

制度の安定性・持続可能性の確保

1. 報酬体系の簡素化
2. 多床室の室料負担

1. 報酬体系の簡素化



(1) 報酬体系の概況

(2) 報酬体系の簡素化に関する意見

(3) 令和3年度介護報酬改定の概要

(4) 現状と課題及び論点

2. 多床室の室料負担

介護報酬の基本報酬と加算について

○ 介護報酬の加算やサービスコード数は、介護保険制度施行当初と比べて、増加している。

【基本報酬と加算・減算の構造】

分類	出来高報酬			包括報酬	
区分	提供時間別	提供時間別×要介護度別	要介護度別	要介護度別	—
算定構造	<p>基本サービス費</p> <p>20分未満 20分以上30分未満 30分以上1時間未満 1時間以上</p> <p>(要介護度に関わらず共通)</p> <p>+</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>5時間以上 6時間以上</p> <p>要介護1 ~ 要介護5</p> <p>+</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p> <p>+</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p> <p>+</p> <p>各種加算・減算</p>	<p>基本サービス費</p> <p>(要介護度に関わらず共通)</p> <p>+</p> <p>各種加算・減算</p>
	算定単位	1回あたり	1回あたり	1日あたり	1月あたり
主なサービス	訪問介護、訪問看護	通所介護、通所リハ	短期入所、認知症GH、特養	定期巡回、小多機、看多機	療養通所

【加算の種類の変化】

	平成12年(当初)	令和5年(現行)
訪問介護	3種類	22種類
通所介護	5種類	31種類
認知症GH	1種類	31種類
介護老人福祉施設	8種類	65種類
介護老人保健施設	8種類	71種類

【サービスコード数の変化】

		平成12年(当初)	令和5年(現行)
介護給付	居宅	1,173	8,921
	居宅介護支援	6	97
	施設	581	7,849
	地域密着	—	2,007
予防給付		—	3,010
合計		1,760	21,884

※同一の加算で複数の区分があるものはそれぞれ計上。特定治療費・特別療養費除く。

※特定入所者介護サービス費を含む。

○加算の算定状況

- 令和4年度～令和5年度(R3.4～R5.3サービス提供分)の平均算定率が80%を超える加算は、12種類(延べ54種類)
- 令和5年度(R4.4～R5.3サービス提供分)に算定がない加算は、20種類(延べ194種類)

※ 加算の種類数について、介護療養型医療施設(短期療養含む)及び総合事業を除く。

※ 延べ加算種類数は、横断的な加算についてサービスごとにカウントしたものの。

各種加算の算定状況①(2か年平均算定率80%以上)

○ 令和3年度から令和4年度の平均算定率が80%を超える加算は12種類(延べ54種類)となっている。

○初回(初期)、送迎、入浴関係

加算	サービス種類	算定率
初回加算	介護予防支援	86.7%
初期加算	介護老人保健施設	97.8%
	介護老人福祉施設	88.0%
送迎加算	短期入所生活介護	93.1%
	短期入所療養介護(老健)	91.8%
	予防短期入所生活介護	87.8%
入浴介助加算 I	認知症対応型通所介護	95.0%
	通所介護	91.7%

○看護、リハ、栄養関係

加算	サービス種類	算定率
緊急時訪問看護加算1	訪問看護	81.5%
短期集中リハビリテーション実施加算	介護老人保健施設	90.5%
運動器機能向上加算	予防通所リハビリテーション	89.5%
個別リハビリテーション実施加算	短期入所療養介護(老健)	91.9%
療養食加算	介護老人保健施設	92.9%
	介護医療院	84.4%

○認知症関係

加算	サービス種類	算定率
認知症加算 I	小規模多機能型居宅介護	92.1%
	看護小規模多機能型居宅介護	89.4%

○夜勤、連携関係

加算	サービス種類	算定率
夜勤職員配置加算	予防短期入所療養介護(老健)	89.7%
	短期入所療養介護(老健)	88.8%
	介護老人保健施設	87.5%
医療連携体制加算 I	認知症対応型共同生活介護	80.0%
医療機関連携加算	予防特定施設入居者生活介護	81.0%
総合マネジメント体制強化加算	看護小規模多機能型居宅介護	90.9%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	90.6%
	予防小規模多機能型居宅介護	89.9%
	小規模多機能型居宅介護	89.8%

【出典】介護保険総合データベース(令和3年5月審査分から令和5年4月審査分の各月の平均算定率を老健局老人保健課において算出)

(注1)「算定率」は、各加算の請求事業所数÷総事業所数により算出。

(注2)「算定率80%以上の加算」には、上記のほか、介護職員処遇改善加算がある。

各種加算の算定状況②(算定実績なし、年間平均算定率1%未満)

- 令和4年度に算定がない加算は、20種類(延べ194種類)となっている。
- また、上記以外で令和4年度の平均算定率が1%未満(1月あたりの算定事業所数が平均9事業所以下であるものに限る。)の加算は、41種類(延べ175種類)となっている。

年間算定実績なし(20種類(延べ194種類))

○認知症関係

加算名	該当サービス等
若年性認知症利用者(入居者)受入加算	短期療養(健2,院1・2),予防短期療養(健,院),予防短期生活,特定(短期),地密特定(短期),予防GH(短期)
重度認知症疾患療養体制加算	短期療養(院I1・I2・II1・II2)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	短期療養(院), 予防短期療養(院), 地密特養, 老健, 予防小多機(短期)
認知症専門ケア加算	訪問介護(II), 訪問入浴(I・II), 予防訪問入浴(I・II), 夜間訪問(I1・I2・II1・II2), 短期療養(院II), 予防短期療養(院I・II), 地密特定(II)

○リハ、口腔、栄養関係

加算名	該当サービス等
生活機能向上連携加算	小多機(短期II), 予防小多機(短期I・II), 予防GH(短期I・II)
個別機能訓練加算	予防特定(外部・認知症通所)
栄養改善加算	予防特定(外部・通所/通リハ/認知症通所)
口腔機能向上加算	予防特定(外部・通所/通リハ/認知症通所)

○体制加算関係

加算名	該当サービス等
夜間勤務等看護加算	短期療養(院I・II), 予防短期療養(院I・II)
夜勤職員配置加算	地密特養(II口・III口・IV口)
夜間支援体制加算	予防GH(短期I)
生活相談員配置等加算	予防短期生活
障害者生活支援体制加算	地密特養(II)
サービス提供体制強化加算	夜間訪問(II3)

○認知症関係

加算名	該当サービス等
若年性認知症利用者(入居者)受入加算	予防特定, 地密特定, GH(短期), 予防GH, 予防通リハ, 予防認知症通所, 予防小多機
重度認知症疾患療養体制加算	医療院(I1・I2・II1・II2)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	短期生活, 予防短期生活, 短期療養(健), 予防短期療養(健), 特養, 老健(1), 医療院
認知症専門ケア加算	訪問介護(I), 予防短期生活(I・II), 予防短期療養(健I・II), 特定(II), 予防特定(I・II), 予防GH(II), 医療院(II), 定期巡回(I・II)

月間算定率の平均が1%未満(算定事業所数月平均9以下のもの)(41種類(延べ175種類))

○リハ、口腔、栄養関係

加算名	該当サービス等
生活機能向上連携加算	通所, 短期生活, 予防短期生活, 特定, 予防特定, 地密特定, GH(短期), 予防GH, 特養, 地密特養, 小多機(短期), 予防認知症通所, 定期巡回, 地密通所 ※全て加算I
運動器機能向上加算	予防特定(外部・通所/通リハ)
口腔・栄養スクリーニング加算	予防認知症通所(II)
栄養改善加算	予防認知症通所, 看多機
再入所時栄養連携加算	地密特養, 医療院
排せつ支援加算	看多機(III)

○体制加算関係

加算名	該当サービス等
常勤医師配置加算	地密特養
看護体制加算	地密特養(I口・II口)
夜間勤務等看護加算	医療院(I・II)
夜勤職員配置加算	地密特養
療養体制維持加算	短期療養(健II), 予防短期療養(健I・II)
生活相談員配置等加算	短期生活, 地密通所
サービス提供体制強化加算	夜間訪問(I3・II2)
障害者生活支援体制加算	特養(II), 地密特養(I)

○在宅復帰、退院時支援関係

加算名	該当サービス等
在宅中重度者受入加算	短期生活(イ・ロ・ハ)
在宅・入所相互利用加算	特養, 地密特養
退所前(後)訪問相談援助加算	特養, 地密特養
退所(居)時相談援助加算	予防GH, 特養, 地密特養
退所後訪問指導加算	医療院
在宅復帰支援機能加算	特養, 地密特養, 老健
退所前連携加算	地密特養
地域連携診療計画情報提供加算	老健(2)
認知症情報提供加算	老健

○その他

加算名	該当サービス等
小規模拠点集合型施設加算	地密特養
重度療養管理加算	短期療養(健2)
総合医学管理加算	予防短期療養(健)
準ユニットケア加算	地密特養
看取り介護加算	地密特定(II1・II2・II3・II4)
入居継続支援加算	地密特定(II)

【出典】介護保険総合データベース(令和4年5月審査分から令和5年4月審査分の各月の算定率・事業所数の平均を老健局老人保健課において算出)

(注1) 青字は令和3年度改定で創設等。

(注2) サービスごとに、該当する加算区分を「該当サービス等」の列に(I)や(II1)等の形で記載。また、括弧内の文字は、それぞれ次の略:「健」…老人保健施設、「院」…介護医療院。

(注3) 「年間算定実績なし」又は「月間算定率が平均1%未満」の加算には、上記のほか、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、介護職員処遇改善加算、市町村独自加算、選択的サービス複数実施加算がある。

(注4) 加算の種類数について、介護療養型医療施設(短期療養含む)及び総合事業を除く。

処遇改善に係る加算全体のイメージ(令和4年度改定後)

①介護職員処遇改善加算

- 対象：介護職員のみ
- 算定要件：以下のとおりキャリアパス要件及び職場環境等要件を満たすこと

加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）
キャリアパス要件のうち、 ①+②+③を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす	キャリアパス要件のうち、 ①+②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす	キャリアパス要件のうち、 ①or②を満たす かつ 職場環境等要件 を満たす

<キャリアパス要件>

- ①職位・職責・職務内容等に応じた**任用要件と賃金体系**を整備すること
- ②資質向上のための計画を策定して**研修の実施又は研修の機会を確保**すること
- ③経験若しくは資格等に応じて**昇給する仕組み**又は一定の基準に基づき**定期に昇給を判定する仕組み**を設けること

※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

<職場環境等要件>

賃金改善を除く、職場環境等の改善

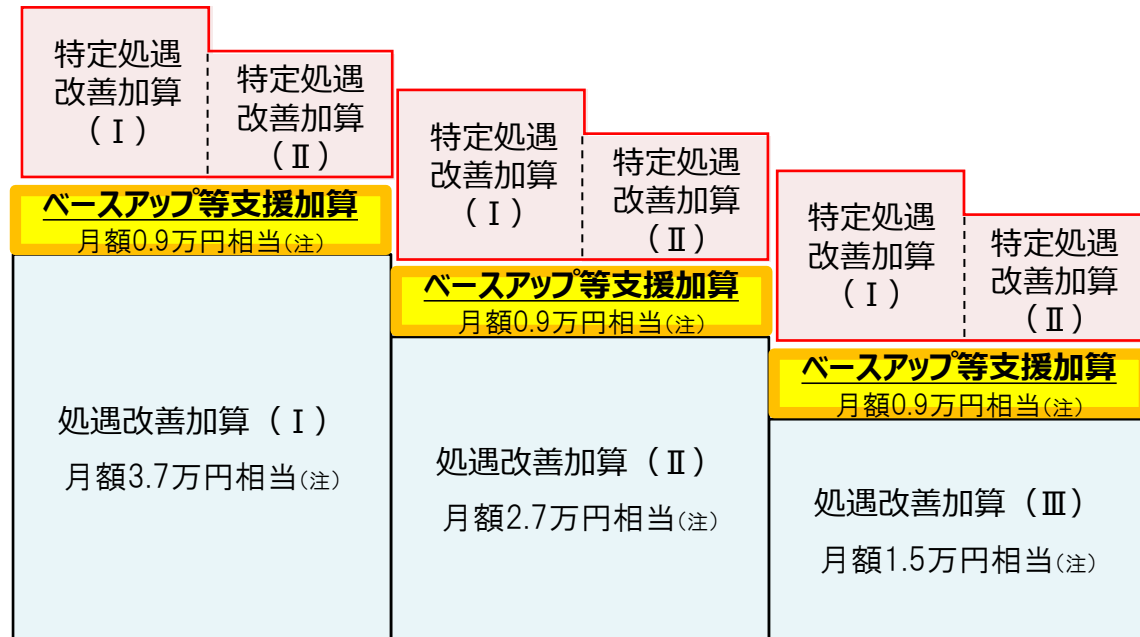
②介護職員等特定処遇改善加算

- 対象：事業所が、①経験・技能のある介護職員、②その他の介護職員、③その他の職種に配分
- 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。
※介護福祉士の配置割合等に応じて、加算率を二段階に設定。
➢処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること
➢処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
➢処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ掲載等を通じた見える化を行っていること

③介護職員等ベースアップ等支援加算

- 対象：介護職員。ただし、事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。
- 算定要件：以下の要件をすべて満たすこと。
➢処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得していること
➢賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等(※)に使用することを要件とする。
※「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

全体のイメージ



〔注：事業所の総報酬に加算率（サービス毎の介護職員数を踏まえて設定）を乗じた額を交付。〕

1. 報酬体系の簡素化

(1) 報酬体系の概況



(2) 報酬体系の簡素化に関する意見

(3) 令和3年度介護報酬改定の概要

(4) 現状と課題及び論点

2. 多床室の室料負担

報酬体系の簡素化に関する主な意見

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会）

Ⅲ 今後の課題

【制度の安定性・持続可能性の確保】

（適正化・重点化）

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態や利用者に与える影響などを十分に踏まえながら、介護サービスの適正化や重点化、財源が限られる中で保険料等の負担も念頭に置いた介護報酬の見直しを引き続き検討していくべきである。

（報酬体系の簡素化）

- 今回の介護報酬改定では、療養通所介護における月額報酬体系の導入や、一部の加算について基本報酬への組み込みや廃止を行うこととした。利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、趣旨・目的やそれぞれの関係性も踏まえた加算の見直しをはじめ、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべきである。

介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ（令和4年12月）（抜粋）

⑥生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し

- 現在、処遇改善に関する加算が3本立てとなっており、事務負担が大きいとの声が多い。これらの事務手続や添付書類の簡素化を進めるとともに、加算制度の一本化について検討を進める。また、処遇改善加算等の取得要件である職場環境等の要件について、生産性の観点から見直しを検討する。
- なお、処遇改善に関する加算を未だ取得していない事業所も一定程度存在することから、こうした事業所における給与体系の構築等も含め、社会保険労務士等による個別相談等を行い、着実な取得率の向上を図る。

1. 報酬体系の簡素化

(1) 報酬体系の概況

(2) 報酬体系の簡素化に関する意見

 (3) 令和3年度介護報酬改定の概要

(4) 現状と課題及び論点

2. 多床室の室料負担

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. 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

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し①

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3.1.18)

参考資料1

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 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、リハビリテーションマネジメント加算について以下の見直しを行う。
 - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）及び介護予防のリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行う。【告示改正】
 - ・ 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの評価の整合性を図る観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の評価の見直しを行う。【告示改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を廃止。定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）・（Ⅲ）において、事業所がCHASE・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。【告示改正】
 - ・ CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定する。【通知改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。【通知改正】

3. (1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

概要

【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、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

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

単位数

< 現行 > 栄養マネジメント加算 14単位/日	⇒	< 改定後 > 廃止 栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位/日減算 (新設) (3年の経過措置期間を設ける)
なし	⇒	栄養マネジメント強化加算 11単位/日 (新設)
低栄養リスク改善加算 300単位/月	⇒	廃止
経口維持加算 400単位/月	⇒	変更なし

基準・算定要件等

< 運営基準 (省令) >

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

< 栄養マネジメント強化加算 >

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

< 経口維持加算 >

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

5. (2)① 療養通所介護の報酬体系の見直し

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3. 1. 18)

参考資料 1

概要

【療養通所介護】

- 療養通所介護について、医療と介護の両方のニーズを持つ中重度の要介護者の状態やニーズに合わせた柔軟なサービス提供を図る観点から、日単位の報酬体系から、月単位の包括報酬とする見直しを行う。【告示改正】

単位数

< 現行 >

(基本報酬)

(1) 3時間以上 6時間未満/回
1,012 単位

(2) 6時間以上 8時間未満/回
1,519 単位

(加算)

個別送迎体制加算 210単位/日 ⇒ 廃止
入浴介助体制強化加算 60単位/日

< 改定後 >

⇒ 12,691 単位/月
※入浴介助を行わない場合は、所定単位数の95/100、
※サービス提供量が過少（月4回以下）である場合は、
所定単位数の70/100

5.(2)② 居宅介護支援における (看護)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の廃止

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3.1.18)

参考資料1

概要

【居宅介護支援★】

- (看護)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算について、報酬体系の簡素化の観点から、算定実績を踏まえて、廃止する。

単位数

<現行>			<改定後>	
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月	⇒	廃止	
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月			
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月			

1. 報酬体系の簡素化

(1) 報酬体系の概況

(2) 報酬体系の簡素化に関する意見

(3) 令和3年度介護報酬改定の概要



(4) 現状と課題及び論点

2. 多床室の室料負担

報酬体系の簡素化に関する現状と課題及び論点

<現状と課題>

- 介護保険制度の創設時と比較すると、加算の種類は、例えば訪問介護は3から22に、通所介護は5から31に、特養では8から65に、老健では8から71に増加している。
- 現在、処遇改善に関する加算が3本立てとなっており、事務負担が大きいとの声が多い。

<論点>

- 利用者へのわかりやすさを実現し、介護サービス事業所等における負担を軽減する観点から、令和3年度介護報酬改定における対応や、審議報告等を踏まえ、報酬体系の簡素化について、どのような方策が考えられるか。

1. 報酬体系の簡素化

2. 多床室の室料負担



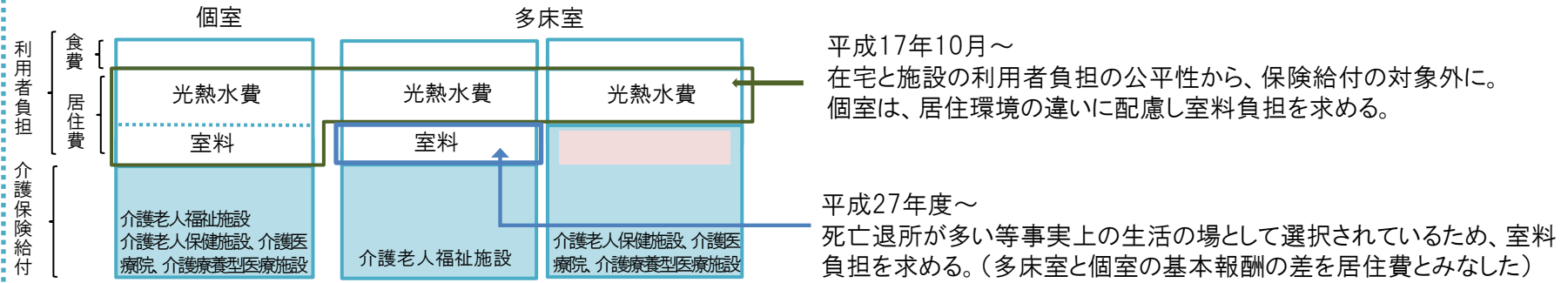
(1) 多床室の室料負担の経緯と現状

(2) 多床室の室料負担に関する意見

(3) 現状と課題及び論点

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費については、平成17年10月より、**在宅と施設の利用者負担の公平性の観点**から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として負担することとされた。
 その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等**事実上の生活の場として選択されていること**から、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設(令和5年度末まで)
概要	生活施設	リハビリ等を提供し、在宅復帰を旨指し在宅療養支援を行う施設	要介護者の長期療養・生活施設	長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設
設置根拠	老人福祉法 (老人福祉施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	介護保険法 (介護医療院)	介護保険法 (介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所)
面積 (1人当たり)	10.65㎡以上	8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	8.0㎡以上 <small>大規模改修まで6.4㎡以上で可</small>	6.4㎡以上

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

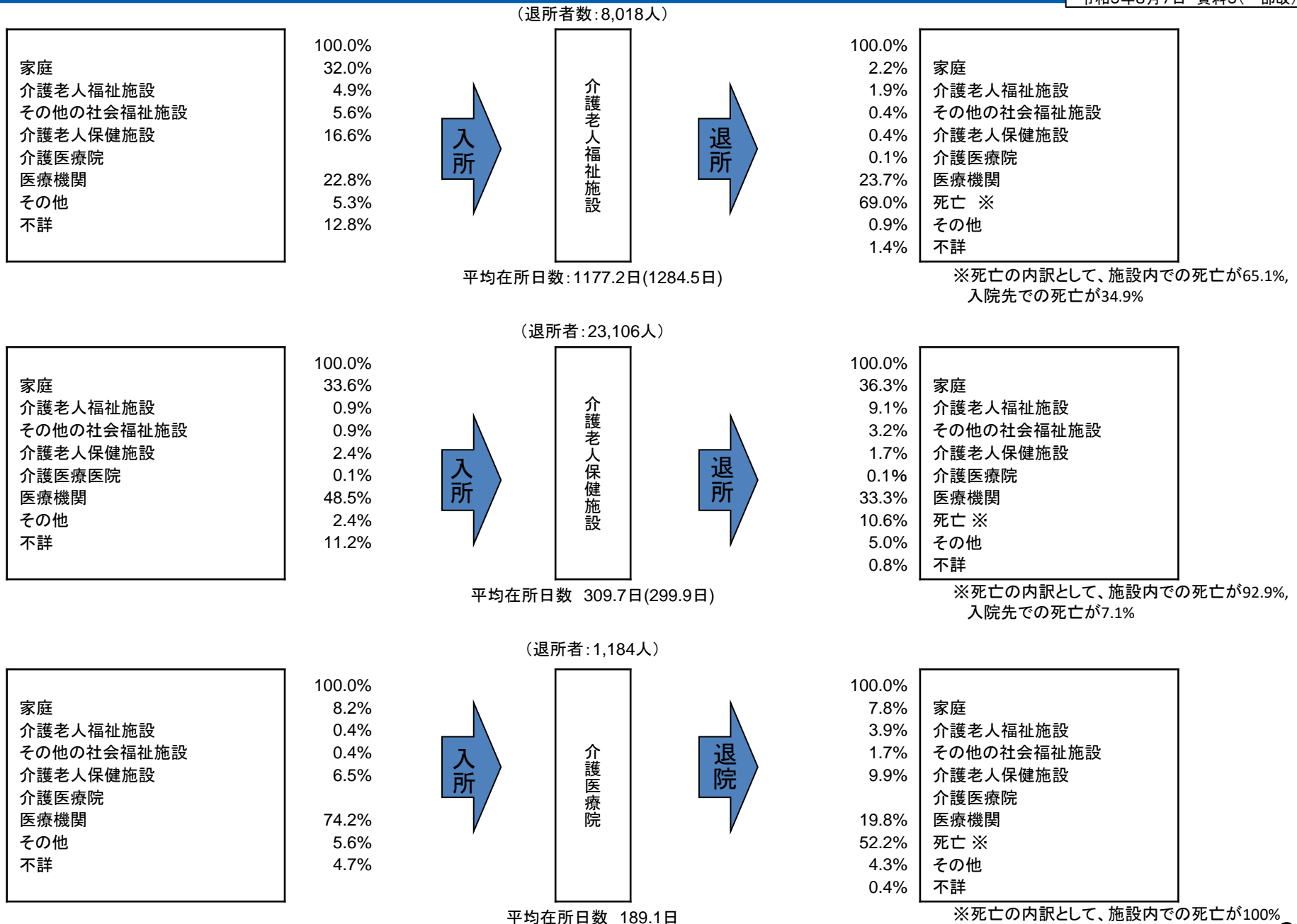
- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額（※）+合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）+合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）+合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

			基準費用額 (日額 (月額))	負担限度額 (日額 (月額)) ※短期入所生活介護等 (日額) 【】はショートステイの場合			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,445円 (4.4万円)	300円 (0.9万円) 【300円】	390円 (1.2万円) 【600円 (1.8万円)】	650円 (2.0万円) 【1,000円 (3.0万円)】	1,360円 (4.1万円) 【1,300円 (4.0万円)】
居住費	多床室	特養等	855円 (2.6万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
		老健・療養等	377円 (1.1万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
	従来型個室	特養等	1,171円 (3.6万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室の多床室		1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)	1,310円 (4.0万円)
ユニット型個室		2,006円 (6.1万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)	1,310円 (4.0万円)	

介護保険三施設における入所者・退所者の状況



(参考) 介護保険施設の施設基準

「介護保険制度の見直しに関する意見」
参考資料
(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
施設設備	医務室・診察室	医療法第1条の5第2項に規定する診療所	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	居室・療養室	定員1名(※)、床面積10.65㎡/人以上 ※必要な場合は2名	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※)	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 (※)
	機能訓練室	入所定員1人あたり計3㎡以上	入所定員1人あたり1㎡以上	40㎡以上
	食堂		入所定員1人あたり2㎡以上	入所定員1人あたり1㎡以上
	談話室	-	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	浴室	要介護者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム	-	十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	-	(薬剤師が調剤を行う場合：調剤所)	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
	他設備	静養室、洗面所、便所	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	-	-	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m
	耐火構造	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物）	原則、耐火建築物（2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物）

※介護療養型老人保健施設及び介護医療院については、大規模改修までは6.4㎡/人以上

1. 報酬体系の簡素化

2. 多床室の室料負担

(1) 多床室の室料負担の経緯と現状

 **(2) 多床室の室料負担に関する意見**

(3) 現状と課題及び論点

多床室の室料負担に関する主な意見

介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

抜粋

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

2. 給付と負担

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

(多床室の室料負担)

- 多床室の室料負担の見直し（介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料を保険給付の対象外とすること）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 介護老人保健施設及び介護医療院は、医療提供施設として在宅復帰のためのリハビリや濃厚な治療等を行っており、入所者・退所者の状況や居住環境も特別養護老人ホームとは異なるため、室料を求めるべきでない。
 - ・ 利用控えにより必要なサービスを利用できなくなることがないようにすべき。
- 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。
 - ・ 在宅と施設、施設種別間の公平性、介護保険財政、負担能力のある方には負担していただくといった観点から、室料は利用者負担として保険給付の対象外とすべき。
 - ・ 介護老人保健施設及び介護医療院の入所者・退所者の状況についても、特別養護老人ホームと同様の実態が一定みてとれる。
- 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要がある。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定） 抜粋

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

「介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る※。」

※「「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）では、利用者負担の一定以上所得の判断基準のほか、1号保険料の在り方や多床室の室料負担について、2024年度から始まる次期介護保険事業計画に向けて結論を得ることとされた。」

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）

（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

社会保障審議会
介護給付費分科会（第217回）
R5.5.24資料（赤枠追加）

- 「厚生労働省においては、・・・運営基準や令和6年度介護報酬改定で対応すべき事項については、社会保障審議会介護給付費分科会での議論に付すなど、制度見直しのために必要な対応を速やかに講じられることを求めたい」とされている。

運営基準や介護報酬等に係る対応について、今後の検討が見込まれる主な項目

○在宅サービスの基盤整備

- ・特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適当。

○地域における高齢者リハビリテーションの推進

- ・高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要。

○施設入所者への医療提供

- ・特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応の在り方について、配置医師の実態等も踏まえつつ、引き続き、診療報酬や介護報酬上の取扱いも含めて、検討を進めることが適当。
- ・介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援の機能、介護医療院の医療が必要な要介護者の長期療養・生活施設としての機能をそれぞれ更に推進していく観点から、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要。

○科学的介護の推進

- ・LIFEについては、エビデンスを蓄積する観点から、データを提出する事業所・施設を増やし、収集するデータを充実させる必要があるが、このためには、事業所・施設側の入力負担の軽減を図るとともに、収集する項目がエビデンスの創出及びフィードバックに資するものとなるよう、介護現場や研究者の声も踏まえ項目の精査を検討することが適当。

○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進

- ・介護現場の安全性の確保の取組が全国で広がるよう、自治体の取組を後押しするための好事例の横展開や、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築など、具体的な方策について、医療や教育・保育施設などの他分野の取組も踏まえつつ、引き続き、早期に検討を進めることが適当。
- ・適切な手続を経ていない身体的虐待に当たる身体拘束が依然として発生している状況を踏まえ、在宅サービスにおける身体拘束の適正化を図るための介護報酬上の取扱いや身体拘束を要しない介護技術の普及を含め、正当な理由がない身体拘束の防止のための方策を講じることが適当。

○福祉用具

- ・介護保険制度における福祉用具については、「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」の議論の整理を踏まえ、福祉用具貸与・販売種目の在り方や福祉用具の安全な利用の促進等について、引き続き検討を行うことが適当。

○施設や在宅におけるテクノロジーの活用

- ・介護現場におけるテクノロジーの導入は早急に推進する必要。現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、テクノロジーを活用した先進的な取組を行う介護付き有料老人ホーム等の人員配置基準を柔軟に取り扱うことの可否を含め、検討。

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング

- ・介護職員の業務負担軽減、介護サービスの質の確保の観点から、介護助手に切り分け可能な業務や切り分けたときに効果が高いと見込まれる業務の体系化、業務遂行上の留意点の整理、同じ職場で働く構成員としての介護助手の制度上の位置付けや評価・教育の在り方、専門職との連携も含め、サービス特性を踏まえた導入促進のための方策を引き続き検討することが適当。

○経営の大規模化・協働化等

- ・介護人材不足への対応や、安定的なサービス提供を可能とする観点からは、介護の経営の大規模化・協働化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用することが重要。
- ・「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」では、デジタルの力を活用しながら、生産年齢人口が減少する中での人手不足の解消や生産性向上等の観点から、介護サービス事業所における管理者の常駐等について見直しの検討が提言されているが、これらも踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討を進めることが必要。

○多床室の室料負担

- ・介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの本部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要。24

1. 報酬体系の簡素化

2. 多床室の室料負担

(1) 多床室の室料負担の経緯と現状

(2) 多床室の室料負担に関する意見



(3) 現状と課題及び論点

多床室の室料負担に関する現状と課題及び論点

<現状と課題>

- 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの介護保険部会における意見を踏まえつつ、介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期介護保険計画に向けて、結論を得る必要がある。

<論点>

- 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入について、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、どのように考えるか。