

30年度介護報酬改定

公益社団法人

全国老人福祉施設協議会

統括幹事 瀬戸雅嗣

介護保険制度改革

地域共生社会の実現に向けて～地域包括ケアシステムの強化～

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。

- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

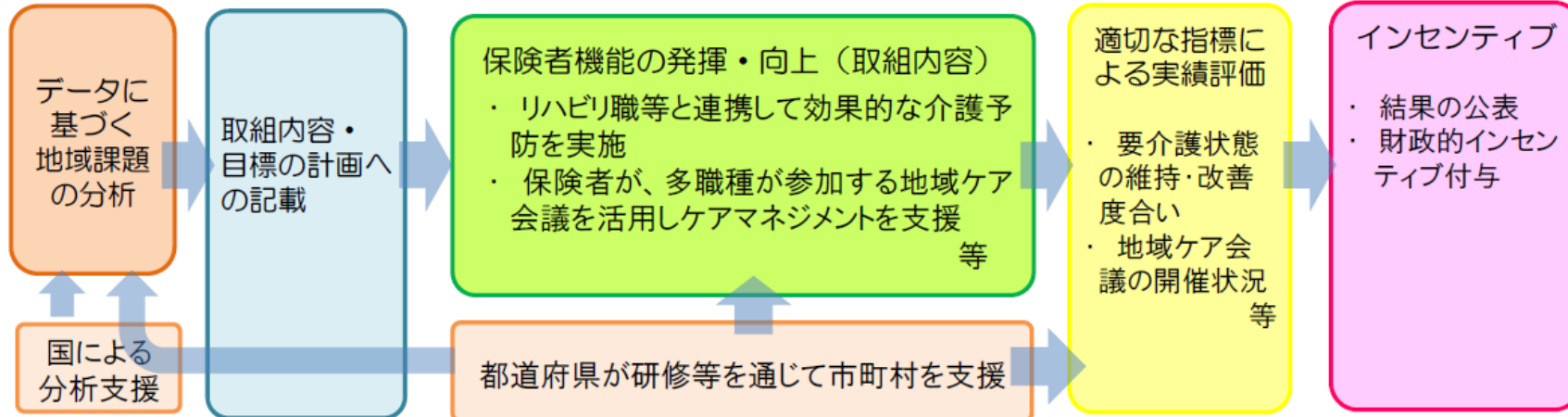
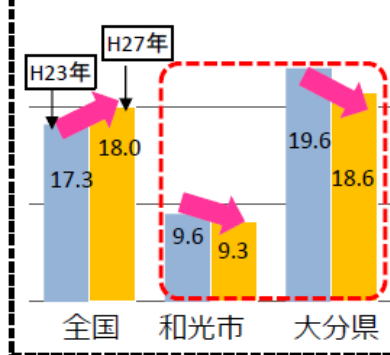
※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている
和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



来年度予算で200億円

厚生労働省ホームページ掲載資料

2. 新たな介護保険施設の創設

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

＜新たな介護保険施設の概要＞

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、 <u>転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u> （介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとし、平成35年度末までとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(＊)
(＊) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

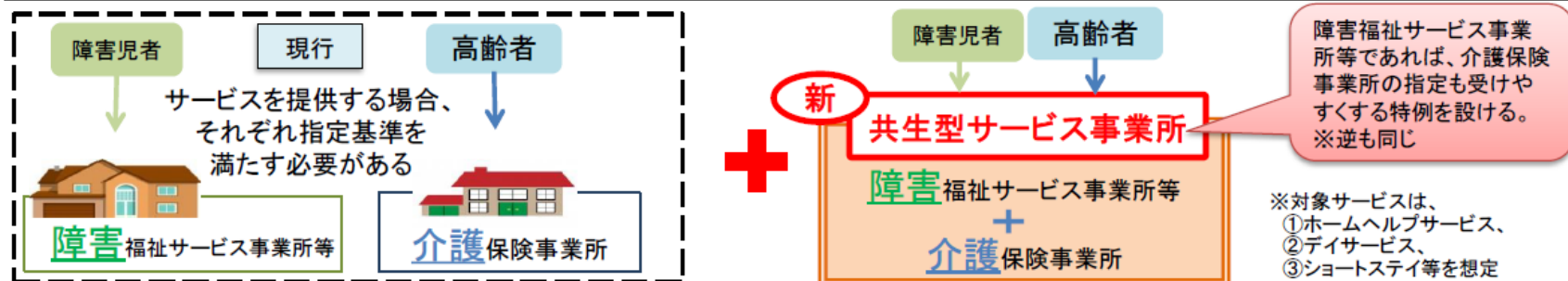
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

見直し内容

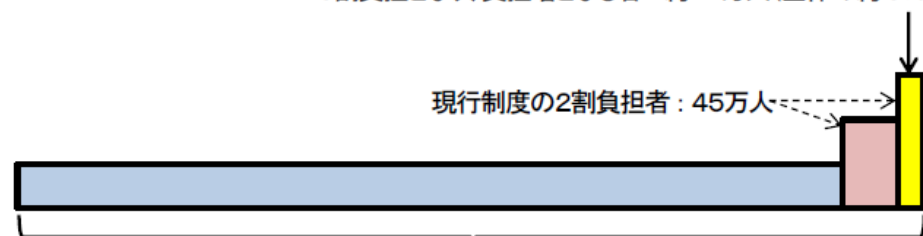
世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
年金収入等 280万円未満	1割

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)



受給者全体：496万人

(単位:万人)

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数(実績)	360	136	56	496

3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16
うち負担増 (対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)

2割負担(実績)	35	10	2	45
1割負担(実績)	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

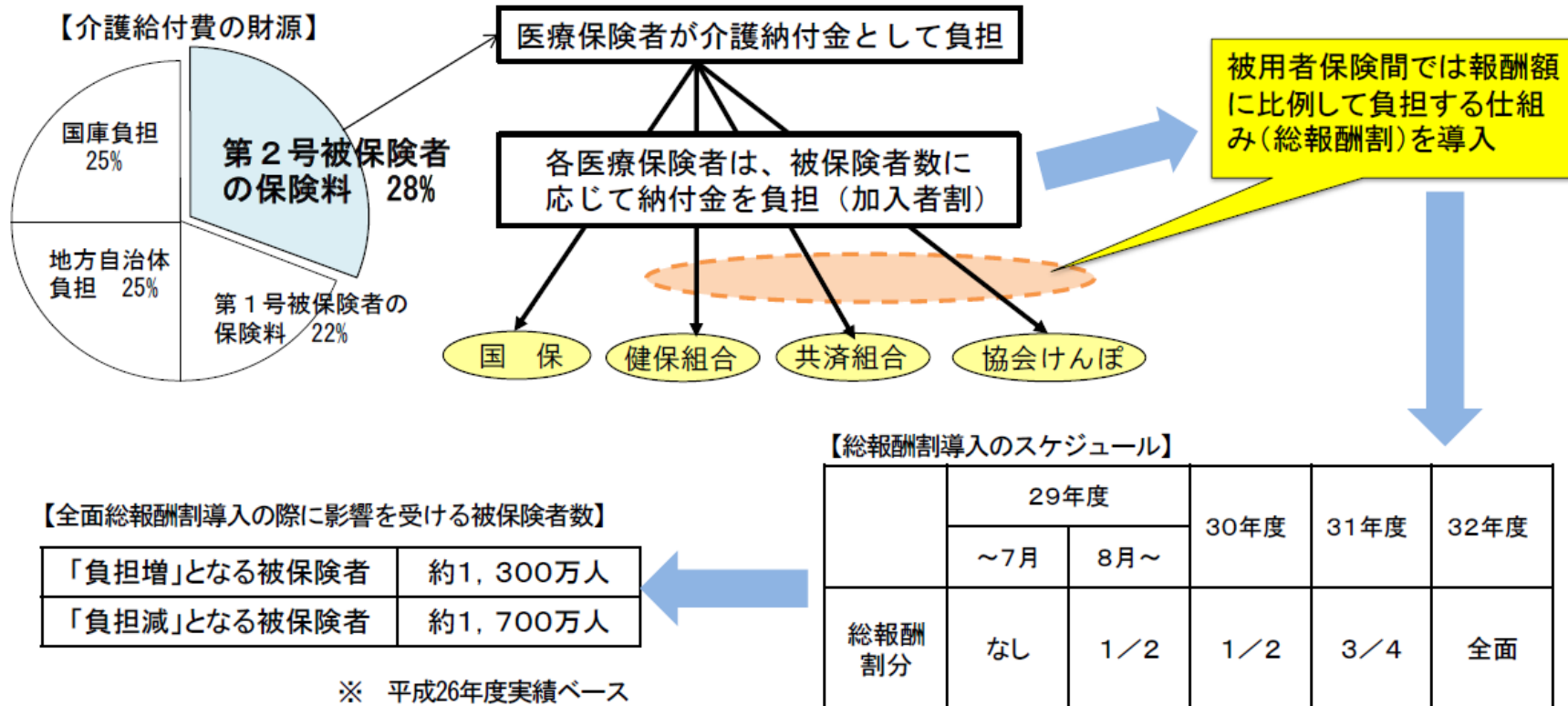
※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

5. 介護納付金における総報酬割の導入

見直し内容

- 第2号被保険者(40～64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】



報酬改定

平成29年度介護報酬改定に関する審議報告 (2016.12.19社保審・介護給付費分科会)①

○平成29年度介護報酬改定の概要

- 現行の介護職員処遇改善加算の位置付けを前提として、これを維持しつつ(略)事業者による、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築。
- 新たに「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的に昇給を判定する仕組みを設けること」。
- 新たに措置する月額平均1万円相当の処遇改善が、介護人材の賃金改善に確実に結びつくことが重要であるとの考えから、介護職員処遇改善加算の対象職員や対象費用の範囲については現行の取扱いを維持することが適当。
- 上記のため、平成29年度より臨時に**1.14%**の介護報酬改定を行う。

平成 29 年度介護事業経営実態調査結果の概要

○調査の目的

各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。

○調査時期

平成 29 年 5 月（平成 28 年度決算を調査）

○調査対象等

- ・調査対象 全ての介護保険サービス
- ・抽出方法 調査対象サービスごとに、層化無作為抽出法により 1 / 1 ～ 1 / 20 で抽出
- ・調査客体数 調査客体数：31,944 施設・事業所
有効回答数：15,062 施設・事業所（有効回答率：47.2%）
- ・調査項目 サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置・給与、収入の状況、支出の状況 等

各介護サービスにおける収支差率

サービスの種類	29 年度実態調査		サービスの種類	29 年度実態調査	
	28 年度 決算	対 27 年度 増減		28 年度 決算	対 27 年度 増減
施設サービス ()内は税引後収支差率			居宅サービス ()内は税引後収支差率		
介護老人福祉施設	1.6% (1.6%)	△0.9%	訪問介護	4.8% (4.1%)	△0.7%
(短期入所生活介護)	3.8% (3.8%)	+0.6%	通所介護	4.9% (4.7%)	△2.2%
介護老人保健施設	3.4% (3.0%)	+0.2%	特定施設入居者 生活介護	2.5% (1.9%)	△1.6%
介護療養型医療 施設	3.3% (2.6%)	△0.4%	全サービス平均	3.3%	△0.5%

特養の収支差率は毎年度低下している

厚労省・全国老施協いずれの調査でも明らかに急減

- 全国老施協が行った収支状況等調査においても、厚生労働省経営実態調査においても、特養の収支差率は減じている。

	全国老施協調査	厚労省調査
H23	6.8%	9.3%
H24	6.7%	—
H25	5.5% (5.3%)	—
H26	4.3% (3.5%)	8.7%
H27	3.7% (5.2%)	—
H28	3.0% (1.8%)	—
H29	2.5% (1.3%)	1.6%

※ 全国老施協調査は各年度「介護老人福祉施設等収支状況等調査結果報告書」より、厚労省調査については、介護事業経営実態調査結果による。各年度は、調査実施年度であり、調査集計の年度は全国老施協及び厚労省調査の平成29年度分は前年度決算値となっており、その他の厚労省調査の値は、当年の集計値となっている。

※ 全国老施協調査については、公表値としては特別増減の部(例えば本部に係る経費支出としての「本部費繰入」等)の数値を公表していない。厚労省調査においては、当該本部費の取扱いを反映していることから、()内の数値でそれを反映した指標を掲載している。H23,24については、当該集計値を保有していないため()内の数値を除いている。

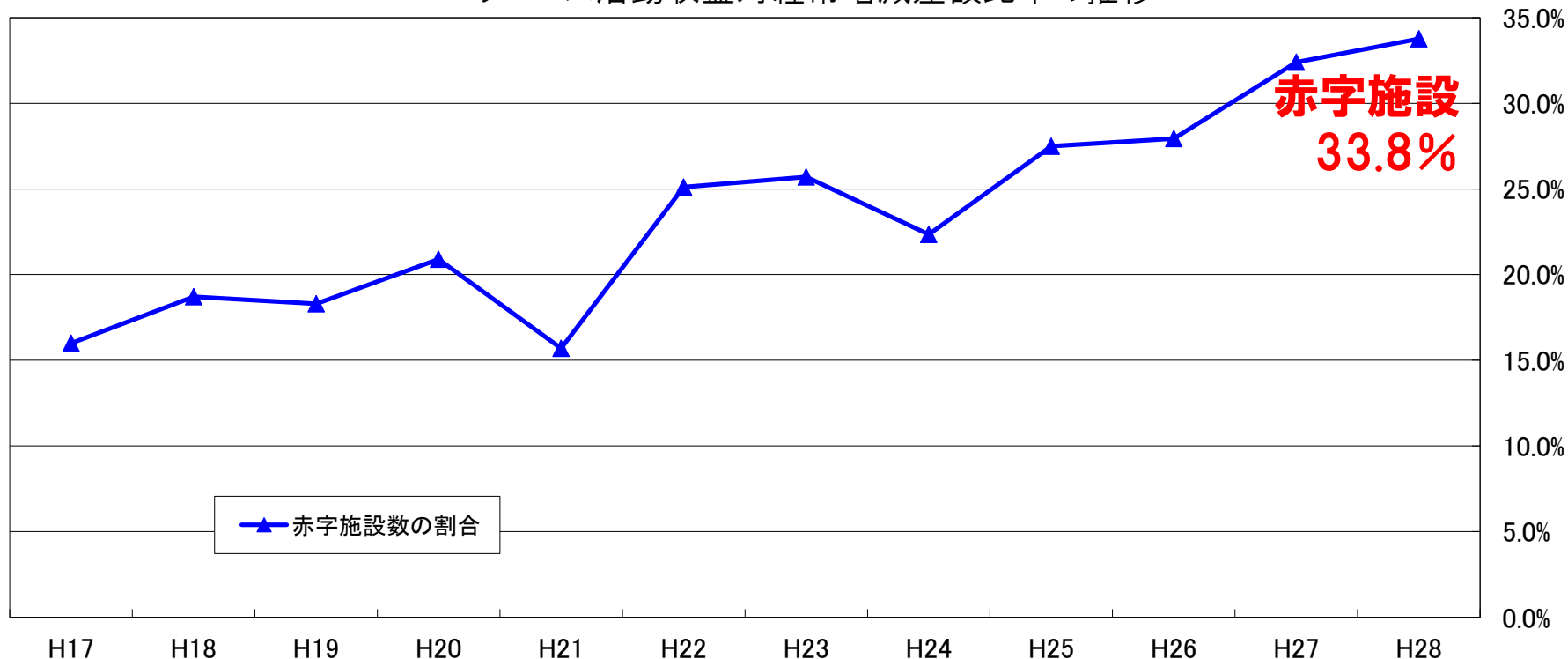
【全国老施協「平成28年度収支状況等調査」】

赤字施設は過去最大の33.8%に・・・

特養における基本報酬のアップは必要不可欠

- 本会調査において赤字施設(サービス活動収益対経常増減差額比率(補助金を除く)が0.0%未満の施設)は、全体のうち33.8%となっており、平成17年度以降、過去最大水準
- サービスの維持・質向上と、介護人材の処遇向上を続けるためには、基本報酬のアップが不可欠

サービス活動収益対経常増減差額比率の推移



介護報酬0.54%引き上げ

- 診療報酬はマイナス1.19%
- ただし診療報酬本体は0.55% (国費600億円増)
- 薬価・材料価格減でマイナス1.74% (国費1900億円減)
- 介護報酬の0.54%は国費で140億円増
- 障害福祉サービス報酬は0.47%で国費60億円増

要介護度改善に応じた評価

論点1

- 現行の介護報酬体系において、利用者の要介護度が改善すると報酬が減少し、このことが事業者利用者の状態の改善に向けた取り組みを躊躇させている（状態改善に対するディスインセンティブが生じている）ので是正すべきとの指摘があるが、どのように考えるか。

対応案

- 介護報酬は、サービスの提供にかかるコストをカバーするものとしての性格がある。利用者の要介護度が改善すると、利用者を介護する手間が減り、サービス提供にかかるコストも減少するため、一部の基本サービス費では利用者の要介護度が軽いほど報酬が低く設定されている。
- 利用者の要介護度と事業所の収支差、また要介護度の変化と事業所の収支差の変化を分析すると、いずれも相関は見られず、現時点の一般的傾向として、利用者の要介護度が改善すると事業所の経営が悪化するという関係があるとはいえない。
- 他方、介護保険のサービスの質をさらに向上させていく観点からは、質の高い介護サービスを提供する事業所が経営上不利にならないよう、当該サービスの提供にかかるコストをカバーする報酬を付加的に設けることも有意義といえる。
- 従って、引き続き、要介護度に応じた報酬体系をとりつつ、利用者の状態改善に取り組むなど、質の高い介護サービスを提供する事業者が経営上不利にならないよう、質の高いサービスに対して加算等により評価をしていく方針を維持してはどうか。

共生型事業所の指定・報酬

- 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護

【基準】

- 障害福祉制度の指定を受けた事業所であれば、基本的に介護保険（共生型）の指定を受けられるものとする。

【報酬】

- 介護保険の基準を満たしていない障害福祉制度の事業所の報酬については、
 - ① 障害者が高齢となる際の対応という制度趣旨を踏まえ、概ね障害福祉における報酬の水準を担保し、
 - ② 介護保険の事業所としての人員配置基準等を満たしていないことから、通常の介護保険の事業所の報酬単位とは区別する観点から、単位設定する。

【例】 障害福祉制度の生活介護事業所が、要介護者へのデイサービスを行う場合
所定単位数に93/100を乗じた単位数（新設）

- その上で、共生型通所介護事業所と共生型短期入所生活介護事業所について、生活相談員（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域に貢献する活動（地域交流の場の提供等）を実施している場合を評価する。

生活相談員配置等加算 13単位／日（新設）

特養

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	＜現行＞		＜改定後＞
○介護福祉施設サービス費（従来型個室）			
要介護1	547単位	⇒	557単位
要介護2	614単位		625単位
要介護3	682単位		695単位
要介護4	749単位		763単位
要介護5	814単位		829単位
○ユニット型介護福祉施設サービス費（ユニット型個室）			
要介護1	625単位	⇒	636単位
要介護2	691単位		703単位
要介護3	762単位		776単位
要介護4	828単位		843単位
要介護5	894単位		910単位
○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（従来型個室）			
要介護1	547単位	⇒	565単位
要介護2	614単位		634単位
要介護3	682単位		704単位
要介護4	749単位		774単位
要介護5	814単位		841単位
○ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（ユニット型個室）			
要介護1	625単位	⇒	644単位
要介護2	691単位		712単位
要介護3	762単位		785単位
要介護4	828単位		854単位
要介護5	894単位		922単位

1. 医療ニーズへの対応

ア 早朝・夜間又は深夜における配置医師の診療に対する評価の創設

- i 入所者に対する緊急時の注意事項や病状についての情報提供の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診療を依頼するタイミングについて、医師と施設の間で具体的に決めする
- ii 複数の配置医師若しくは配置医師と協力病院等の医師が連携し24時間対応できる体制を確保している
- iii i、ii の届出をしている
- iv 看護体制加算Ⅱを算定
- v 早朝夜間深夜に訪問し診療を行う必要があった理由を記録する

1. 医療ニーズへの対応

イ 常勤医師配置加算の要件緩和

同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され一体的に運営されている場合であって

1名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合

双方の施設で加算算定できることとする

概要

- ア 配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価することとする。
- イ 常勤医師配置加算の加算要件を緩和し、同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され、一体的に運営されている場合であって、1名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、双方の施設で加算を算定できることとする。
- ウ 入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務づける。【省令改正】

単位数

- アについて
＜現行＞
なし ⇒ ＜改定後＞
配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間の場合 650単位／回（新設）
深夜の場合 1300単位／回（新設）

算定要件等

- ア 配置医師緊急時対応加算
- 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。
 - 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。
 - 上記の内容につき、届出を行っていること。
 - 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。
 - 早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、診療を行う必要があった理由を記録すること。

1. 医療ニーズへの対応

ウ 入所者の病状の急変等への対応方針の策定義務づけ

入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対してあらかじめ配置医師による対応その他の方法について対応方針を定めなければならない

エ 夜間の医療措置への対応強化

夜間職員配置加算について現行に加え、夜勤時間帯を通じ

- ・看護職員を配置していること 又は
- ・認定特定行為業務従事者を配置していること(登録特定行為事業者として登録必要)

についてこれをより評価する

概要

エ 夜勤職員配置加算について、現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること（この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要）について、これをより評価することとする。

単位数

○夜勤職員配置加算

地域密着型

従来型の場合

経過的の場合

ユニット型の場合

ユニット型経過的の場合

<現行>

(Ⅰ)イ：41単位／日

(Ⅰ)ロ：13単位／日

(Ⅱ)イ：46単位／日

(Ⅱ)ロ：18単位／日

<改定後>

⇒ 変更なし

(Ⅲ)イ：56単位／日（新設）

(Ⅲ)ロ：16単位／日（新設）

(Ⅳ)イ：61単位／日（新設）

(Ⅳ)ロ：21単位／日（新設）

広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅰ)イ：22単位／日

(Ⅰ)ロ：13単位／日

(Ⅱ)イ：27単位／日

(Ⅱ)ロ：18単位／日

⇒ 変更なし

(Ⅲ)イ：28単位／日（新設）

(Ⅲ)ロ：16単位／日（新設）

(Ⅳ)イ：33単位／日（新設）

(Ⅳ)ロ：21単位／日（新設）

1. 医療ニーズへの対応

オ 施設内での看取りをさらに進める観点から、看取り介護加算の算定に当たっては、前記ア i ～ v の体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価することとする

単位数

<現行>

看取り介護加算

死亡日30日前～4日前	144単位／日
死亡日前々日、前日	680単位／日
死亡日	1280単位／日

⇒

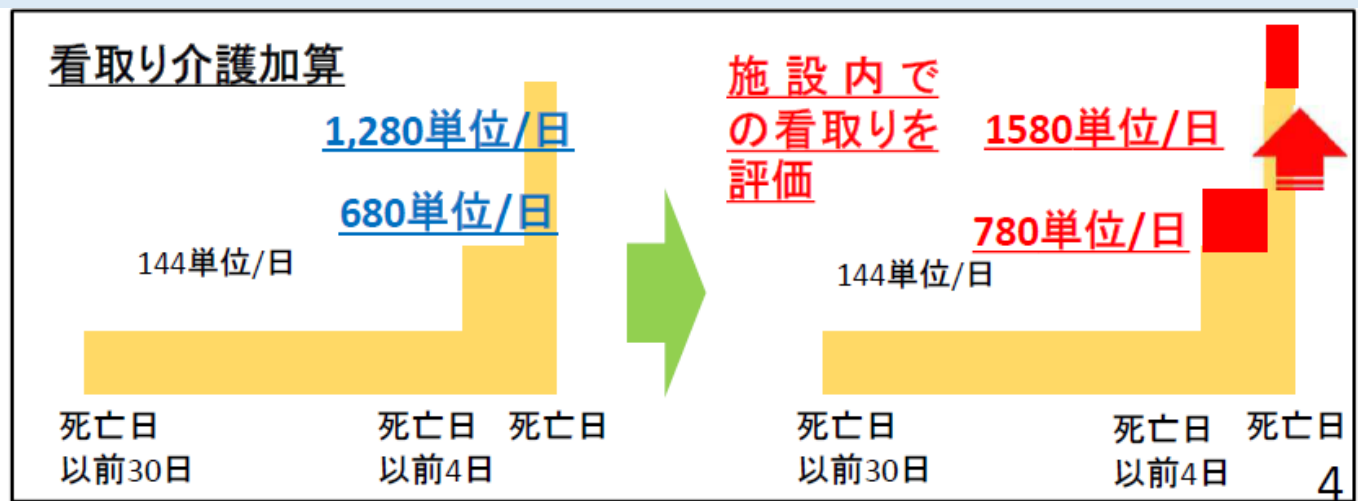
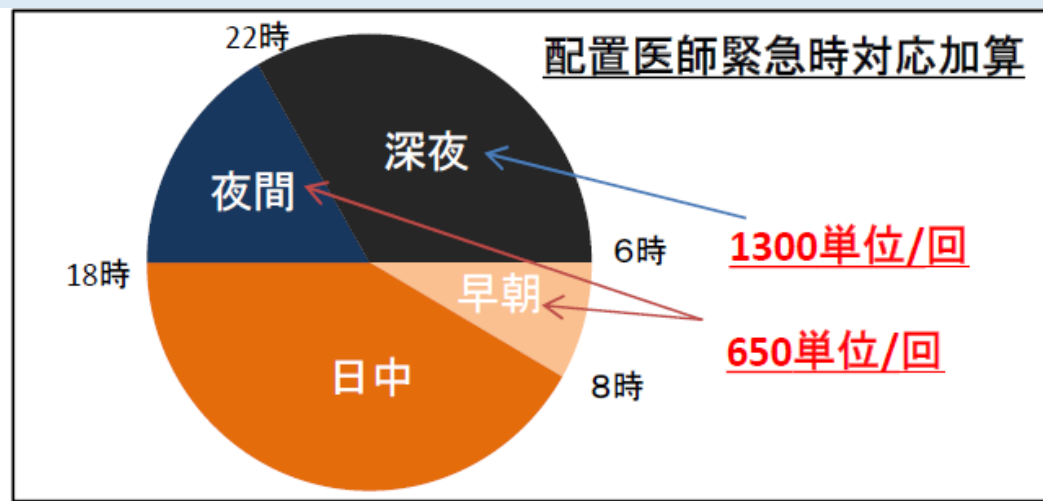
<改定後>

看取り介護加算(Ⅰ)

変更なし

看取り介護加算(Ⅱ)

死亡日30日前～4日前	144単位／日 (新設)
死亡日前々日、前日	780単位／日 (新設)
死亡日	1580単位／日 (新設)



ターミナルケアに関連する介護保険と医療保険の取り扱い

	介護老人福祉施設	認知症対応型グループホーム	特定施設入居者生活介護
加算	看取り介護加算	看取り介護加算	看取り介護加算
算定要件 (概要)	【入所者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 常勤看護師を配置し、看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保すること。 ○ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ○ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。	【利用者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。	【利用者基準】 ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 【施設基準】 ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ※夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。
給付調整	訪問診療 (ターミナルケア加算・看取り加算)	—	—
	訪問看護 (在宅ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア加算)	➤ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。	➤ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。

介護施設での看取りに関する論点(案)

【論点(案)】

- 介護施設の入居者・入所者に対する看取り期のケアについて、介護施設の従事者と、訪問診療等を提供する医療機関・訪問看護ステーションが協働して看取り期のケアを行った上で、施設内で看取りが行われた場合には、施設ごとの看取りに係る体制に応じて、協働した医療機関や訪問看護ステーションでも看取り期のケアに係る診療報酬を算定可能としてはどうか。

②生活機能向上加算の創設

外部のリハビリテーション専門職と連携する場合の評価を創設する

- 訪問リハ若しくは通所リハ事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則病床数200床未満に限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と協働でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が協働して当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施すること

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別記の訓練計画を作成すること。
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施すること。

③機能訓練指導員の確保の促進

- 機能訓練指導員の確保を促進し利用者の心身機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師）に、一定の事務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても同様。

通所介護等における機能訓練指導員の確保の促進について

論点 2

- 機能訓練指導員は「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者」とされており、実際に利用者に対して機能訓練の方法等を指導し訓練を実施している。
- 通所介護等における機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格についてどのように考えるか。

対応案

- 機能訓練指導員の対象資格について、現行の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師に加え、一定の実務経験を有するはり師及びきゅう師を追加してはどうか。

※個別機能訓練加算、機能訓練体制加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行ってはどうか。

実務経験（案）

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有すること

④排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価

- 排泄障害等のために、排せつに介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける

単位数	
＜現行＞ なし	⇒ ＜改定後＞ 排せつ支援加算 100単位／月（新設）

算定要件等

- 排泄に介護を要する利用者（※１）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※２）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※３）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、

- ・排泄に介護を要する原因等についての分析
- ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

（※１）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※２）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

（※３）看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

論点 3

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する入所者に対し、排泄にかかる機能を向上させる取組を行った場合の評価を設けることについてどう考えるか。

対応案

- 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、介護医療院において、排泄に介護を要する利用者（※1）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※2）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※3）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
- ・ 排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成、実施
- を実施することについて、一定期間、高い評価を行ってはどうか。

（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※2）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

（※3）利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、適宜、医師と連携することとする。

排泄に係るガイドライン

排泄に関するガイドラインとしては、

○EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン(平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班)

○男性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)

○女性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)

○便失禁診療ガイドライン(平成29年 日本大腸肛門病学会)

等がある。



⑤褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

- ・入所者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たに評価する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

褥瘡マネジメント加算 10単位／月（新設）
※3月に1回を限度とする

算定要件等

① 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。

② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
- ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

論点 2

- 利用者の褥瘡の発生を予防する観点から、褥瘡の管理について、新たに評価してはどうか。

対応案

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行ってはどうか。

①入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。

②①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
- ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。


※介護療養型医療施設等については、褥瘡対策のための診療計画に基づく取組みが別に設けられている。（参考：褥瘡対策指導管理）

褥瘡の発生と関連のあるモニタリング項目について

- 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において実施された調査結果から、褥瘡の発生と関連が高いモニタリング項目が明らかになった。

【モニタリング項目(例)】

ADLの状況	入浴		自分で行っている	自分で行っていない
	排泄	排尿	自分で行っている	自分で行っていない
		排便	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
	更衣	上衣	自分で行っている	自分で行っていない
		下衣	自分で行っている	自分で行っていない
	個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）		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
排泄の状況	尿失禁		あり	なし
	便失禁		あり	なし
	バルーンカテーテルの使用		あり	なし
過去 3 か月以内に褥瘡の既往があるか			はい	いいえ

: 褥瘡の発生と関連の高い選択肢

⑥外泊時に在宅サービスを利用した時の費用の取り扱い

- 入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき一定の単位数を算定する。ただし外泊の初日及び最終日は算定できない。

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞
在宅サービスを利用したときの費用 560単位／日（新設）

算定要件等

- 外泊の初日及び最終日は算定できない。
- 外泊時費用を算定している際には、併算定できない。

⑦障害者の生活支援

ア 障害者を多く受け入れている地域密着型施設等の小規模施設を評価するため、障害者生活支援体制加算要件を緩和。視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は知的障害者若しくは精神障害者の数が15人以上に加え、入所障害者数が入所者の30%以上も対象とする

イ 以下の要件を満たす場合はより手厚い評価をする

- 入所障害者数が入所者総数の50%以上
- 専ら障害者生活支援員として従事する常勤職員である者を2名以上配置（障害者が50人以上の場合は常勤専従の障害者生活支援員を2名以上配置しかつ支援員を常勤換算方法で障害者数を50で除した数に1を加えた数以上を配置していること

単位数

<現行>

障害者生活支援体制加算 26単位／日

⇒

<改定後>

障害者生活支援体制加算（Ⅰ）26単位／日

障害者生活支援体制加算（Ⅱ）41単位／日（新設）

⑧口腔衛生管理の充実

- ・ 口腔衛生管理加算について歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術指導助言及び指導を行うことで口腔衛生管理の充実を図るための見直し

ア 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は現行の月4回から月2回に見直し

イ 歯科衛生士が口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等を必要に応じ対応することを新たな要件に加える

単位数

	<現行>		<改定後>
口腔衛生管理加算	110単位／月	⇒	90単位／月

算定要件等

- 口腔衛生管理体制加算が算定されている場合
- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言を及び指導を行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

口腔衛生管理加算の見直しについて

論点 1

- 歯科衛生士が入所者に対して行う口腔ケアを評価した口腔衛生管理加算について、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から、老人保健健康増進等事業の結果も踏まえ、回数の緩和をするとともに、介護職員への技術的助言等を行うことで口腔衛生管理の充実を図ってはどうか。

対応案

- 口腔衛生管理加算について、下記のように要件の見直しを行ってはどうか。

【見直し後の要件】

- ① 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行った場合
- ② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合
- ③ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

【参考 1】口腔衛生管理加算の概要

<算定要件>

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 4 回以上行った場合

<単位数>

110 単位／月

【参考 2】口腔衛生管理加算の取得率

・ 6.7%（施設入所者ベース）

（出典）介護給付費等実態調査平成29年4月審査分

⑨栄養ケアマネジメントの要件緩和

- 加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設(1施設)との兼務の場合も算定を認める

⑩栄養改善の取り組みの推進

- 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態の改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

低栄養リスク改善加算 300単位／月（新設）

算定要件等

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

- ・入所者が保険医療機関に入院し、経管栄養または嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、施設の管理栄養士が当該保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を新設する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

再入所時栄養連携加算 400単位／回（新設）

算定要件等

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回に限り算定できること。
- 栄養マネジメント加算を算定していること。

再入所者に係る栄養管理の医療・介護連携について

論点2

- 医療・介護の施設間における栄養管理の連携を推進する観点から、保険医療機関から退院し、介護保険施設に再入所した際に、高度な栄養管理が必要となった再入所者に関する情報を連携した場合に評価してはどうか。

対応案

- 入所者が保険医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該保険医療機関での栄養指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該保険医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に評価してはどうか。

⑫介護ロボットの活用の推進

- 夜勤業務について、業務の効率化の観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜間職員配置加算の見直しを行うこととする

対応案

<見守り機器について>

- 介護老人福祉施設における夜勤職員配置加算について、以下の要件を満たし、夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を0.9人以上上回って配置した場合にも算定することとしてはどうか。
 - ・ ベッド上の入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること
 - ・ 施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われること
- ※ 短期入所生活介護も同様としてはどうか。

⑬身体拘束等の適正化

- 身体拘束廃止未実施減算の運営基準と減算幅を見直す
- 見直し後の基準
- 身体拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること(※現行基準はこの項目のみ)
- 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(※地域密着型では運営推進会議を活用可)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図る
- 身体拘束等の適正化のための指針を整備する
- 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に行う
- 減算幅は1日5単位から1日10%へ

⑭運営推進会議の開催方法の緩和

- 現在認められていない複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める
 - i 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーの保護をする
 - ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
 - iii 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと

①⑥小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

- ・小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び旧措置入所者の基本報酬について、報酬体系の簡素化や報酬の均衡を図る観点から以下の見直しを行う

ア 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

- i 小規模介護福祉施設(定員30名)について、平成30年度以降新設される施設については通常の介護福祉施設と同様の報酬とする
- ii 既存の小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(平成17年以前に開設した定員26から29名施設)は一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合する
- iii i・iiに合わせ既存の小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の基本報酬について一定の見直しを行う

イ 旧措置入所者の基本報酬の統合

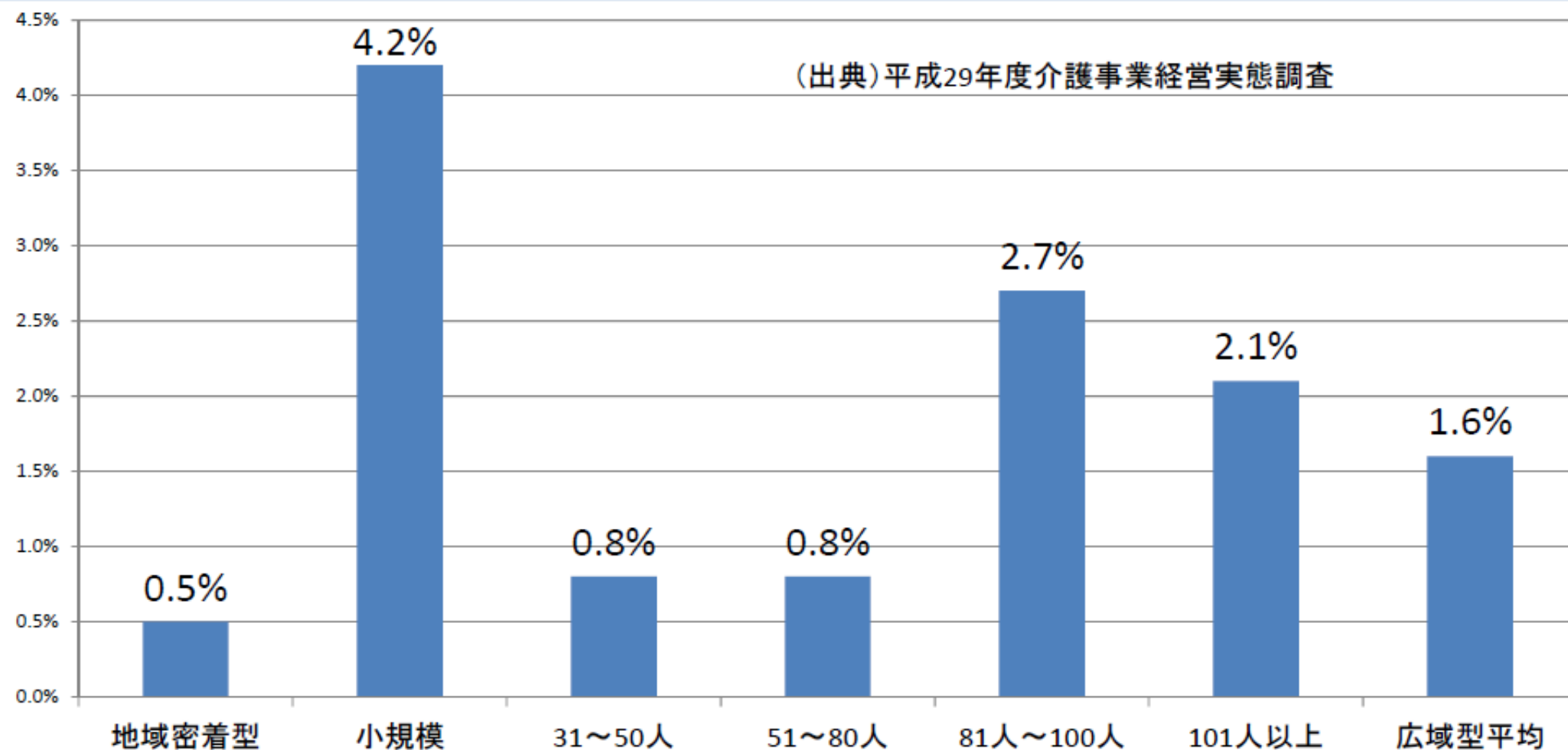
- 旧措置入所者の基本報酬については、平成30年度から介護福祉施設等の基本報酬に統合する

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	<現行>		<改定後>
○経過的小規模介護福祉施設サービス費（従来型個室）の場合			
要介護1	700単位	⇒	659単位
要介護2	763単位		724単位
要介護3	830単位		794単位
要介護4	893単位		859単位
要介護5	955単位		923単位
○旧措置入所者介護福祉施設サービス費（従来型個室）の場合			
要介護1	547単位	⇒	要介護1 557単位
要介護2又は3	653単位		要介護2 625単位
			要介護3 695単位
要介護4又は5	781単位		要介護4 763単位
			要介護5 829単位

小規模特養等の収支差率について



	地域密着 (定員29人以下)	小規模 (定員30人)	広域型 (定員31人以上)	
	〔経過的(注1) (定員26～29人)〕			
基本報酬	814 〔955〕	955	814	

介護老人福祉施設の基本報酬（従来型個室の場合）

介護福祉施設サービス費 （広域型・地域密着型）		旧措置入所者介護福祉施設サービス費		小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費 ・経過的小規模旧措置地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
要介護度1	<u>547単位</u>	要介護度1	<u>547単位</u>	要介護度1	<u>700単位</u>
要介護度2	<u>614単位</u>	要介護度2 又は 要介護度3	<u>653単位</u>	要介護度2	<u>800単位</u>
要介護度3	<u>682単位</u>			又は 要介護度3	
要介護度4	<u>749単位</u>	要介護度4 又は 要介護度5	<u>781単位</u>	要介護度4	<u>923単位</u>
要介護度5	<u>814単位</u>			又は 要介護度5	

（注1）広域型（定員31人以上の施設）と地域密着型（定員29人以下の施設）の基本報酬は同一となっている。

（注2）旧措置入所者介護福祉施設サービス費は、平成12年4月1日以前より特別養護老人ホームに入所していた者に対して算定される。

（注3）経過的地域密着型介護老人福祉施設（平成17年度以前に開設した定員が26～29人の施設）の基本報酬は小規模介護福祉施設（定員30人の施設）と同一となっている。

①⑥療養食加算の見直し

- 1日単位で評価を行っている現行の取り扱いを1日3食を限度として1食単位の評価とする

単位数

療養食加算

<現行>
18単位／日

⇒

<改定後>
6単位／回

⑪介護職員処遇改善加算の見直し

- ・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)は、要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設けた後、廃止することとする

⑫居室とケア

- ・ユニット型準個室の名称をユニット型個室的多床室に変更する

短期入所生活介護

★は介護予防にも適用

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

○単独型：従来型個室の場合

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援 1	461単位	465単位
要支援 2	572単位	577単位
要介護 1	620単位	625単位
要介護 2	687単位 ⇒	693単位
要介護 3	755単位	763単位
要介護 4	822単位	831単位
要介護 5	887単位	897単位

○併設型：従来型個室の場合

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援 1	433単位	437単位
要支援 2	538単位	543単位
要介護 1	579単位	584単位
要介護 2	646単位 ⇒	652単位
要介護 3	714単位	722単位
要介護 4	781単位	790単位
要介護 5	846単位	856単位

○単独型：ユニット型の場合

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援 1	539単位	543単位
要支援 2	655単位	660単位
要介護 1	718単位	723単位
要介護 2	784単位 ⇒	790単位
要介護 3	855単位	863単位
要介護 4	921単位	930単位
要介護 5	987単位	997単位

○併設型：ユニット型の場合

	＜現行＞	＜改定後＞
要支援 1	508単位	512単位
要支援 2	631単位	636単位
要介護 1	677単位	682単位
要介護 2	743単位 ⇒	749単位
要介護 3	814単位	822単位
要介護 4	880単位	889単位
要介護 5	946単位	956単位

※多床室の基本報酬の見直しは、項目⑧参照109

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

○単独型の場合

	<現行>		<改定後>
要支援 1	460単位		465単位
要支援 2	573単位		577単位
要介護 1	640単位		625単位
要介護 2	707単位	⇒	693単位
要介護 3	775単位		763単位
要介護 4	842単位		831単位
要介護 5	907単位		897単位

○併設型の場合

	<現行>		<改定後>
要支援 1	438単位		437単位
要支援 2	539単位		543単位
要介護 1	599単位		584単位
要介護 2	666単位	⇒	652単位
要介護 3	734単位		722単位
要介護 4	801単位		790単位
要介護 5	866単位		856単位

①看護体制の充実

- 中重度の高齢者の積極的な受け入れを促進する観点から、現行の看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件である体制要件に加えて、利用者のうち要介護3以上の利用者を70%以上受け入れる事業所について、新たに評価することとする。その際、定員ごとにきめ細かく単位数を設定する

単位数

<現行>

看護体制加算(Ⅰ) 4単位/日

看護体制加算(Ⅱ) 8単位/日

⇒

<改定後>

看護体制加算(Ⅰ) 4単位/日

看護体制加算(Ⅱ) 8単位/日

看護体制加算(Ⅲ)イ 12単位/日 (新設)

看護体制加算(Ⅲ)ロ 6単位/日 (新設)

看護体制加算(Ⅳ)イ 23単位/日 (新設)

看護体制加算(Ⅳ)ロ 13単位/日 (新設)

算定要件等

	看護体制加算(Ⅲ)		看護体制加算(Ⅳ)	
	イ	ロ	イ	ロ
看護体制要件	看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと		看護体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと	
中重度者受入要件	前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること			
定員要件	29人以下	30人以上50人以下	29人以下	30人以上50人以下

※看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能

看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。

看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。

②夜間の医療処置への対応の強化

夜間職員配置加算について現行に加え、夜勤時間帯を通じ

- ・看護職員を配置していること 又は
- ・認定特定行為業務従事者を配置していること(登録特定行為事業者として登録必要)

についてこれをより評価する

単位数

<現行>

従来型の場合

(Ⅰ) : 13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ) : 18単位/日

⇒

<改定後>

従来型の場合

(Ⅰ) : 13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ) : 18単位/日

従来型の場合

(Ⅲ) : 15単位/日 (新設)

ユニット型の場合

(Ⅳ) : 20単位/日 (新設)

③生活機能向上連携加算の創設(★)

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、外部のリハビリテーション専門職との連携により機能訓練のマネジメントを評価する

- ・訪問リハ若しくは通所リハ事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則病床数200床未満に限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と協働でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること

- ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が協働して当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施すること

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

生活機能向上連携加算 200単位／月

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、短期入所生活介護の事業所を訪問し、短期入所生活介護の事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

④機能訓練指導員の確保の促進(★)

- 機能訓練指導員の確保を促進し利用者の心身機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)に、一定の事務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても同様。

⑤認知症専門ケア加算の創設(★)

- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、現在介護老人福祉施設や老人保健施設で設けられている認知症専門ケア加算(算定要件:認知症自立度Ⅲ以上の者の占める割合が50%以上、認知症介護実践リーダー研修修了者を一定数以上配置)について、短期入所生活介護にも適用する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

認知症専門ケア加算（Ⅰ）

3 単位／日（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅱ）

4 単位／日（新設）

算定要件等

○認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- ・ 施設における利用者の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。
- ・ 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

○認知症専門ケア加算（Ⅱ）

- ・ 加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
- ・ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・ 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

⑥特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和(★)

- 介護人材が不足する中で効率的な人員配置を進める観点から、利用者の処遇に支障がなく以下の要件を満たす場合には、短期入所(ユニット型以外)と特養(ユニット)が併設している場合の夜勤職員の兼務を認める(逆の場合も同様)
- 短期入所生活介護事業所と特養が併設していること
- 職員1人あたりの短期入所生活介護事業所(ユニット型以外)と特養(ユニット型)の利用者数の合計が20人以内であること

特養との併設型における短期入所生活介護の夜勤職員の配置 ＜具体的イメージ＞

- 特養（ユニット型）と短期入所生活介護（ユニット型以外）が併設されている場合の例

	本体特養（ユニット型）	併設ショートステイ
3 階	10人	
2 階	9 人	3 人（多床室）
1 階	10人	

- 現在は夜勤職員を計 3 名配置する必要。

・ 特養 = 2 ユニットごとに 1 人 → 3 ユニット → 2 名
 ・ ショートステイ = 利用者25人につき 1 人 → 3 人 → 1 名 計 3 名

- 改正後は、計 2 名となる。

⑦介護ロボットの活用の推進

- 夜勤業務について、業務の効率化の観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜間職員配置加算の見直しを行うこととする

⑧多床室の基本報酬の見直し(★)

- 短期入所生活介護の基本報酬について、特養の従来型個室と多床室の基本報酬は同じとなっていることとの整合性の観点から、従来型個室と多床室の報酬の差を適正化する

⑨療養食加算の見直し(★)

- 1日単位で評価を行っている現行の取り扱いを1日3食を限度として1食単位の評価とする

⑩共生型短期入所生活介護(★)

ア 共生型短期入所生活介護の基準

共生型短期入所生活介護については、障害福祉制度における短期入所(併設型及び空床利用型に限る)の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型短期入所生活介護の指定を受けられるものとして基準を設定する

イ 共生型短期入所生活介護の報酬

報酬は以下の基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員（社会福祉士）を配置し、かつ地域に貢献する活動（地域住民への健康教室、認知症カフェ等）を実施している場合に評価する加算を設定する。また短期入所生活介護事業所に係る加算は各加算の算定要件を満たした場合は算定できる

- i 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため本来報酬単価と区分
- ii 障害者が高齢者（65歳）に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬水準を担保する

単位数

○障害福祉制度の短期入所事業所が、要介護者へのショートステイを行う場合

＜現行＞

なし

⇒

＜改定後＞

基本報酬 所定単位数に92／100を乗じた単位数（新設）

なし

⇒

生活相談員配置等加算 13単位／日（新設）

算定要件等

＜生活相談員配置等加算＞

○ 共生型短期入所生活介護事業所について、生活相談員（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域に貢献する活動（地域交流の場の提供、認知症カフェ等）を実施していること。

⑪介護職員処遇改善加算の見直し

- ・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)は、要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設けた後、廃止することとする

⑫居室とケア

- ・ユニット型準個室の名称を変更する

通所介護

①生活機能向上連携加算の創設

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、外部のリハビリテーション専門職との連携により機能訓練のマネジメントを評価する

- ・訪問リハ若しくは通所リハ事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則病床数200床未満に限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と協働でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が協働して当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施すること

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

②心身機能の維持に係るアウトカム評価の創設

- ・ 自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADLの維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

A D L 維持等加算（Ⅰ） 3 単位／月（新設）
A D L 維持等加算（Ⅱ） 6 単位／月（新設）

算定要件等

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の 1 月から 12 月までの 1 年間）終了後の 4 月から 3 月までの 1 年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して 6 月以上利用した期間（注 1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注 2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が 20 名以上 であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間の最初の月において 要介護度が 3、4 または 5 である利用者が 15% 以上 含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して 12 月以内であった者が 15% 以下 であること。
 - c 評価対象利用期間の 最初の月 と、当該最初の月から起算して 6 月目に、事業所の機能訓練指導員が Barthel Index（注 3）を測定 しており、その結果がそれぞれの月に報告 されている者が 90% 以上 であること
 - d c の要件を満たす者のうち BI 利得（注 4）が上位 85%（注 5）の者について、各々の BI 利得が 0 より大きければ 1、0 より小さければ -1、0 ならば 0 として合計したものが、0 以上 であること。

注 1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注 2 評価対象利用期間中、5 時間以上の通所介護費の算定回数が 5 時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注 3 ADL の評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計 10 項目を 5 点刻みで点数化し、その合計点を 100 点満点として評価するもの。

注 4 最初の月の Barthel Index を「事前 BI」、6 月目の Barthel Index を「事後 BI」、事後 BI から事前 BI を控除したものを「BI 利得」という。

注 5 端数切り上げ

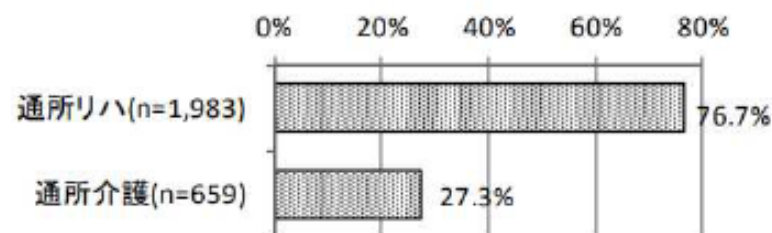
- また上記の要件を満たした通所介護事業所において評価期間の終了後にも Barthel Index を測定、報告した場合、より高い評価を行う（（Ⅰ）（Ⅱ）は各月でいずれか一方のみ算定可。）。

Barthel Indexについて

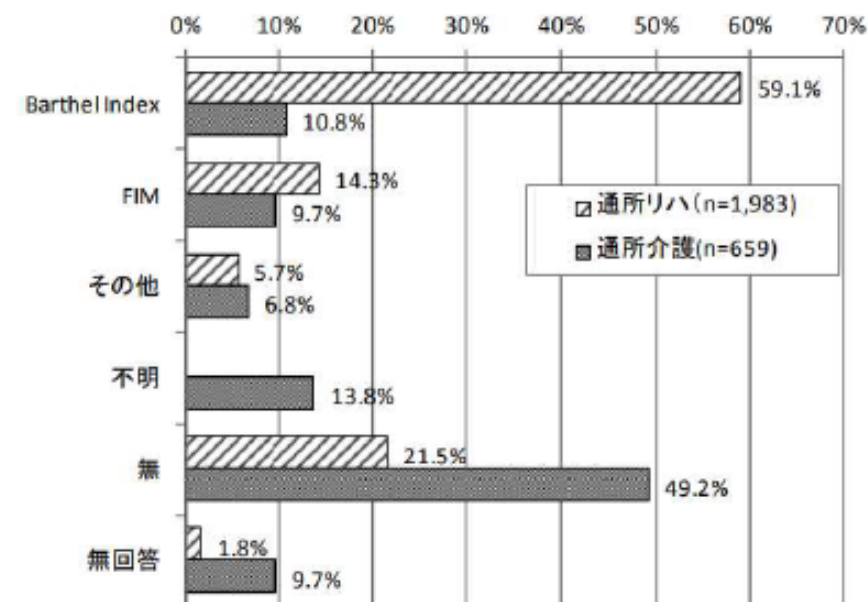
Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

図表 24 アセスメントにおけるADL評価指標の活用率



図表 3-2-44 アセスメントに活用しているADL指標（複数回答）



通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価について

論点 4

- 通所介護における利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、アウトカムに注目した評価を設けることについてどのように考えるか。

対応案

- ある事業所において、評価期間内に通所介護を利用した者のADLの維持又は改善（※）の度合いが一定の水準を超えた場合、当該事業所における通所介護サービスを一定期間、高く評価してはどうか。

※評価指標として広く用いられているBarthel Indexによる評価を想定

- その際、評価期間中に以下について満たしていることを要件に含めてはどうか。
 - ・ データの信頼性を確保するため、一定以上の利用者数があること
 - ・ 要介護度が比較的重い利用者に対するサービス提供を確保する観点から、利用者のうち要介護3、4または5の者が一定割合以上であること。
 - ・ 機能訓練以外のサービスの提供を担保する観点から、利用者の求めに応じて、定期的に食事及び入浴介助を提供した実績があること
- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行ってはどうか。

バーセルインデックス（Barthel Index；基本的生活動作）

設問	質問内容	回答	得点
1	食事 ＊自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える ＊部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） ＊全介助	10 5 0	
2	車椅子からベッドへの移動 ＊自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む） ＊軽度の部分介助または監視を要する ＊座ることは可能であるがほぼ全介助 ＊全介助または不可能	15 10 5 0	
3	整容 ＊自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） ＊部分介助または不可能	5 0	
4	トイレ動作 ＊自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む ＊部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する ＊全介助または不可能	10 5 0	
5	入浴 ＊自立 ＊部分介助または不可能	5 0	
6	歩行 ＊45m以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない ＊45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む ＊歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 ＊上記以外	15 10 5 0	
7	階段昇降 ＊自立、手すりなどの使用の有無は問わない ＊介助または監視を要する ＊不能	10 5 0	
8	着替え ＊自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む ＊部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える ＊上記以外	10 5 0	
9	排便コントロール ＊失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ＊ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む ＊上記以外	10 5 0	
10	排尿コントロール ＊失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ＊ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む ＊上記以外	10 5 0	
合計得点		/ 100	

注）代表的なADL 評価法である。100 点満点だからといって独居可能というわけではない

③機能訓練指導員の確保の促進

- 機能訓練指導員の確保を促進し利用者の心身機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師）に、一定の事務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても同様。

④栄養改善の取組の推進

- ・ア 栄養改善加算の見直し
- ・栄養改善加算について、管理栄養士1名以上の配置が認められている現行の取り扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする
- ・イ 栄養スクリーニングに関する加算の創設
- ・管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する

単位数

○アについて

＜現行＞

栄養改善加算 150単位／回

⇒

＜改定後＞

変更なし

○イについて

＜現行＞

なし

⇒

＜改定後＞

栄養スクリーニング加算 5単位／回（新設）

※6月に1回を限度とする

算定要件等

ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

栄養状態に係るスクリーニングの推進について

論点5

- 通所介護において、低栄養の者が一定程度存在するにもかかわらず、そのことが十分認識されていないことから、介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングについて評価してはどうか。
- また、認知症対応型共同生活介護においても、通所介護と同様に、低栄養の者が一定程度存在することから、居住系サービスも対象としてはどうか。

対応案

- 定期的に栄養スクリーニング※を行い、かかりつけ医等につなぐために、当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合に評価してはどうか。

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定。

(BMI 18.5未満、6か月に3%以上の体重減少、食事摂取量75%以下等に該当するかを確認)

⑤サービス提供時間区分の見直し

- 通所介護の基本報酬は2時間ごとの設定としているが事業所のサービス提供時間の実態を踏まえて、基本報酬のサービス提供時間区分を1時間ごとに見直す

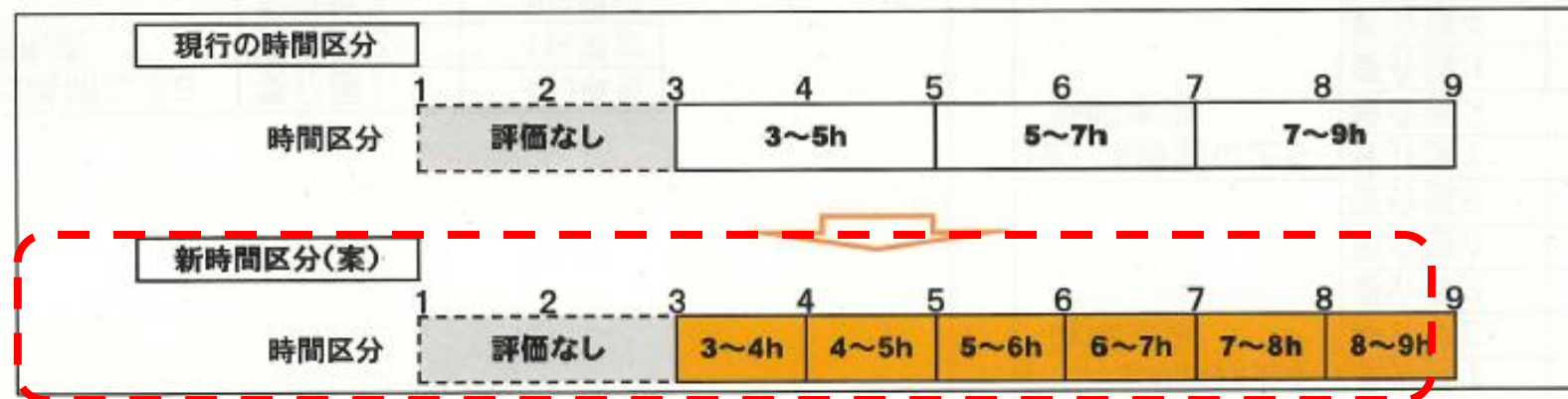
基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて

論点 2

- 通所介護の基本報酬は、2時間ごとの設定としている（3時間以上5時間未満、5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満）。
※ 2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者が算定。
- 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、3時間以上5時間未満は「3時間以上3時間半未満」にピークがあり、5時間以上7時間未満は「6時間以上6時間半未満」に、7時間以上9時間未満は「7時間以上7時間半未満」にピークがある。
- このサービス提供時間の実態を踏まえて、現行の基本報酬のサービス提供時間区分を見直してはどうか。

対応案

- サービス提供実態を適切に評価する観点から、時間区分を1時間ごとに見直してはどうか。



単位数

[例 1] 通常規模型事業所

所要時間7時間以上8時間未満		所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	645単位	要介護1	645単位
要介護2	761単位	要介護2	761単位
所要時間7時間以上9時間未満		所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	656単位	要介護3	883単位
要介護2	775単位	要介護4	1,003単位
要介護3	898単位	要介護5	1,124単位
要介護4	1,021単位	所要時間8時間以上9時間未満	
要介護5	1,144単位	要介護1	656単位
		要介護2	775単位
		要介護3	898単位
		要介護4	1,021単位
		要介護5	1,144単位

[例 2] 大規模型事業所（Ⅰ）

所要時間7時間以上8時間未満		所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	617単位	要介護1	617単位
要介護2	729単位	要介護2	729単位
所要時間7時間以上9時間未満		所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	645単位	要介護3	844単位
要介護2	762単位	要介護4	960単位
要介護3	883単位	要介護5	1,076単位
要介護4	1,004単位	所要時間8時間以上9時間未満	
要介護5	1,125単位	要介護1	634単位
		要介護2	749単位
		要介護3	868単位
		要介護4	987単位
		要介護5	1,106単位

[例 3] 大規模型事業所（Ⅱ）

所要時間7時間以上8時間未満		所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	595単位	要介護1	595単位
要介護2	703単位	要介護2	703単位
所要時間7時間以上9時間未満		所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	628単位	要介護3	814単位
要介護2	742単位	要介護4	926単位
要介護3	859単位	要介護5	1,038単位
要介護4	977単位	所要時間8時間以上9時間未満	
要介護5	1,095単位	要介護1	611単位
		要介護2	722単位
		要介護3	835単位
		要介護4	950単位
		要介護5	1,065単位

[例 4] 地域密着型事業所

所要時間7時間以上8時間未満		所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	735単位	要介護1	735単位
要介護2	868単位	要介護2	868単位
所要時間7時間以上9時間未満		所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	735単位	要介護3	1,006単位
要介護2	868単位	要介護4	1,144単位
要介護3	1,006単位	要介護5	1,281単位
要介護4	1,144単位	所要時間8時間以上9時間未満	
要介護5	1,281単位	要介護1	764単位
		要介護2	903単位
		要介護3	1,046単位
		要介護4	1,190単位
		要介護5	1,332単位

基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて【イメージ】

通所介護費（通常規模型）	(1) 3時間以上5時間未満	要介護1	380単位
		要介護2	436単位
		要介護3	493単位
		要介護4	548単位
		要介護5	605単位
	(2) 5時間以上7時間未満	要介護1	572単位
		要介護2	676単位
		要介護3	780単位
		要介護4	884単位
		要介護5	988単位
	(3) 7時間以上9時間未満	要介護1	656単位
		要介護2	775単位
		要介護3	898単位
		要介護4	1,021単位
		要介護5	1,144単位



通所介護費（通常規模型）	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位

※通常規模型のイメージであるが、地域密着型、大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ）いずれも考え方は同じ。

⑥規模ごとの基本報酬の見直し

- 通所介護の基本報酬は事業所規模ごとの設定となっており、1人当たりの管理的経費を考慮し、大規模型は報酬単価が低く設定されている。しかし、規模別に比較すると規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっており、また管理的経費の実績を見ると1人当たりのコストは通常規模と比較して大規模型は低くなっている。
- これらの実績を踏まえ、基本報酬について。事業所の規模の拡大による経営効率化に向けた努力を損なうことがないよう考慮しつつ、規模ごとにメリハリをつけて見直しを行う

⑦運営推進会議の開催方法の緩和

- 現在認められていない複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める
 - i 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーの保護をする
 - ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること

⑧設備にかかる共用の明確化

通所介護と訪問介護が併設されている場合に利用者へのサービス提供に支障がない場合は

- 基準上両方のサービスに規定がある事務室については共用が可能
- 基準上規定がない玄関、廊下、階段などの設備についても共用が可能

であることを明確にする

その際、併設サービスが訪問介護である場合に限らず、共用が認められない場合を除き、共用が可能であることを明確にする

⑨共生型通所介護

ア 共生型通所介護の基準

共生型通所介護については、障害福祉制度における生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型通所介護の指定を受けられるものとして基準を設定する

イ 共生型通所介護の報酬

報酬は以下の基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員（社会福祉士）を配置し、かつ地域に貢献する活動（地域住民への健康教室、認知症カフェ等）を実施している場合に評価する加算を設定する。また通所介護事業所に係る加算は各加算の算定要件を満たした場合は算定できる

- i 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため本来報酬単価と区分
- ii 障害者が高齢者（65歳）に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬水準を担保する

① 共生型デイサービス（共生型通所介護）の基準・報酬案

対応案

【基準】

- 障害事業所であれば、基本的に介護保険（共生型）の指定を受けられるものとして基準を設定してはどうか。

【報酬】

- 基本報酬は、以下により設定してはどうか。（Ⅱ－２）
 - ① 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため、本来報酬単価と区別。
 - ② 一方で、障害者（64歳）が高齢者（65歳）になって介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害報酬の水準を担保する必要。
- 加えて、生活相談員（社会福祉士等）を配置する場合に評価する加算を設定してはどうか。（Ⅱ－１）
- また、通所介護事業所に係る加算は、通常の指定サービスと同様に、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとしてはどうか。

I

障害事業所を高齢者が利用

- ・通常の障害福祉と介護保険の指定を両方受ける
- ・一体的運用(現在も通知、ガイドライン等により実施)
- ・障害福祉と介護保険の両方の制度の基準を満たす

※報酬額は通常

Ⅱ－１

- ・通常の障害福祉の指定を受けている事業所が、介護保険（共生型）の指定を受ける
- ・一体的運用
- ・障害福祉制度の基準を満たし、Ⅱ－２と比べて、介護サービスの質や専門性に対応(生活相談員(社会福祉士等)の配置)

Ⅱ－２

- ・通常の障害福祉の指定を受けている事業所が、介護保険（共生型）の指定を受ける
- ・一体的運用
- ・障害福祉制度の基準のみ満たす

- ・介護保険と障害福祉の相互に共通するサービス以外の組み合わせ
- ・通常の介護保険と障害福祉の指定を両方受ける
- ・一体的運用(現在も通知、ガイドライン等により実施)

※報酬額は通常

⑩介護職員処遇改善加算の見直し

- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)は、要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設けた後、廃止することとする

居宅介護支援

単位数

○居宅介護支援（Ⅰ）

・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
(一) 要介護１又は要介護２	1042単位／月	⇒	1053単位／月
(二) 要介護３、要介護４又は要介護５	1353単位／月	⇒	1368単位／月

○居宅介護支援（Ⅱ）

・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
(一) 要介護１又は要介護２	521単位／月	⇒	527単位／月
(二) 要介護３、要介護４又は要介護５	677単位／月	⇒	684単位／月

○居宅介護支援（Ⅲ）

・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
(一) 要介護１又は要介護２	313単位／月	⇒	316単位／月
(二) 要介護３、要介護４又は要介護５	406単位／月	⇒	410単位／月

①医療と介護の連携の強化(★)

ア 入院時における医療機関との連携強化

入院時における医療機関との連携を促進する観点から以下の見直しを行う

i 居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者等に対して入院時に担当ケアマネの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける

ii 入院時情報連携加算について入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供方法による差は設けない

iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示す

入院時情報連携加算の見直し（案）

< 現行 >

（新設）

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問して利用者の情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関に対して訪問以外の方法で利用者の情報を提供



< 見直し案 >

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 3 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供



単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月

入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月

⇒

<改定後>

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月

入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月

⇒

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(Ⅰ)

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算(Ⅱ)

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算(Ⅰ)

- ・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算(Ⅱ)

- ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

※(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可

入院時情報連携加算の様式例（案）

入院時情報提供書 (ケアマネジャー → 医療機関)

※ケアプラン1巻・2巻・3巻／興味関心チェックシート／お菓子平帳（いずれもゴドー）／住環境に関する写真 などを添付

病院 担当者 様

(記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

・退院が決まり次第、連絡をお願いします

・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします

・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)		年齢	才	性別	男	女
住所			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住環境			電話番号				
※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（２階居住） ・住まいに関する特記事項（ ）		エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請						
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	ヤーパーソン (連絡先)	氏名 (姓・名／年齢)
主介護者(年齢)	() (才)		()

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活願望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項 <small>(特に注意すべき点など)</small>	

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	・具体的な要望 ()

平成28年度老人保健健康増進等事業（株式会社 日本能率協会総合研究所）

「3」退院時におけるケアマネジメント、上医療機関等職員の各職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし		軽度		中度		重度		褥瘡の有無		□ なし □ あり	
ADL	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助								
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他						
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助			
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助								
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助								
	食 事	自立	見守り	一部介助	全介助								
食事内容	食事回数	・朝: ____ 時頃 ・昼: ____ 時頃 ・夜: ____ 時頃					食事制限		□ なし □ あり ()				
	食事形態	□ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー					水分制限		□ なし □ あり ()				
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ		□ なし □ あり		UDF等の食形態区分					
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯		□ なし □ あり			
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		□ なし □ あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ		□ なし □ 夜間 □ 常時					
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パット		□ なし □ 夜間 □ 常時					
睡眠の状況		良		不良 ()		眠剤の使用		□ なし □ あり		睡眠時間		時間/日	
喫煙量		本くらし日あたり						飲酒量		合くSLV日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし		やや難あり		困難		メガネ		□ なし □ あり ()			
	聴力	問題なし		やや難あり		困難		補聴器		□ なし □ あり			
	言語	問題なし		やや難あり		困難		コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし		やや難あり		困難							
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()											
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()											
入院歴*	最近半年間での入院	□ なし □ あり (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) □ 不明											
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低い、これまでもある □ 今回が初めて											
医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () □ その他 ()											

7. お題について ※必要に応じて、「お題手帳（コピー）」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者:) -管理方法:)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法 ・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 () 回 / 月・週

①医療と介護の連携の強化(★)

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関との連携

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から退院・退所加算を見直す

i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価

ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする

iii 加えて医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する

また、退院・退所時にケアマネが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式について、必要な見直しを行う

退院・退所加算の見直し（案）

< 現行 >

課題①：初回時の手間（初回加算）と初回時かつ退院・退所時の手間（退院・退所加算）が同評価

課題②：複数の専門的見地が得られる多職種カンファレンスへの参加による情報収集と、医療機関職員と面談での情報収集が同評価



< 見直し案 >

対応①：初回時の手間と退院・退所時の手間を明確に評価

対応②：退院時の多職種カンファレンスに参加した場合をより手厚く評価

単位数

＜現行＞

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

＜改定後＞

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

退院・退所加算の様式例（改正案）

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状況 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度（□要区分変更）
	氏名	様 □男 □女	歳 □なし □申請中 □要支援（ ） □要介護（ ）	
今回の入院概要	入退院日	入院日：H ____年 ____月 ____日 退院予定日：H ____年 ____月 ____日		
	入院原因疾患			
① 疾患と入院中の状況	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)		
	退院後通院先	□入院していた医療機関 □入院先以外の病院 □診療所 □通院の予定なし		
	現疾患の状況	既往歴		
	移動手段	□杖 □歩行器 □車いす □その他（ ）		
	入浴方法	□行わず □機械浴 □シャワー浴 □一般浴		
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ（ ）		
	食事形態	□経管栄養 □普通 □その他（ ） UDF等の食形態区分		
	嚥下機能	□むせない □時々むせる □常にむせる		
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良 □嚥下 □元々なし □入院中は使用なし □入院中使用		
	口腔ケア	□出来た □出来なかった □本人にまかせた		
② 本人や家族の受け止め／意向	睡眠	□良好 □不良（ ） □眠剤の使用		
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他（ ）		
	本人の受け止め方	(病名)	(障害・後遺症)	(病名告知)
	家族の受け止め方			
	退院後の生活に関する本人の意向			
	退院後の生活に関する家族の意向			
	本人の受け止め方	□あり □なし		
	家族の受け止め方			
	退院後の生活に関する本人の意向			
	退院後の生活に関する家族の意向			

2. 課題認識のための情報

① 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	(在宅で継続するための要件)
	看護の視点	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射（ ） □その他（ ）	
	リハビリの視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導） □ターミナル □その他（ ）	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容／留意点)

症状・病状の 予後・予測	①疾患と入院中の状況から					
	②本人・家族の受け止め／意向から					
	③退院後に必要な事柄から					
	④その他					
	へん常生活の阻害要因					
状況の事実	現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し	
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例)おおよその到達可能なレベルの予測(どの位の範囲で、どのレベルまでいけるか など)	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
家事動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
認知	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
居住環境	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
(同意)	年 月 日	□医師 ()	□看護師 ()	□リハ職 ()		
	年 月 日	□MSW ()	□歯科医師・歯科衛生士 ()	□ ()		
(同意)	年 月 日	□医師 ()	□看護師 ()	□リハ職 ()		
	年 月 日	□MSW ()	□歯科医師・歯科衛生士 ()	□ ()		

①医療と介護の連携の強化(★)

ウ 平時からの医療機関との連携促進

i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとしているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける

ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネ自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネからの主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける

入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

改正イメージ	現 行
<p>（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）</p> <p>第十三条 （略）</p> <p>一～十二 （略）</p> <p>十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。</p> <p><u>十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。</u></p> <p>十四～十八 （略）</p> <p>十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。</p> <p><u>十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。</u></p>	<p>（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）</p> <p>第十三条 （略）</p> <p>一～十二 （略）</p> <p>十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。</p> <p>（新設）</p> <p>十四～十八 （略）</p> <p>十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。</p> <p>（新設）</p>

①医療と介護の連携の強化(★)

エ 医療機関との総合的な連携

医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において以下の全ての要件を満たす事業所を更に評価する

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所
- ii 末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
- iii 特定事業所加算のいずれかを算定している事業所

※平成31年度から施行

単位数

○エについて

＜現行＞

なし

⇒

＜改定後＞

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位／月（新設）

算定要件等

＜エについて＞

○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間5回以上算定している事業所

②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケア マネジメント

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

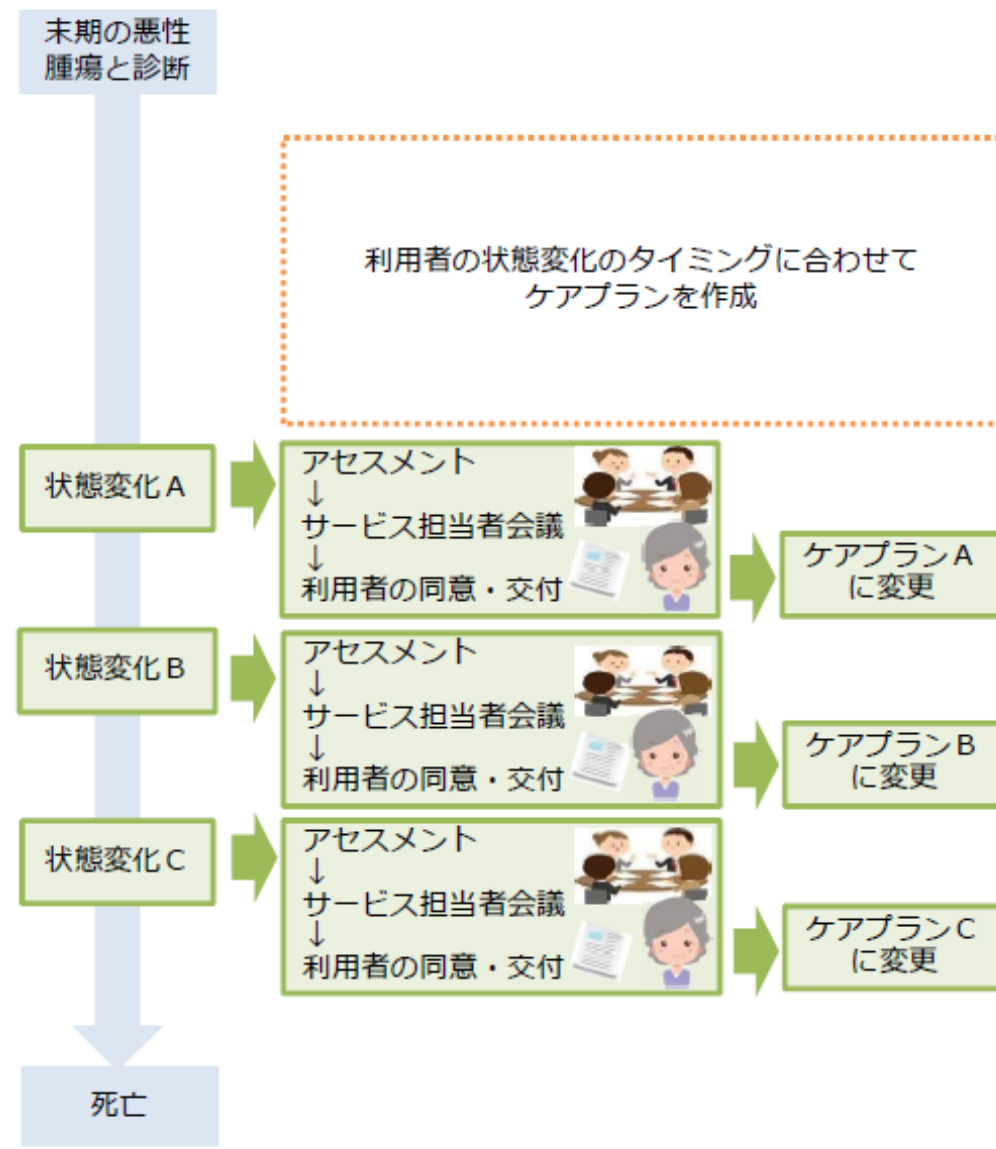
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提に、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

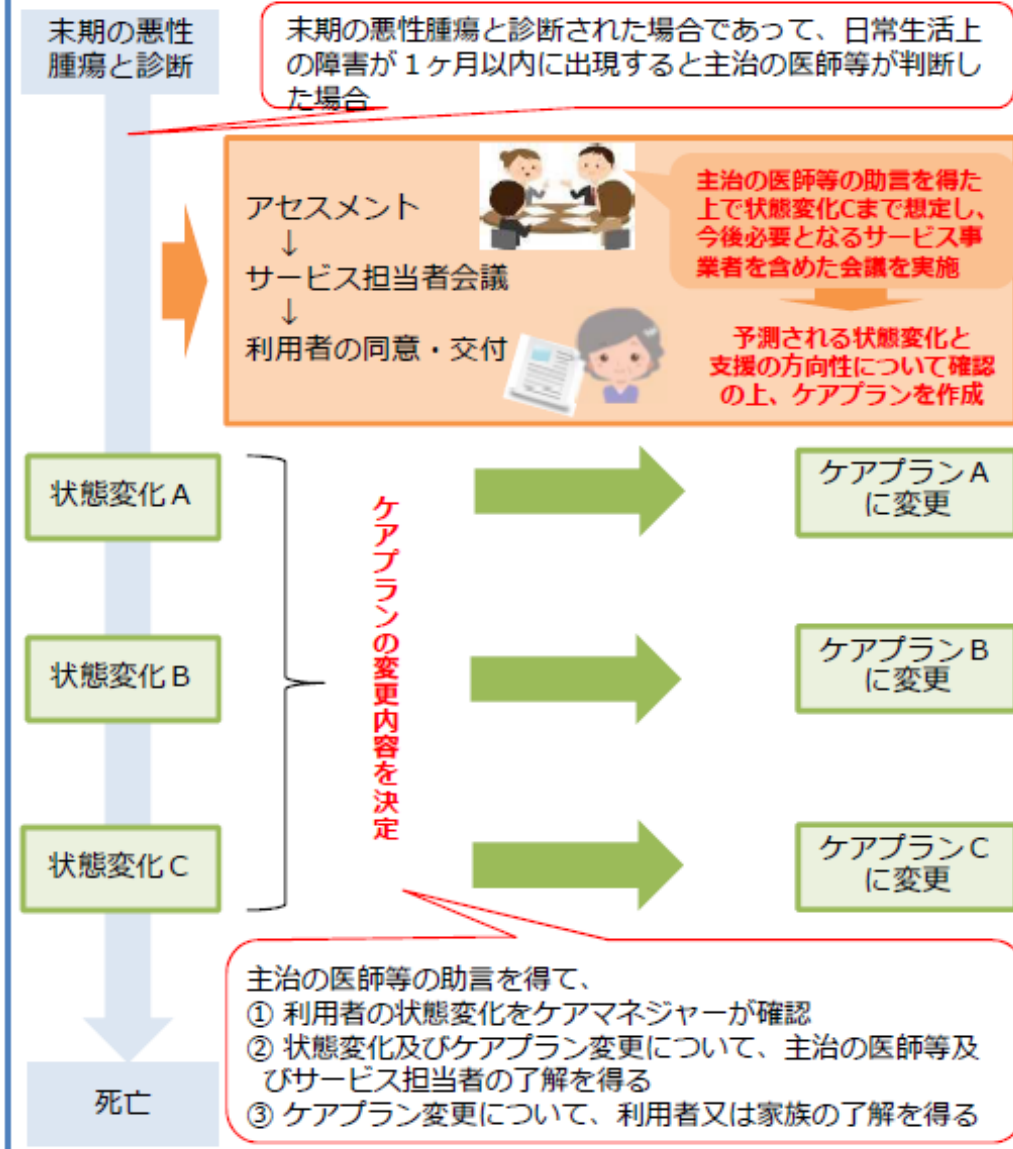
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者に提供した場合を新たに評価する

末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

現行



見直し後：以下の方法も可能としてはどうか



単位数

○イについて
＜現行＞
なし ⇒ ＜改定後＞
ターミナルケアマネジメント加算 400単位／月（新設）

算定要件等

＜イについて＞

○対象利用者

- ・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

○算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

末期の悪性腫瘍患者に対する頻回モニタリングの評価（案）

ターミナルケアマネジメント加算（仮称）

社保審一介護給付費分科会

第152回（H29.11.22）

資料1（抄）

（対象利用者）

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

（算定要件）

- ① 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を行うこと
- ③ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

（参考）訪問看護 ターミナルケア加算の算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、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訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該者の死亡月につき2,000単位を所定単位数に加算する。

※1 別に厚生労働大臣が定める基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※2 別に厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、（略）、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

③質の高いケアマネジメントの推進

ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取り組みを促進するため、主任ケアマネであることを管理者要件とする。その際一定の経過措置期間を設けることとする

イ 地域における人材育成を行う事業所に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取り組みを評価する

質の高いケアマネジメントの推進（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、主任介護支援専門員でなければならない。

※経過措置

平成33年3月31日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。

現 行

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

居宅介護支援事業所に従事する主任介護支援専門員の推計

居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー数の推移

	H28	H29	H30	H31	H32
① 請求事業所数 (H28実績に直近1カ年の伸び率で推計)	39,471	40,423	41,399	42,398	43,421
② ①のうち特定事業所加算Ⅰを算定する事業所 (主任ケアマネジャーを2名配置する事業所)	395	404	414	424	434
③ 最低限必要な主任ケアマネジャー数(①+②)	39,866	40,827	41,813	42,822	43,855
④ 居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー (H28実績に主任ケアマネ研修修了者のうち、居宅介護支援事業所で勤務する者(H27実績:4,402人)を加えた人数)	28,463	32,865	37,267	41,669	46,071
⑤ 不足する主任ケアマネジャー数(④-③)	▲11,403	▲7,962	▲4,546	▲1,153	2,216

(参考) 主任ケアマネジャー数別の居宅介護支援事業所の分布

	全体	主任ケアマネジャー数別の分布											無回答	平均
		0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人		
居宅介護支援事業所数 (調査対象数)	1572	649	482	236	96	22	18	5	0	1	0	1	62	0.93
(割合)	100.0%	41.3%	30.7%	15.0%	6.1%	1.4%	1.1%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	3.9%	-

※居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査(平成28年度)

特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）の見直し（案）

算定要件	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×
(6)事業所内の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例として紹介をされた者に対する指定居宅介護支援の提供	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加	○	×→○	×→○
(9)運営基準減算又は特定事業所集中減算の未適用	○	○	○
(10)利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する学習」等に協力又は協力体制の確保	○	○	○
(12)他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研修会等の実施	○	○	○

④公正中立なケアマネジメントの確保

ア 契約時の説明

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明すること）を義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。なお例えば集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘を踏まえ、利用者の意思に反して集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランも位置付けることは適切ではないことを明確化する

④公正中立なケアマネジメントの確保

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象から除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とする

公正中立なケアマネジメントの確保（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 （略）

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

- 第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。
- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

特定事業所集中減算の見直し（案）

特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランについて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算するもの。
- 集中割合を確認する対象サービス ⇒ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス
 - ① 訪問介護、② 訪問入浴介護、③ 訪問看護、④ 訪問リハビリテーション、⑤ 通所介護、
 - ⑥ 通所リハビリテーション、⑦ 短期入所生活介護、⑧ 短期入所療養介護、⑨ 特定施設入居者生活介護（※）、
 - ⑩ 福祉用具貸与、⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、⑫ 夜間対応型訪問介護、⑬ 認知症対応型通所介護、
 - ⑭ 小規模多機能型居宅介護（※）、⑮ 認知症対応型共同生活介護（※）、
 - ⑯ 地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、⑰ 看護小規模多機能型居宅介護（※）

（※）利用期間を定めて行うものに限る



- 必ずしも合理的で有効な施策ではないとの指摘等を踏まえ、① 請求事業所数の少ないサービスや、② 主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスを対象サービスから除外。
- また、福祉用具貸与については、請求事業所数にかかわらず、サービスを集中させることも可能であることから、引き続き、減算対象サービスとして継続。

⇒ 平成30年度以降の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与

⑤訪問回数の多い利用者への対応

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認・是正を促していくことが適当であり、ケアマネが通常のケアプランよりかけ離れた回数※の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には市町村にケアプランを届け出ることとする

※全国平均利用回数＋2標準偏差を基準として、平成30年4月に国が定め、6月の周知期間を設けて10月から実施する

⑤訪問回数が多い利用者への対応

- ・イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置づけ、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は必要に応じ、ケアマネに対し利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点からサービス内容の是正を促す

⑥障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携(★)

- 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする

特定施設入居者生活介護

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

○特定施設入居者生活介護の場合

	<現行>		<改定後>
要介護 1	533単位	⇒	534単位
要介護 2	597単位		599単位
要介護 3	666単位		668単位
要介護 4	730単位		732単位
要介護 5	798単位		800単位

○地域密着型特定施設入居者生活介護の場合

	<現行>		<改定後>
要介護 1	533単位	⇒	534単位
要介護 2	597単位		599単位
要介護 3	666単位		668単位
要介護 4	730単位		732単位
要介護 5	798単位		800単位

○介護予防特定施設入居者生活介護の場合

	<現行>		<改定後>
要支援 1	179単位	⇒	180単位
要支援 2	308単位		309単位

①入居者の医療ニーズへの対応

入居者の医療ニーズによりの的確に対応できるよう以下の見直しを行う

ア 退院時連携加算の創設

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携を評価する加算を創設し、医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合を評価する

イ 医療的ケア提供加算の創設

たん吸引などの医療的ケアの提供を行う評価を創設し次の要件を満たす場合に評価する

- ・介護福祉士の数が入居者に対して一定割合以上であること
- ・たんの吸引等が必要な入居者の占める割合が一定数以上であること

単位数

○アについて ＜現行＞ なし	⇒	＜改定後＞ 退院・退所時連携加算 30単位／日（新設） ※入居から30日以内に限る
○イについて ＜現行＞ なし	⇒	＜改定後＞ 入居継続支援加算 36単位／日（新設）

算定要件等

ア 退院・退所時連携加算

- 医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れること

イ 入居継続支援加算

- 介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること
- たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること

入居者の医療ニーズへの対応について

対応案

①退院時連携加算の創設

- 医療機関を退院した者を受け入れる場合の医療機関との連携等を評価する加算を創設し、次の要件を満たす利用者を受け入れた場合を評価することとしてはどうか。

【要件】

- ・ 病院等の医療機関を退院して特定施設に入居する利用者であること

【参考】初期加算（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護）の概要

＜算定要件＞

- ・ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症GHに入所・入居した場合に入所・入居した日から起算して30日以内の期間に限り算定できる

②医療的ケア提供体制加算の創設

- たんの吸引などの医療的ケアの提供を行う特定施設に対する評価を創設し、次の要件を満たす場合に評価することとしてはどうか。

【要件】

- ・ 介護福祉士の数が、入居者数に対して一定割合以上であること。
- ・ たんの吸引等が必要な入居者の占める割合が一定数以上であること。

【参考】日常生活継続支援加算（介護老人福祉施設）の概要（抄）

＜算定要件＞

- ・ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・ たんの吸引等を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上であること。

②生活機能向上連携加算の創設(★)

外部のリハビリテーション専門職と連携する場合の評価を創設する

- 訪問リハ若しくは通所リハ事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則病床数200床未満に限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と協働でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種が協働して当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施すること

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞

生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、特定施設入居者生活介護事業所等を訪問し、特定施設入居者生活介護事業所等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施すること。

③機能訓練指導員の確保の促進(★)

機能訓練指導員の確保を促進し利用者の心身機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)に、一定の事務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても同様。

④若年性認知症入居者受入加算の創設 (★)

若年性認知症者やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価する

単位数

＜現行＞

なし

⇒

＜改定後＞

若年性認知症入居者受入加算 120単位／日

算定要件等

○ 受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。

⑤口腔衛生管理の充実(★)

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え特定施設入居者生活介護も対象とする

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞
口腔衛生管理体制加算 30単位／月（新設）

算定要件等

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

⑥栄養改善の取組の推進(★)

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞
栄養スクリーニング加算 5単位／回（新設）
※6月に1回を限度とする

算定要件等

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

⑦短期入所特定施設入居者生活介護の利用者数の上限の見直し

現在、短期入所特定施設入居者介護の利用者は当該特定施設の入居定員の10%以下とされており、入居定員が10人に満たない事業所で受け入れられない状況となっている。

このため短期入所特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を1又は定員の10%までとする

⑧身体的拘束等の適正化(★)

身体拘束等のさらなる適正化の観点から運営基準に定め違反した場合の減算を創設する

- 基準
- 身体拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(※地域密着型では運営推進会議を活用可)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図る
- 身体拘束等の適正化のための指針を整備する
- 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に行う
- 減算 1日10%

⑨運営推進会議の開催方法の緩和

- 現在認められていない複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める
 - i 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーの保護をする
 - ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
 - iii 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと

⑩療養病床等から医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例(★)

介護療養型医療施設又は医療療養病床から「特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)と医療機関の併設型」に転換する場合について以下の特例を設ける

ア サービスが適切に提供されると認められる場合に、生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者の兼務を認める

イ サービスに支障がない場合に限り、浴室、便所、食堂、機能訓練室の兼用を認める

⑪介護職員処遇改善加算の見直し

- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)は、要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設けた後、廃止することとする

訪問介護

① 生活機能向上連携加算の見直し

生活機能向上連携加算について、以下の見直しを行う。

ア 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、リハビリテーション専門職との連携を促進するため、これらの評価を充実する。

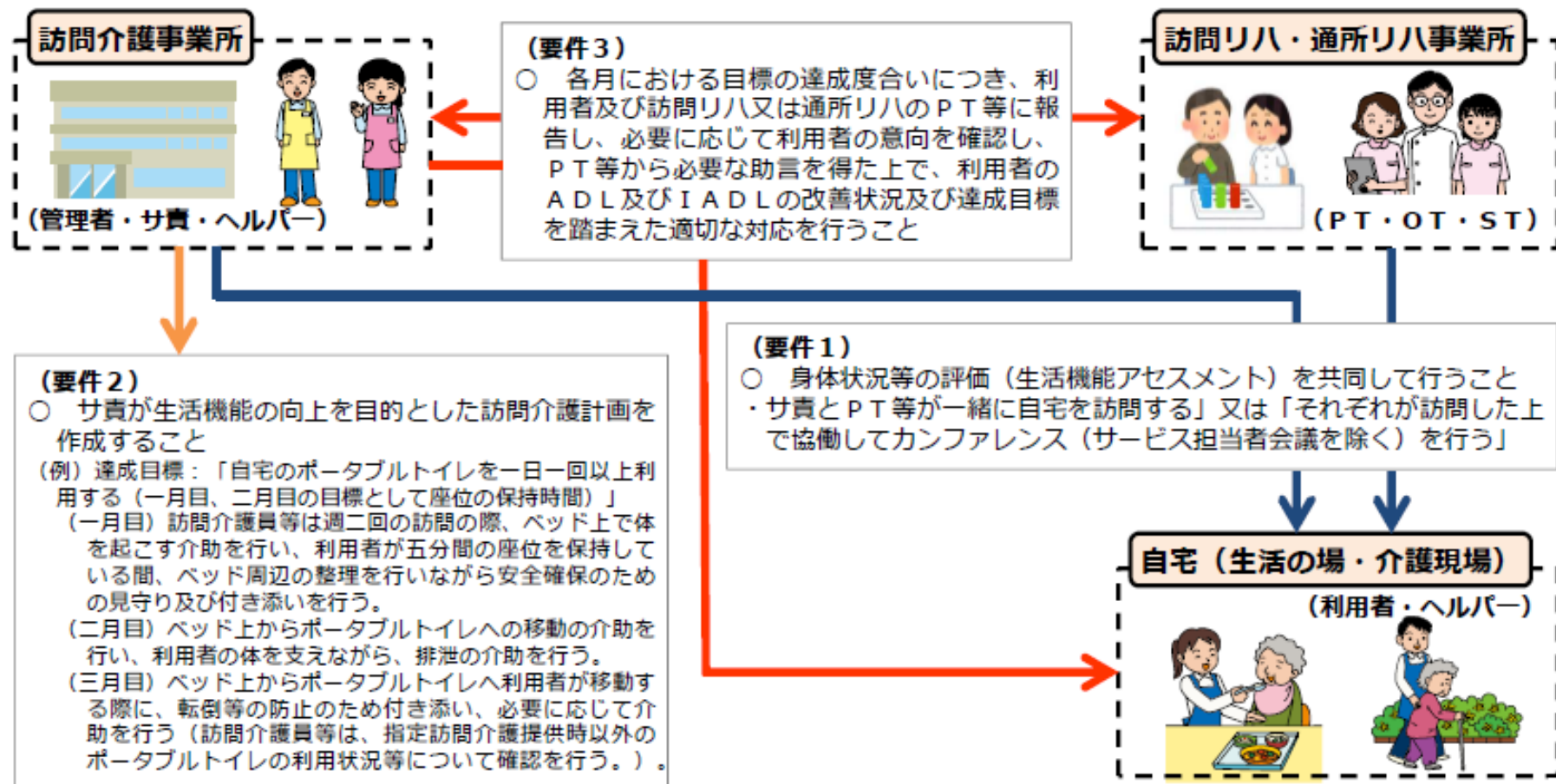
① 生活機能向上連携加算の見直し

- イ また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
- ・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200 床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること
 - ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価することとする。

生活機能向上連携加算の算定要件

- 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問・通所リハビリテーションの一環として利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの。

※ 3月の間に利用者に対する訪問リハ又は通所リハの提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能である。



単位数

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位／月

⇒

<改定後>

生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位／月（新設）

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月

算定要件等

○生活機能向上連携加算（Ⅱ）

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合

○生活機能向上連携加算（Ⅰ）

- ・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること
- ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

- ・自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（老計10号）

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身体介護（抜粋）	生活援助（抜粋）
<p>1－6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む） ○ 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む） ○ ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助） ○ 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る） ○ 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助 ○ 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。 ○ 認知症の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。 	<p>2－0 サービス準備等 サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。</p> <p>2－0－1 健康チェック 利用者の安否確認、顔色等のチェック</p> <p>2－0－2 環境整備 換気、室温・日あたりの調整等</p> <p>2－0－3 相談援助、情報収集・提供</p> <p>2－0－4 サービスの提供後の記録等</p> <p>2－1 掃除 ○ 居室内やトイレ、卓上等の清掃 ○ ゴミ出し ○ 準備・後片づけ</p> <p>2－2 洗濯 ○ 洗濯機または手洗いによる洗濯 ○ 洗濯物の乾燥（物干し） ○ 洗濯物の取り入れと収納 ○ アイロンがけ</p> <p>2－3 ベッドメイク ○ 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等</p> <p>2－4 衣類の整理・被服の補修 ○ 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等） ○ 被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）</p> <p>2－5 一般的な調理、配下膳 ○ 配膳、後片づけのみ ○ 一般的な調理</p> <p>2－6 買い物・薬の受け取り ○ 日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む） ○ 薬の受け取り</p>




○ 生活援助のうち、訪問介護員等が代行するのではなく、安全を確保しつつ常時介助できる状態で見守りながら行うものであって、日常生活動作向上の観点から、利用者の自立支援に資するものは身体介護に該当するが、身体介護として明記されていないものがあり、取扱いが明確でないため、明確化してはどうか。

具体的には、利用者と一緒に手助けしながら行う掃除（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）その他利用者の自立支援に資するものとして身体介護に該当するものについて、身体介護に該当することを明確にしてはどうか。

③身体介護と生活援助の報酬

- ・ 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつけることとする。

単位数

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上 1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
	生活援助加算※	67単位		66単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位
通院等乗降介助		97単位		98単位

※ 引き続き生活援助を行った場合の加算（20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度）

④生活援助中心型の担い手の拡大

- ・訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130 時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- ・このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする

④生活援助中心型の担い手の拡大

- また、訪問介護事業者ごとに訪問介護員等を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。
- この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

生活援助中心型の新研修について（案）

研修内容

- 介護職員初任者研修を参考に、生活援助中心型のサービス提供に必要な研修を創設してはどうか。
- その際、利用者に1対1でサービスを提供する訪問介護サービスでは、ヘルパーが自宅での利用者の状態を把握し関係者と情報共有することが重要であるため、サービス提供の際に観察すべき視点の習得に重点を置くほか、認知症高齢者に関する知識の習得にも重点を置いてはどうか。

他の研修との関係

- 入門的（基礎的）研修との共通化を図り、共通科目は省略すること等を検討してはどうか。
- 介護職員初任者研修等へのステップアップ（科目の免除等）を進めることも検討してはどうか。

⑤ 同一建物居住者にサービス提供する場合の報酬

- ・ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。

ア 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等(※)以外の建物も対象とする。

- I. 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(有料老人ホーム等(※)に限る)に居住する者
- II. 上記以外の範囲に所在する建物(有料老人ホーム等(※)に限る)に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

⑤ 同一建物居住者にサービス提供する場合の報酬

イ また i について、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。

※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬

【現行】

	減算等の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、 <u>軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u>)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	—

【見直し案】

	減算等の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	<u>①・③10%減算</u> <u>②〇〇%減算</u>	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 (②に該当する場合を除く。) <u>②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合</u> ③上記以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	—

単位数・算定要件等

< 現行 >

減算等の内容	算定要件
10%減算	<p>①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者</p> <p>②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)</p>

< 改定後 >

減算等の内容	算定要件
<p>①・③10%減算</p> <p>②15%減算</p>	<p>①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。)</p> <p>②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合</p> <p>③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)</p>

⑥訪問回数が多い利用者への対応

ア 訪問回数が多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。

(※)「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として平成30 年4月に国が定め、6 ヶ月の周知期間を設けて10 月から施行する

⑥訪問回数が多い利用者への対応

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。

また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化

訪問回数の多い訪問介護対策

訪問介護（生活援助中心型）の回数が「全国平均利用回数＋2標準偏差（2SD）」に該当するケアプランの保険者届出

集合住宅向け対策

集合住宅等に居住する利用者のケアプランで不適切と疑われる事案を抽出するスクリーニングポイントの作成

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改訂・再周知

集合住宅等に居住する利用者のケアプラン点検結果を活用したチェックポイント

保険者によるケアプラン点検
地域ケア会議によるケアプランの検証

必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

検証対象
の抽出

検証方法の強化

検証の実施

⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明解化

- ・ サービス提供責任者の役割や任用要件等について以下の見直しを行う。

ア サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は任用要件から廃止する。ただし、現に従事している者については1年間の経過措置を設ける。

また、初任者研修課程修了者又は旧2級課程修了者であるサービス提供責任者を配置している場合に係る減算についても、上記に合わせて、平成30年度は現に従事している者に限定し、平成31年度以降は廃止する。

イ 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気づきをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化する

⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明解化

ウ 訪問介護の所要時間については、実際の提供時間ではなく、標準的な時間を基準としてケアプランが作成される。一方で、標準時間と実際の提供時間が著しく乖離している場合には、実際の提供時間に応じた時間にプランを見直すべきであることから、サービス提供責任者は、提供時間を記録するとともに、著しくプラン上の標準時間と乖離している場合にはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをすることを明確化する。

エ 訪問介護事業者は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー（セルフケアプランの場合には当該被保険者）に対して、自身の事業所のサービス利用に係る不当な働きかけを行ってはならない旨を明確化する

⑧共生型訪問介護

ア 共生型訪問介護の基準

共生型訪問介護については、障害福祉制度における居宅介護、重度訪問介護の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型訪問介護の指定を受けられるものとして基準を設定する

なお、障害福祉制度における障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者や重度訪問介護従業者養成研修修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できることとする

イ 共生型訪問介護の報酬

報酬は、以下の基本的な考え方を踏まえて設定する。この際、障害福祉制度における障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者に係る取扱い(30%減算)等も踏まえる。また、訪問介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとする

- i 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため本来報酬単価と区分
- ii 障害者が高齢者(65歳)に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬水準を担保する

⑨介護職員処遇改善加算の見直し

- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(Ⅴ)は、要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、一定の経過措置期間を設けた後、廃止することとする