

介護保険制度改正・報酬改定 速報&解説LIVE！

■その2：2023年10月29日
介護給付費分科会10月26日ダイジェスト！
通所系サービス／ショートステイ

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

1

講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える
4児の父、趣味はクラシック音楽
ブログ、facebookはほぼ毎日更新中、日刊・週刊のメールマガジンを配信
Zoomセミナー、動画講座、YouTubeでも配信中、13年目になる「介護の読書会」主催
天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

- HMS介護事業コンサルタント ■C-MAS介護事業経営研究会スペシャリスト
- 全国有料老人ホーム協会 研修委員 ■日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師
- 稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員
- 出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数
- 平成20年第21回GEヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

2

介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- 天晴れ介護サービス総合教育研究所YouTubeチャンネル 週1～2回動画配信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

3

介護現場をよくする研究・活動

■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人とお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

4

天晴れ介護サービス「ACGs」！

APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス
介護現場をよくする21のテーマ

個別ケア	1 健康管理 	2 ADLの自立 重度化予防 	3 IADLの 支援 	4 認知症 症状の緩和 進行予防 	5 社会交流 意欲・楽しみ 	6 介護者支援 	7 対人 援助職の 基本姿勢 		
	事業所運営	8 環境整備 	9 接遇・マナー 	10 生活の 安定・安全 	11 喜び 楽しみ 	12 家族・地域 	13 事業所の 維持 	14 チーム 	
		法人経営	15 行政対応 地域分析 	16 事業 サービス 	17 収支 	18 人事・組織 	19 法令遵守 リスク マネジメント 	20 指導 育成 管理 	21 事業計画 目標達成

Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5

おかげさまで！

amazon ランキング

応援いただき
ありがとうございます！
／ ございました！／



介護サービ
スの教科書

利用者・職員から選ばれる！

著者 榎原 宏昌

97%が
結果を満足！

年間400回超の
コンサルティングから見た
人を大切にする経営 10の極意

BLISS

10部門
1位

特典プレゼントを
期間内に
ぜひお受け取り下さい！

ご登録は
こちらから



- ◎介護
- ◎暮らし・健康
子育て
- ◎経営科学
- ◎実践経営
リーダーシップ
- ◎ビジネス・経済
- ◎都市
地域経済学
- ◎経済学
- ◎投資・金融
会社経営
- ◎介護の
最新リリース
- ◎経営科学の
最新リリース

※総合は惜しく
も2位！

無料ダウンロード期間 2023. 8.26(土)17時～8.31(木)15時

利用者・職員から選ばれる！

介護サービス 経営の教科書

～人を大切にする経営「10」の極意～

利用者・職員から選ばれる！
介護サービス
経営の教科書
天晴れ介護サービス総合研究所 (他)
代表取締役 榎原 宏昌
97%が効果を実感！
年間400回超の
コンサルティングから見た
人を大切にする経営10の極意
BLA出版

稼働

数字

個別ケア

人材確保

ルール

コミュニ
ケーション

継続的学習

評価制度

組織・人事

PDCA

本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会10月26日ダイジェスト！
通所系サービス
3. 介護給付費分科会10月26日ダイジェスト！
ショートステイ
4. おわりに

報酬改定に向けた今後の検討の進め方

○ 令和6年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、例えば以下のような分野横断的なテーマを念頭に置き、議論してはどうか。

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
- ・制度の安定性・持続可能性の確保

報酬改定に向けた今後の検討の進め方

【スケジュール案】

令和5年

6月～夏頃 : 主な論点について議論

9月頃 : 事業者団体等からのヒアリング

10～12月頃 : 具体的な方向性について議論

12月中 : 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・とりまとめ
※地方自治体における条例の制定・改正に要する期間を踏まえて、
基準に関しては先行してとりまとめを行う。

令和6年度政府予算編成

令和6年

1月頃 介護報酬改定案 諮問・答申

📅 2023年10月12日

【介護報酬改定】実施時期を4月から6月に変更 厚労省検討 委員の意見は分かれる

医療・看護 介護福祉士 福祉用具 介護給付費分科会 介護経営 住まい 障害福祉
訪問介護 通所介護 ケアマネ 介護施設 報酬改定

🐦 ツイート 📌 シェアする 56 📺 B! 0



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

11

介護保険制度改正・報酬改定ライブ！

■10月～4月、facebookグループで月2回程度開催！
後日動画あり！



■10月

22日（日） 21時：①介護保険法改正
医療と介護の意見交換会より

29日（日） 21時：②サービス横断的事項
→通所系、ショートステイ

■11月

5日（日） 21時：③多機能系サービス

11日（土） 21時：④訪問系サービス

25日（土） 21時：⑤施設系サービス

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

12

社会保障審議会介護給付費分科会(第229回)議事次第

日時：令和5年10月26日(木)
10:00から12:00まで
於：東京虎ノ門グローバルスクエアカンファレンス
(東京都港区虎ノ門1-3-1 4階)

議 題

1. 令和6年度介護報酬改定に向けて
(通所介護、認知症対応型通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護)

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 (改定の方向性)

これまでの分科会における主なご意見 (通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護>

(基本報酬)

- 事業者が適切に運営できる体制が重要なため、基本報酬の見直しや事務所への適切な支援策の提供が必要。基本報酬は事業所の運営を持続可能にするために、公平かつ適切な水準の設定が必要ではないか。
- 令和3年度の決算の収支差率は、通所介護で1.0%、通所リハビリテーションで0.5%という大変厳しい状況にある。個別のヒストグラムを見ても、約半数の事業所が赤字という異常事態になっており、今後、多くの事業所の存続が大変厳しい状況にあると思う。次の改定では、足腰の基盤を強化するため、基本報酬の見直しが必要ではないか。

(入浴介助加算)

- 中重度の利用者は身体状況や居宅の設備の面から入浴介助加算(Ⅱ)になじまず、そのような方々が特殊浴槽や機械浴を使っている。手のかかる入浴をしている利用者の加算が減少している状況がある。入浴は健康の維持だけでなく、快適性の確保や尊厳の維持には欠かせない行為のため、実質的に減少したということがないように、利用しやすくするなどの工夫も含めた検討が必要ではないか。
- 認知症の利用者は一人で上手く洗体ができないなどがあるのでデイサービスで入浴している方も多い。算定率が低いことから、加算自体が現状に合っていないと考えられるため、再考が必要ではないか。
- 例えば、在宅はユニットバスが多いため、事業所の個浴等に対応することを評価するものになっている。算定が低調なので、今後どう考えていくか議論する必要がある。
- 入浴介助加算の(Ⅱ)で個浴の入浴介助をするのであれば、職員にスキルが求められるため、しっかりと入浴の実技面の実習というものが必要である。

(特別地域加算等)

- 通所系サービスにおいても、事業者による送迎を行うことが一般的であるなど、訪問系サービス等と同様に非効率な経営状態にあるので、特別地域加算の対象とすることを検討いただきたい。
- 積雪寒冷地の通所介護サービス事業所においては、冬季における原燃料費や除排雪経費といった経費のほか、送迎時間の増加などの負担がかかるため、効率的なサービス提供が難しい。豪雪地帯に対する加算制度が設けられているが、厚生労働大臣が指定する地域に限定されており、指定外の地域の事業所は、負担増が評価されていないという実態がある。地域の実情に即した適切な評価方法を設定するなど、事業所が効率的・持続的に質の高いサービス提供を行うことができるよう、議論を深めていただきたい。

これまでの分科会における主なご意見 (通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護>

(新型コロナウイルス感染症への対応)

- R3介護報酬改定における新型コロナ対応のための特例の実施状況・効果を検証すべき。また、ウィズコロナ時代における持続可能な通所系サービスのあり方を検討する必要がある。その際、人材活用の観点から、療養通所介護における利用者の状態確認におけるICTの活用なども参考にすべきではないか。
- 前回改定で実施した、通所介護事業所等の規模別の報酬等に関する対応については、今後の議論の際に、届出や算定状況などを踏まえた効果検証を含め、機能したかどうか分かるような資料を提示していただきたい。

(訪問診療)

- 利用者の負担や迎えに来る家族の負担軽減のために、通所介護事業所への訪問診療が可能になる仕組みについて検討していただきたい。

(その他)

- 通所系のサービスについて、なるべく日常生活圏域でサービスが受けられるような工夫が必要。
- 仕事をしながら介護をしている介護者が増えているため、家族の介護実態に沿った柔軟なサービスが利用できるよう、必要ときに利用できる通所サービスを希望する。
- 加算等算定の際の事務負担や、例えば入浴介助加算の複数職種の訪問等の調整など、労力が一定伴うものについては、負担軽減を図ったり、要件にある助言や計画などの明確化など、様々な方策を検討してはどうか。

これまでの分科会における主なご意見 (通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)③

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いた
ご意見について事務局において整理したものを

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、以下について要望があった。

【全国介護事業者連合】

- 社会の変容を踏まえ、各事業所における要支援者・要介護者の社会参加を促す活動に対して評価を頂くとともに、自立支援・重度化防止の観点からも要支援者・要介護者の有償ボランティア活動や就労支援への取組み等に対する通知等内容の見直しと自治体への周知徹底をお願いしたい。
- 共生型サービスの更なる普及促進に向けて、報酬単位の拡充や、基準の見直しについて検討するようお願いしたい。
- 自立支援・重度化防止を推進する上で、リハビリテーション・機能訓練・口腔・栄養の一体的取組みの更なる評価をお願いしたい。
- 「個別機能訓練加算」について、効果的な活用に対する更なる評価、口腔・栄養との一体的な取組みの評価、LIFE関連加算の更なる拡充を検討するようお願いしたい。
個別機能訓練加算（Ⅰ）イとロについては、統合を含めた検討が必要だが、人員配置体制への考慮や、LIFEとの連動となるⅡの単位拡充及びアウトカム評価の更なる拡充と合わせた検討をお願いしたい。
また、3か月に1度の自宅訪問が必要なルールについては、利用者の状態の変化や、自宅環境の変化が生じた際の訪問への見直しを検討することを強く要望する。
- 「生活機能向上連携加算」については、調査結果の内容等も踏まえてより効果的な活用を推進するため、医療提供施設の専門職との連携と定められている要件について、医療提供施設に限定せずに、外部専門職との連携において算定可能な要件に見直すよう強く要望する。
- より個別性を重視しつつ、新たな種類と、個浴では無い入浴設備の事業所にも配慮した更なる見直しを検討することを強く要望する。
- 通所サービスにおける生活相談員・看護職員の配置要件について、人材の効率化の観点から改めて要件見直しの検討をお願いする。

【四病院団体協議会】

- リハビリ・栄養・口腔のさらなる向上を目指して、新たに研修制度を設け、受講を修了した介護福祉士を算定要件に含めたらどうか。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

17

論点① 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 入浴介助加算の見直し

論点①

- 通所系サービスにおける入浴介助加算（Ⅰ）の算定率は、事業所ベースで通所介護91.4%、地域密着型通所介護73.9%、認知症対応型通所介護94.9%である。（※1）
- 通所系サービスにおける入浴介助加算については、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、令和3年度介護報酬改定で見直しを行い、新たな区分（入浴介助加算(Ⅱ)）を設けたところ。
通所系サービスにおける入浴介助加算（Ⅱ）の算定率は、事業所ベースで通所介護12.2%、地域密着型通所介護7.5%、認知症対応型通所介護9.2%である。（※1）
- 入浴介助加算（Ⅱ）の算定に関しては、留意事項通知及びQ&Aで例示としてより詳細な要件（※2）を示しているところであるが、加算（Ⅱ）を算定出来ない理由として、通所介護計画書で対応できる個別入浴計画書において「単独の計画を作成することは負担」と回答した事業所や、「個浴槽がないから算定できない」と回答した事業所が一定数いる。（※3）
（※2）・「個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に変えることができるものとする。」（留意事項通知）
・「個浴槽がなくても利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば差し支えない」（Q&A）
- また、算定する意向がない理由として、「利用者の居宅を訪問し評価や助言等を行う医師等の確保・連携が困難である」と回答した事業所の割合が最も多かった。（※3）
- 入浴介助加算（Ⅱ）の創設の目的である、より自立支援に資する入浴介助の取組を促進するためにどのような対応が考えられるか。

対応案

入浴介助加算（Ⅰ）

- 入浴介助の技術として求められる研修内容を算定要件に組み込む等、より適切な実施が行われるように見直しはどうか。

入浴介助加算（Ⅱ）

- 入浴介助加算（Ⅱ）の算定要件について、算定している事業所及び算定に至っていない事業所が共通で算定に対する課題だと感じている点については、Q&A等で示している項目を厚生労働大臣が定める基準告示に明記し、要件を明確にすることとしてはどうか。
- また、利用者宅浴室の環境評価・助言については、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という）に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもとICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定することを可能としてはどうか。

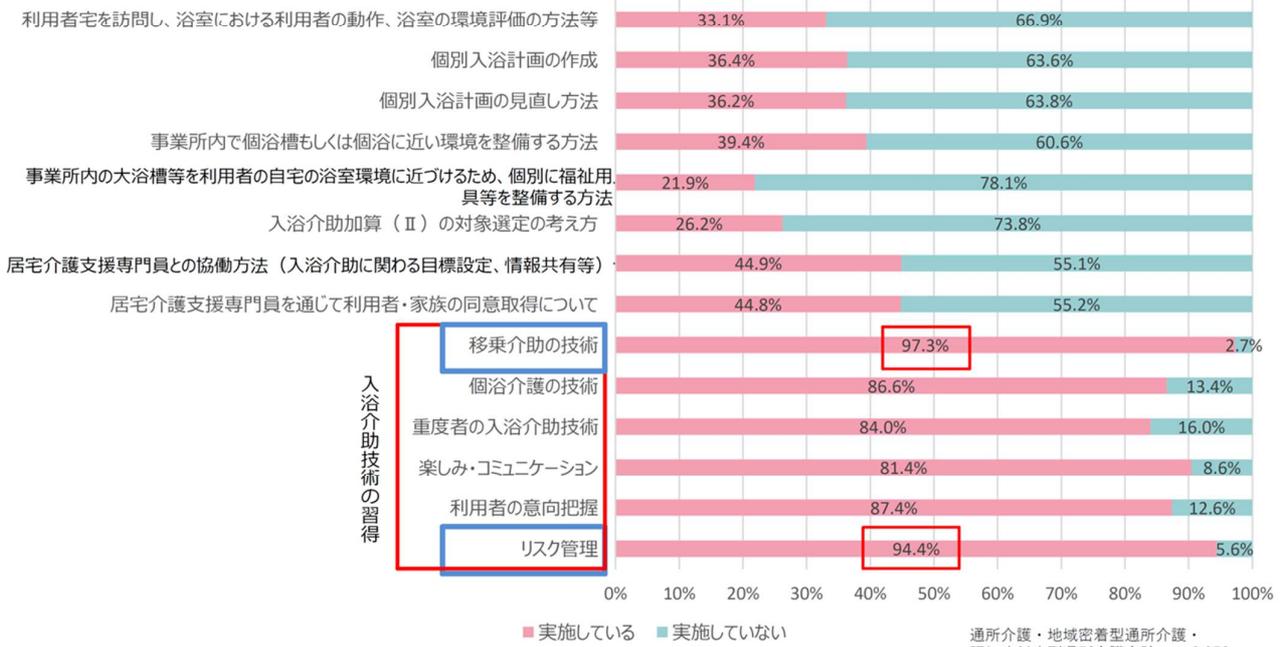
(※1) 算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数/サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年8月審査分））
(※2) 留意事項及びQ&A
(※3) 令和5年度老人保健健康増進等事業「通所系サービスにおける入浴介助のあり方に関する調査研究事業」（みずほサーチ&テクノロジー株式会社）より

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

18

入浴介助技術等に関する研修内容

- 事業所が行っている入浴介助に関する研修の実施状況では、入浴介助技術の習得に関する研修を8～9割の事業所が実施していた。
- 特に、「移乗介助の技術」や「リスク管理」については、95%近くの事業所が実施していた。

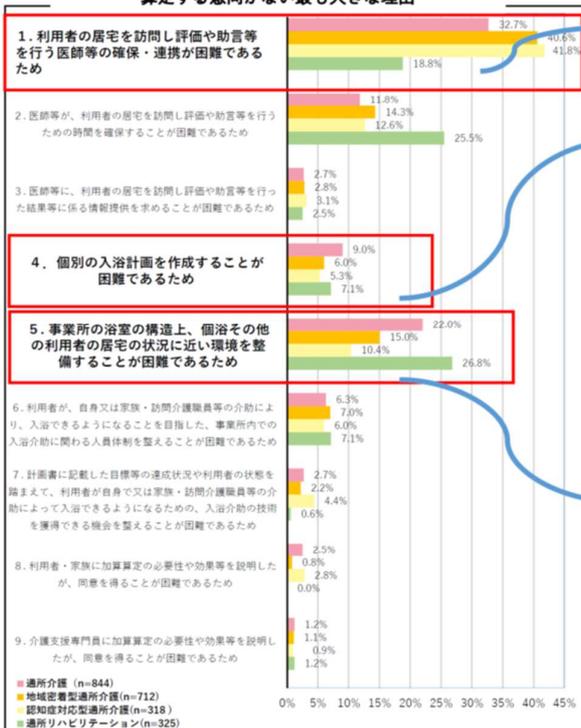


令和5年度老人保健健康増進等事業「通所系サービスにおける入浴介助に関するアンケート調査」(みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社)

入浴介助加算(Ⅱ)を算定する上での課題

- 入浴介助加算(Ⅱ)を算定する意向がない最も大きな理由では「1.居宅の訪問・評価・助言を行う人員確保」「5.浴室の整備」の割合が高く、さらに深掘を行うと4.5の回答では加算(Ⅱ)の算定要件について理解が進んでいない事業所もある。

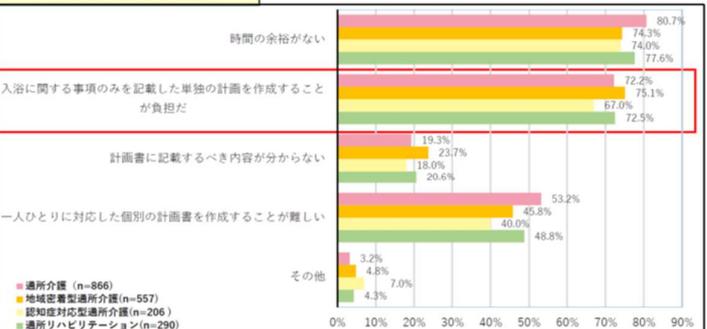
算定する意向がない最も大きな理由



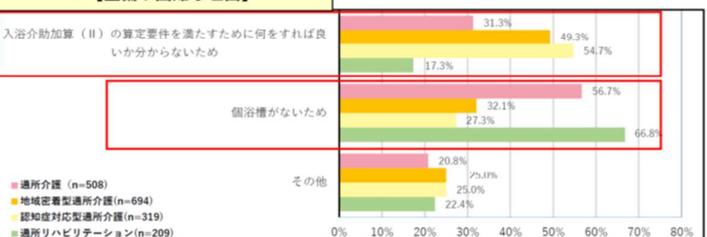
1【医師等の確保・連携が困難】

- ・加算(Ⅱ)の訪問が出来る職種の算定要件については、告示にて明確化を行うこととしてはどうか。
- ・医師等の訪問に代わり、介護職員等がICT機器を活用し、利用者の居宅浴室の環境整備に係る状況把握を行い訪問後、医師等が状況等を報告・評価することとしてはどうか。

4【作成が困難な理由】



5【整備が困難な理由】



令和5年度老人保健健康増進等事業「通所系サービスにおける入浴介助のあり方に関する調査研究事業」(みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社)より作成 (中間報告)

論点② 個別機能訓練加算の適正化

論点②

通所介護・地域密着型
通所介護のみ該当

- 個別機能訓練加算は、令和3年度介護報酬改定で、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行ったところ。
- 改定に当たっては、旧個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を併算定していた事業所もあることを踏まえて、激変緩和のために、人員配置につき、専従1名以上（サービス提供時間帯を通じて配置）を要件とする上位区分（Ⅰ）口を設けたという経過がある。
- 個別機能訓練加算を算定している事業所においては、機能訓練指導員の所要時間区分では7時間から8時間未満において人員を配置している事業所も一定数いる。他方で、実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間は「10分以上20分未満」の割合が高い。
- 現行の加算（Ⅰ）口の算定要件の一つである「提供時間帯を通じて専従1名以上配置」とあるが、機能訓練指導員の配置時間と機能訓練実施日1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間の比較を踏まえ、更なる機能訓練指導員の有効な活用等に向けて、どのような対応が考えられるか。

	請求事業所数	加算(Ⅰ)イ		加算(Ⅰ)ロ	
		算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率
通所介護	24,459	10,655	43.6%	6,546	26.8%
地域密着型通所介護	18,903	6,710	35.5%	2,388	12.6%

対応案

- 1日あたりの利用者への個別機能訓練に係る平均実施時間と人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置に対して緩和を行うとともに、現行の個別機能訓練加算（Ⅰ）口について適正化を図ることとしてはどうか。

（※）算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数／サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年8月審査分））

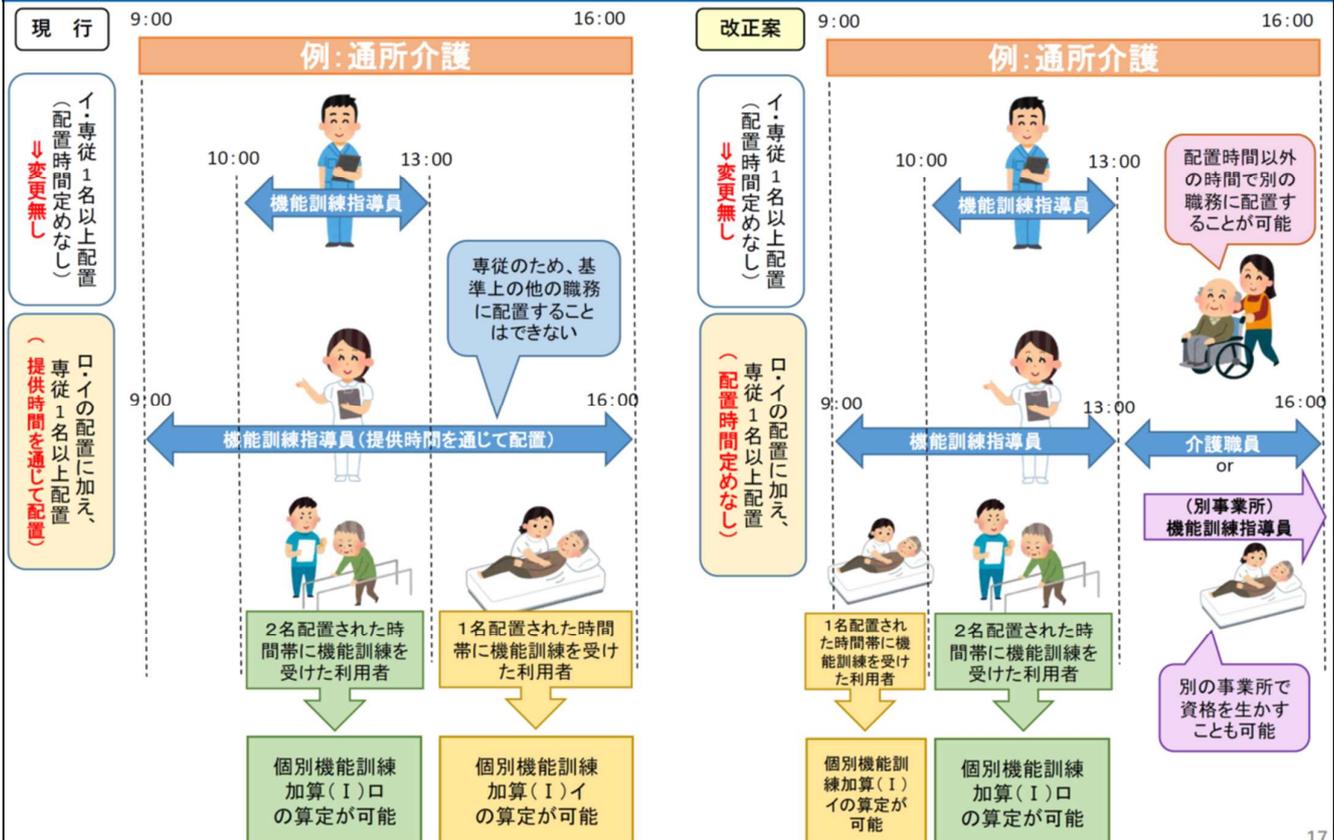
16

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

21

論点② 個別機能訓練加算の適正化

【改定イメージ】



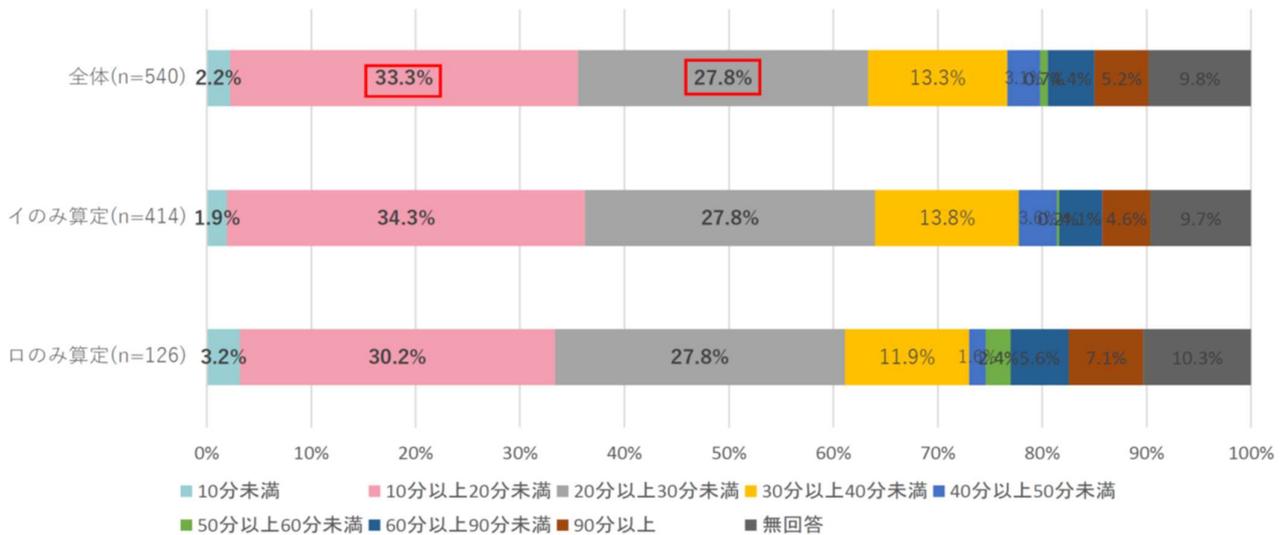
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

22

17

実施日1日あたりの平均実施時間（利用者一人あたり）

○ 実施日1日あたりの個別機能訓練の平均実施時間は「10分以上20分未満」の割合が最も高く33.3%、次いで「20分以上30分未満」が27.8%となった。平均実施時間は30分未満が6割程度となった。



令和4年度老人保健健康増進等事業「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における効果的な機能訓練のあり方に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

18

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

23

論点③ 通所系サービスにおける3%加算・規模区分特例について

論点③

※ 通所介護に限らず、通所リハビリテーション・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護も同様

- 通所介護等では、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年度に「臨時的な取扱い（第12報）」（R2.6～R3.3）、令和3年度介護報酬改定時に「3%加算・規模区分の特例」等を実施した。
- 例えば通所介護＋地域密着型通所介護の受給者数は令和5年4月審査分は158.2万人となり、コロナ前（H31.4～R2.2審査分）平均受給者数160.3万人に戻りつつある。
- 今後、国民生活に重大な影響を与える新たな感染症の発生や大規模な災害時において、通所介護等ではどのような対応が考えられるか。

対応案

- 今後、新興・再興感染症や大規模な災害等が起こり、感染症蔓延時や利用者が被災した場合に通所介護等が利用困難となる可能性があるため、3%加算や規模区分の特例は緊急時に対応できる加算として存置することとしてはどうか。

	3%加算	規模区分の特例
単位数	減少月の利用延人数が当該減少月の前年度の一月当たりの平均利用延人数から5/100以上減少している場合に、基本報酬の3/100に相当する単位数を加算する。	減少月の利用延人数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人数と同等となった場合に、より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。 ・大規模Ⅱの利用者が750～900人となった場合 →大規模Ⅰが算定可能 ・大規模Ⅰの利用者が750人以下となった場合 →通常規模型が算定可能
期間	原則当該減少月の翌々月から3月以内に限る（算定終了前月においてもなお減少している場合は、1回3月に限り延長可能）。 なお、加算算定の期間（または加算延長の期間）内に、月の利用延人数が算定基礎から5%以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。	加算算定の期間内に、月の利用延人数がより小さい事業所規模別の利用延人数を超え、かつ適用前の事業所規模別の利用延人数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって適用終了とする。
対象	対象となる感染症や災害については、これが発生した場合、対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせする。	

20

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

24

論点④ 豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いの明確化

論点④

■ 豪雪地帯等の通所系サービスに対する取組は下記のとおり

- ・「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」の対象であり、R3報酬改定において、対象サービスの拡充（認知症対応型通所介護）を実施。（※なお加算は冬季に限定せず、通年で算定可能）
- ・また、地域医療介護総合確保基金を活用し、豪雪地帯を含む過疎地域等における介護人材確保に向けた取組を支援する観点から、地域外から介護施設等に就職するための引越等の費用を助成する等支援を実施しているほか、特別豪雪地帯に認知症対応型通所介護事業所を整備する場合、通常の補助単価に追加し、8%加算が可能

■ 令和4年の経営概況調査において、豪雪地帯とその他地域の通所系の送迎に係る支出（車両費等）を調査したところ、例えば通所介護等の車両費は、豪雪地帯よりもその他地域の方が高い等、必ずしも豪雪地帯の通所系サービスの送迎に係る支出が高い、という結果は得られていない。（令和4年経営概況調査特別集計より算出）

■ 豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いについて、積雪等のやむを得ない事情の中でもサービス提供を行う観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

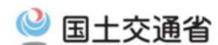
- 現行、指定居宅サービスに係る留意事項通知において、「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所介護の提供が通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所介護計画上の単位数を算定して差し支えない。」としているところ、事業者の持続的なサービス提供に資する観点から、利用者の心身の状況（急な体調不良等）に限らず、積雪等のやむを得ない事情についても通知上明記することで、明確化を図ることとしてはどうか。

24

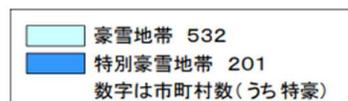
25

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

豪雪地帯・特別豪雪地帯の指定(令和5年4月1日現在)



- | | |
|-------|---------------|
| 北海道 ※ | 山梨県 |
| | 長野県 |
| 青森県 ※ | 岐阜県 |
| 岩手県 ※ | 静岡県 |
| 宮城県 | |
| 秋田県 ※ | 滋賀県 |
| 山形県 ※ | 京都府 |
| 福島県 | 兵庫県 |
| 栃木県 | 鳥取県 ※ |
| 群馬県 | 島根県 |
| | 岡山県 |
| 新潟県 ※ | 広島県 |
| 富山県 ※ | |
| 石川県 ※ | ※全域豪雪地帯(10道県) |
| 福井県 ※ | 下線は特豪あり(15道県) |



区分	全国	豪雪地帯 〔特別豪雪地帯を含む〕 (対全国比%)	うち特別豪雪地帯 (対全国比%)
市町村数	1,719	532 (30.9)	201 (11.7)
面積(km ²)	377,975	191,990 (50.8)	74,899 (19.8)
人口(千人)	126,146	18,248 (14.5)	2,793 (2.2)

(備考) 1 市町村数は令和4年4月1日現在。全国の市町村数のうち、東京23区は1市としてカウント。
2 面積は国土院「全国都道府県市町村別面積調」(令和元年10月1日時点)による。
3 人口は令和2年国勢調査(令和2年10月1日)による。
(指定区域外の人口が大きい※)一部指定豪雪地帯である仙台市、郡山市、静岡市、大津市は豪雪地帯に含めていない。)

25

26

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

論点 1. 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 入浴介助加算の見直し	9
論点 2. 個別機能訓練加算の適正化	16
論点 3. 通所系サービスにおける3%加算・規模区分特例について	20
論点 4. 豪雪地帯等に対する通所介護等の取扱いの明確化	24

社会保障審議会 介護給付費分科会（第229回） 令和5年10月26日	資料 2
--	------

療養通所介護（改定の方角性）

論点 1. 短期利用の評価 7

論点 2. 重度者のケア体制の評価 10

論点 3. 地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組 13

社会保障審議会 介護給付費分科会（第229回）	資料 3
令和 5 年10月26日	

通所リハビリテーション（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<通所リハビリテーション>

(総論)

- 令和3年度の介護報酬における新型コロナウイルス感染症対応のための特例的な評価の実施状況や効果を検証しつつ、これからのウィズコロナ時代における持続可能な通所系サービスの在り方を検討する必要があるのではないか。その際、人材の有効活用の観点から、ICTの活用なども参考にすべきではないか。

(基本報酬)

- 大規模型事業所ほど多くのリハビリテーション専門職、介護職を配置しており、要介護度の重い利用者に対してサービスを提供しているため、大規模型事業所の方が経営効率がいいとは言えない上に、他サービスにおいては大規模化・集約化が推進されているにも関わらず、大規模型事業所へ減算を行うのは不適切ではないか。
- 令和3年度の通所リハビリテーションの収支差率は0.5%と厳しい状況にあり、半数の事業所が赤字となっている中、リハビリテーションサービスの基盤を強くするために、基本報酬の見直しや、大規模事業所減算の見直しが必要ではないか。

(医療との連携)

- 退院・退所時のカンファレンスへの介護のリハビリテーション職の参加や、医療のリハビリテーション実施計画書の共有を促すべきではないか。
- 医療保険から介護保険への移行の際の適切なリハビリテーションの提供のために、情報連携がスムーズに進む体制の整備が必要ではないか。

(リハビリテーションの質の評価)

- アウトカム評価として、生活機能の改善・変化の実績を含めるなど、具体的な指標・評価方法を検討するとともに、加算の整理統合も検討すべきではないか。
- 総合評価の創設の前に、既存の加算も含め、アウトカム評価をより重視するための検討が必要ではないか。
- 事業所の規模別の評価ではなく、適切なケアが提供されているかなど、プロセスの評価を中心に、質を別途評価するという仕組みが必要ではないか。
- 医療機関と介護老人保健施設では、提供時間や利用者の要介護度など、役割に大きな差があるので、それらの特徴の違いを踏まえて評価指標を設定すべきではないか。
- 現在は多くの利用者がマルチモビリティ患者であり、疾患改善や機能改善の評価が難しいと考えられるので、利用者本人が楽しめているか、幸せなのか、大事にされているのか、やりがいを感じているか等に評価の目を向けることが重要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

(リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組)

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組は非常に効果もあるので、加算等も含めて推進の方策を検討すべきではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に、一定期間に集中して実施するような、質の高いリハビリテーションの推進が必要ではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を行うための専門職の確保が難しいため、専門職を派遣する側の医療機関が、通所リハビリテーションの会議等に出席ができるような方策や、書面による対応も可能とするなどの方策を検討してはどうか。
- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件であるリハビリテーション会議に、口腔・栄養の専門職が参加する等の対応を検討してはどうか。
- 情報連携を進めていく上で、共通の書式を持つことは望ましいので、様式例を見直す等、より広く活用可能となるような施策の検討が必要ではないか。
- 特に口腔の情報に関して、ケアマネジャーや介護職にも理解でき、連携しやすくなる仕組みが必要ではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養のいずれの分野も薬剤の影響を受けるため、それぞれのケアにおいてより高い効果を求めるために、薬剤師との連携の重要性についても明確化しておくべきではないか。

(介護予防通所リハビリテーションについて)

- リハビリテーションの継続が要介護度の維持に寄与しているか、効果を検証するとともに、今後の介護予防の在り方について検討する必要があるのではないか。
- 介護予防とは、要介護になることを遅らせるためのサービスであり、要支援者の長期利用を一律に適正化するのではなく、サービス提供により要支援の状態を維持できていることを評価すべきではないか。
- 要支援者の長期利用について、本人の継続希望がある中、通所リハビリテーションを卒業させるのであれば、利用者の重度化が進まないよう、それ以外の適切な居場所があるのか議論が必要ではないか。
- 介護予防のリハビリテーションは、可能な限り非悪化・維持を目指すものであり、メリハリをつけて行うことは大切だが、リハビリテーションからの卒業を評価するよりも、人生の最後までをしっかりと支えるサービスとして位置づけていくことが必要ではないか。
- 事業所評価加算は見直しが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所リハビリテーション)③

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したものを示します。

※第226回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。

- (1) リハビリテーション専門職の処遇改善
- (2) 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し
- (3) 退院・退所前カンファレンスへの通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション専門職の参加
- (4) 訪問リハビリテーションの研修終了期間の延長と退院退所直後の未実施減算除外
- (5) 生活機能向上連携加算算定拡大への取組
- (6) 共生型サービスの推進に向けた自立訓練開設基準の緩和

※第226回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本語聴覚士協会から、以下について要望があった。

- (1) リハビリテーション専門職の人材確保と3職種配置による自立支援・重度化防止の推進
- (2) 認知症リハビリテーションの推進
- (3) 摂食嚥下障害を有する高齢者のリハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養の一体的取組の推進
- (4) 高齢期難聴の早期発見・早期対応による自立支援・重度化防止
- (5) 在宅医療の推進（介護老人保健施設における事業所番号取得の簡素化等）
- (6) 介護施設等におけるADL低下予防の更なる推進
- (7) 介護職との連携の強化による労働生産性と生活機能の向上

論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

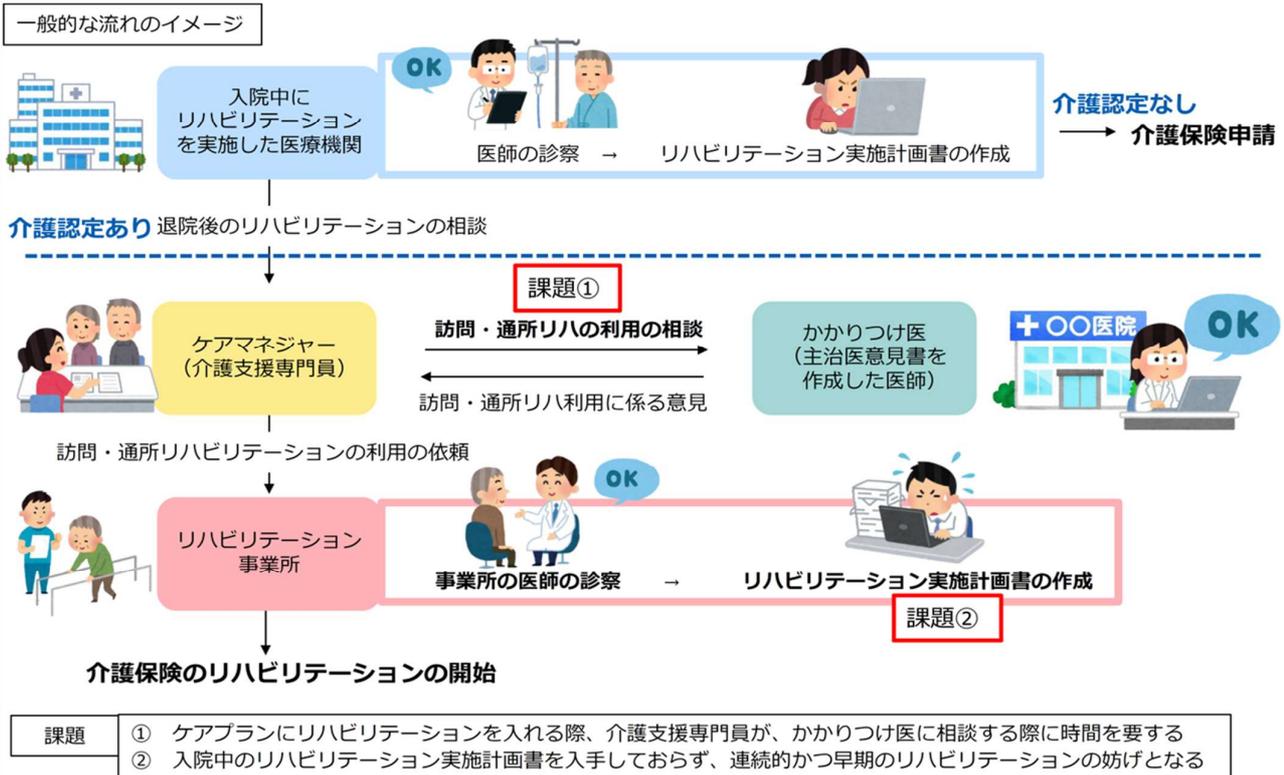
論点1

- 退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

退院後の介護保険によるリハビリテーション移行の流れと課題（イメージ）



10

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

35

論点2 リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し

論点2

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、それぞれに応じた単位数が設定されている。
- 規模別の単位数設定については、サービス提供にあたってのスケールメリットに着目した評価であるが、大規模型事業所であっても、体制を整え、個々の利用者のニーズに応じたリハビリテーションを行う施設については、必ずしもスケールメリットが働かないとの指摘がある。
- リハビリテーションを充実させる観点から、規模別に一律である基本報酬体系について、どのような方策が考えられるか。

対応案

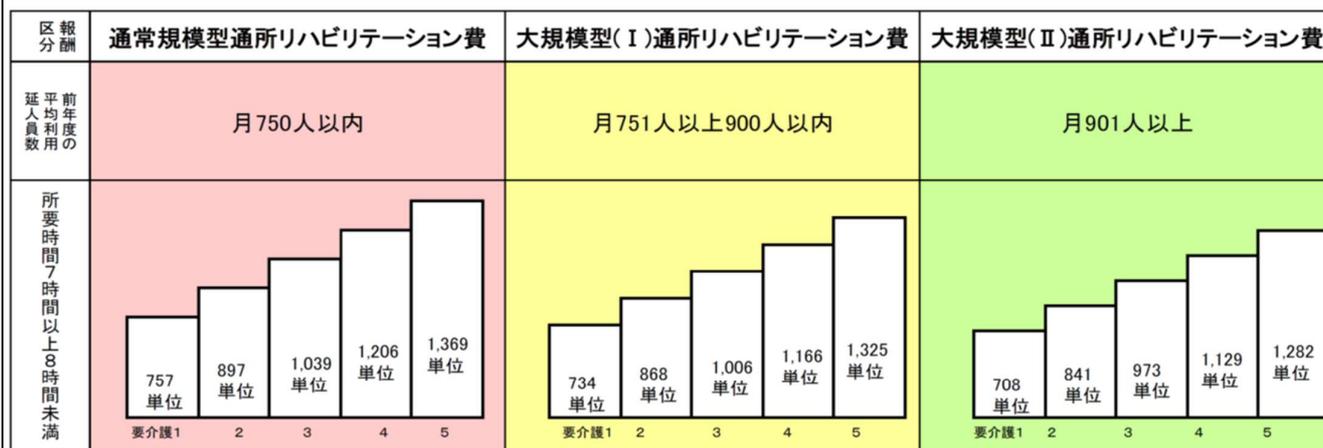
- 個々の利用者のニーズに応じてリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所については、スケールメリットが限定的となることから、現在の大規模型の報酬について一定の見直しを行ってはどうか。

14

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

36

通所リハビリテーションの経営状況



■事業所規模別収支差率

	通常規模型	大規模型(I)	大規模型(II)
延べ利用者数	601~750人	751~900人	901人以上
令和3年度収支差	0.6% [※]	2.4% [※]	0.3% [※]
令和2年度収支差	3.7%	2.0%	2.3%
有効回答数	54	25	47
延べ利用者数	601~750人	751~900人	901人以上
平成30年度収支差	4.0%	5.5%	3.6%
平成29年度収支差	5.0%	6.6%	6.9%
有効回答数	48	41	67

令和3年度介護報酬改定 基本報酬の見直し
(引き上げ単位数は大規模型 I > II)

※新型コロナウイルスに係る特例により、一段階評価が上の規模別区分で算定している場合がある

平成30年度介護報酬改定 規模別・時間別基本報酬の見直し
(見直しにあたり、大規模型 I については II よりも手厚い対応)

(出典) 令和元年度、令和4年度介護事業経営概況調査を元に老健局老人保健課が作成

15

37

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

論点3 介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価

論点3

- 令和3年度改定において、近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防リハビリテーションにおける12月減算が新設されたが、減算が適用される長期間の利用者の割合は64%となっている。
- 一方で、介護予防サービスは要介護状態等となることの予防の役割を持っており、単に長期間利用を適正化するのではなく、機能維持ができていないことを評価するべきとの意見もある。
- また、生活期リハビリテーションのアウトカム評価である事業所評価加算の算定率は9.8%と低く、算定が困難な理由として「介護度の認定期間が長く、改善の結果が得られにくい」という点が挙げられている。平成18年度の加算新設当初は、要支援の介護認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっており、現状に合致した評価となっていない可能性がある。
- 適切なリハビリテーションマネジメントのもと、機能維持・改善のための取組を行っている事業所を評価し、介護予防のリハビリテーションの質を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護予防通所リハビリテーションの長期間利用者に関して、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者と、それ以外の利用者については、評価の差別化を行ってはどうか。
- 要介護認定制度の見直しに伴い、事業所評価加算を見直し、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。

17

38

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催

○ 介護予防通所リハビリテーションを提供している事業所のうち、リハビリテーション会議を実施している割合は32.6%である。

■介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催状況

	全体 n=677	通常規模 n=576	大規模Ⅰ n=38	大規模Ⅱ n=51
実施あり	32.6%	33.3%	26.3%	25.5%
実施なし	63.2%	62.8%	63.2%	72.5%
無回答	4.1%	3.8%	10.5%	2.0%

■実施ありの事業所において、利用者のうちリハビリテーション会議を行った割合

	全体 n=221	通常規模 n=192	大規模Ⅰ n=10	大規模Ⅱ n=13
10割	51.6%	52.6%	80.0%	15.4%
8割以上	8.6%	8.9%	20.0%	0.0%
5割以上	10.9%	10.4%	0.0%	23.1%
3割以上	3.6%	4.2%	0.0%	0.0%
3割未満	22.2%	20.3%	0.0%	61.5%
無回答	3.2%	3.6%	0.0%	0.0%

(出典) 生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業 速報値 (令和5年度 老人保健健康増進等事業)

19

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

39

通所リハビリテーションの算定状況

通所リハビリテーション	単位数(令和3年4月以降)	単位数(単位:千単位)	割合(単位数ベース)	件数(単位:千件)	算定率(件数ベース)	社保審一介護給付費分科会	
						第219回 (R5.7.10)	資料3
総数		2654777	100.00%	2852.5	100.00%	-	-
感染症災害3%加算	基本報酬の+3%	223	0.01%	15.3	0.04%	221	2.75%
理学療法士等体制強化加算*	+30単位/日	4240	0.16%	188.3	4.95%	1494	18.61%
延長加算(8時間以上9時間未満の場合)	+50単位/日	74	0.00%	1.6	0.05%	128	1.59%
延長加算(9時間以上10時間未満の場合)	+100単位/日	42	0.00%	0.6	0.01%	27	0.34%
延長加算(10時間以上11時間未満の場合)	+150単位/日	11	0.00%	0.1	0.00%	7	0.09%
延長加算(11時間以上12時間未満の場合)	+200単位/日	0	-	-	-	0	0.00%
延長加算(12時間以上13時間未満の場合)	+250単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	1	0.01%
延長加算(13時間以上14時間未満の場合)	+300単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	0	0.00%
リハビリテーション提供体制加算	+12~28単位/日	46142	1.74%	2 480.3	71.13%	-	-
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	+5単位/日	514	0.02%	2.0	0.07%	201	2.50%
入浴介助加算(Ⅰ)*	+40単位/日	65705	2.48%	1 947.7	57.57%	5639	70.12%
入浴介助加算(Ⅱ)*	+60単位/日	12961	0.49%	280.7	7.57%	1303	16.20%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(1/16月以内/2/16月超)	(1)+560 (2)+240単位/月	9456	0.36%	31.5	1.10%	(1)968 (2)1220	(1)12.04% (2)15.17%
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(1/16月以内/2/16月超)	(1)+593 (2)+273単位/月	10911	0.41%	32.3	1.13%	(1)913 (2)1157	(1)11.35% (2)14.39%
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ(1/16月以内/2/16月超)	(1)+830 (2)+510単位/月	19168	0.72%	33.6	1.18%	(1)884 (2)1061	(1)10.99% (2)13.19%
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(1/16月以内/2/16月超)	(1)+863 (2)+543単位/月	39988	1.51%	66	2.31%	(1)1424 (2)1656	(1)17.71% (2)20.59%
短期集中個別リハビリテーション実施加算*	+110単位/日	11474	0.43%	124.7	3.66%	4117	51.19%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	+240単位/日	608	0.02%	3.3	0.09%	214	2.66%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	+1920単位/月	104	0.00%	0.0	0.00%	31	0.39%
生活行為向上リハビリテーション実施加算	+1250単位/月	618	0.02%	0.7	0.02%	140	1.74%
若年性認知症利用者受入加算*	+60単位/日	29	0.00%	0.5	0.02%	52	0.65%
栄養アセスメント加算	+50単位/日	1855	0.07%	48.0	1.30%	681	8.47%
栄養改善加算	+200単位/回	412	0.02%	2.1	0.07%	186	2.31%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	+20単位/回	96	0.00%	11.9	0.17%	720	8.95%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	+5単位/回	10	0.00%	6.7	0.07%	-	-
口腔機能向上加算(Ⅰ)	+150単位/回	2216	0.08%	14.5	0.52%	771	9.59%
口腔機能向上加算(Ⅱ)	+160単位/回	2850	0.11%	22.4	0.62%	675	8.39%
重度療養管理加算*	+100単位/回	1535	0.06%	17.4	0.54%	1179	14.66%
中重度ケア体制加算*	+20単位/日	19701	0.74%	1 190.2	34.53%	1840	22.88%
科学的介護推進体制加算	+40単位/月	8730	0.33%	259.6	7.65%	3634	45.19%
同一建物減算*	△94単位/日	△4638	-0.17%	55.1	1.73%	-	-
送迎減算*	△47単位/日	△13493	-0.51%	345.8	10.05%	-	-
移行支援加算*	+12単位/日	5086	0.19%	567.3	14.86%	811	10.08%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+22単位/回	36046	1.36%	2 073.0	57.44%	3811	47.39%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+18単位/回	11156	0.42%	703.3	21.73%	1199	14.91%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	+6単位/回	2062	0.08%	384.8	12.05%	1467	18.24%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	×4.7%	95824	3.61%	330.6	10.67%	5151	64.05%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	×3.4%	5705	0.21%	26.7	0.89%	549	6.83%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	×1.9%	2347	0.09%	22.1	0.70%	475	5.91%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	×2.0%	30504	1.15%	245.1	7.84%	3496	43.47%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	×1.7%	6209	0.23%	62.1	1.98%	1120	13.93%

(注1)「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千件)」には、短期利用居宅介護における請求分を含む。(注2)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。
 (注3)「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。(注4)「請求事業所数」には、短期利用居宅介護における請求分を除く。
 (注5)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。(注6)介護予防サービスは含まない。

[出典]厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年4月審査(令和4年3月分)及び介護保険総合データベース(令和4年3月分)を元に老健局老人保健課で集計

42

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

40

論点4 リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進

論点4

- リハビリテーション・口腔・栄養の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待されており、一体的取組の推進によって、より質の高いサービスの提供が可能になったという報告もある。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、
 - ・リハビリテーションマネジメント加算について、口腔・栄養のアセスメントも併せて実施した上でリハビリテーションの質を管理した場合の評価を新たに設けること
 - ・一体的実施計画書の様式の見直しを検討してはどうか。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書

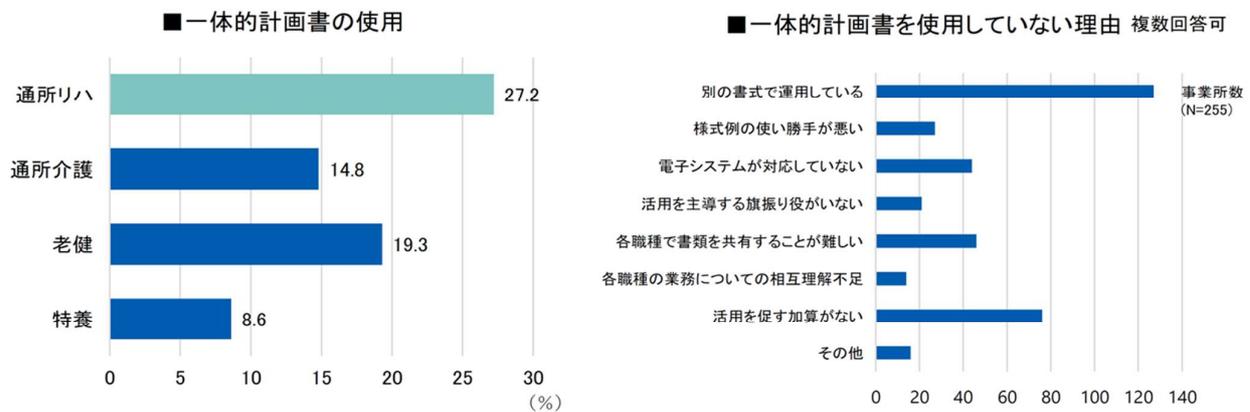
氏名:	殿	サービス開始日:	年 月 日
作成者:	リハ	栄養	口腔
利用者及び	リハビリテーション ・個別機能訓練	栄養	口腔
説明日			
解決すべき課題 (ニーズ)	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養 低栄養状態のリスク (□低 □中 □高)	口腔 □咀嚼生状態 (□口蓋、□舌の汚れ、 □着脱の汚れ、□舌苔) □口腔機能の状態 (□食べこぼし、□舌の動きが悪い、 □舌圧、□舌の長さ、□口腔乾燥) □歯 (□抜、□脱落物脱落等)、歯肉 (歯肉不適合等)、 歯周病、□口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他 () 【注】 □栄養職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		□口腔衛生 (□維持、□改善 ()) □摂食・嚥下機能 (□維持、□改善 ()) □歯状態 (□維持、□改善 ()) □音声・言語機能 (□維持、□改善 ()) □誤嚥性肺炎の予防 □その他 ()
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		【計画立案者】 □栄養職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
具体的なケア内容			□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □口腔清掃、口腔清浄に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他 () 【サービス担当者】 □栄養職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
算定加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II) <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (II)		

令和3年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書(リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録)について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」 （厚生労働省公開の様式例）について

社保審一介護給付費分科会
第219回（R5.7.10） 資料3

- 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」について、「使用している」と回答した施設・事業所は特養8.6%、老健19.3%、通所介護14.8%、通所リハビリテーション27.2%と低調であった。
- 使用していない理由としては、「別の書式で運用している」、「活用を促す加算がない」が多くみられる。



(出典)施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査
(令和4年度 老人保健健康増進等事業) 27

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

43

論点5 運動器機能向上加算の見直し

論点5

- 運動器機能向上加算は理学療法士等を配置し、月1回の身体機能評価を行うことを評価する加算であり、算定率は89.7%である。
- 予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進し、また報酬体系の簡素化を行う観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 運動器機能向上加算を廃止し、同加算の算定要件を基本報酬の算定要件としてはどうか。
- 併せて、運動器機能向上への取組を評価している選択的サービス複数実施加算について、必要な見直しを行ってはどうか。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

44

選択的サービス複数実施加算について

基準等

- 選択的サービス複数実施加算
注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） 480単位

(2) 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） 700単位

イ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）

(1) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、2種類のサービスを実施していること。

(2) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。

(3) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

ロ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）

(1) 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。

(2) イ(2)及び(3)の基準に適合すること。

31

45

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

論点6 機能訓練事業所（障害サービス）の拡充

論点6

- 障害サービスの自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。その理由として、事業所数自体が少ないことがサービスの認知度の低さの原因となっている点や、医療専門職等の確保が困難である点が挙げられている。
- また、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。
- 障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいて、通所リハビリテーション事業所における共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が検討されている。
- 障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）のニーズに対応するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。

32

46

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

共生型サービスの対象となるサービス

- 共生型サービス創設の目的に照らし、以下のサービスを対象としている。
- ① 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を促進する観点から、介護保険優先原則が適用される介護保険と障害福祉両方の制度に相互に共通するサービス
 - ② 現行の基準該当障害福祉サービスとして位置付けられているサービス

	介護保険サービス		障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	○ 訪問介護	↔	○ 居宅介護 ○ 重度訪問介護
デイサービス	○ 通所介護 ○ 地域密着型通所介護	↔	○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く） ○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く） ○ 放課後等デイサービス（同上）
ショートステイ	○ 短期入所生活介護 ○ 介護予防短期入所生活介護	↔	○ 短期入所
「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組合せを一体的に提供するサービス※	○ 小規模多機能型居宅介護 ○ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ○ 看護小規模多機能型居宅介護	→	○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く） ○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く） ○ 放課後等デイサービス（同上）
	□ 通い □ 泊まり	→	○ 短期入所

※ 障害福祉サービスには介護保険の（看護）小規模多機能型居宅介護と同様のサービスはないが、障害福祉制度における基準該当の仕組みにより、障害児・者が（看護）小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。

通所リハビリテーション 目次

論点 1. リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進	9
論点 2. リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し	14
論点 3. 介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価	17
論点 4. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進	23
論点 5. 運動器機能向上加算の見直し	29
論点 6. 機能訓練事業所(障害サービス)の拡充	32

（介護予防）短期入所生活介護（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

これまでの分科会における主なご意見(短期入所生活介護)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<短期入所生活介護>

（長期利用）

- 連続利用の長期化の傾向がある。それぞれのサービスの担っている機能・役割を踏まえた、他サービスとの兼ね合いや連携強化が必要ではないか。
- 特養の待機場所について、どこで待機すべきかという議論が常々なされている。特養の中で待機ができるのであれば、なじみの関係になってから長期入所に切り替わり、利用者にとっても、家族にとっても、事業所にとっても非常に利点大きいと感じている。

（新型コロナウイルス感染症への対応）

- コロナウイルス感染拡大以降、利用前や利用当日の健康チェック、状況に応じて観察期間を設けたり、あるいは外部医療機関との連携、急変時の対応など、通常の長期利用の場合に比べ、介護の手間が拡大している。この点も考慮した改定が必要ではないか。

（医療的ケア）

- 在宅での生活を支え、家族の負担軽減を図る上でも、医療的ケアの充実や、機能訓練の充実を図ることが重要。そのため、看護体制加算、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算へのインセンティブをつけ、充実を図ることや、訪問診療等の医療との連携強化について検討をするべきではないか。また、特養併設の事業所が95%であり、短期入所生活介護事業所としては規模が小さい事業所が多いため、専従の看護師や機能訓練指導員を配置することは難しいとの声が多い。特に、機能訓練指導員については、特養本体と一体として配置することや、また、通所介護と同等の配置要件の緩和等、個別機能訓練の実施を促す検討も必要ではないか。
- カテーテルやストーマ管理、褥瘡処置をはじめとした医療ニーズへの対応を要する利用者の割合が、全体に高くなっている。課題を具体的に把握した上で、事業所内の看護職員配置、外部の医療機関や訪問看護ステーションとの連携の強化策についても、検討が必要ではないか。
- 本来、医療的ケアの必要な方は、生活介護のショートではなく、療養ショートへケアマネージャーが誘導すべきものだと考える。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

50

これまでの分科会における主なご意見(短期入所生活介護)②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したものを掲載しています。

<短期入所生活介護>

(服薬指導)

- 現状、ショートステイ先での服薬管理は、普段から関わっている利用者もしくは薬ではないために、施設から直接薬局に相談や依頼が来ることがある。在宅からショートステイに移行した際に、処方追加などがあった場合や、服薬状況等の情報が共有されない場合には、継続的管理とならず、必要な情報が途切れてしまう課題がある。服薬指導あるいは管理を途切れさせず、安全に薬物治療が行われるよう継続管理という観点から、薬局とショートステイとの連携体制の構築を早急に実現する必要がある。また、施設からの依頼で、薬剤師が訪問し、服薬指導や管理を実施した場合の評価についても検討する必要があるのではないか。

(口腔管理)

- 訪問歯科診療を実施する場所としては、やはり居宅、在宅よりも環境が整っている場合も多く、入所期間に必要な歯科治療ができるというメリットもある。ケアマネ等からの情報共有によって、入所期間における口腔の管理が進むことを期待する。

※ 第225回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。

- 短期入所生活介護利用後の状態悪化を予防する観点から、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算の評価の見直しや基準緩和を行うなど、評価の見直しを検討いただきたい。

5

51

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

論点① 短期入所生活介護 看取り対応を行った場合の評価

論点①

- 看取り期においても、介護サービス利用者ができる限り在宅生活を継続しながら暮らし続ける体制づくりは重要である。
令和3年度改定で、短期入所療養介護、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、施設系・居住系サービスでは、「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(※)」に沿った取組を求めていることとしている。
- 短期入所生活介護においても看取りのニーズがあることから、サービスの目的を果たしながら看取りへ対応したことを評価する観点から、どのような対応が考えられるか。

※ 「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(平成30年3月改訂 厚生労働省)」

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種(医師・介護従事者)から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、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、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は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決めておくことも重要である。

対応案

- 泊まり機能を有する短期入所生活介護において、事業所の看取り期の利用者に対するサービス提供体制を強化する観点から、レスパイト機能を果たしつつ、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合は、新たに看取り期における取組を評価することとしてはどうか。
- なお、新たに設立する加算は、看護職員の体制や看取り期における対応方針を作成していることを要件に評価してはどうか。また、相当期間以上のサービス利用が行われる場合は、算定に制限を設けることとしてはどうか。

8

52

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

論点② 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 長期利用の適正化

論点②

- 短期入所生活介護では、自費利用を挟み連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所を利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行うこととしている。
長期利用者減算の算定率は、事業所ベースで72.1%（※）となっており、多くの事業所で長期利用がされている状況である。
- また、介護予防短期入所生活介護では、連続30日を超えてサービスを受けている場合に30日を超える日以降は算定しないという規定はあるものの、長期利用を行う場合に長期利用者減算は適用されない。
しかし、介護予防短期入所生活介護でも一定数長期利用者がいるという実態がある。
- 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護のサービスの趣旨を踏まえ、目的に応じた利用を促す観点からどのような対応が考えられるか。

（※）算定率（事業所ベース）：加算算定事業所数／サービス算定事業所数（介護給付費等実態統計より特別集計（令和4年3月審査分））

対応案

- 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用について、施設入所と同等の利用形態となっていることから、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとしてはどうか。

12

53

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

短期入所生活介護 長期に利用する場合

- 短期入所生活介護においては、長期に利用する場合について以下の規定を設けている。
 - ・ 利用者が連続して30日を超えてサービスを受けている場合においては、30日を超える日以降に受けたサービスについては、短期入所生活介護費を算定することができない。
 - ・ 自費利用を挟み、同一事業所を連続30日利用している者に対してサービスを提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行う（1日につき30単位）。

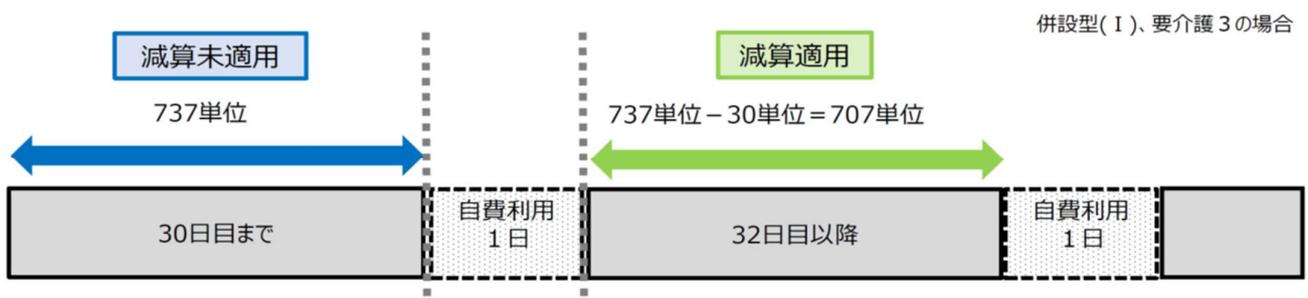
長期利用減算の例

減算の考え方

短期入所生活介護の基本報酬においては、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、事業所での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価している。

= 長期にわたって利用している場合は、初期加算相当分を評価する必要なし。

（※）短期入所生活介護のみ適用されており、介護予防短期入所生活介護には適用されていない。



13

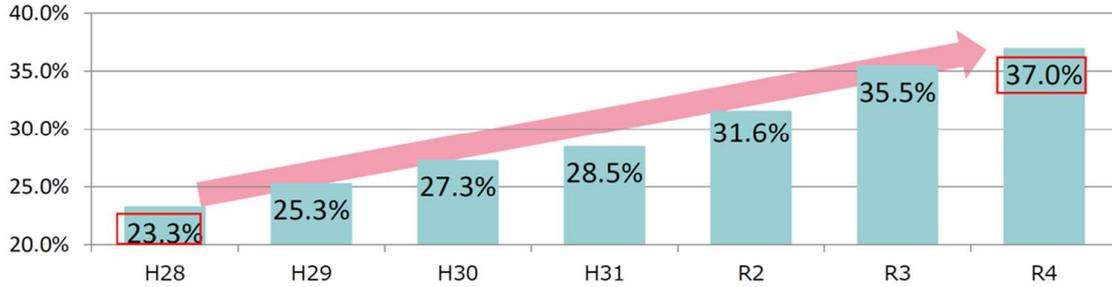
54

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

短期入所生活介護 長期利用減算の算定割合

- 自費利用を挟み同一事業所を連続30日利用している者に対してサービスを提供する場合には、連続30日を超えた日から減算を行う（長期利用減算1日につき30単位）。
- 短期入所生活介護の長期利用者は、②の長期利用減算の算定割合によれば、同減算を創設した27年度以降増加している。

長期利用減算の算定割合



	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	(単位: 千日)
総算定日数(①)	3688.6	3813.5	3907.4	3912.1	3822.1	3782.1	3684.7	
減算日数(②)	859.0	963.9	1066.3	1115.0	1208.1	1343.3	1361.6	
総算定日数に占める割合 (②÷①)	23.3%	25.3%	27.3%	28.5%	31.6%	35.5%	37.0%	



介護給付費等実態統計 (旧: 調査) 各年4月審査分 (3月サービス提供分) より作成。 14

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

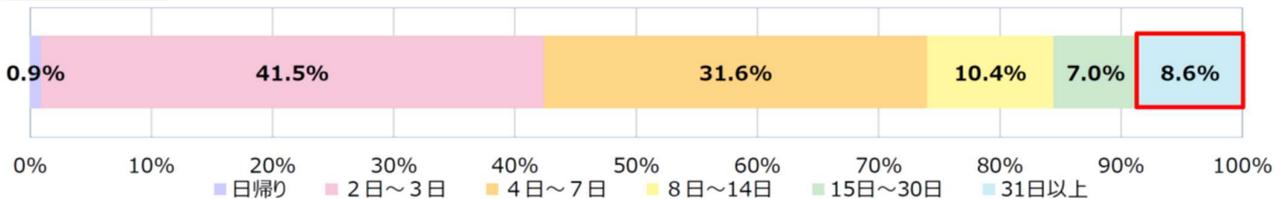
短期入所生活介護 連続利用日数別利用者数

社保審-介護給付費分科会
第219回 (R5.7.10) 資料4

- 令和元年度調査の「31日以上」の利用者割合は8.6%、令和4年度調査の「31日以上」の利用者割合は10.6%となった。

令和元年度調査

n = 39,375 (数値回答)



令和元年度老人保健健康増進等事業「短期入所生活介護におけるサービス提供状況の実態把握に係る調査研究事業」報告書 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング) (抜粋)



令和4年度調査

n = 30,694 (数値回答)



令和4年度老人保健健康増進等事業「短期入所生活介護におけるサービス提供のあり方に係る調査研究事業」(事業所票) (三菱UFJリサーチ&コンサルティング) (抜粋)

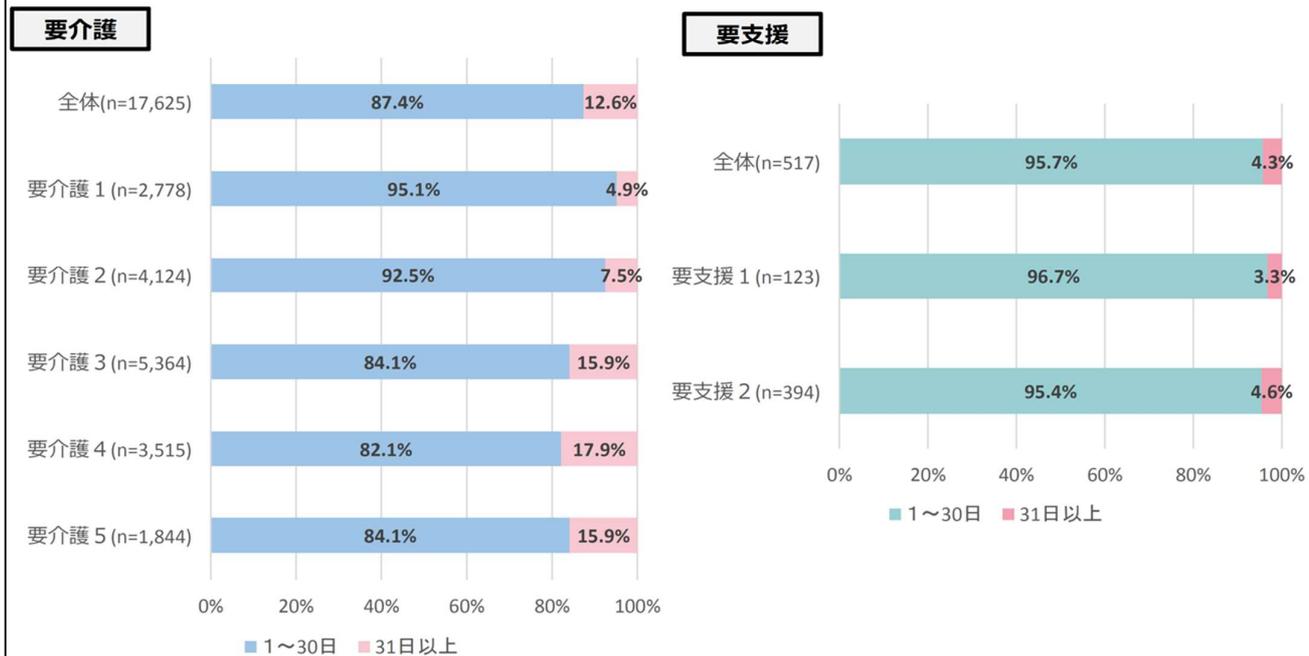
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56

24

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 介護度別31日以上連続利用者の割合

- 31日以上連続利用者の介護度別の割合を見ると、要介護度4が一番多く17.9%となった。また、要介護度3、要介護度5も次に多く、15.9%となっている。
- 要介護の利用者の中では12.6%、要支援の利用者では4.3%の人が31日以上連続して利用している。



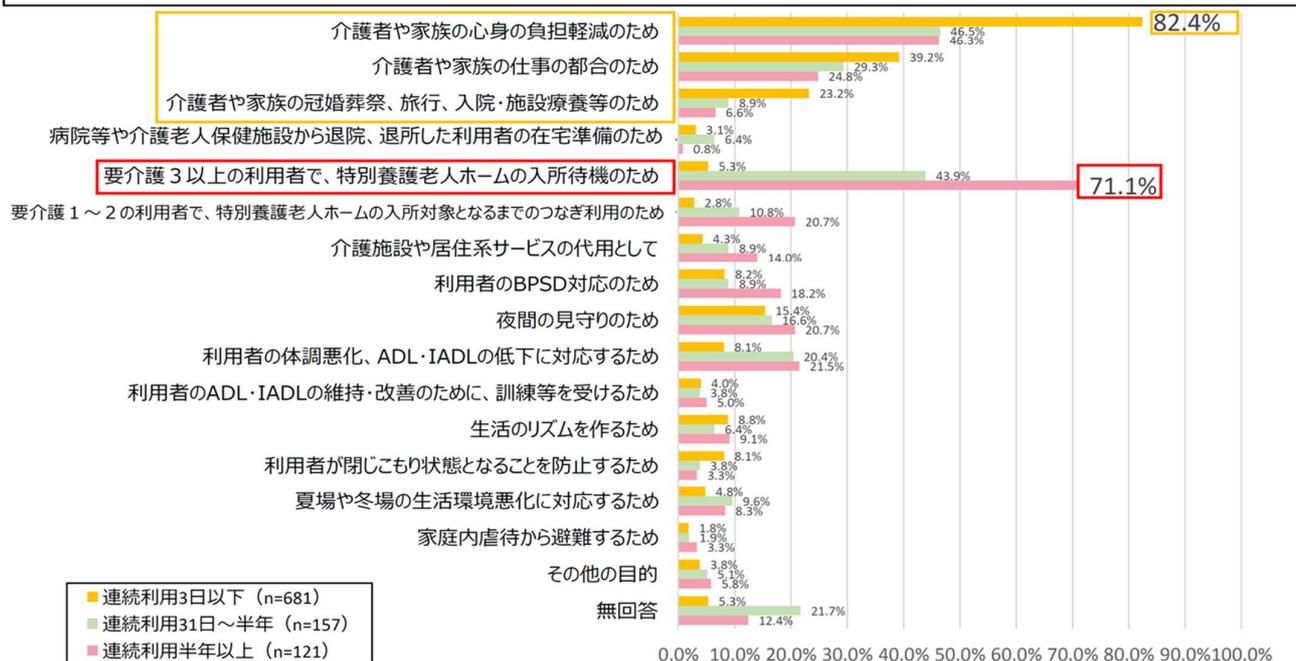
令和4年度老人保健健康増進等事業「短期入所生活介護におけるサービス提供状況の実態把握に係る調査研究事業」(事業所票より作成) (三菱UFJリサーチ&コンサルティング) 16

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

57

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 31日以上連続利用者の利用目的

- 31日以上連続利用者の利用目的を連続利用日数別でみると、連続利用3日以下は「介護者や家族の心身の負担軽減のため」や「介護者や家族の仕事の都合のため」が多かったが、連続利用日数が長くなるにつれてその割合は減少し、「要介護3以上の利用者で、特別養護老人ホームの入所待機のため」の割合が大きくなった。



令和4年度老人保健健康増進等事業「短期入所生活介護におけるサービス提供状況の実態把握に係る調査研究事業」(ケアマネージャー票) (三菱UFJリサーチ&コンサルティング)(抜粋) 17

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

58

○ 短期入所生活介護の収支差率は3.3%となっている。

■ 居宅サービスにおける収支差率

サービスの種類	令和4年度 概況調査		
	令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減
訪問介護	6.9% <6.3%> (6.4%)	6.1% <5.8%> (5.5%)	△0.8% <△0.5%> (△0.9%)
訪問入浴介護	6.4% <6.1%> (4.7%)	3.7% <3.6%> (2.5%)	△2.7% <△2.5%> (△2.2%)
訪問看護	9.5% <9.0%> (9.1%)	7.6% <7.2%> (7.1%)	△1.9% <△1.8%> (△2.0%)
訪問リハビリテーション	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)	+0.6% <+0.7%> (+0.6%)
通所介護	3.8% <3.2%> (3.5%)	1.0% <0.7%> (0.7%)	△2.8% <△2.5%> (△2.8%)
通所リハビリテーション	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)	△1.1% <△1.2%> (△1.1%)
短期入所生活介護	5.4% < 4.9% > (5.3%)	3.3% < 3.2% > (3.3%)	△2.1% < △1.7% > (△2.0%)
特定施設入居者生活介護	4.6% <4.4%> (3.6%)	4.0% <3.9%> (3.1%)	△0.6% <△0.5%> (△0.5%)

注: 「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。
注: 括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)。
< >内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

出典: 令和4年度 介護事業経営概況調査結果

25

短期入所生活介護 目次

論点 1. 短期入所生活介護 看取り対応を行った場合の評価 8

論点 2. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 長期利用の適正化 12

短期入所療養介護（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

61

これまでの分科会における主なご意見

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<短期入所療養介護>

（総合医学管理加算）

- 総合医学管理加算、いわゆる医療ショートの活用により、在宅復帰・在宅療養支援機能が促進されるのではないか。
- 総合医学管理加算を急性期一般病棟や地域包括ケア病棟を補完する機能として評価するのであれば、さらなるインセンティブ強化が不可欠ではないか。適切な評価により、受入れが促進されれば、医療負担を避ける手段として効果が期待されるのではないか。
- 総合医学管理加算については、さらに周辺の医療機関やケアマネに周知をしていくことが必要ではないか。
- レスパイトを目的とした利用が最も多く、家族など介護者の負担軽減に大きな役割を果たしていることが分かる一方で、総合医学管理加算については、まだ認識していない医療機関が一定数あるというデータがあり、連携強化が必要ではないか。
- 総合医学管理加算については、施設によって設備の状況や医師の専門性が異なることから、当該施設で対応できる医療について各地域でかかりつけ医と共有する仕組みを検討すべきであり、医療機関と介護施設の連携にかかる議論の中で、短期入所も含めて議論することが重要ではないか。
- 総合医学管理加算は算定件数が低い要因として、総合医学管理加算を算定すると区分支給限度額を超えてしまうことがあるという問題がある。総合医学管理加算を区分支給限度額から除外する等の工夫を行うことで、よりサービスを利用しやすくなるのではないか。

（その他）

- 短期入所療養介護は、訪問歯科診療を実施する場所としては、居宅、在宅よりも環境が整っている場合も多く、その期間に必要な歯科治療ができるというメリットもある。ケアマネ等からの情報共有によって、ショート入所期間における口腔の管理も何らか進むことが期待している。
- 短期入所療養介護には多職種があり、リハビリ目的の利用をはじめ、多様な機能を持っている。今後、これらの機能を更に増やしていき、ケアマネジャーをはじめ、地域の方々に、その役割を認識してもらうことが必要ではないか。
- 高齢化の進展の中で、医療的ケアを必要とする入所者が増加しており、家族のレスパイトケアを担う役割が大きくなっている側面がある。そうした意味で、短期入所系サービスについても、令和3年度の介護報酬改定における新型コロナ対応のための特例的な評価の実施状況や効果、これを検証しつつ、ウィズコロナ時代の持続可能なサービスの在り方を検討する必要がある。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

62

論点①

- 高齢者は急性疾患や治療に伴う安静臥床等の影響により、ADLや認知機能等が容易に低下を来すことが指摘されており、一般病棟に入院することにより、ADL等の生活機能や要介護度が悪化することが報告されている。
- 介護老人保健施設の短期入所療養介護において急性疾患に対する医療的処置を行った利用者の74.0%が認知症日常生活自立度Ⅱa以上の認知症患者である一方、97.4%の利用者が身体拘束なしで治療管理が行われており、高齢者の特性を踏まえつつ治療が行われている。
- 総合医学管理加算は、介護老人保健施設が医療ニーズのある利用者の受入を促進するため、令和3年度介護報酬改定において創設され、算定状況は、概ね40～60件/月程度である。
- 総合医学管理加算は、当該日に短期入所を利用することが予定されていない者に対し、治療管理を行うことに対する評価であるが、急性疾患に対する医療的処置を行った短期入所療養介護の利用者のうち、51.0%が予め予定されていた短期入所の利用時に治療管理が行われた者であった。
- また、急性疾患に対する医療的処置を行った利用者について、総合医学管理加算の算定日数の上限である7日を超えて治療を継続し、治癒した者が一定数いる。
- 治療管理を目的とする短期入所療養介護の利用について、関係者への周知や連携体制の構築を推進するとともに、介護報酬上の対応として、施設における対応能力の強化を図るためにどのような対応が考えられるか。

対応案

- 総合医学管理加算について、医療ニーズのある利用者の受け入れを更に促進していくため、元々予定されていた短期入所において治療管理を行った場合についても評価することとしてはどうか。
- 総合医学管理加算の算定日数は7日を限度としているが、必要な治療管理を評価する観点から、算定日数を10日に延長してはどうか。

本日の内容

1. はじめに
～報酬改定に向けた今後の検討の進め方～
2. 介護給付費分科会10月26日ダイジェスト！
通所系サービス
3. 介護給付費分科会10月26日ダイジェスト！
ショートステイ
4. おわりに

介護保険制度改正・報酬改定ライブ！

■10月～4月、facebookグループで月2回程度開催！
後日動画あり！



■10月

22日（日） 21時：①介護保険法改正
医療と介護の意見交換会より

29日（日） 21時：②サービス横断的事項
→通所系、ショートステイ

■11月

5日（日） 21時：③多機能系サービス

11日（土） 21時：④訪問系サービス

25日（土） 21時：⑤施設系サービス

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

継続的な学習の重要性！

■成長のために

- ・ ギャップを埋める & 強みを活かす
- ・ 時間とエネルギーをかけた分だけ成長する
- ・ よい情報を浴び続ける、そういう 環境に身を置く
- ・ 成長は螺旋階段、その時々で 受け取るものも違う
- ・ ミラーニューロン効果（思考・行動に影響、時間差で効果!）、感度が高まる
- ・ 知れば知るほど分からないことが増える、知りたいことが増える
- ・ 学びが理想をつくり、理想が学びを生む

■メンテナンスのために

- ・ いつも良い状態を保てるとは限らない……。
- ・ 定期的に軌道修正させてくれる、人・環境の存在が必要

■自分自身、そしてチームワーク

- ・ シャンパンタワー：自分が満ち足りて、人を満たすことができる
- ・ 研修はチームで参加、普段は話さないことも話す、施設を越えた連携

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66

継続的な学習の機会を持つために



影響力・インパクト



回数・頻度

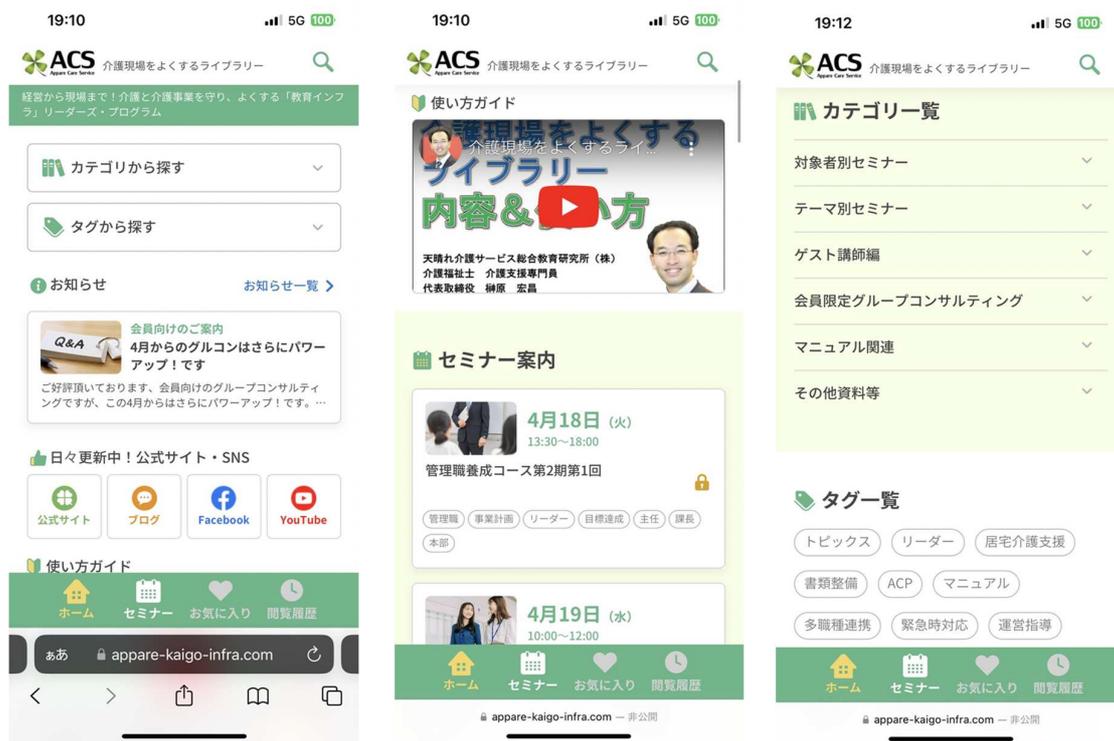


$$\text{習慣化} = \text{インパクト} \times \text{回数}$$

研修・動画の内容 経営から現場まで400本以上！

- 経営者・経営幹部向けセミナー（20時間相当 + α ）
- 管理職向けセミナー（20時間相当 + α ）
- ケアマネジャー向けセミナー（10時間相当 + α ）
- 全職員向け法定研修シリーズ（10時間相当 + α ）
- 新人職員向けセミナー（10時間相当）
- 赤本・青本・緑本通読セミナー（20時間相当 + α ）
- 1日集中講座シリーズ！（30時間相当）
（稼働率、人材確保、管理職養成、実地指導、ケアマネジメント等）
- 令和3年度介護報酬改定セミナー（10時間相当）
- リーダー、相談援助職のための説明力向上講座（5時間相当）
- 最新情報&トピックス「マンスリー・ジャーナル」（20時間相当）
- 工藤ゆみさんのコミュニケーション力向上講座（20時間相当）
- 進絵美さんの面談スキル向上講座（5時間相当）
- 吉村NSの看護セミナー（5時間相当）
- ケアマネジャー受験対策セミナー（15時間相当）

介護現場をよくするライブラリー



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

69

人材確保・育成・定着コース

【人材確保・育成・定着コース第1期】全6回

- 第1回：10月12日（水）
「人材確保の具体策」
- 第2回：11月9日（木）
「選考方法の具体策」※13時～17時半
- 第3回：12月22日（金）
「人材育成・定着・評価の具体策」※13時～17時半
- 第4回：1月24日（水）→10日（水）
「人事部門の重要性」
- 第5回：2月7日（水）
「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月6日（水）14:00～17:00

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

70

ケアマネ・相談援助職養成コース

【ケアマネジャー・相談援助職養成第1期】全6回

■第1回：10月24日（火）

「ケアマネジメントの基礎」 ※13時～17時半

■第2回：11月30日（木）

「説明力向上 & 合意形成の具体策」 ※13時～17時半

■第3回：12月27日（水）

「各種困難事例、意思決定支援、家族支援、ハラスメント対策等」

■第4回：1月25日（木）→24日（水）

「組織の中での立ち位置・役割」

■第5回：2月21日（水）

「まとめ・発表」

※各回とも13:30～18:00

■フォローアップ講座：3月21日（木）14:00～17:00

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

71

面談スキル向上講座（進塾）

SSM

面談（傾聴）スキル向上講座



①自己理解

②他者理解

③自己理解の支援

④自立支援

⑤相談援助の役割（価値）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

72

介護と介護事業を守り、よくする「教育インフラ」 リーダーズ・プログラム！（年会費制）

1. 毎月10～15本の新着セミナー＆QA
2. 経営から現場までを網羅した動画コンテンツ
2023年10月現在で400本超！ショート動画も好評
3. 毎年のシリーズ企画
ACGs、コミュニケーション、介護職向けなど
4. 少人数12名限定のコース研修（半日×5カ月）
コンサルティングレベルのレクチャー＋GW＋QA＋課題
管理職養成／稼働率・サービス改善／面談スキル
人材確保・育成・定着／ケアマネジャー・相談援助職養成
5. 各種グループコンサルティング
月1回30分、月1回90分、月1回120分
月1回45分の個別コンサルティング

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

73

新企画！ケアラーズ・クラブ

- 毎月1回、30分のグループQAセッション（zoom）
※榊原からの導入＋皆さんからのQ&A
※後日動画あり
- 通常セミナー（2,000円～10,000円！）
毎月1回ご招待！（※コースセミナー除く）
※後日動画あり
- ケアラーズ・クラブ（月会費制／法人・個人）

月額800円！（税抜）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

74

Facebookライブ！／YouTube動画

天晴れ介護サービス総合教育研究所
チャンネル登録者数 996人

アップロード動画 ▶ すべて再生

- よく頂くご質問シリーズ① (介護現場をよくする不定... 42 回視聴・1 日前)
- 6月開催セミナー総集編！ (介護現場をよくする不定... 74 回視聴・10 日前)
- BCP作成の今～皆さんの所は？ (介護現場をよくす... 119 回視聴・2 週間前)
- ざっくり加算要件！「居宅介護支援編」 (介護現場をよくす... 129 回視聴・3 週間前)
- ざっくり運営基準！「居宅介護支援編」 (介護現場をよくす... 197 回視聴・1 か月前)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

75

週刊メールマガジン 介護現場をよくする研究&活動通信

介護現場をよくする研究&活動 通信 バックナンバー

[バックナンバー一覧へ戻る](#)

日時	タイトル
2020/11/19(木) 09:30	【報酬改定の議論大詰め！ポイント総整理】介護現場をよくする研究&活動 通信 第123号

■ □ ■ ————— □ □ □
 【報酬改定の議論大詰め！ポイント総整理】
 介護現場をよくする研究&活動 通信 第123号
<http://www.appare-kaigo.com/>
 2020.11.19
 天晴れ介護サービス総合教育研究所 榎原宏昌
 □ □ □ ————— □ □ □

〇=====

◆目次◆

1. 今週の活動と気付き
 2. 注目のニュース
 3. セミナー・イベント情報
 4. zoomセミナー情報
 5. 天晴れライブラリー・名言のご紹介
- 編集後記

➤毎週木曜日のメルマガ「介護現場をよくする研究&活動通信」
ホームページより（天晴れ介護、で検索）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

76

動画無料プレゼント！

介護現場をよくするzoomセミナー

介護保険制度改正 詳細解説セミナー！

■2022年度介護保険部会での議論総まとめ
今後の事業戦略を考える上での基本情報！

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

77

適切な指導とパワハラ防止！

11月1日（水）19時半～21時
LINE会員さん限定で
「適切な指導とパワハラ防止の具体策」セミナーに
無料でご招待します！

※LINE登録特典動画「経営から現場まで！介護事業の永続的な成功を実現する3つの取り組み」もプレゼント！（^^）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

78

アンケートにご協力お願いします！

今回のライブ（動画）のご感想などあれば教えてください

記述式テキスト（短文回答）

今後のライブ（動画）で、聞いてみたい内容などありましたら教えてください

記述式テキスト（短文回答）

現在、抱えている課題などありましたら教えてください

記述式テキスト（短文回答）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

79

制度改正・報酬改定 速報＆解説LIVE！

ご清聴ありがとうございました！
また次回、ご参加下さいませ(^^)/



天晴れ介護サービス総合教育研究所

榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

80