本研修資料の無断転用、流用、複製、公開は禁止いたします

令和3年度　日本訪問看護財団研修

令和3年度介護報酬改定と訪問看護制度の活用

「訪問看護制度をめぐる最新情報および令和3年度介護報酬改定（省令改正）の活用」

公益財団法人　日本訪問看護財団
常務理事　佐藤美穂子

コンテンツ

●訪問看護制度・報酬（医療・障害福祉含む）をめぐる最新情報

1. 新型コロナ禍における訪問看護制度の動向

〇医療保険・介護保険における臨時的対応
〇医療保険における追加的算定の特例措置（訪問看護療養費等）など
〇医療観察法の指定医療機関における臨時的な取り扱い
〇介護保険の基本報酬に係る特例的な評価

2. 令和3年度障害福祉サービス費の報酬改定のあらまし

〇訪問看護に係る報酬改定の内容

●令和3年度介護報酬改定（訪問看護関連の基準省令改正）の活用

2020年～2021年の日本訪問看護財団の新型コロナ対応

ホームページをご覧ください！

制度関連は「新着情報」でご確認！

◆ホームページ

コロナ対策のお知らせ、最新情報

◆機関紙「ほうもん看護」

現場の情報発信

◆無料電話相談（現場のサポート）

◆Web調査（コロナ対応の実態把握）

◆Web配信セミナー

精神科訪問看護の要件に係る研修等

◆政府や厚生労働省等にコロナ対策の要望

◆感染防護具支援プロジェクト（無償配布：9月までをめどとする）

（日本財団・メットライフ生命保険寄付）

（参考）日本訪問看護財団会員向け新型コロナ関連Webアンケート結果より

調査の経過

第1弾：令和2年4月　第2弾：令和2年6月　第3弾：令和2年9月　第4弾：令和3年2月

調査結果から抜粋（第4弾：令和3年2月調査、322か所の訪問看護ステーションの結果より）

①利用者の状況：感染者、濃厚接触者、PCR検査の結果待ちの者・PCR検査受検の調整中の者、疑い がある者への訪問状況

（条件付き必須／複数回答可）	回答数 119 訪問看護ステーション	--
①入院待機中に自宅に訪問した（感染者）	4	3.4%
②本人の意思や家族の状況で自宅療養しているところに訪問した（感染者）	13	10.9%
③退院基準を満たさないまま自宅療養に切り替わった利用者に訪問した（感染者）	0	0.0%
④保健所等の指導により自宅療養となったところに訪問した（感染者）	3	2.5%
⑤宿泊療養施設に訪問した（感染者）	0	0.0%
⑥外出自粛中に訪問した（濃厚接触者・疑いがある者）	19	16.0%
⑦ＰＣＲの検査待ち・検査結果待ちの状態で訪問した（濃厚接触者・疑いがある者）	44	37.0%
⑧訪問する機会がなかった	44	37.0%

②訪問看護従事者の状況：感染者、濃厚接触者、PCR検査の結果待ちの者・PCR検査受検の調整中の者、疑いがある者の発生状況

（条件付き必須）	回答数 73 訪問看護ステーション	--
①新型コロナウイルス感染者	21	
②濃厚接触者	51	
③疑いがある者	128	
④上記のうち、休ませた延べ日数	959	

（参考）日本訪問看護財団会員向け新型コロナ関連Webアンケート結果より

訪問看護ステーションがコロナ禍において一番困っていること（自由記載コメントの抜粋）

■利用者の感染対策や協力

・訪問前に体温を測ることや他県からの帰省の有無などの事前連絡を依頼するが情報が得られない
・利用者や家族からタイムリーな情報がなく、訪問してから急遽感染対策をせざるを得ない
・入浴介助では利用者がマスク着用できないので困るなど

■タイムリーな情報共有

・医師やケアマネジャー等と職種間による感染に対する認識の差がある
・医療機関やデイサービス、ショートステイ、グループホーム等との施設間の対応に差がある
・施設で感染が発生してもケアマネジャーから連絡が来ないため、利用者宅で初めて利用者から聞かされるなど

■訪問看護利用者の状況

・病院の面会に制限があるため、在宅へ切り替えるがん末期の看取りが増えている
・利用者が感染疑いで訪問看護以外のサービスが全て中止となり、生活支援の関わりも多くなっているなど

■訪問看護ステーションの精神的ストレス

・利用者やケアマネジャーの急な依頼に対応できない現状がある
・感染防護具（PPE）のコスト負担も増えている
・感染しないように細心の注意を払っているが、感染防護具が十分でない状況での訪問は精神的負担が大きい
・事業を継続できるかというプレッシャーと不安から、精神的に辛い
・発熱は新型コロナによるのか、他の原因か不明のままで訪問しているので、不安や緊張が解消されないなど

※報告書「第 4 弾 新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第 3 波における訪問看護ステーションの現状と対応～P10 参照

新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律

法律は2/3成立・2/13施行　（令和3年2月3日厚生労働省健康局長通知より）

- 趣旨：新型コロナウイルス感染症対策の取組を推進するための法改正
- 感染症法の一部改正：新型コロナウイルス感染症を政令で指定感染症の指定をしてきたが、今後は期限の定めなく対策が講じられるようにするため、「新型コロナウイルス感染症」及び「再興型コロナウイルス感染症」を「新型インフルエンザ等感染症」に追加
- 保健所設置市長・特別区長は、発生届・積極的疫学調査結果の報告先を、厚生労働大臣に都道府県知事を追加、さらに電磁的な方法で一元的管理：感染者等情報把握・管理支援（HER-SYS）の利用
- 「宿泊療養・自宅療養」の法的位置づけ（医療資源の重点化を図るための措置：外出禁止、体温など健康状態の報告義務、都道府県知事等による宿泊施設確保、食事・日用品の支給等の努力義務
- 入院勧告・措置の見直し（病状の程度による入院・宿泊療養・自宅療養、入院先から逃げ出した場合・入院措置に応じない場合は50万円以下の過料、積極的疫学調査を正当な理由なく拒否した場合は30万円以下の過料、患者の迅速な発見等の行政検査）
- 緊急事態宣言時の命令違反は30万円以下、まん延防止等重点措置時は20万円以下の過料
- 緊急必要時は医療関係者・民間等の協力を求めること
- 検疫法の一部改正（水際対策、停留に応じない場合の罰則等）　など

（参考）新型コロナ禍における訪問看護関連の臨時的対応（報酬等）

	医療保険の訪問看護	介護保険の訪問看護
感染者の場合	保健所の判断で、入院、宿泊療養、自宅療養が決まる ※委託契約で訪問看護師による健康観察あり	※高齢者は入院措置としてきたが、2021年1月7日の政府方針で、軽症者等は宿泊療養・自宅療養が始まる
利用者が宿泊療養となった場合	・継続的訪問看護が必要との主治医の指示書に基づき訪問看護を行って訪問看護療養費が算定可 ・緊急訪問看護加算の算定可 ・その他 にPCR検査等の検体採取あり	訪問看護費の算定可 **頻回の訪問看護が必要な場合は、特別訪問看護指示書による医療保険対応**
利用者が自宅療養となった場合	※保健所等による「自宅療養中の患者へのフォローアップ体制」あり ※公費負担医療	※保健所等による「自宅療養中の患者へのフォローアップ体制」あり

（参考）2020年からの新型コロナ禍における訪問看護関連の臨時的対応（報酬等）

	医療保険の訪問看護	介護保険の訪問看護
臨時的取り扱い		・一時的な人員基準の欠員の柔軟な取扱い ・各種会議の開催・参加等のICT活用等柔軟な対応
報酬算定関連	①感染症（疑い含む）利用者へ、主治医から感染予防の必要性について指示を受けた場合： 月1回の特別管理加算（2,500円）を別途算定可（届け出不要、記録・明細書への記載） ②利用者からの要望等で、主治医の指示を受け、電話等で病状確認や指導を行った場合： 訪問看護管理療養費（3,000円）が算定可。ただし、月1回以上訪問看護を提供していること ③訪問看護感染症対策実施加算（9月末迄）	①20分未満の訪問看護の算定要件を緩和し、訪問看護計画に位置付けられた内容のうち必要な最低限の看護の提供で算定できる ②利用者から訪問を控えるように要請がある場合、主治医への報告と指示を確認の上、電話等による病状確認を行って週1回に限り20分未満の訪問護費（313単位又は（介護予防：302単位））を算定可。ただし、月1回以上訪問看護を提供していること ③基本報酬に0.1%上乗せ（9月末迄）
その他	・労働基準法の「36（サブロク）協定」の取扱いの柔軟な対応 ・独立行政法人福祉医療機構（WAM）の経営資金優遇融資制度等 ・慰労金支給（令和2年度補正予算：臨時的包括支援事業） ・かかり増し経費支給（介護：51万8千円、医療：70万円）（令和2年度補正予算：同上）等 ・感染防護具の支給 ・訪問介護職員との同行による感染予防対策の支援等	

【医療保険の訪問看護報酬体系】　感染予防策を講じた追加的算定の特例措置

1－1）訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）＋加算

●特別地域訪問看護加算　●緊急訪問看護加算　●難病等複数回訪問看護加算　●長時間訪問看護加算
●乳幼児加算　●複数名訪問看護加算　●夜間・早朝、深夜訪問看護加算
●同一建物居住者訪問看護減算　●退院支援指導加算

1回50円

1－2)精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）＋加算（※1-1）のうち乳幼児加算除く）
※　訪問看護基本療養費（Ⅲ）および、精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）の加算は特別地域訪問看護加算のみ

＋

2　訪問看護管理療養費（精神科訪問看護も同様）＋加算

1）月の初日の訪問看護
イ　機能強化型訪問看護管理療養費1　ロ　機能強化型訪問看護管理療養費2
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費3　ニ　イからハまで以外の場合の訪問看護管理療養費

2）月の2日目以降の訪問看護（1日につき）
●退院時共同指導加算　●特別管理指導加算　●24時間対応体制加算　●退院支援指導加算
●在宅患者連携指導加算　●在宅患者緊急時等カンファレンス加算　●特別管理加算　●看護・介護職員連携強化加算
●精神科重症患者支援管理連携加算（※精神科訪問看護のみ）

＋

3. 訪問看護情報提供療養費（1）、（2）、（3）

＋

4. 訪問看護ターミナルケア療養費（1）、（2）

専門の研修を受けた看護師：従来の認定看護師等の他に
緩和ケア＋がん性疼痛看護➡①緩和ケア
がん化学療法➡②がん薬物療法看護
①、②が追加対象となる（R3,1,19保険局医療課事務連絡）

医療保険の訪問看護療養費の感染予防策を講じた追加的算定の特例措置

■感染予防策を講じた追加的算定（1回50円）の特例措置

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、2021年4月から9月までの間、一般診療報酬において上乗せ報酬が特例措置となった。

これは、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もが新型ウイルスを保有している可能性があることを考慮して、外来や入院を問わず、全ての患者の診療に対して感染予防策の徹底が必要であることを踏まえた特例的な対応である。

10月以降については、基本的には延長しないとしつつ、感染状況等の実態を踏まえて必要に応じ柔軟に対応することとしている。なお、これまでの診療報酬上の臨時的対応は当面の間継続することになる（12月18日開催の第470回中央社会保険医療協議会（中医協）で了承）。

●訪問看護感染症対策実施加算：

訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費が発生する初日と、その後30回の算定につき、「訪問看護情報提供療養費2」に相当する金額（1，500円）をさらに算定できる

〇電話等による訪問看護管理療養費の算定に係る分は回数に参入しないこと

※令和3年2月26日付厚生労働省保険局医療課事務連絡
「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その35）」を参照

令和3年2月26日付厚生労働省保険局医療課事務連絡
「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その35）より（抜粋）

④　特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の次に掲げる費用を算定する場合、30 回の算定につき「訪問看護情報提供療養費２」に相当する金額（1,500 円）（以下、「訪問看護感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること。

ア　訪問看護基本療養費

イ　精神科訪問看護基本療養費

問７　２（１）④について、特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行う訪問看護ステーションにおいて訪問看護感染症対策実施加算を算定する場合にどのような取扱いとなるか。

（答）各利用者について、令和３年４月１日以降に、１回目の訪問看護を行い、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した日に訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。その後は、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の 30 回の算定につき１回、訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。

訪問看護療養費明細書の訪問看護情報提供療養費２の記載欄に算定回数及び算定金額を記載するとともに、「心身の状態」欄に以下の例により訪問回数を記載すること。

「心身の状態」欄への訪問回数の記載例：

例１）訪問１回目（４月１日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定

例２）訪問 31 回目（５月 10 日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定

例３）訪問１回目（５月１日）及び 31 回目（５月 31 日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を２回算定

訪問看護療養費明細書(一部)

○ 訪問看護療養費明細書

訪問1回目（4月1日）につき
訪問看護感染症対策実施加算を算定

(60) 訪問看護情報提供療養費　1 市(区)町村等　2 学校等　1,500円 × 1回　1,500　3 保険医療機関等

備考　1．この用紙は、A列4番とすること。　2．※印の欄は、記入しないこと。

【医療保険】経過措置期限の延長

令和３年３月31日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧

（令和３年３月10日　中央社会保険医療協議会資料（総－２－３）抜粋（一部改変））

※経過措置の期限を令和３年９月 30 日まで延長する予定。

項目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算３	令和２年３月31日時点で、入退院支援加算３の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（１に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については、**令和３年３月31日まで**の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和２年３月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費１、２又は３を届け出ている訪問看護ステーションについては、**令和３年３月31日まで**の間に限り、看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

医療観察法の指定医療機関における臨時的な取り扱い

訪問看護事業型指定通院医療機関による訪問看護における評価

特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行い、医療観察訪問看護基本料を算定する場合、30 回の算定につき第3章の3のロ「医療観察訪問看護情報提供料（ Ⅱ ）」に相当する点数（150 点）（以下、「医療観察訪問看護感染症対策実施加算」という。）をさらに算定できることとすること。

問4 （3）について、特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行う訪問看護ステーションにおいて訪問看護感染症対策実施加算を算定する場合にどのような取扱いとなるか。

（答）各対象者について、令和3年4月1日以降に、1回目の訪問看護を行い、医療観察訪問看護基本料を算定した日に訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。その後は、医療観察訪問看護基本料の30 回の算定につき1回、訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。
訪問看護療養費明細書の医療観察訪問看護基本料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の記載欄に算定回数及び算定金額を記載するとともに、「心身の状態」欄に以下の例により訪問回数を記載すること。

「心身の状態」欄への訪問回数の記載例：
例1）訪問1回目（4月1日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定
例2）訪問31 回目（5月10 日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定
例3）訪問1回目（5月1日）及び31 回目（5月31 日）につき、訪問看護感染症対策実施加算を2回算定

資料：令和3年3月25日事務連絡「指定医療機関における新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて」（抜粋）
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iji/shinshin/covid19 temporarily.pdf

令和3年度　訪問看護費・介護予防訪問看護費の改定

・**基本報酬は感染症対応の特例評価（＋0.1%）**
・看護職員の基本報酬の引上げ
・理学療法士等の基本報酬の引下げ

基本報酬
イ：訪問看護ステーション
ロ：病院・診療所（みなし指定）

ハ：定期巡回・随時対応型訪問
　介護看護との連携型訪問
　看護事業所

退院当日の訪問看護対象者の拡大

要件見直し

＋

加算
・夜間・早朝加算、深夜加算
・複数名訪問看護加算
・長時間加算
・緊急時訪問看護加算
・特別管理加算
・初回加算
・**退院時共同指導加算**
・看護・介護職員連携強化加算（※要介護者のみ）
・ターミナルケア加算（※要介護者のみ）
・**サービス提供体制強化加算**
・**看護体制強化加算**
・特別地域加算
・中山間地域等の加算
・同一建物等居住者等の減算

同意を得て、テレビ電話装置等の活用可

要件見直し、報酬の改定

要件見直し、報酬の改定

令和3年度介護報酬改定における新型コロナウイルス感染症に対応する特例的な評価（0.1%）

【趣旨】

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

改定率：　＋0．70%

※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価：0．05%（すべてのサービスで令和3年9月30日までの間、基本報酬に1000分の1001（0．1%）を上乗せ）

1月当たりの基本報酬（合計単位数）に0．1%を乗じた額（四捨五入、ただし、1単位未満となる場合は切り上げ）

「令和3年9月30日までの上乗せ分」の算定に当たり、合計するサービスコードが示されている。
基本部分及び加減算（准看護師、夜間等、複数名、長時間、要介護5（ハ））に係る合成サービスコードによる1月当たりの合計算定単位数

介護保険の訪問看護における感染症に対応するための特例的な評価

サービス種類コード表一覧

令和3年4月サービス～

介護給付		予防給付		介護予防・日常生活支援総合事業	
11	訪問介護			A2	訪問型サービス（独自）
				A3	訪問型サービス（独自／定率）
				A4	訪問型サービス（独自／定額）
12	訪問入浴介護	62	介護予防訪問入浴介護		
13	訪問看護	63	介護予防訪問看護		
14	訪問リハビリテーション	64	介護予防訪問リハビリテーション		
15	通所介護			A6	通所型サービス（独自）
				A7	通所型サービス（独自／定率）
				A8	通所型サービス（独自／定額）
16	通所リハビリテーション	66	介護予防通所リハビリテーション		
17	福祉用具貸与	67	介護予防福祉用具貸与		
21	短期入所生活介護	24	介護予防短期入所生活介護		
22	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	25	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）		
23	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	26	介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）		
2A	短期入所療養介護（介護医療院）	2B	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）		
31	居宅療養管理指導	34	介護予防居宅療養管理指導		
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護	74	介護予防認知症対応型通所介護		
73	小規模多機能型居宅介護	75	介護予防小規模多機能型居宅介護		
68	小規模多機能型居宅介護（短期利用型）	69	介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）		
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
77	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）				
79	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）				
33	特定施設入居者生活介護	35	介護予防特定施設入居者生活介護		
36	地域密着型特定施設入居者生活介護				
27	特定施設入居者生活介護（短期利用型）				
28	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）				
32	認知症対応型共同生活介護	37	介護予防認知症対応型共同生活介護		
38	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	39	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）		
41	特定福祉用具販売	44	特定介護予防福祉用具販売		
42	住宅改修	45	介護予防住宅改修		
51	介護福祉施設サービス				
52	介護保健施設サービス				
53	介護療養施設サービス				
54	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護				
55	介護医療院サービス				
59	特定入所者介護サービス等	59	特定入所者介護サービス等		
81	市町村特別給付	81	市町村特別給付		
78	地域密着型通所介護				
				A9	その他の生活支援サービス（配食／定率）
				AA	その他の生活支援サービス（配食／定額）
				AB	その他の生活支援サービス（見守り／定率）
				AC	その他の生活支援サービス（見守り／定額）
				AD	その他の生活支援サービス（その他／定率）
				AE	その他の生活支援サービス（その他／定額）
43	居宅介護支援	46	介護予防支援	AF	介護予防ケアマネジメント

資料：令和3年3月31日厚生労働省老健局介護保険計画課等　事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について」

介護保険の訪問看護における感染症に対応するための特例的な評価

3 訪問看護サービスコード表 （一部）

サービスコード 種類	サービスコード 項目	サービス内容略称	算定項目						合成単位数	算定単位
13	1010	訪看Ⅰ1	イ 指定訪問看護ステーション	(1) 20分未満 313 単位 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能					313	1回につき
13	1015	訪看Ⅰ1・夜				夜間早朝の場合 25% 加算			391	
13	1016	訪看Ⅰ1・深				深夜の場合 50% 加算			470	
13	1017	訪看Ⅰ1・複11					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 254 単位	567	
13	1018	訪看Ⅰ1・夜・複11				夜間早朝の場合 25% 加算			645	
13	1019	訪看Ⅰ1・深・複11				深夜の場合 50% 加算			724	
13	1040	訪看Ⅰ1・複21					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 201 単位	514	
13	1041	訪看Ⅰ1・夜・複21				夜間早朝の場合 25% 加算			592	
13	1042	訪看Ⅰ1・深・複21				深夜の場合 50% 加算			671	
13	1020	訪看Ⅰ1・准			准看護師の場合 × 90%				282	
13	1025	訪看Ⅰ1・准・夜				夜間早朝の場合 25% 加算			353	
13	1026	訪看Ⅰ1・准・深				深夜の場合 50% 加算			423	
13	1027	訪看Ⅰ1・准・複11					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 254 単位	536	
13	1028	訪看Ⅰ1・准・夜・複11				夜間早朝の場合 25% 加算			607	
13	1029	訪看Ⅰ1・准・深・複11				深夜の場合 50% 加算			677	
13	1030	訪看Ⅰ1・准・複21					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 201 単位	483	
13	1031	訪看Ⅰ1・准・夜・複21				夜間早朝の場合 25% 加算			554	
13	1032	訪看Ⅰ1・准・深・複21				深夜の場合 50% 加算			624	
13	1111	訪看Ⅰ2		(2) 30分未満 470 単位					470	
13	1112	訪看Ⅰ2・夜				夜間早朝の場合 25% 加算			588	
13	1113	訪看Ⅰ2・深				深夜の場合 50% 加算			705	
13	1114	訪看Ⅰ2・複11					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 254 単位	724	
13	1115	訪看Ⅰ2・夜・複11				夜間早朝の場合 25% 加算			842	
13	1116	訪看Ⅰ2・深・複11				深夜の場合 50% 加算			959	
13	1117	訪看Ⅰ2・複21					一時加算	複数名訪 2人以上による場合（30分未満） + 201 単位	671	
13	1118	訪看Ⅰ2・夜・複21				夜間早朝の場合 25% 加算			789	

訪問看護における感染症に対応するための特例的な評価（0.1%の上乗せ）

「令和３年９月30日までの上乗せ分」の計算方法について

Ⅰ-資料10

① 令和3年9月30日までは、基本報酬に「令和３年９月30日までの上乗せ分」を加えた額が基本報酬となる。

具体的には、１月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額（四捨五入。ただし、１単位未満となる場合は切り上げ。）が「令和３年9月30日までの上乗せ分」の額となる。

ただし、基本報酬に加減算を乗じた額をサービスコードとしている場合には、当該サービスコードによる１月あたりの算定単位数に「令和３年9月30日までの上乗せ分」を乗じることとなる。

そのため、以下表に「令和３年９月30日までの上乗せ分」の算定にあたり、１月あたりの算定単位数として合計する基本報酬と加減算等をサービスごとに示す。

②基本報酬に係るその他の加減算（共生型サービスにおける減算、特別地域加算、同一建物減算等）の計算対象に、「令和３年９月30日までの上乗せ分」を含める。

③介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算の計算対象に、「令和３年９月30日までの上乗せ分」を含める。

■サービス種類別「令和３年９月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード

No	サービス種類	「令和３年９月30日までの上乗せ分」の算定にあたり合計するサービスコード
3	訪問看護	対象となるサービスコード 別紙「訪問看護」参照 （※）基本部分（「イ　指定訪問看護ステーションの場合」～「ハ　定期巡回・随時対応随時対応訪問介護看護事業所と連携する場合」）及び以下の加減算に係る合成サービスコード ・准看護師の場合 ・夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合 ・複数名訪問加算 ・１時間３０分以上の訪問看護を行う場合 ・要介護５の者の場合

基本部分及び、准看護師・夜間等・複数名・1時間30分以上、要介護5（ハ）に係る加減算の合成サービスコード

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における訪問看護等との関連について

障害福祉サービス等報酬改定検討チームについて

障害福祉サービス等に係る報酬について、報酬改定の検討を行うため、厚生労働省内に「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」を設置し、アドバイザーとして有識者の参画を求めて、公開の場で検討を行う。

厚生労働省

主査
- 厚生労働大臣政務官

副主査
- 障害保健福祉部長

構成員
- 企画課長
- 障害福祉課長
- 精神・障害保健課長
- 障害児・発達障害者支援室長兼地域生活支援推進室長
- 職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課（オブザーバー）

検討過程の客観性・透明性の担保のために参画

アドバイザー（10名）

- 石津　寿恵　明治大学教授
- 井出　健二郎　昭和女子大学教授
- 岩崎　香　早稲田大学人間科学学術院教授
- 小川　正洋　柏市保健福祉部障害福祉課長
- 小船　伊純　白岡市健康福祉部福祉課長
- 佐藤　香　東京大学社会科学研究所教授
- 田村　正徳　埼玉医科大学客員教授
- 野澤　和弘　毎日新聞客員編集委員
- 橋本　美枝　成田地域生活支援センター施設長
- 平野　方紹　立教大学教授

（敬称略、50音順）

※ 主査が必要と認める時は、関係者から意見を聞くことができる。

【検討項目】
（１）障害福祉サービス等報酬改定の基礎資料を得るための各種調査
（２）令和３年度障害福祉サービス等報酬改定　等

【開催実績】
第６回：令和２年２月４日（火）　報酬改定の検討開始、各種調査の検討
第７回：令和２年６月19日（金）　今後の検討の進め方について
第８～12回：7/9・7/16・7/21・7/30・8/7　関係団体ヒアリング
第13回：令和２年８月27日（木）　ヒアリングまとめ、主な論点案
第14回：令和２年９月11日（金）　個別検討（共同生活援助、自立生活援助等）
第15回：令和２年９月24日（木）　個別検討（就労系サービス）
第16回：令和２年10月５日（月）　個別検討（障害児通所支援）
第17回：令和２年10月12日（月）　個別検討（障害児入所施設、訪問系サービス）
第18回：令和２年10月21日（水）　個別検討（施設入所支援、生活介護、短期入所等）
第19回：令和２年10月30日（金）　個別検討（計画相談支援、障害児相談支援等）
第20回：令和２年11月12日（木）　経営実調結果等の公表、個別検討（就労系サービス）
第21回：令和２年11月18日（水）　個別検討（共同生活援助、障害児通所支援等）
感染症や災害への対応、横断的事項（地域区分等）
第22回：令和２年11月27日（金）　横断的事項（人材確保・業務効率化等）
第23回：令和２年12月11日（金）　報酬改定の基本的方向性の整理・取りまとめ
＜令和３年度政府予算案編成＞
第24回：令和３年２月４日（木）　報酬改定案の取りまとめ

資料：厚生労働省　令和3年度障害福祉サービス等報酬改定について

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定のあらまし（訪問看護等との関連）

○　障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、相談支援の質の向上、効果的な就労支援、医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進、感染症等への対応力の強化などの課題に対応

○　令和３年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：＋０．５６％　※ うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 +0.05%（令和３年９月末までの間）

１　障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し等

（１）グループホームにおける重度化・高齢化に対応するための報酬の見直し
- 強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者に対する支援の評価　等

（２）自立生活援助の整備を促進するための報酬・人員基準等の見直し

（３）地域生活支援拠点等の整備の促進・機能の充実を図るための加算の創設

（４）生活介護等における重度障害者への支援の評価の見直し
- 重度障害者支援加算の算定期間の延長及び単位数の見直し　等

（５）質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し
- 基本報酬の充実　・　従来評価されていなかった相談支援業務の評価　等

２　効果的な就労支援や障害児者のニーズを踏まえたきめ細かな対応

（１）就労移行支援・就労定着支援の質の向上に資する報酬等の見直し
- 一般就労への移行の更なる評価　等　・　定着実績を踏まえたきめ細かな評価　等

（２）就労継続支援Ａ型の基本報酬等の見直し（スコア方式の導入）

（３）就労継続支援Ｂ型の基本報酬等の見直し（報酬体系の類型化）

（４）医療型短期入所における受入体制の強化
- 基本報酬の充実　・　医療的ケアを必要とする障害児を利用対象者に位置付け

３　医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進

（１）医療的ケアが必要な障害児に対する支援の充実
- 新判定スコアを用いた基本報酬の創設　・　看護職員加配加算の算定要件の見直し

（２）放課後等デイサービスの報酬体系等の見直し
- 基本報酬区分の見直し　・　より手厚い支援を評価する加算の創設（（３）も同様）

（３）児童発達支援の報酬等の見直し

（４）障害児入所施設における報酬・人員基準等の見直し
- 人員配置基準の見直し　・　ソーシャルワーカーの配置に対する評価

４　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

- 自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価
- 地域移行支援における地域移行実績の更なる評価
- 精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価
- 精神保健医療と福祉の連携の促進
- 居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進
- ピアサポートの専門性の評価

５　感染症や災害への対応力の強化

（１）日頃からの感染症対策の強化や業務継続に向けた取組の推進
- 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組の徹底（委員会開催、指針の整備、訓練の実施）
- 業務継続に向けた取組の強化（業務継続計画の策定・研修及び訓練の実施）
- 地域と連携した災害対応の強化（訓練に当たっての地域住民との連携）

（２）支援の継続を見据えた障害福祉現場におけるＩＣＴの活用
- 運営基準や報酬算定上必要となる会議等について、テレビ電話等を用いた対応を可能とする。

６　障害福祉サービス等の持続可能性の確保と適切なサービス提供を行うための報酬等の見直し

（１）医療連携体制加算の見直し
- 医療的ケア等の看護の濃度を考慮した加算額の設定

（２）障害者虐待防止の更なる推進、身体拘束等の適正化の推進
- 虐待防止委員会の設置　・　身体拘束等の適正化のための指針の整備

（３）福祉・介護職員等特定処遇改善加算等の見直し
- より柔軟な配分ルールへの見直しによる加算の取得促進
- 処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)等の廃止　・　加算率の見直し

（４）業務効率化のためのＩＣＴの活用（再掲）

（５）その他経過措置の取扱い等
- 食事提供体制加算の経過措置の延長
- 送迎加算の継続（就労継続支援Ａ型、放課後等デイサービス）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214 00007.html

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における訪問看護等との関連について

医療的ケア児の基本報酬の創設（障害児通所支援）

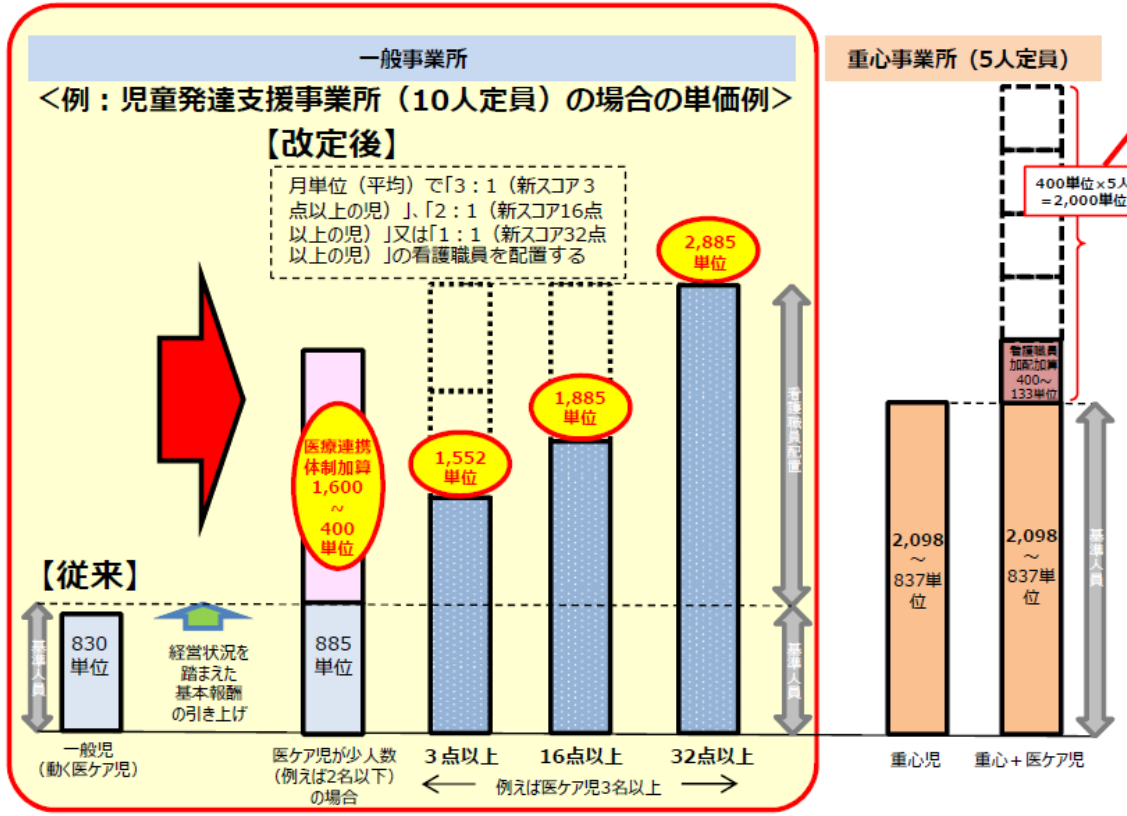
■ 基本的な考え方

○ 従来は、障害児通所サービス（児童発達支援・放課後等デイサービス）の基本報酬において、医療的ケア児を直接評価しておらず、一般児と同じ報酬単価であったため、受入れの裾野が十分に広がってこなかった。

○ **今回改定においては、いわゆる「動ける医ケア児」にも対応した新たな判定スコア（右下欄★）を用い、医療的ケア児を直接評価する基本報酬を新設。**
基本報酬においては、医療濃度に応じ、「３：１（新スコア３点以上の児）」、「２：１（新スコア16点以上の児）」又は「１：１（新スコア32点以上の児）」の看護職員配置を想定し、当該配置を行った場合は必要な額を手当て。

○ また、**１事業所当たりごく少人数の医ケア児の場合（基本報酬では採算が取りづらい）であっても幅広い事業所で受入れが進むよう「医療連携体制加算」の単価を大幅に拡充。**（※従来の看護職員加配加算を改組）

※ さらに、従来、NICU等から退院直後の乳児期は、自治体において障害児としての判定が難しいために障害福祉サービスの支給決定が得られにくいという課題があることから、**新たな判定スコアを用いた医師の判断を活用することにより、新生児から円滑に障害福祉サービスの支給決定が得られるよう運用改善**を行う。



重心事業所（主として重症心身障害児を通わせる事業所）については、従来どおり基本報酬（5人定員の場合、現行2,098単位）に、看護職員加配加算を加える構造を維持するが、実情に合わせ、**看護職員加配加算の要件を緩和（従来：「8点以上の医ケア児が5人以上」⇒改定後：「その事業所の医ケア児の合計点数40点以上」）**。

★医療的ケアの新判定スコア

■点数変更（要件変更を含む）　■追加項目

医療的ケアのスコアを見直すとともに、新たに「見守りスコア」を設定

	項目		基本スコア	見守りスコア 重	見守りスコア 中	見守りスコア 軽
1	人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理		10	2	1	0
2	気管切開の管理		8	2		0
3	鼻咽頭エアウェイの管理		5	1		0
4	酸素療法		8	1		0
5	吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）		8	1		0
6	ネブライザーの管理		3	0		
7	経管栄養	経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻	8	2		0
		持続経管注入ポンプ使用	3	1		0
8	中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）		8	2		0
9	皮下注射	（1）皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）	5	1		0
		（2）持続皮下注射ポンプの使用	3	1		0
10	血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）	埋め込み式血糖測定器による血糖測定	3	1		0
11	継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）		8	2		0
12	導尿	（1）間欠的導尿	5	0		
		（2）持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ）	3	1		0
13	排便管理	（1）消化管ストーマ	5	1		0
		（2）摘便又は洗腸	5	0		
		（3）浣腸	3	0		
14	痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置		3	2		0

重心型事業所の看護職員加配加算の見直し

従来通りの基本報酬（2,098単位）に看護職員加配加算として、その事業所の医ケア児の合計スコア点数40点以上とする。

例：400単位×5人
＝2，000単位

（参考）医療的ケアの新判定基準

点数変更（要件変更を含む）　追加項目

	新		基本スコア	見守りスコア 高	見守りスコア 中	見守りスコア 低	旧		スコア
1	人工呼吸器（NPPV、ネイザルハイフロー、パーカッションベンチレーター、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）		10	2[1]	1	0	レスピレーター管理		8
2	気管切開		8	2[2]		0	気管内挿管・気管切開		8
3	鼻咽頭エアウェイ		5	1		0	鼻咽頭エアウェイ		5
4	酸素療法		8	1		0	酸素吸入		5
5	吸引	口鼻腔・気管内吸引	8	1		0	吸引	1回/1時間以上	8
								6回/日以上	3
6	利用時間中のネブライザー使用・薬液吸入		3	0			ネブライザー（6回/日以上または継続）		3
7	経管栄養	経鼻胃管、胃瘻	8	2		0	経管栄養	経鼻・胃瘻	5
		経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	8	2		0		腸瘻・腸管栄養	8
		持続経管注入ポンプ使用	3	1		0		持続注入ポンプ使用	3
8	中心静脈カテーテル	中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など	8	2		0	IVH		8
9	その他の注射管理	皮下注射（インスリン、麻薬など）	5	1		0			
		持続皮下注射ポンプ使用	3	1		0			
10	血糖測定[3]	利用時間中の観血的血糖測定器	3	0					
		埋め込み式血糖測定器による血糖測定[4]	3	1		0			
11	継続する透析（血液透析、腹膜透析を含む）		8	2		0	持続する透析（腹膜透析含む）		8
12	排尿管理[3]	利用時間中の間欠的導尿	5	0			定期導尿（3回/日以上）		5
		持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿道ストーマ）	3	1		0			
13	排便管理[3]	消化管ストーマ	5	1		0	人工肛門		5
		利用時間中の摘便、浣腸	5	0					
		利用時間中の浣腸	3	0					
14	痙攣時の管理	座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動など	3	2		0			

※見守りスコアは医師が判定する。

◆新スコアの注意事項

1）人口呼吸器の見守りスコアについては、人工呼吸器回路が外れた場合、自発呼吸がないために直ちに対応する必要がある場合は「高」2点、ただちにではないが、概ね15分以内に対応する必要がある場合は、「中」1点、それ以外の場合は「低」0点と分類する。

2）人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。

3）⑩血糖測定、⑫排尿管理、⑬排便管理については、複数項目のいずれか一つを選択する。

4）インスリン持続皮下注射ポンプと埋め込み式血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における「医療連携体制加算」の見直し

- 従来、**看護の濃度に関わらず一律単価であった加算額について、医療的ケアの単価を充実**させ、非医療的ケア（健康観察等）の単価の適正化を図る。また複数の利用者を対象とする健康観察等は短時間の区分を創設することにより適正化。
- 通常は看護師配置がない**福祉型短期入所について、高度な医療的ケアを必要とする者の受入れが可能となるよう、新単価(8時間以上2000単位)を創設**。

内容で分類

医ケア以外は短時間区分を導入

	改定後						改定前（対象者数）	
	医ケア以外	医ケア	対象サービス及び時間	算定要件（対象者数）1名	2名	3～8名「6」の場合：3名	1名	2～8名
1	○		1時間未満	32単位			a,b）600単位 その他）500単位	a,b）300単位 その他）250単位
2	○		1時間以上2時間未満	63単位				
3	○		2時間以上	125単位				
4		○	4時間未満注1）	a,b）960単位 その他）800単位	600単位 500単位	480単位 400単位		
5		○	<福祉型短期入所・児等発達支援・放デイ> 4時間以上	1,600単位	960単位	800単位注2）	1,000単位	500単位
6		○	<福祉型短期入所> 8時間以上 注）新スコア要件あり	2,000単位	1,500単位	1,000単位		
7	<福祉型短期入所・共同生活援助> 日常的な健康管理や医療ニーズへの適切な対応がとれる体制等を整備している場合：39単位/日							

医療的ケアの単価の充実

福祉型短期入所の長時間の評価を導入

注1）重度障害者包括支援・自立訓練(生活訓練)・就労移行支援・就労継続支援・共同生活援助は、時間の設定なし。
注2）児童発達支援においては、月あたりの利用者数が一定数以上の場合は、医療的ケア児の基本報酬を算定する。
※ 上記の他、喀痰吸引等に係る指導・実施に係る単価あり。

訪問看護ステーションや医療機関との契約で看護師を確保し、健康観察や医療的ケアを実施する

医療連携体制加算の対象サービス

- 短期入所a）
- 重度障害者包括支援b）
- 自立訓練（生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援
- 共同生活援助
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス

令和3年度介護報酬改定における　訪問看護の基準省令等の改正の活用

基準等（取組の強化）
・感染症対策の強化
・高齢者虐待防止の推進
・認知症ケアの充実
・業務継続に向けた取組の強化
・ハラスメント対策の強化
・LIFE（ライフ）情報の利活用の推進
・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の確保等

基準等（ルールの柔軟化）
・会議や多職種連携におけるICTの活用（テレビ電話等）
・利用者への説明・同意等（電磁的な対応、署名・押印）
・記録の保存・交付等
・運営規程等の掲示（ファイル等での備え置き等）
・員数の記載や変更届け出
・人員配置の両立支援

介護報酬の訪問看護基本報酬の改定
令和3年4月1日～9月30日までの間は1000分の1001に相当する単位数を算定

介護報酬の訪問看護費の算定ルールの変更
・退院・退所当日の訪問看護　・理学療法士等の提供回数等

介護報酬の訪問看護費に係る加算等の改定
・看護体制強化加算（要件緩和と報酬引き下げ）
・サービス提供体制強化加算（勤続年数7年以上の職員30％以上の要件新設）

訪問看護ステーションにおける感染症・まん延防止対策

■感染症発生・まん延等対策の強化（義務付け、3年の経過措置:令和6年3月31日までは努力義務）
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）を定期的に実施する。

●居宅基準改正

第31条（衛生管理等）に新設（あらまし）

指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように措置を講じなければならない

※準用：訪問介護は訪問看護と読み替える

【措置】

・感染対策委員会の開催（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）をおおむね6月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る
・感染症の予防及びまん延防止のための指針（平時、発生時）を整備する
・研修及び訓練（机上実施含む）を年1回以上及び新規採用時に実施する

※「介護現場にお ける感染対策の手引き」を参照
https://www.mhlw.go.jp/content/000751014.pdf

※研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用できる

（参考）「介護現場にお ける感染対策の手引き」を参照

介護現場における感染対策の手引き等について

○　社会福祉施設等が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要。

○　今般、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場で必要な感染症の知識や対応方法など、介護現場における感染対策力の向上を目的に、「介護現場における感染対策の手引き（第１版）　（令和２年10月1日付け）　」等を作成。その後、新型コロナウイルス感染症に係る動向や令和３年度介護報酬改定事項等その他所要の見直しを行い、令和３年３月に第２版を公表。

○　介護職員の方においては、日常のケアを行う上での必要な感染対策の知識や手技の習得のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用が可能。

こちらのリンクから閲覧できます！

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護現場における感染対策の手引き【第２版】

（第2版として令和3年3月9日時点の取りまとめ。今後、感染症の流行や検査・治療等の変化に応じて見直し予定）

✤ ポイント

介護職員等が、感染症の重症化リスクが高い高齢者等に対して介護保険サービスを安全かつ継続的に提供するため、さらには職員自身の健康を守るため、感染対策の知識を習得して実践できるように、

- ✓　着実な感染対策を実践できるよう基礎的な情報から、感染症発生時におけるサービス提供時の注意点等を掲載
- ✓ 感染管理体制を整備するために必要な基礎的な情報から感染管理体制の在り方および感染症発生時の対応等について掲載

✤ 主な内容

「第Ⅰ章総論」「第Ⅱ章新型コロナウイルス感染症」「第Ⅲ章感染症各論」「第Ⅳ章参考」の４部構成

- 感染症の基礎知識
- 日頃からの感染対策と感染症発生時の対応
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- 各種感染症における対応　等

介護職員のための感染対策マニュアル 感染対策普及リーフレット

マニュアル　手引きの概要版として、介護職員向けにポイントを掲載（施設系・通所系・訪問系ごとに作成）

リーフレット　手洗いや排泄物・嘔吐物処理の手順等をわかりやすく掲載「見てすぐ実践！」ができるように、ポスターとしても利用可能

訪問看護ステーションにおける業務継続計画

■業務継続に向けた取組の強化

（義務付け、3年の経過措置:令和6年3月31日までは努力義務）

業務継続計画（BCP）等の策定、研修（年1回以上）、訓練（シミュレーション）、定期的な見直し・変更など

※研修の他事業所との合同開催、感染対策委員会との研修・訓練を一体的に実施（机上実施）も可

□新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン（ひな形）を参考にBCPを作成する

□自然災害発生時の業務継続計画ガイドライン（ひな形）を参考にBCPを作成する

●（居宅基準改正）

第30条の2（業務継続計画の策定等）を新設（抜粋）

- 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講ずる
- 業務継続計画の周知、研修、訓練
- 定期的な見直し・変更

※準用：訪問介護は訪問看護と読み替える

資料：第199回介護給付費分科会資料抜粋

（参考）訪問看護ステーションのBCPガイドラインより（まとめ）

新型コロナウイルス感染症発生時のBCP

■第Ⅰ章　総則

目的、基本方針、主管部門

■第Ⅱ章　平時からの備え

対応主体、対応事項

■第Ⅲ章　初動対応

対応主体、対応事項

■第Ⅳ章　感染拡大防止体制の確立

対応主体、対応事項

※ワード形式とエクセル別添様式が添付されている

別添（エクセル様式）

様式1（推進体制の構成メンバー）　様式2（事業所外連絡リスト）

様式3（職員・利用者体温・体調チェックリスト）

様式4（感染（疑い）・濃厚接触（疑い）者管理リスト）

様式5（部署ごと）職員緊急連絡網　様式6（備蓄品リスト）

様式7（業務分類（優先業務の選定））　様式8（来所立ち入り時体温チェックリスト）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15758.html

自然災害発生時のBCP

■1. 総論

基本方針、推進体制、リスク把握、優先業務の選定、研修・訓練の実施

■2. 平常時の対応

建物・設備の安全対策、電気が止まった場合の対策、ガスが止まった場合の対策、水道が止まった場合の対策、通信が麻痺した場合の対策、システムが停止した場合の対策、衛生面（トイレ当）の対策、必需品の備蓄、資金

■3. 緊急時の対応

BCPの発動基準、行動基準、対応体制、対応拠点、安否確認、職員の参集基準、施設内外での避難場所・避難方法、重要業務の継続、職員管理、復旧対応

■4. 他施設との連携

連携体制の構築、連携対応

■5. 地域との連携

被災時の職員派遣、福祉避難所の運営

※訪問サービス固有事項

移動中・訪問中を想定、休止・縮小・前倒し訪問想定、他事業所への変更、避難先への訪問など）

（参考）訪問看護ステーションのBCP作成の動向

日本訪問看護財団が実施した、第4弾Webアンケート調査（2021年2月16日報告）の結果では、回答した訪問看護ステーションの14．8％が自事業所のみのBCPを作成して実施。地域の関係機関を視野に入れたBCPは、わずか1．9％しかなかった
これから3年以内に作成するが、24．8％で最も多かった

（必須／複数選択可）	N= 322	--
①自事業所のみのＢＣＰを作成して実施している	62	14.8%
②自事業所と地域の関係機関（物資の流通業者や医療機器メーカー等含む）との連携を踏まえたＢＣＰを作成して実施している	8	1.9%
③ＢＣＰに関する委員会を設置し開催している	13	3.1%
④感染症や災害発生時であってもサービスが継続できる方針がある	52	12.4%
⑤ＢＣＰに関連する研修会を実施している	13	3.1%
⑥平時より訓練（シミュレーション）を行っている	25	6.0%
⑦作成中である	80	19.0%
⑧これから3年以内に作成する	104	24.8%
⑨その他	63	15.0%
全体回答数	420	

資料：日本訪問看護財団Webアンケート調査（第4弾）

訪問看護ステーションにおける高齢者虐待防止対策

■高齢者虐待の発生又はその再発防止の推進（省令改正）

利用者の人権の擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生又は再発を防止するための定期的委員会開催（テレビ電話装置等の活用可）、虐待防止のための指針の整備、従業者に研修実施、担当者を定めることを義務付ける

（義務付け、3年の経過措置）

●指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
第37条の2（虐待の防止）（新設）

●指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
第73条（運営規程）

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下この章において「運営規程」という。）を定めておかなければならない

新設：（1～6省略） 7 「虐待の防止のための措置に関する事項」、8省略

（参考）虐待防止のための措置に関する事項

・虐待の防止に係る組織内の体制（責任者の選定、委員会設置・開催）
・従業者への研修方法や研修計画等　　・虐待等が発生した場合の対応方法等

資料：第199回介護給付費分科会資料抜粋

訪問看護ステーションにおける感染予防対策等の進め方について（まとめ）

	委員会等設置・開催	指針の整備	研修・訓練	他の会議体・サービスとの連携 （テレビ電話等の活用）
感染症対策	【感染対策委員会】 〇委員は感染対策の知識を有する者を含む幅広い職種 〇6月に1回以上 〇感染対策担当者を決めておく	感染症の予防及びまん延の防止のための指針（平常時と発生時）を整備する	〇研修は年1回以上、新規採用時 〇訓練は年1回以上実施	・他の会議体との一体的運営や他のサービス事業者との連携開催可 ※感染症発生時のBCPと合同の研修・訓練可 ※テレビ電話装置等活用可
業務継続計画（BCP） ・感染症発生時 ・自然災害時	対応主体（責任者・代行者選定） 役割分担等	〇サービスの提供の継続、非常時の体制で早期の業再開 〇利用者と職員の安全確保	〇研修は年1回以上、新規採用時 〇訓練（机上含む）は年1回以上実施	業務継続計画の策定、研修・訓練については、他のサービス事業者と連携で行うこと可 ※テレビ電話装置等活用可
虐待の発生又はその再発防止対策	【虐待防止検討委員会】 〇委員は管理者を含む幅広い職種 〇虐待防止の専門家を活用 〇担当者を定めること	運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」追記 虐待の防止に係る組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）、虐待等が発生した場合の対応方法等を指す内容	〇研修は年1回以上、新規採用時 内容：虐待等の防止の基礎的内容等の適切な知識の普及・啓発 事業所における指針に基づく虐待防止の徹底	・他の会議体との一体的運営や他のサービス事業者との連携開催可 ※テレビ電話装置等活用可

訪問看護ステーションにおけるハラスメント防止の取組

■全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策の責務を踏まえ、対策を求める（省令改正）

※併せて、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の措置を推奨

●指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
第30条（勤務体制の確保等）新設
「指定訪問介護事業者は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。」

※準用：訪問介護は訪問看護と読み替える

「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」
「（管理職・職員向け）研修のための手引き」
厚生労働省ホームページ
（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

職場におけるパワーハラスメント対策が 事業主の義務になりました ！

【参考】厚生労働省HP
https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000611025.pdf

職場におけるハラスメント3要素

職場において行われる**①優越的な関係を背景とした言動であって、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、③労働者の就業環境が害されるもの**であり、**①～③までの要素を全て満たすもの**をいいます。

※　客観的にみて、業務上必要かつ相当な範囲で行われる適正な業務指示や指導については、該当しません。

職場におけるパワハラの３要素	具体的な内容
①優越的な関係を背景とした言動	○　当該事業主の業務を遂行するに当たって、当該言動を受ける労働者が行為者に対して抵抗又は拒絶することができない蓋然性が高い関係を背景として行われるもの （例） ・　職務上の地位が上位の者による言動 ・　同僚又は部下による言動で、当該言動を行う者が業務上必要な知識や豊富な経験を有しており、当該者の協力を得なければ業務の円滑な遂行を行うことが困難であるもの ・　同僚又は部下からの集団による行為で、これに抵抗又は拒絶することが困難であるもの　等
②業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動	○　社会通念に照らし、当該言動が明らかに当該事業主の業務上必要性がない、又はその態様が相当でないもの
③労働者の就業環境が害される	○　当該言動により労働者が身体的又は精神的に苦痛を与えられ、労働者の就業環境が不快なものとなったため、能力の発揮に重大な悪影響が生じる等当該労働者が就業する上で看過できない程度の支障が生じること ○　この判断に当たっては、「平均的な労働者の感じ方」、すなわち、同様の状況で当該言動を受けた場合に、社会一般の労働者が、就業する上で看過できない程度の支障が生じたと感じるような言動であるかどうかを基準とすることが適当

職場におけるハラスメント

相談シート

このシートの使い方

- 記入する人：相談を希望する方
- 記入する内容：
  - 面談当日までに、ご相談内容の概要を記入ください。
  - 詳細は面談でも伺いますので、無理のない範囲で構いません。心身の状態から記入が辛い場合は、空欄のままでも構いません。
  - 面談当日に、本シートを相談受付者にお渡しください。

※相談をする際の手助けとなる、あくまで補助的なシートです。シートの記入や提出をしなくても相談することができます。

基本情報	シート記入日	年　月　日
	相談者氏名	
相談内容	相談の概要	（必須記入事項：いつ、どこで、誰が、誰から、どんな言動を受けたのか）
	目撃者、同席者の有無	□いる ・ 目撃者（　　） ・ 同席者（　　） □いない／わからない
	（同席者がいる場合）同席者への行為の有無	□同席者に対する同様の問題を目撃した ・ 具体的な内容 （　　） □同席者に対する同様の問題は目撃していない／わからない
発生後の状況	本件を他に相談・報告した人の有無	□いる ・ 相談相手（　　）相談日時（　　） ・ その後の対応 （　　） □いない
	あなたの心身の状態	あなたの今の気持ちをについて、最も近い段階に○を付けてください。 （数字に○を付けても、数字の間に○を付けても構いません。自由に○を付けてください。） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 そこまでつらくない　とてもつらい（仕事に行くのもつらい） 無理のない範囲で構いませんので、あなたの今の心身の状態、心配なこと、不安なこと等があれば記入してください。 （不眠等の不調がある、訪問するのが怖い、職場に来たくない等、）
	今後の対応に関するあなたの希望	□相談したかっただけ　□様子を見たい　□事実確認してほしい □行為者に注意してほしい　□担当変更等、今後の業務について相談したい □その他 （　　）
	共有の可否	今後の対応の検討にあたり、相談内容を施設・事業所内で共有してもよいですか。 □共有して問題ない □共有してよいが、対象を限定してほしい 共有してよい人（　　） □共有しないでほしい

厚生労働省HP：　000629796.pdf (mhlw.go.jp)

職場におけるハラスメントの代表的な類型

代表的な言動の類型	（イ） 該当すると考えられる例 ※	（ロ） 該当しないと考えられる例 ※
(1) 身体的な攻撃 （暴行・傷害）	① 殴打、足蹴りを行う ② 相手に物を投げつける	① 誤ってぶつかる
(2) 精神的な攻撃 （脅迫・名誉毀損・侮辱・ひどい暴言）	① 人格を否定するような言動を行う。相手の性的指向・性自認に関する侮辱的な言動を含む。（★1） ② 業務の遂行に関する必要以上に長時間にわたる厳しい叱責を繰り返し行う ③ 他の労働者の面前における大声での威圧的な叱責を繰り返し行う ④ 相手の能力を否定し、罵倒するような内容の電子メール等を当該相手を含む複数の労働者宛てに送信する	① 遅刻など社会的ルールを欠いた言動が見られ、再三注意してもそれが改善されない労働者に対して一定程度強く注意をする ② その企業の業務の内容や性質等に照らして重大な問題行動を行った労働者に対して、一定程度強く注意をする
(3) 人間関係からの切り離し （隔離・仲間外し・無視）	① 自身の意に沿わない労働者に対して、仕事を外し、長期間にわたり、別室に隔離したり、自宅研修させたりする ② 一人の労働者に対して同僚が集団で無視をし、職場で孤立させる	① 新規に採用した労働者を育成するために短期間集中的に別室で研修等の教育を実施する ② 懲戒規定に基づき処分を受けた労働者に対し、通常の業務に復帰させるために、その前に、一時的に別室で必要な研修を受けさせる
(4) 過大な要求 （業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制・仕事の妨害）	① 長期間にわたる、肉体的苦痛を伴う過酷な環境下での勤務に直接関係のない作業を命ずる ② 新卒採用者に対し、必要な教育を行わないまま到底対応できないレベルの業績目標を課し、達成できなかったことに対し厳しく叱責する ③ 労働者に業務とは関係のない私的な雑用の処理を強制的に行わせる	① 労働者を育成するために現状よりも少し高いレベルの業務を任せる ② 業務の繁忙期に、業務上の必要性から、当該業務の担当者に通常時よりも一定程度多い業務の処理を任せる
(5) 過小な要求 （業務上の合理性なく能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと）	① 管理職である労働者を退職させるため、誰でも遂行可能な業務を行わせる ② 気にいらない労働者に対して嫌がらせのために仕事を与えない	① 労働者の能力に応じて、一定程度業務内容や業務量を軽減する
(6) 個の侵害 （私的なことに過度に立ち入ること）	① 労働者を職場外でも継続的に監視したり、私物の写真撮影をしたりする ② 労働者の性的指向・性自認や病歴、不妊治療等の機微な個人情報について、当該労働者の了解を得ずに他の労働者に暴露する（★2）	① 労働者への配慮を目的として、労働者の家族の状況等についてヒアリングを行う ② 労働者の了解を得て、当該労働者の機微な個人情報（左記）について、必要な範囲で人事労務部門の担当者に伝達し、配慮を促す

（参考）カスタマーハラスメントの防止」

カスタマーハラスメントとは、利用者やその家族が理不尽な要求や謝罪を強要すること

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知する。

例えば、
従業者に対して、暴言、暴力等ハラスメント行為が発生した場合は、上司等関係者間で協議し解決を図る。解決が困難で、健全な信頼関係が構築できず訪問看護の効果が期待できないと判断した場合は、行政や居宅介護支援事業所等に相談の上、訪問看護の中止または契約解除とすることがある。

訪問看護ステーションにおける認知症に係る取組

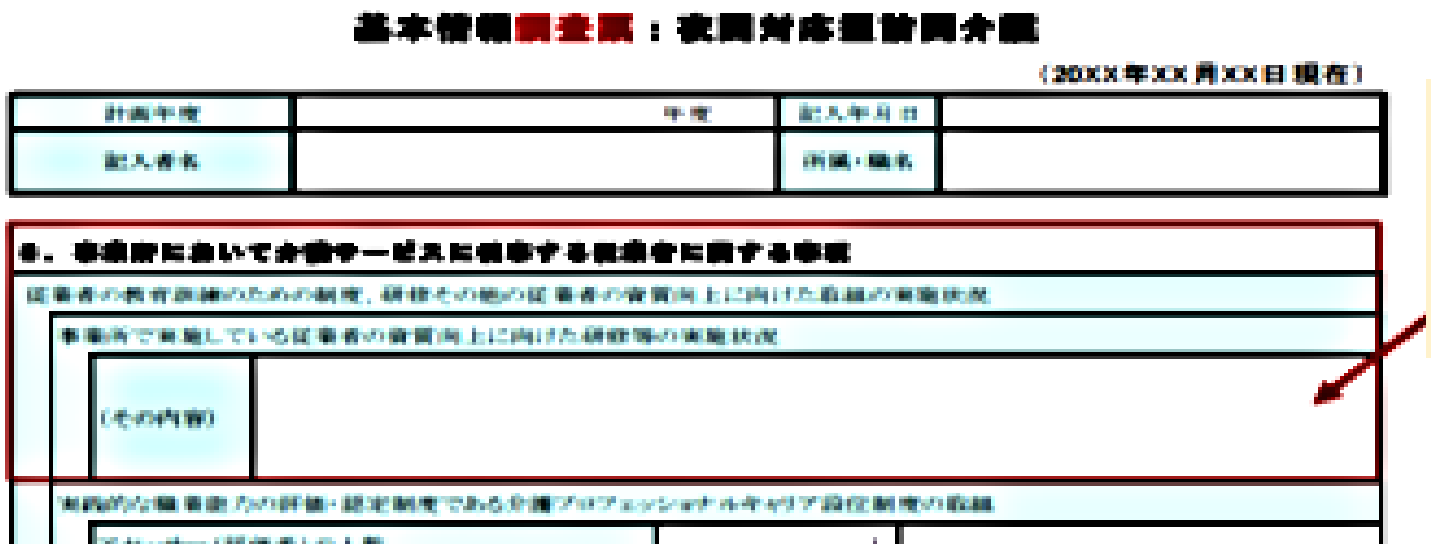
※認知症介護基礎研修受講の義務付け（3年の経過措置、新入職員は1年の猶予）

介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受講させるために必要な措置を講ずることを義務付ける

■認知症に係る取組の情報公表

研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について公表を求める

●通知改正：「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」の別添1



基本情報調査票
※研修の欄を設け
受講人数・研修種類
を入力させる

資料：第199回介護給付費分科会

（参考）認知症介護基礎研修とは

認知症介護基礎研修とは

認知症介護基礎研修は平成 27 年 1 月に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に基づき、介護職員のベースアップを図るために平成 28 年度から始まった研修です。
認知症を取り巻く現状から具体的な介護方法まで、基礎をしっかりと学んでいただくことで、正しい介護方法を身に着け、自信を持って認知症介護にあたれるよう研修を行います。研修は講義 3 時間、演習 3 時間を受講することで修了となります。

講義 3時間

1. 認知症の人の理解と対応の基本

- 認知症の人を取り巻く現状
- 認知症の人を理解するために必要な基礎的な知識
- 具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方
- 認知症ケアの基礎的技術に関する知識

演習 3時間

2. 認知症ケアの実践上の留意点

- 認知症の人と基本的なコミュニケーション
- 不適切なケアの理解と回避方法
- 病態・症状等を理解したケアの選択
- 行動・心理症状（BPSD）を理解したケアの選択と工夫
- 事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り

認知症介護基礎研修　修了

講義 3 時間分は e ラーニングでの受講が可能です。

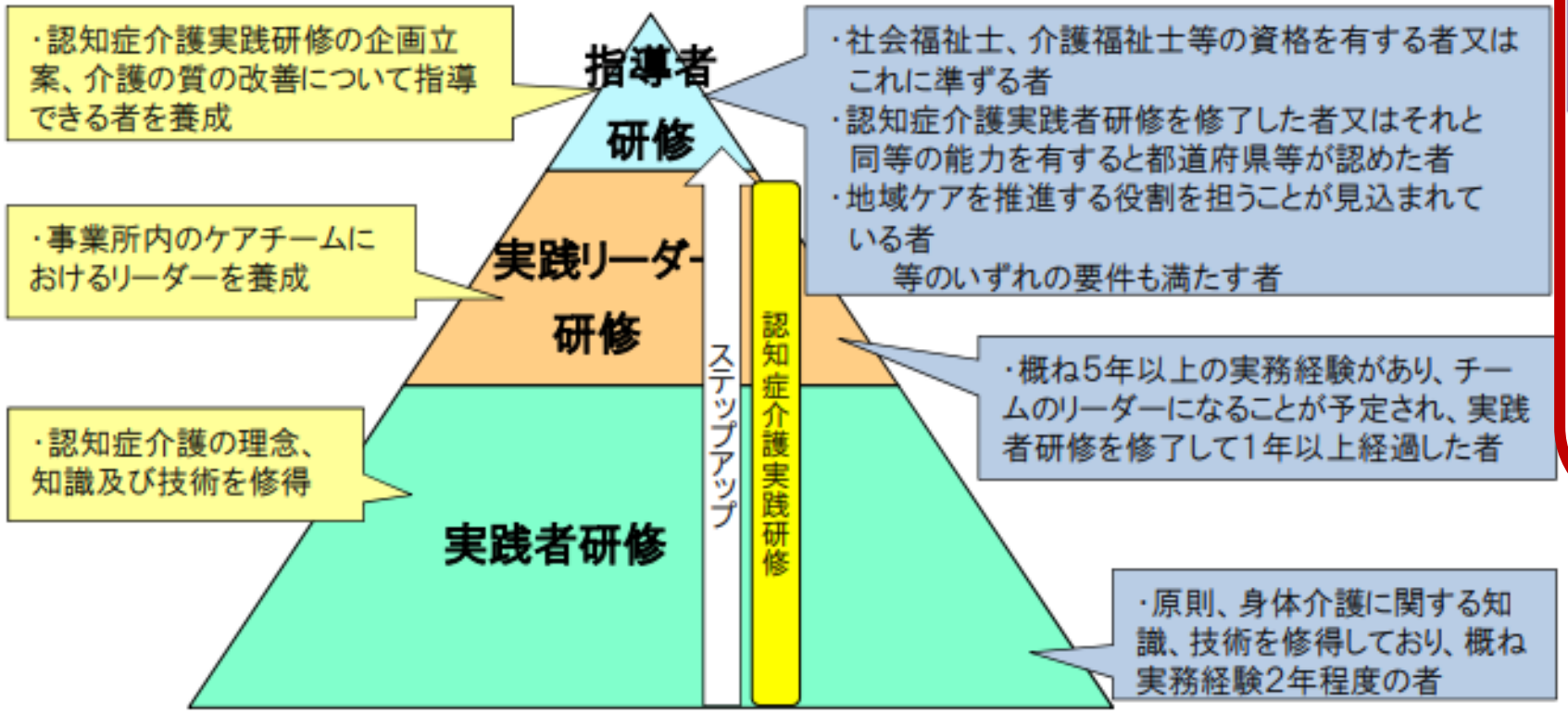
認知症介護研究・研修仙台センターの資料より

（参考）認知症介護の研修体系

【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】

研修の目的

受講要件



【認知症介護基礎研修】

新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識、技能を修得

【目標】

介護に携わる全ての職員の受講

【実績と目標値】指導者養成研修：2018（平成30）年度末　2．5千人　⇒　2020（令和2）年度末　2．8千人
実践リーダー研修：2018（平成30）年度末　4．4万人　⇒　2020（令和2）年度末　5万人
実践者研修：2018（平成30）年度末　28．3万人　⇒　2020（令和2）年度末　30万人

訪問看護ステーションにおけるLIFEの取組

■介護保険等関連情報の活用及びPDCAサイクルの推進

●居宅基準改正　第3条（一般原則）

CHASE・VISITを活用した計画作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質向上の取組を推奨する。

訪問看護においては、CHASEの収集項目提出に関する加算等による評価はない（努力義務）

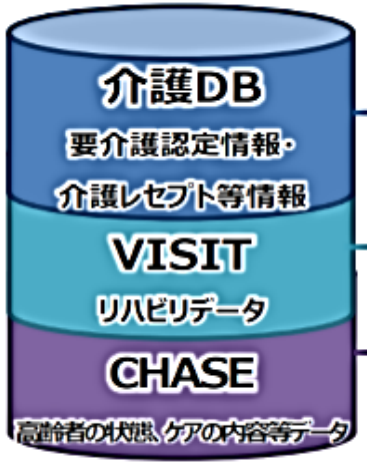
科学的介護情報システム（LIFE）に新規登録して、ケアの質の向上に取り組む

- 「CHASE専用Webサイト」は4月1日から「LIFE」

【参考】
厚生労働省老健局老人保健課　事務連絡（令和3年2月19日）「科学的介護情報システム（LIFE）の活用等について
※新規登録等の利用方法は「別添3　LIFEの利用について」を参照

資料：第199回介護給付費分科会

（参考）介護関連データベースの構成



介護保険総合データベース（介護DB）

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

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

- 通称"VISIT" (monitoring & eValuation for rehabIlitation ServIces for long-Term care)
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(Ⅳ)を新設。
- 2019年3月末時点で577事業所が参加。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年３月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ

- 通称"CHASE" (Care, HeAlth Status & Events)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年３月の中間報告で、データベースに用いる初期項目（265項目）を選定。
- 2019年７月に報告書を取りまとめ。
- 2019年度中にデータベースの開発を行い、2020年度から運用を開始する予定。

※令和3年度からCHASE・VISITの一体的運用のため、LIFEに統一
LIFE（ライフ）：科学的介護情報システム（Long-term Care Information system For Evidence ）

資料：第199回介護給付費分科会資料抜粋

（参考）介護関連データベースの基本項目など

VISIT

○ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。

○ 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

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

※　生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

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

CHASE

○ 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

（基本的な項目）

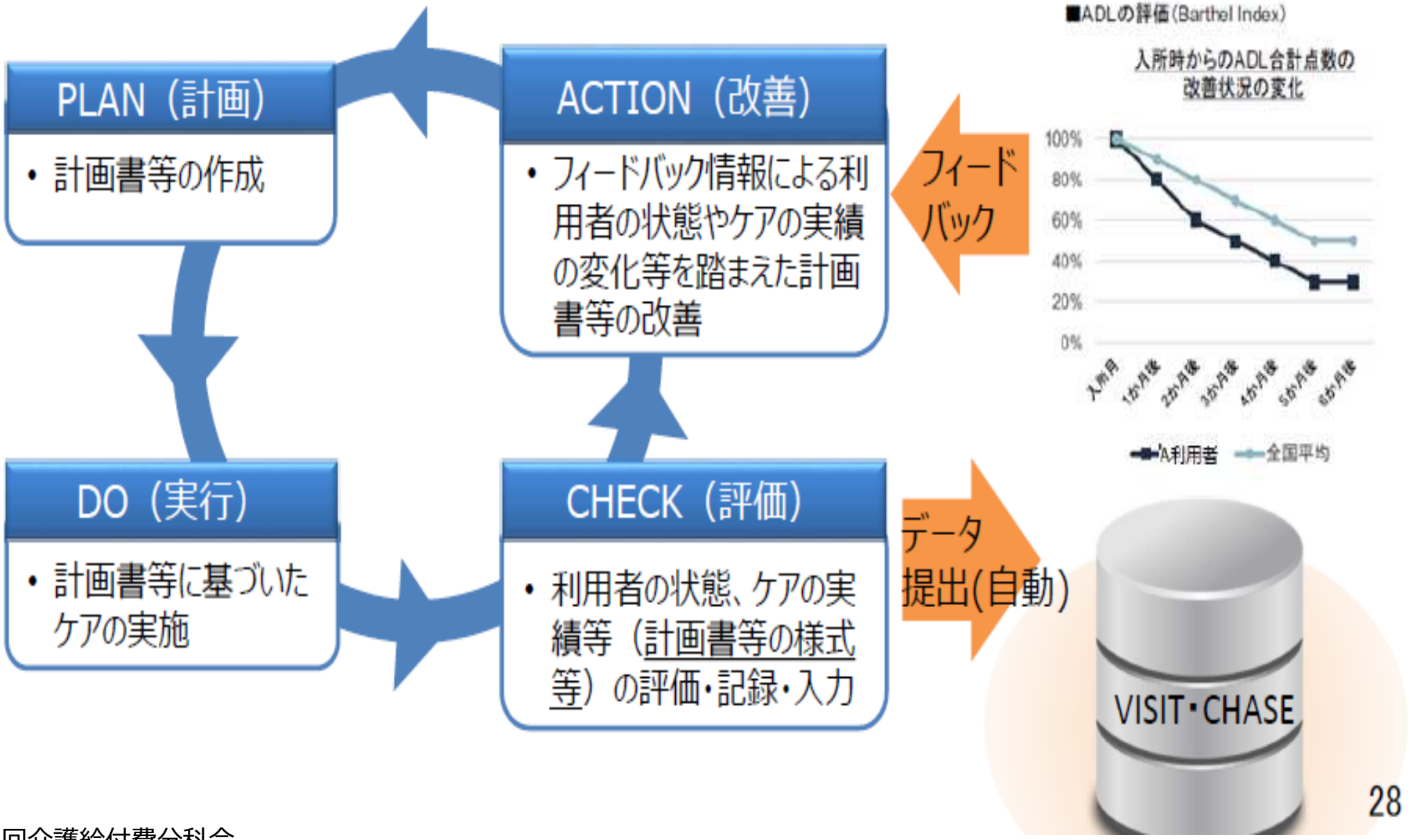
分類	項目名称
総論	保険者番号
総論	被保険者番号
総論	事業所番号
総論	性別
総論	生年月日
総論	既往歴
総論	服薬情報
総論	同居人等の数・本人との関係性
総論	在宅復帰の有無
総論	褥瘡の有無・ステージ
総論	Barthel Index
認知症	認知症の既往歴等
認知症	DBD13
認知症	Vitality Index

分類	項目名称
口腔	食事の形態
口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
栄養	身長
栄養	体重
栄養	栄養補給法
栄養	提供栄養量_エネルギー
栄養	提供栄養量_タンパク質
栄養	主食の摂取量
栄養	副食の摂取量
栄養	血清アルブミン値
栄養	本人の意欲
栄養	食事の留意事項の有無
栄養	食事時の摂食・嚥下状況
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。

資料：第191回介護給付費分科会

（参考）フィードバックを活用したPDCAサイクルの推進



資料：第191回介護給付費分科会

LIFEの運用開始について

○ **令和3年4月1日**より、LIFEによるCHASE・VISITの一体的な運用が始まります。
○ すでにCHASEまたはVISITを利用している場合、**ID・パスワードはLIFEでも引き続き利用可能**です。
なお、CHASEとVISITを両方利用している場合、**CHASEのID・パスワードに統一**されます。

令和2年度まで

令和3年度から（予定）

【参考】
●厚生労働省老健局老人保健課　事務連絡（令和3年2月19日）「科学的介護情報システム（LIFE）の活用等について
※新規登録等の利用方法は「別添3　LIFEの利用について」を参照
●介護保険最新情報Vol.931　「①「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について、②「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について（その2）」　※LIFEへの提出データ様式を参照

（参考）訪問看護ステーションのデータが活用できる理由（私見）

医療の専門知識を持ち頻繁に患者宅を訪問して医療と介護の両面に渡る幅広いケアを提供しているのは訪問看護師であり、医療・介護を一体化した在宅ケアのデータをもっている

	訪問回数	実施内容
医師	月1～2回程度	診療行為
訪問看護師	**週1～3回程度（必要に応じ毎日、1日2～3回訪問）**	**医療処置、心身・病状のアセスメント、リハビリ、療養上の世話、家族の相談・支援など**
ケアマネジャー	要介護→1/月、要支援→1/3月	介護相談、ケアプラン作成等
ホームヘルパー	ケアプランによる回数	身体介護、生活介護

居住系サービス、多機能系サービス、通所系サービスにおいて、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・ケアの向上が求められている。

・訪問看護ステーションにおいては、他サービスの様式を用いて、データを提出し、フィードバックを受けて、PDCAサイクルによりケアの質向上を図ることが望ましい。
・様式例（看多機の例）： 科学的介護推進に関する評価、 褥瘡マネジメント加算、 排せつ支援加算 口腔機能向上加算、栄養アセスメント加算
・LIFEに提出する情報に利用者氏名、被保険者番号等の個人情報が含まれるが、LIFEのシステムには一部匿名化した情報が送られるため情報の提出自体に同意は必要ない

訪問看護ステーションで活用したい様式例

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日　令和　　年　　月　　日
前回評価日　令和　　年　　月　　日
記入者名

氏名　　殿

障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
認知症高齢者の日常生活自立度：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

基本情報		
	保険者番号	生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別　□男　□女

総論

既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕

服薬情報〔任意項目〕
1.薬剤名（　　）（　　/日）（処方期間　年　月　日～　年　月　日）
2.薬剤名（　　）（　　/日）（処方期間　年　月　日～　年　月　日）
・
・
・

〔任意項目〕
同居家族等　□なし　□あり（□配偶者　□子　□その他）（複数選択可）
家族等が介護できる時間　□ほとんど終日　□半日程度　□2～3時間程度　□必要な時に手をかす程度　□その他

ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	□10	□5	□0
・椅子とベッド間の移乗	□15	□10←（監視下）	
	（座れるが移れない）→	□5	□0
・整容	□5	□0	□0
・トイレ動作	□10	□5	□0
・入浴	□5	□0	□0
・平地歩行	□15	□10←（歩行器等）	
	（車椅子操作が可能）→	□5	□0
・階段昇降	□10	□5	□0
・更衣	□10	□5	□0
・排便コントロール	□10	□5	□0
・排尿コントロール	□10	□5	□0

在宅復帰の有無等〔任意項目〕
□入所/サービス継続中
□中止（中止日：　　）
□居宅（※）　□介護老人福祉施設入所　□介護老人保健施設入所　□介護医療院入所　□介護療養型医療施設入院
□医療機関入院　□死亡　□その他

※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

口腔・栄養

身長（　　cm）　体重（　　kg）　褥瘡の有無〔任意項目〕　□なし　□あり

口腔の健康状態
・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる　□はい　□いいえ
・入れ歯を使っている　□はい　□いいえ
・むせやすい　□はい　□いいえ

誤嚥性肺炎の発症・既往（※）　□なし　□あり（発症日：　年　月　日）（発症日：　年　月　日）

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症

認知症の診断
□なし　□あり（診断日　年　月　日：□ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病　□血管性認知症　□ﾚﾋﾞｰ小体病　□その他（　　））

DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）

	まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
・日常的な物事に関心を示さない	□	□	□	□	□
・特別な事情がないのに夜中起き出す	□	□	□	□	□
・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	□	□	□	□	□
・やたらに歩きまわる	□	□	□	□	□
・同じ動作をいつまでも繰り返す	□	□	□	□	□
〔以下、任意項目〕					
・同じ事を何度も何度も聞く	□	□	□	□	□
・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	□	□	□	□	□
・昼間、寝てばかりいる	□	□	□	□	□
・口汚くののしる	□	□	□	□	□
・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	□	□	□	□	□
・世話をされるのを拒否する	□	□	□	□	□
・物を貯め込む	□	□	□	□	□
・引き出しや箪笥の中身をみんな出してしまう	□	□	□	□	□

Vitality Index
・意思疎通　□自分から挨拶する、話し掛ける　□挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる　□反応がない
〔以下、任意項目〕
・起床　□いつも定時に起床している　□起こさないと起床しないことがある　□自分から起床することはない
・食事　□自分から進んで食べようとする　□促されると食べようとする　□食事に関心がない、全く食べようとしない
・排せつ　□いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う　□時々、尿意便意を伝える　□排せつに全く関心がない
・リハビリ・活動　□自らリハビリに向かう、活動を求める　□促されて向かう　□拒否、無関心

（注）任意項目との記載のない項目は必須項目とする

別紙様式1：
看護小規模多機能型居宅介護における「科学的介護推進体制加算（40単位）に係る提出情報

訪問看護ステーションで活用したい様式例（排泄、褥瘡対策）

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和　年　月　日　計画作成日 令和　年　月　日

氏名　殿　男　女

明・大・昭・平　年　月　日生（　歳）

記入者名
医 師 名
看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時（利用開始時）	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ使用の有無	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）
ポータブルトイレ使用の有無	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・夜間のみ・終日）

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性
あり　　なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和　年　月　日
説明者氏名

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

評価日 令和　年　月　日　計画作成日 令和　年　月　日

氏名
明・大・昭・平　年　月　日生（　歳）　殿　男　女

記入担当者名

褥瘡の有無
1.現在 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））　褥瘡発生日 令和　年　月　日
2.過去 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

				対処
評価の手順確認	障害高齢者の日常生活自立度		J（1、2）　A（1、2）　B（1、2）　C（1、2）	「自分で行っていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
	ADLの状況	入浴	自分で行っている　自分で行っていない	
		食事摂取	自分で行っている　自分で行っていない　対象外（※1）	
		更衣 上衣	自分で行っている　自分で行っていない	
		更衣 下衣	自分で行っている　自分で行っていない	
	基本動作	寝返り	自分で行っている　自分で行っていない	
		座位の保持	自分で行っている　自分で行っていない	
		座位での乗り移り	自分で行っている　自分で行っていない	
		立位の保持	自分で行っている　自分で行っていない	
	排せつの状況	尿失禁	なし　あり　対象外（※2）	
		便失禁	なし　あり　対象外（※3）	
		バルーンカテーテルの使用	なし　あり	
	過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし　あり	

※1：経管栄養・経鼻栄養等の場合　※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合　※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0：皮膚損傷・発赤なし d 1：持続する発赤 d 2：真皮までの損傷	D 3：皮下組織までの損傷 D 4：皮下組織を超える損傷 D 5：関節腔、体腔に至る損傷 DTI：深部損傷褥瘡（DTI）疑い D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	滲出液	e 0：なし e 1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない e 3：中等量：1日1回のドレッシング交換を要する	E 6：多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0：皮膚損傷なし s 3：4未満 s 6：4以上 16未満 s 8：16以上 36未満 s 9：36以上 64未満 s 12：64以上 100未満	S 15：100以上
	炎症/感染	i 0：局所の炎症徴候なし i 1：局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）	I 3C：臨床的な徴候無い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、深達性で脆弱など） I 3：局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など） I 9：全身的影響あり（発熱など）
	肉芽組織	g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合 g 1：良性肉芽が創面の 90%以上を占める g 3：良性肉芽が創面の 50%以上 90%未満を占める	G 4：良性肉芽が創面の 10%以上 50%未満を占める G 5：良性肉芽が創面の 10%未満を占める G 6：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0：壊死組織なし	N 3：柔らかい壊死組織あり N 6：硬く厚い痂皮した壊死組織あり
	ポケット	p 0：ポケットなし	P 6：4未満 P 9：4以上 16未満 P 12：16以上 36未満 P 24：36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」（一般社団法人　日本褥瘡学会）を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容
	関係職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレ力の排除（体位変換、体圧分散寝具、褥瘡発生時の対応方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		
	その他		

説明日 令和　年　月　日
説明者氏名

看護小規模多機能型居宅介護

●排せつの状態

●褥瘡対策スクリーニング加算に係る様式

訪問看護ステーションで活用したい様式例（口腔機能向上）

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	□男　□女
生年月日	□明治　□大正　□昭和　　●年●月●日生まれ　　●歳
かかりつけ歯科医	□あり　□なし
入れ歯の使用	□あり　□なし
食形態等	経□摂取(□常食　□嚥下調整食（□4　□3　□2－2　□2－1　□1ｊ　□0ｔ　□0ｊ））□経腸栄養　□静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□あり　（発症日：令和●年●月●日）　□なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1　スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和●年●月●日 記入者●●　●● □看護職員　□歯科衛生士　□言語聴覚士
口腔衛生状態	□臭	□あり　□なし　□分からない
	歯の汚れ	□あり　□なし　□分からない
	義歯の汚れ	□あり　□なし　□分からない
	舌苔	□あり　□なし　□分からない
口腔機能	食べこぼし	□あり　□なし　□分からない
	舌の動きが悪い	□あり　□なし　□分からない
	むせ	□あり　□なし　□分からない
	痰がらみ	□あり　□なし　□分からない
	口腔乾燥	□あり　□なし　□分からない
特記事項	□　歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 □　音声・言語機能に関する疾患の可能性 □　その他（　　）	

2　口腔機能改善管理計画　　作成日　：　令和●年●月●日

計画立案者	□看護職員　□歯科衛生士　□言語聴覚士
サービス提供者	□看護職員　□歯科衛生士　□言語聴覚士
目標	□口腔衛生（□維持　□改善（　　）） □摂食・嚥下機能（□維持　□改善（　　）） □食形態（□維持　□改善（　　）） □音声・言語機能（□維持　□改善（　　）） □誤嚥性肺炎の予防 □その他（　　）
実施内容	□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他（　　）

3　実施記録

実施年月日	●年●月●日
サービス提供者	●●　●● □看護職員　□歯科衛生士　□言語聴覚士
□口腔清掃、□口腔清掃に関する指導	□実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□実施
音声・言語機能に関する指導	□実施
その他（　　）	□実施

4　その他特記事項

看護小規模多機能型居宅介護

【口腔機能向上サービス加算に係る様式】

1. スクリーニング、アセスメント、モニタリング項目
   口腔衛生状態、口腔機能、特記事項（歯、粘膜、音声、その他）
2. 口腔機能改善管理計画
   計画立案者、サービス提供者、実施内容
3. 実施記録
4. その他特記事項

訪問看護ステーションで活用したい様式例（口腔・栄養スクリーニング）

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		□男 □女	□明□大□昭 年 月 日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・特記事項等		記入者名 : 作成年月日: 年 月 日 事業所内の歯科衛生士 □無 □有 事業所内の管理栄養士・栄養士 □無 □有

	スクリーニング項目	前回結果（●月●日）	今回結果（●月●日）
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
口腔	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
口腔	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
口腔	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
栄養	身長（cm）※1	（cm）	（cm）
栄養	体重（kg）	（kg）	（kg）
栄養	BMI（kg/ m²）※1 18.5未満	□無 □有（ kg/ m²）	□無 □有（ kg/ m²）
栄養	直近1～6か月間における3%以上の体重減少※2	□無 □有（ kg/ か月）	□無 □有（ kg/ か月）
栄養	直近6か月間における2～3kg以上の体重減少※2	□無 □有（ kg/6か月）	□無 □有（ kg/6か月）
栄養	血清アルブミン値（g/dl）※3 3．5g/dl未満	□無 □有（ (g/dl)）	□無 □有（ (g/dl)）
栄養	食事摂取量 75%以下※3	□無 □有 （ %）	□無 □有 （ %）
栄養	特記事項（医師、管理栄養士等への連携の必要性等）		

※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）
※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

（参考）口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

（参考）低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし （減少3%未満）	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI ＝ 体重(kg)÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) ＝ 17.6

療養通所介護

口腔・栄養スクリーニング加算に係る様式

LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

別添1

	科学的介護推進加算（Ⅰ） 科学的介護推進加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅱ）	ADL維持等加算（Ⅰ） ADL維持等加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ支援加算（Ⅱ） 排せつ支援加算（Ⅲ）	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算（Ⅱ）
介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	○	○			○		○	○			○	○
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進加算	個別機能訓練加算（Ⅱ）	ADL維持等加算（Ⅰ） ADL維持等加算（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ支援加算（Ⅱ） 排せつ支援加算（Ⅲ）	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算（Ⅱ）
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護（予防含む）	○	○	○ （予防を除く）				○	○
特定施設入居者生活介護（予防含む）	○	○	○ （予防を除く）					
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○					
認知症対応型共同生活介護（予防を含む）	○							
小規模多機能型居宅介護（予防含む）	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション（予防含む）	○			○ （予防を除く）			○	○
訪問リハビリテーション				○ （予防を除く）				

令和3年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題等（第200回介護給付費分科会資料より）

○「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を以下の形で整理を行う。

「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の主な課題

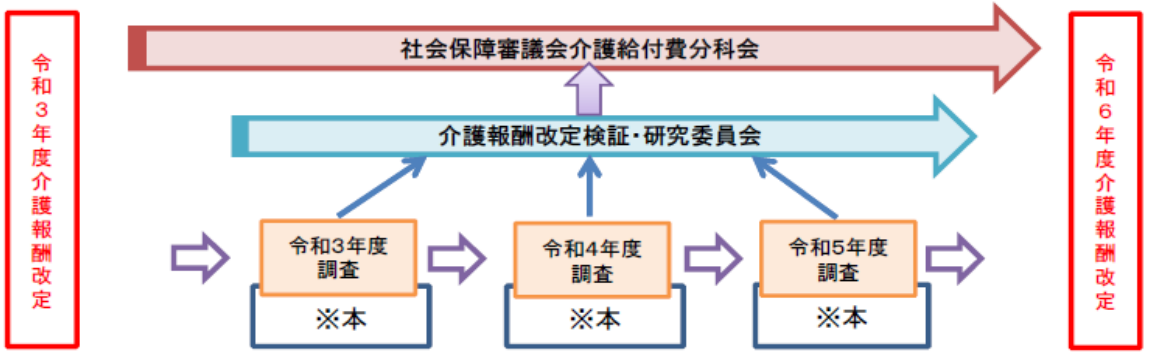
- 感染症や災害への対応力強化
- 地域包括ケアシステムの推進
- 自立支援・重度化防止の取組の推進
- 介護人材の確保・介護現場の革新
- 制度の安定性・持続可能性の確保、その他

各種調査・研究を活用し実態を把握

各種調査・研究

- 介護報酬改定の効果検証及び調査研究
- （介護サービスの経営状況等に関する事項）
  介護事業経営概況調査
  介護事業経営実態調査
- （介護従事者の処遇改善及び処遇改善加算に関する事項）
  介護従事者処遇状況等調査
- その他、老人保健健康増進等事業等を活用

介護報酬改定検証・研究委員会について（令和3年度～令和5年度）【全体像】



【委員会の概要】
令和３年度介護報酬改定の効果の検証や、令和６年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究等を実施する。
（各種課題について、次期改定までの３年間の本調査の中で主に実施することを想定）

※ 令和３年度の調査項目等については今後の分科会・委員会において議論・承認をしていただく

（参考）
平成30年度　７本
令和元年度　７本
令和２年度　５本

令和3年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題等（第200回介護給付費分科会資料より）

1. 感染症や災害への対応力強化　2. 地域包括ケアシステムの推進　3. 自立支援・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　5. 制度の安定性・持続可能性、その他

2. 地域包括ケアシステムの推進

・認知症の行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策の検討、認知症介護研修の義務づけに関する効果検証
・「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」等に沿った取組状況の把握、推進方策の検討
・介護付きホームや認知症GH等の利用者の療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止の実態を把握、対応の検討
・訪問看護及び訪問リハビリテーションについての実態調査、サービス提供の在り方や看護職員確保の強化策の検討
・適切なケアマネジメント手法等の実効性が担保される方策の検討
・逓減制の見直しによるケアマネジメントの質の確保及び公正中立性を確保するための取組に関する効果検証
・都市部、離島や中山間地域等、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護の普及を図る方策の検討、機能・役割の検証
・療養通所介護についての今後の在り方の検討
・個室ユニット型施設の整備・運営状況の定期的把握
・小規模特養等の経営実態の調査
・介護医療院について、加算の効果、移行状況を把握、移行促進のための対応の検討

令和3年度介護報酬改定を訪問看護にどう活用するか？

1. 訪問看護ステーションの安定的運営・経営
   感染症・非常災害等対応の業務継続計画（BCP）の策定・活用

2. LIFEへの訪問看護データ提出とフィードバックによる質向上

3. 訪問看護ステーションの看護機能強化
   （看護師等のうち看護職員を60％以上をめざす）

4. 理学療法士等と看護師等が専門性を発揮して協働する、地域の健康支援リソース

5. ICT活用等による業務効率化への積極的な取り組み

ご清聴ありがとうございました