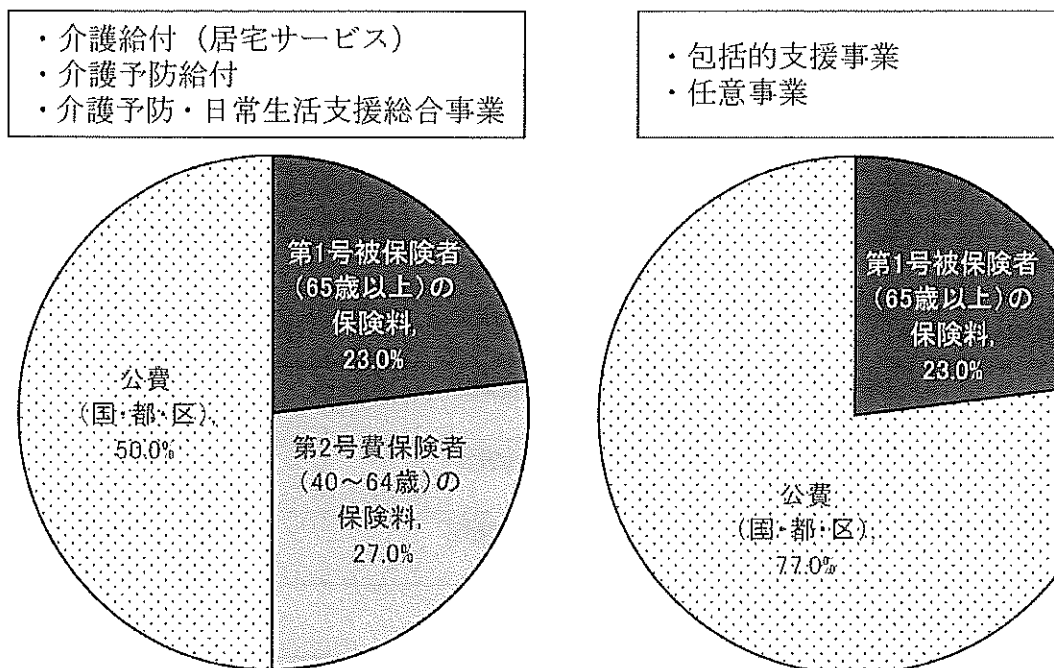
給付費等の推計結果から、保険料を算出しています。

※金額は千万の位で四捨五入しているため、合計値と一致しない箇所あり



$$\text{介護保険料基準額} = \left[\left(\text{3年間の総事業費} \times \frac{\text{第1号被保険者負担分}}{(\%)} \right) - \text{準備基金取崩額等} \right] \div \frac{\text{保険料収納率}}{(\%)} \div \frac{\text{弾力化第1号被保険者数}}{\text{被保険者数延人数(3年)}}$$

(1) 保険給付費の財源構成 (全国標準)



(2) 第7期・第8期介護保険料の増減要因等の比較

NO	項目	第7期	第8期
1	3年間の総事業費 (計画値)	1,817 億円	1,982 億円
2	介護保険給付準備基金の投入額	40 億円	40 億円
3	介護報酬改定率	0.54%	0.7%
4	消費税増税に伴う影響	0.20%	—
5	介護人材の処遇改善導入による影響	1.00%	—
6	利用料3割負担導入による影響	▲1.5 億円	—
7	調整交付金	13 億円	17 億円
8	介護保険料所得段階・料率	14 段階・2.7 倍	17 段階・4.5 倍
9	介護保険料収納率	97.0%	97.5%
10	高額介護自己負担上限額改正	—	▲1 億 6 千万円
11	負担限度額認定	資産要件の基準額の見直し	—
12		ショートステイ及び施設での食費の自己負担額の見直し	▲7 億円

第5章 第8期介護保険事業計画

【4 介護保険料の算出】

【第7期所得段階別介護保険料及び保険料率】

所得段階	対象となる方	保険料率	人数の構成比
第14段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が1,800万円以上	2.70	0.7%
第13段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が1,200万円以上1,800万円未満	2.30	0.5%
第12段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が800万円以上1,200万円未満	2.00	0.8%
第11段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が600万円以上800万円未満	1.80	0.9%
第10段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が400万円以上600万円未満	1.49	2.2%
第9段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が300万円以上400万円未満	1.45	3.0%
第8段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が200万円以上300万円未満	1.40	6.8%
第7段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円以上200万円未満	1.21	11.7%
第6段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円未満	1.08	12.1%
第5段階 (基準額)	本人が住民税非課税(世帯に住民税課税者がいる場合)	1.00	9.3%
第4段階	本人が住民税非課税(世帯に住民税課税者がいる場合)で本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が80万円以下	0.87	12.1%
第3段階	本人及び世帯全員が住民税非課税	0.70	7.9%
第3段階 特例軽減B	収入・預貯金で判定	0.50	
第3段階 特例軽減C	収入・預貯金で判定	0.30	
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が120万円以下	0.50	8.1%
第2段階 特例軽減B	収入・預貯金で判定	0.30	
第1段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が80万円以下 生活保護受給者または、老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税	0.30	23.9%

【第8期所得段階別介護保険料及び保険料率(案)】

所得段階	対象となる方	保険料率	人数の構成比
第17段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が2,500万円以上	4.50	0.3%
第16段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が2,000万円以上2,500万円未満	4.00	0.1%
第15段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が1,500万円以上2,000万円未満	3.50	0.2%
第14段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が1,200万円以上1,500万円未満	3.00	0.2%
第13段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が900万円以上1,200万円未満	2.50	0.4%
第12段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が700万円以上900万円未満	2.00	0.5%
第11段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が500万円以上700万円未満	1.80	1.2%
第10段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が400万円以上500万円未満	1.60	2.0%
第9段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が320万円以上400万円未満	1.45	3.0%
第8段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が210万円以上320万円未満	1.40	6.9%
第7段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円以上210万円未満	1.21	11.8%
第6段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円未満	1.08	12.1%
第5段階 (基準額)	本人が住民税非課税(世帯に住民税課税者がいる場合)	1.00	9.3%
第4段階	本人が住民税非課税(世帯に住民税課税者がいる場合)で本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が80万円以下	0.87	12.1%
第3段階	本人及び世帯全員が住民税非課税	0.70	7.9%
第3段階 特例軽減B	収入・預貯金等で判定	0.50	
第3段階 特例軽減C	収入・預貯金等で判定	0.30	
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が120万円以下	0.50	8.1%
第2段階 特例軽減B	収入・預貯金等で判定	0.30	
第1段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が80万円以下 生活保護受給者または、老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税	0.30	23.9%

※保険料率は第5段階が基準額です。

※第7段階から第9段階の基準所得金額については、国の介護保険法施行規則改正に伴い変更します。

令和3年度介護報酬改定の主な事項について

令和3年度介護報酬改定の概要

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

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナ感染症に対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化

・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・会議や多職種連携におけるICTの活用

・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)の廃止

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化(療養通所介護) ・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額(食費)の見直し

・基本報酬の見直し

1. 感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

(1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

○感染症対策の強化

介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。

- ・ 施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・ その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

（※3年の経過措置期間を設ける）

○業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。

（※3年の経過措置期間を設ける）

○災害への地域と連携した対応の強化

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

○通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、足下の利用者数に応じて柔軟に事業所規模別の各区分の報酬単価による算定を可能とするとともに、臨時的な利用者数の減少に対応するための評価を設定する。

2

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

(1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

- 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を新たに創設する。
- 緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、多機能系サービスについて、認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設する。
- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。

（※3年の経過措置期間を設ける）

(2) 看取りへの対応の充実

- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症GHの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。
- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、訪問介護に係る2時間ルール（2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること）を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

(3) 医療と介護の連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供できるよう努めることとする。
- 短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。
- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。
- 介護医療院について、長期療養・生活施設の機能の充実の観点から、長期入院患者の受入れ・サービス提供を新たに評価する。介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までの円滑な移行に向けて、一定期間ごとに移行の検討状況の報告を求める。

(4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (5) 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

※(1)(2)(3)も参照

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

(6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。
- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、遞減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（遞減制の適用を40件以上から45件以上とする）。
- 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを新たに評価する。
- 介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等を新たに評価する。

(7) 地域の特性に応じたサービスの確保

- 夜間、認デイ、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。認知症GHについて、ユニット数を弾力化、ワト型事業所を創設する。
- 令和元年地方分権提案を踏まえ、多機能系サービスについて、市町村が認めた場合に過疎地域等において登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間行わないことを可能とする。令和2年提案を踏まえ、小多機の登録定員等の基準を「従うべき基準」から「標準基準」に見直す。

5

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

(1) リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- 加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算(1)を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。
- 週6回を限度とする訪問リハについて、退院・退所直後のリハの充実を図る観点から、退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能とする。
- 通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護を図る生活機能向上連携加算について、訪問介護等と同様に、ICTの活用等により外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の評価区分を新たに設ける。
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。
- 通所介護、通リハの入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、個別の入浴計画に基づく入浴介助を新たに評価する。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理の実施を求める。(※3年の経過措置期間を設ける)
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算は廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める(※3年の経過措置期間を設ける)。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。
- 通所系サービス等について、介護職員等による口腔スクリーニングの実施を新たに評価する。管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
- 認知症GHについて、管理栄養士が介護職員等へ助言・指導を行い栄養改善のための体制づくりを進めることを新たに評価する。

(2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ(ADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等)をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。
 - ・既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。
 - ・全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
- 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。(※6月の経過措置期間を設ける)

(3) 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等(アウトカム)を新たに評価する等の見直しを行う。

21

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

(1) 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

- 処遇改善加算や特定処遇改善加算の職場環境等要件について、職場環境改善の取組をより実効性が高いものとする観点からの見直しを行う。
- 特定処遇改善加算について、制度の趣旨は維持しつつより活用しやすい仕組みとする観点から、平均の賃金改善額の配分ルールにおける「経験・技能のある介護職員」は「その他の介護職員」の「2倍以上とすること」について、「より高くすること」と見直す。
- サービス提供体制強化加算において、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、より介護福祉士割合や勤続年数の長い介護福祉士の割合が高い事業者を評価する新たな区分を設ける。訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護の特定事業所加算、サービス提供体制強化加算において、勤続年数が一定以上の職員の割合を要件とする新たな区分を設ける。
- 仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定において、育児・介護休業取得の際の非常勤職員による代替職員の確保や、短時間勤務等を行う場合にも「常勤」として取扱うことを可能とする。
- ハラスメント対策を強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、適切なハラスメント対策を求める。

(2) テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

- テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進していく観点から、実証研究の結果等も踏まえ、以下の見直しを行う。
 - ・特養等における見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算について、見守り機器の導入割合の緩和(15%→10%)を行う。見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、基準を緩和(0.9人→0.6人)した新たな区分を設ける。
 - ・見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、特養(従来型)の夜間の人員配置基準を緩和する。
 - ・職員体制等を要件とする加算(日常生活継続支援加算やサービス提供体制強化加算等)において、テクノロジー活用を考慮した要件を導入する。
- 運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
- 薬剤師による在宅療養管理指導について、診療報酬の例も踏まえて、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価する。
- 夜間対応型訪問介護について、定期巡回と同様に、オペレーター等の併設施設等の職員や随時訪問の訪問介護員等との兼務、複数の事業所間での通報の受付の集約化、他の訪問介護事業所等への事業の一部委託を可能とする。
- 認知症GHの夜勤職員体制(現行1ユニット1人以上)について、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、3ユニットの場合に一定の要件の下、例外的に夜勤2人以上の配置を選択することを可能とする。
- 特養等の人員配置基準について、人材確保や職員定着の観点から、入所者の処遇や職員の負担に配慮しつつ、従来型とユニット型併設の場合の介護・看護職員の兼務、小多機と併設する場合の管理者・介護職員の兼務等の見直しを行う。
- 認知症GHの「第三者による外部評価」について、自己評価を運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置付け、当該仕組みと既存の外部評価によるいずれかから受けることとする。

(3) 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

- 利用者等への説明・同意について、電磁的な対応を原則認める。署名・押印を求めないことが可能であることや代替手段を明示する。
- 諸記録の保存・交付等について、電磁的な対応を原則認める。
- 運営規程等の重要事項の掲示について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。

33

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

(1) 評価の適正化・重点化

- 通所系、多機能系サービスについて、利用者の公平性の観点から、同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の見直しを行う。
- 夜間対応型訪問介護について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行う。
- 訪問看護及び介護予防訪問看護について、機能強化を図る観点から、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるサービス提供に係る評価や提供回数等の見直しを行う。
- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、長期利用の場合の評価の見直しを行う。
- 居宅療養管理指導について、サービス提供の状況や移動・滞在時間等の効率性を勘案し、単一建物居住者の人数に応じた評価の見直しを行う。
- 介護療養型医療施設について、令和5年度末の廃止期限までに介護医療院への移行等を進める観点から、基本報酬の見直しを行う。
- 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、上位区分の算定が進んでいることを踏まえ、廃止する。（※1年の経過措置期間を設ける）
- 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした点検・検証の仕組みを導入する。
- サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、事業所指定の際の条件付け（利用者の一定割合以上を併設集合住宅以外の利用者とする等）や家賃・ケアプランの確認などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。

(2) 報酬体系の簡素化

- 療養通所介護について、中重度の要介護者の状態にあわせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位報酬体系から、月単位包括報酬とする。
- リハサービスのリハマネ加算（Ⅰ）、施設系サービスの口腔衛生管理体制加算、栄養マネジメント加算について廃止し、基本報酬で評価する。処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）、移行定着支援加算（介護医療院）を廃止する。個別機能訓練加算（通所介護）について体系整理を行う。（再掲）

6. その他の事項

- 介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に基本報酬を減算する（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。（※6月の経過措置期間を設ける）
- 障害福祉サービスにおける対応も踏まえ、全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。（※3年の経過措置期間を設ける）
- 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。