

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

特養

3. 介護老人福祉施設(1人1日あたり単位の増減)

従来型個室			従来型多床室			ユニット個室			ユニット準個室		
改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減
547	557	10	547	557	10	625	636	11	625	636	11
614	625	11	614	625	11	691	703	12	691	703	12
682	695	13	682	695	13	762	776	14	762	776	14
749	763	14	749	763	14	828	843	15	828	843	15
814	829	15	814	829	15	894	910	16	894	910	16

地域密着型個室			地域密着型多床室			地域密着ユニット個室			地域密着ユニット準個室		
改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減
547	565	18	547	565	18	625	644	19	625	644	19
614	634	20	614	634	20	691	712	21	691	712	21
682	704	22	682	704	22	762	785	23	762	785	23
749	774	25	749	774	25	828	854	26	828	854	26
814	841	27	814	841	27	894	922	28	894	922	28

小規模（30床）個室			小規模（30床）多床室		
改定前	改定後	増減	改定前	改定後	増減
700	659	-41	700	659	-41
763	724	-39	763	724	-39
830	794	-36	830	794	-36
893	859	-34	893	859	-34
955	923	-32	955	923	-32

①入所者の医療ニーズへの対応（配置医師緊急時対応加算の創設）

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>	<改定後>
なし	⇒	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。

留意事項通知

- 配置医師緊急時対応加算は、入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できない。ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りでない。

- ② 配置医師緊急時対応加算の算定については、事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定できる。
- ③ 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行わなければならない。
- ④ 早朝・夜間(深夜を除く)とは、午後6時から午後10時まで又は午前6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。なお、診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定すること。診療時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

⑤ 算定に当たっては、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定めることにより、**24時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えることとする。**

Q&A

問 91 配置医師緊急時対応加算の趣旨如何。

(答)

配置医師が行う健康管理等の対応については個別の契約により給与や委託費等を支払う形式が基本になっていると思われるが、今回の配置医師緊急時対応加算については、これまで、配置医師が緊急時の対応を行ったような場合について報酬上の上乗せの評価等が存在しなかったことや、施設の現場において緊急時の対応を行った配置医師に対する謝金や交通費の負担についての課題が存在したことから、配置医師が深夜等に緊急時の対応を行う環境を整備し、こうした対応を推進するために、新たな加算を設けることとしたものである。こうした趣旨を踏まえて、加算を活用されたい。

Q&A

問 92 早朝・夜間又は深夜に診療を行う必要があった理由とは、具体的にはどのようなものか。

(答)

例えば、入所者の体調に急変が生じ、緊急的にその対応を行う必要があったことが考えられる。

問 93 協力医療機関の医師が対応したときでも算定可能か。

(答)

配置医師が対応した場合のみ算定可能である。

緊急時等の対応(基準省令第21条の2)

- ・基準省令第21条の2は、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付けるものである。対応方針に定める規定としては、**例えば、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等**があげられる。

①入所者の医療ニーズへの対応（夜勤職員配置加算の見直し）

概要

工 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

<現行>

(I)イ : 41単位／日 ⇒ 変更なし

経過的の場合

(I)ロ : 13単位／日

ユニット型の場合

(II)イ : 46単位／日

ユニット型経過的の場合

(II)ロ : 18単位／日

<改定後>

(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

(I)イ : 22単位／日 ⇒ 変更なし

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(I)ロ : 13単位／日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(II)イ : 27単位／日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(II)ロ : 18単位／日

(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)

3. 介護老人福祉施設(①入所者の医療ニーズへの対応 夜勤職員配置加算の見直し)

- 整理すると以下のとおり。既存（H30.04.01まで）の小規模特養（30床）は夜勤職員配置加算の単価も変わるので注意

広域型特養単価	居室	規模	センサー緩和	喀痰配置
			※見守り機器入所者 数100：15配置によ る0.9換算（後掲）	※夜間時間帯を通じた 喀痰等吸引ができる者 等の配置（後掲）
(1) 夜勤職員配置加算（I）イ 22単位	従来型	H30.04.01以降の 30床及び31-50床	可	-
(2) 夜勤職員配置加算（I）□ 13単位	従来型	H30.04.01までの 30床及び51床以上	可	-
(3) 夜勤職員配置加算（II）イ 27単位	ユニット型	H30.04.01以降の 30床及び31-50床	可	-
(4) 夜勤職員配置加算（II）□ 18単位	ユニット型	H30.04.01までの 30床及び51床以上	可	-
(5) 夜勤職員配置加算（III）イ 28単位	従来型	H30.04.01以降の 30床及び31-50床	可	要
(6) 夜勤職員配置加算（III）□ 16単位	従来型	H30.04.01までの 30床及び51床以上	可	要
(7) 夜勤職員配置加算（IV）イ 33単位	ユニット型	H30.04.01以降の 30床及び31-50床	可	要
(8) 夜勤職員配置加算（IV）□ 21単位	ユニット型	H30.04.01までの 30床及び51床以上	可	要

3. 介護老人福祉施設(①入所者の医療ニーズへの対応 夜勤職員配置加算の見直し)

夜勤職員配置加算（Ⅲ）（Ⅳ）の喀痰吸引等の対応が出来る者の要件

つまり、

- ・ 看護職員か
- ・ 特定登録者か
- ・ 新特定登録者か
- ・ 認定特定行為業務従事者であり、



- ・ 口腔内の喀痰吸引、
 - ・ 鼻腔内の喀痰吸引、
 - ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引、
 - ・ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、
 - ・ 経鼻経管栄養
- のいずれかの行為の実地研修を修了している者
であって、登録特定証の交付を受けている人
※ 別途、事業者の登録も必要。

参考

（特定登録者）

- ・ 平成28年4月1日までに介護福祉士を取得している

（新特定登録者）

- ・ 平成28年4月2日から平成29年3月31日までに介護福祉士を取得
- ・ 平成29年4月1日から平成34年3月31日までの間に以下の①～③のルートで介護福祉士
①養成施設で2年以上介護福祉士としての技能を得て修了
②社会福祉に関する科目を修め、養成施設で1年以上介護福祉士としての技能を得て修了
③養成所等を卒業後、一年以上介護福祉士としての技能を得て修了

（認定特定行為業務従事者）

- ・ 社会福祉法及び介護福祉士法附則第三条（現在の介護福祉士以外による喀痰吸引等）

①入所者の医療ニーズへの対応（看取り介護加算の見直し）

概要

才 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、医療提供体制を整備し、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)

算定要件等

○ アにおける要件のうち、1～4に示した医療提供体制を整備し、さらに施設内で実際看取った場合に算定する。

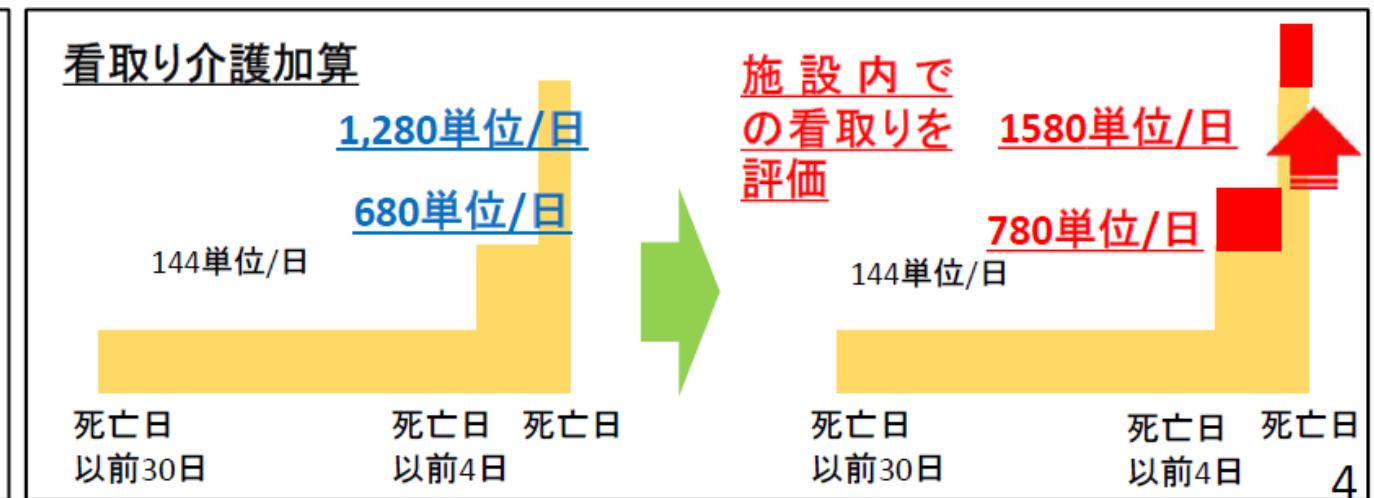
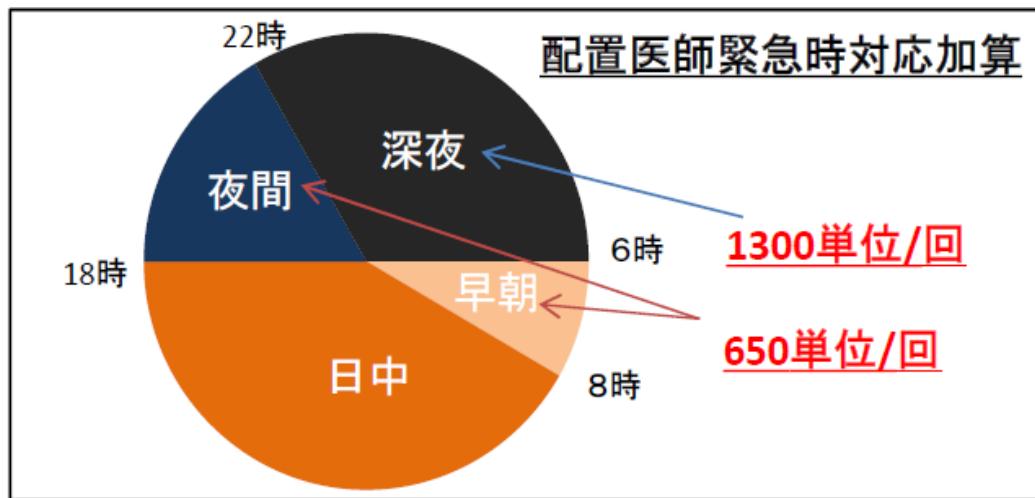
(アにおける要件の1～4)

1 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。

2 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。

3 上記の内容につき、届出を行っていること。

4 看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。



(参考)診療報酬改定の見直し事項(在宅患者訪問診療料)

- 特養への在宅ターミナルケア加算関係の請求については、平成30年度診療報酬改定においても見直しとなっている。

(H30.3月迄の取扱)



在宅ターミナルケア加算、 看取り加算 (在宅患者訪問診療料)



- ア 末期がんの利用者
イ 看取り介護加算が算定できる体制を整えている特養に対して、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は特養の協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われた場合
- 上記の場合のみ算定できる

(H30.4月以降の取扱)



在宅ターミナルケア加算、 看取り加算 (在宅患者訪問診療料)



- ア 末期がんの利用者
イ 看取り介護加算が算定できる体制を整えている特養に対して、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は特養の協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われた場合以外にも算定できる
- ただし、特養で看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合は診療報酬の看取り介護加算は算定できず、在宅ターミナルケア加算のみ算定
(※看取り介護加算（Ⅱ）の方が手厚い体制であるため)

②生活機能向上連携加算の創設

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の評価を創設する。

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に、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. 介護老人福祉施設(②生活機能向上連携加算の創設 ※留意点)

- 生活機能向上連携加算における「医療提供施設」とは、病院、診療所、老健、調剤薬局等を指す。ここで、「病院」併設の通所リハ等による場合は、200床未満の病院の理学療法士であるか、200床未満であっても、その病院の半径4キロメートル以内に診療所が存在していれば当該病院の理学療法士等では算定ができないので注意。

告示	意味	課題等
注9 生活機能向上連携加算「医療提供施設」	<ul style="list-style-type: none">訪問介護等における「医療法第1条の2第2項に規程する医療提供施設をいい、許可病床数が200床未満のものであるもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。」と同義。	<ul style="list-style-type: none">医療提供施設とは、「病院、診療所、老健、調剤薬局」等を指す。従って、算定できるのは以下の3つのみ<ul style="list-style-type: none">① 訪問リハ、通所リハの理学療法士等による場合② リハビリテーションが提供されている診療所、老健、介護医療院、調剤薬局（病院以外）等の理学療法士等による場合③ リハビリテーションを実施している200床未満の病院の理学療法士等による場合。 (ただし、リハビリテーションを実施している200床未満の病院の半径4キロメートル以内に診療所が存在していれば当該病院の理学療法士等では算定不可。)

留意事項通知

- ・ 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この(7)において「理学療法士等」という。)が、当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

留意事項通知

- ・この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院、診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院であること。
- ・② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

- ・③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ・④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定短期入所生活介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

- ・⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ・⑥ 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

③機能訓練指導員の確保の促進

概要

- 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（※）に一定の実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、同様の対応を行う。

※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

算定要件等

- 一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、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者とする。

④排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

概要

- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、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。

3. 介護老人福祉施設(④排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設)

- 結果として必ずしも改善することを要しない（※確認中）
- 看護師が判断する場合は、医師の報告が必要であり、背景にある疾患等を勘案する必要がある場合は、事前に医師の相談が必要。
- ガイドラインについては、コンチネンス協会等が策定しているものでも可（※確認中）

従来	改定後
（新設）	<ul style="list-style-type: none">1月につき100単位 ネ 排せつ支援加算 注 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護老人福祉施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、<u>支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。</u>ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない。

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。



留意事項通知

- ① 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善することを評価したものである。したがって、例えば、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ② 「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版(平成27年4月改訂)」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。
- ③ 「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不变又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。

- ④ ③の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が③の見込みの判断を行つ際、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、医師へ相談することとする。
- ⑤ 支援に先立つて、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を別紙●の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行つた医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の人所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとすること。

- ⑥ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の人所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、同一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑦ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑧ 本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

排せつ支援計画書

計画作成日 年 月 日

氏名 姓 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

	計画作成時点	6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
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

※排せつ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 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因支援計画

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、
 支援計画にある支援の実施を希望します。

平成 年 月 日

氏名

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	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

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

上記について説明を受け、理解しました。

平成 年 月 日

⑤褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

概要

- 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な評価を設ける。

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。

3. 介護老人福祉施設(⑤褥瘡の発生予防のための管理に対する評価)

従来	改定後
(新設) 	<ul style="list-style-type: none">• 10単位（3月につき1回を限度） <p>ツ 褥瘡マネジメント加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合は、3月に1回を限度として、所定単位数を加算する。</p>

(別に厚生労働大臣が定める基準)

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス及び介護保健施設サービスにおける褥瘡マネジメント加算の基準

- イ 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告すること。
- イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ハ 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録していること。
- ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

留意事項通知

- ① 褥瘡マネジメント加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の2に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の入所者全員に対して算定できるものであること。
- ② 大臣基準第71号の2イの評価は、別紙〇に示す褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ③ 大臣基準第71号の2イの施設入所時の評価は、大臣基準第71号の2イからニまでの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日に、既に入所している者（以下、「既入所者」という。）については、届出の日の属する月に評価を行うこと。
- ④ 厚生労働大臣が定める基準第71条の2イの評価結果の厚生労働省への報告は、当該評価結果を、介護給付費請求書等の記載要領に従って、褥瘡マネジメント加算の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行うこと。報告する評価結果は、施設入所時については、施設入所後最初（既入所者については届出の日に最も近い日）に評価した結果、それ以外の場合については、当該加算を算定する月に評価した結果のうち最も末日に近いものとすること。

- ・⑤ 大臣基準第71号の2の口の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙●に示す様式を参考に、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとすること。
- ・⑥ 大臣基準第71号の2のハにおいて、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメント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。
- ・⑦ 大臣基準第71号の2のニにおける褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。
- ・⑧ 大臣基準第71号の2に掲げるマネジメントについては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。
- ・⑨ 提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

褥瘡の発生と関連のあるリスク※別紙●

①	ADL の状況	入浴	自分で行っている	自分で行っていない	
②		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)
③		更衣	上衣	自分で行っている	自分で行っていない
④			下衣	自分で行っている	自分で行っていない
⑤	基本 動作	寝返り		自分で行っている	自分で行っていない
⑥		座位の保持		自分で行っている	自分で行っていない
⑦		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
⑧		立位の保持		自分で行っている	自分で行っていない
⑨	排泄 の状況	尿失禁	なし	あり	対象外(※2)
⑩		便失禁	なし	あり	対象外(※3)
⑪		バルーンカテーテル 等の使用	なし	あり	
⑫	過去3か月以内に褥瘡があり ましたか		いいえ	はい	

※1:経管栄養・経静脈栄養等の場合
※3:人工肛門等の場合

※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

- ・①～⑧については「自分で行っていない」、⑨～⑪については「あり」、⑫については「はい」に当てはまる場合、「リスクがある」に該当するものとする。
- ・①～⑫の評価については、以下の通り行うものとする。

【基本的な考え方】

- ・一定期間の状況(特段の記載がない限り、調査日より概ね過去1週間)について、「日常的に行っているか」に基づいて「自分で行っている・自分で行っていない」を判断してください。
- ・自分で行っている:一部の行為・動作が不十分であっても、全ての行為・動作を自分で行っている場合
- ・自分で行っていない:一部でも介助者の直接支援が必要な場合

別紙様式5

褥瘡対策に関するケア計画書

氏名 例 男女 入所日 初回作成日 作成(変更)日
明・大・昭 年 月 日生(歳) 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、腰骨部、大転子部、踵部、その他())
2. 過去なしあり(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腰骨部、大転子部、踵部、その他())
褥瘡発生日

危険因子の評価	日常生活自立度				対処
	J(1,2)		A(12)	B(12)	
	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)	
ADLの状況	更衣	自分で行っている	自分で行っていない		'自分で行っていない'、 'あり'もしくは'はい' が1つ以上該当する場合、 褥瘡ケア計画を立案し 実施する
	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		
	寝返り	自分で行っている	自分で行っていない		
基本動作	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	いいえ	はい		

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合

※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	(0)なし (1)神経する発赤 (2)真皮まで (3)皮下組織 (4)皮下組織を主とする損傷 (5)関節腔、体腔にいたる損傷の損傷	主とする損傷	主たる深さは、深さ判定不能の場合
	渗出液	(0)なし (1)少量：毎日の交換を要しない (2)中等量：1日1回の交換 (3)多量：1日2回以上の交換		
	大きさ(cm ²) 長径×短径に直交する最大径	(0)皮膚損傷なし (1)4未満 (2)4以上 (3)16以上 (4)36以上 (5)64以上 (6)100以上		
	炎症・感染	(0)局所の炎症様様あり (1)局所の炎症様様なし (2)局所の明らかな感染様様あり (3)全身的影響あり (4)周囲の癰瘍、膿瘍、熱感、疼痛		
	肉芽形成	(0)創開創又は良性肉芽が占める割合 (1)創面の90%以上を占める (2)創面の50%以上90%未満 (3)創面の10%以上50%未満 (4)創面の10%未満を占める (5)全く形成されていない		
	壞死組織 ポケット(cm ²) (ポケットの長径×短径に直交する最大径) - 傷瘍面積	(0)なし (1)16未満 (2)4以上16未満 (3)16以上36未満 (4)36以上		

褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容	
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレ力の評除 (体位変換、体重分散機器、頭部挙上方法、 直椅子姿勢保持等)	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			

利用者及び家族の意向 説明と同意日 署名 総所

⑥外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

概要

- 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。

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。

留意事項通知

- ① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、**退院その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討すること。**
- ② 当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。

- ③ 外泊時在家サービスの提供に当たっては、**介護老人福祉施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成する**とともに、**従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整**を行い、**その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。**
- ④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと。
- イ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ロ 当該入院患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
 - ハ 家屋の改善の指導
 - ニ 当該入院患者の介助方法の指導

- ⑤ 外泊時住宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
- ⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、5の(14)の①、②及び④を準用する。
- ⑦ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。この場合において外泊時住宅サービス利用の費用を併せて算定することはできないこと。

Q&A

問 94 介護老人福祉施設が提供する在宅サービスとはどのようなものか。

(答)

介護老人福祉施設が他のサービス事業所に委託して行う場合や、併設事業所がサービス提供を行う場合等が考えられる。

問 95 連続する外泊で、サービスを提供していない日と提供した日がある場合はどのような算定となるか。

(答)

各日において外泊時の費用又は外泊時在家サービス利用の費用が算定可能であるが、それぞれの算定上限に従う。

問 96 外泊時費用と外泊サービス利用時の費用を月に 6 日ずつ 12 日間算定することは可能か。

(答)

可能である。

⑦障害者の生活支援について

概要

ア 障害者を多く受け入れている小規模な施設を評価するため、現行の障害者生活支援体制加算の要件を緩和する。
イ 同加算について、一定の要件を満たす場合、より手厚い評価を行う。

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）

算定要件等

＜アについて＞

視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者の数（以下「入所障害者数」という。）が15人以上の施設に加え、入所障害者数が入所者総数の30%以上の施設も対象とする。

＜イについて（障害者生活支援体制加算（Ⅱ）の要件）＞

入所障害者数が入所者総数の50%以上、かつ、専ら障害者支援専門員としての職務に従事する常勤の職員である者を2名以上配置（障害者である入所者が50名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で障害者である入所者の数を50で除した数に1を加えた以上配置しているもの）

留意事項通知

- 注14の「入所者の数が15以上又は入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の30以上」又は「入所者のうち、視覚障害者等である入所者の占める割合が100分の50以上」という障害者生活支援員に係る加算の算定要件は、視覚障害者、聴覚障害者、言語機能障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数が15人以上又は入所者に占める割合が100分の30以上若しくは100分の50以上であれば満たされるものであること。この場合の障害者生活支援員の配置については、それぞれの障害に対応できる専門性を有する者が配置されていることが望ましいが、例えば、視覚障害に対応できる常勤専従の障害者生活支援員に加えて、聴覚障害、言語機能障害、知的障害及び精神障害に対応できる非常勤職員の配置又は他の職種が兼務することにより、適切な生活の支援を行うことができれば、当該加算の要件を満たすものとする。

⑧口腔衛生管理の充実

概要

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うこと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的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、以下の見直しを行う。
 - i 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。
 - ii 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に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する相談等に必要に応じ対応した場合

留意事項通知

- ・ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔ケアを行つにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。)を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- ・ ④ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行ふこと。

⑨栄養マネジメント加算の要件緩和

概要

- 栄養マネジメント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 施設に限る。）との兼務の場合にも算定を認めることとする。【通知改正】

単位数

	<現行>	<改定後>
栄養マネジメント加算	14単位／日	⇒ 変更なし

算定要件等

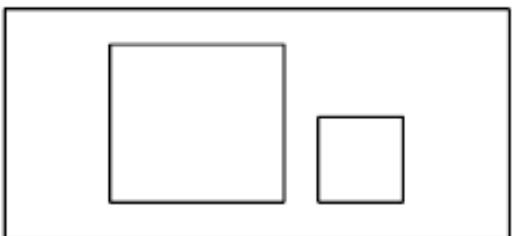
- 常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（1 施設に限る。）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定を認めることとする。

3. 介護老人福祉施設(⑨栄養マネジメント加算の要件緩和)

入所者数にかかわらず、原則として、施設ごとに常勤管理栄養士1名以上の配置が必要

例外規定(常勤管理栄養士の兼務可)

1 同一敷地内での介護老人福祉施設と
地域密着型介護老人福祉施設の併設

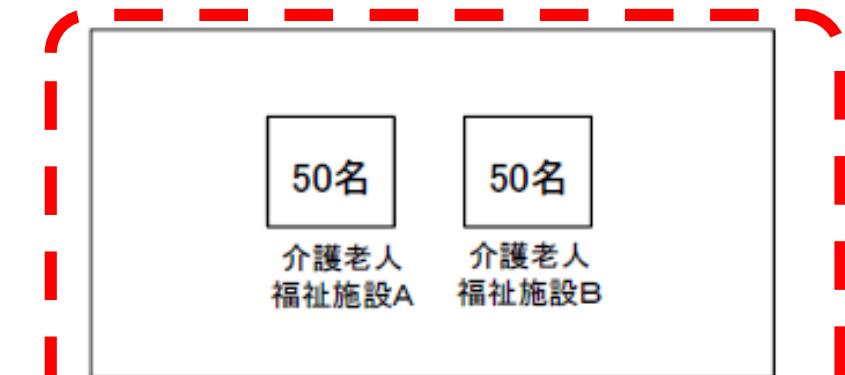


2 本体施設+サテライト型施設



※ 双方の入所者数の合計が栄養士の配置規定上1未満である場合
又は本体施設に常勤管理栄養士を2名以上配置している場合に限る。

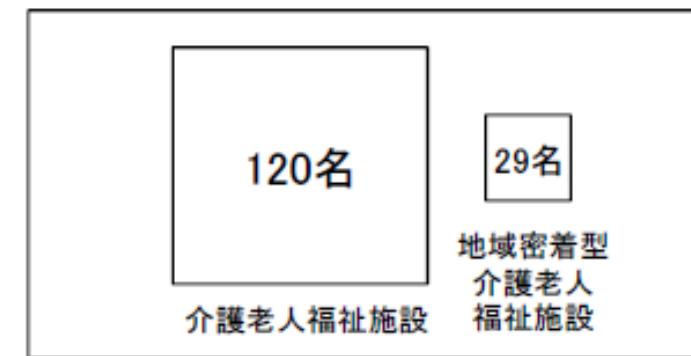
例1 同一敷地内での介護老人福祉施設の併設



⇒ 施設ごとに常勤管理栄養士1名以上必要
(兼務不可)

➤これを算定可能に

例2 同一敷地内での介護老人福祉施設と
地域密着型介護老人福祉施設の併設



⇒ 両施設合計で常勤管理栄養士1名以上必要
(兼務可)

⑩栄養改善の取組の推進

概要

- 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を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。

留意事項通知

- 低栄養リスク改善加算については、次に掲げる①から④までのとおり、実施するものとすること。
なお、当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)に基づき行うこと。
- ① 原則として、施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行つ場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行つに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る(以下同じ。)。
- ② 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成すること(栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。)。また、当該計画については、低栄養状態の改善等を行つための栄養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。なお、介護福祉施設サービスにおいては、当該計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって当該計画の作成に代えることができるものとすること。

- ③ 当該計画に基づき、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。低栄養リスク改善加算の算定期間は、低栄養状態の高リスク者に該当しなくなるまでの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して6月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合には、原則として当該加算は算定しないこと。
- ④ 低栄養状態の改善等のための栄養管理が、入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して、6月を超えて実施される場合でも、低栄養状態リスクの改善が認められない場合であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要とされる場合にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、この場合において、医師又は歯科医師の指示はおおむね2週間にごとに受けるものとすること。
- ⑤ 褥瘡を有する場合であって、褥瘡マネジメント加算を算定している場合は、低栄養リスク改善加算は算定できない。

⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

概要

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又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、介護保険施設の管理栄養士が当該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創設する。

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。

留意事項通知

- ① 指定介護老人福祉施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となつた場合であつて、当該者が退院した後、直ちに再度当該指定介護老人福祉施設に入所（以下「二次入所」といふ。）した場合を対象とすること。なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であつて、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。
- ② 当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
- ③ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意が得られた場合に算定すること。

⑫介護ロボットの活用の推進

概要

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、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、新たに評価する。

単位数

○変更なし

※夜勤職員配置加算

- ・地域密着型

従来型の場合

(I)イ : 41単位／日

経過的の場合

(I)ロ : 13単位／日

ユニット型の場合

(II)イ : 46単位／日

ユニット型経過的の場合

(II)ロ : 18単位／日

- ・広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

(I)イ : 22単位／日

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(I)ロ : 13単位／日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(II)イ : 27単位／日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(II)ロ : 18単位／日

算定要件等

<現行の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置していること。

<見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・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ていること。

0. 9の換算方法

- ・月全体の総夜勤時間数の90%について、夜勤職員の最低基準を1以上上回れば足りるという趣旨の規定である。
- ・具体的には、1ヶ月30日、夜勤時間帯は一日16時間であるとすると、合計480時間のうちの432時間において最低基準を1以上上回っていれば、夜勤職員配置加算を算定可能とする。なお、90%の計算において生じた小数点1位以下の端数は切り捨てる。

問88

入所者数の15%以上設置ということだが、見守り機器を設置しているベッドが空床であってもよいのか

- ・空床は含めない。

問89

留意事項通知

- ・夜勤職員基準第4号ハ及び第5号口の「見守り機器」は、利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを検知できるセンサー及び当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる機器であり、入所者の見守りに資するものとする。また、「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会」は、少なくとも3月に1回行うこととする。

見守り機器はどんなものか

- ・個別の指定ではなく、留意事項通知で定める機能を有するものが該当する。
- ・例えば、平成28年度補正予算「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」で実証を行った機器のほか、訪室回数の減少、介助時間の減少、ヒヤリハット・介護事故の減少等の効果が期待できる機器が該当する。
- ・介護老人福祉施設等は、訪室回数や介助時間の減少等の実証効果を製造業者等に確認するとともに、少なくとも9週間以上見守り機器を活用し、導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会において、ヒヤリハット・介護事故が減少していることを確認し、必要な分析・検討等を行った上で、都道府県等に届出を行い、加算を算定すること。
- ・※9週間については、少なくとも3週間毎にヒヤリハット・介護事故の状況を確認することとする。

「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」

機器名	企業名
NEOS+CARE	オリックスリビング
シルエット見守りセンター	キング通信工業
OWLSIGHT(アウルサイト)	イデアクエスト
マルチ離床センサー対応型介護施設向け見守りシステム	ワイエイシイエレックス
パナソニックエアコン見守りシステム	パナニック
見守り支援システム「眠りSCAN NN1310」	パラマウントベッド
見守りケアシステムM2	フランスベッド

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
- ①身体拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入所者的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）
- ②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
- ③身体拘束等の適正化のための指針を整備する
- ④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
- ⑤減算幅は1日5単位から1日10%へ

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営 に関する基準について

3)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(第6項第1号)

同条第6項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」(以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。)とは、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種(例えば、施設長(管理者)、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員)により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

- ・なお、身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、事故防止委員会及び感染対策委員会については、関係する職種等が身体的拘束適正化検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。

- ・委員会は指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。
- ・具体的には、次のようなことを想定している。
 - ① 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
 - ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
 - ③ 身体的拘束適正化のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(4) 身体的拘束適正化のための指針(第6項第2号)

- ・指定介護老人福祉施設が整備する「身体的拘束適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。
 - ① 施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方
 - ② 身体的拘束適正化のための委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 身体的拘束適正化のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した身体的拘束の報告方法等の方策に関する基本方針
 - ⑤ 身体的拘束発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他身体的拘束適正化の推進のために必要な基本方針

(5) 身体的拘束適正化のための従業者に対する研修(第6項第3号)

- ・介護職員その他の従業者に対する身体的拘束適正化のための研修の内容としては、身体的拘束適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。
- ・職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施することが重要である。
- ・また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

留意事項通知

- ・身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第11条第5項の記録（同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第6項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

Q&A

○ 身体拘束廃止未実施減算

問 87 新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するか。

(答)

施行以後、最初の身体拘束廃止に係る委員会を開催するまでの3ヶ月の間に指針等を整備する必要があるため、それ以降の減算になる。

⑯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

概要

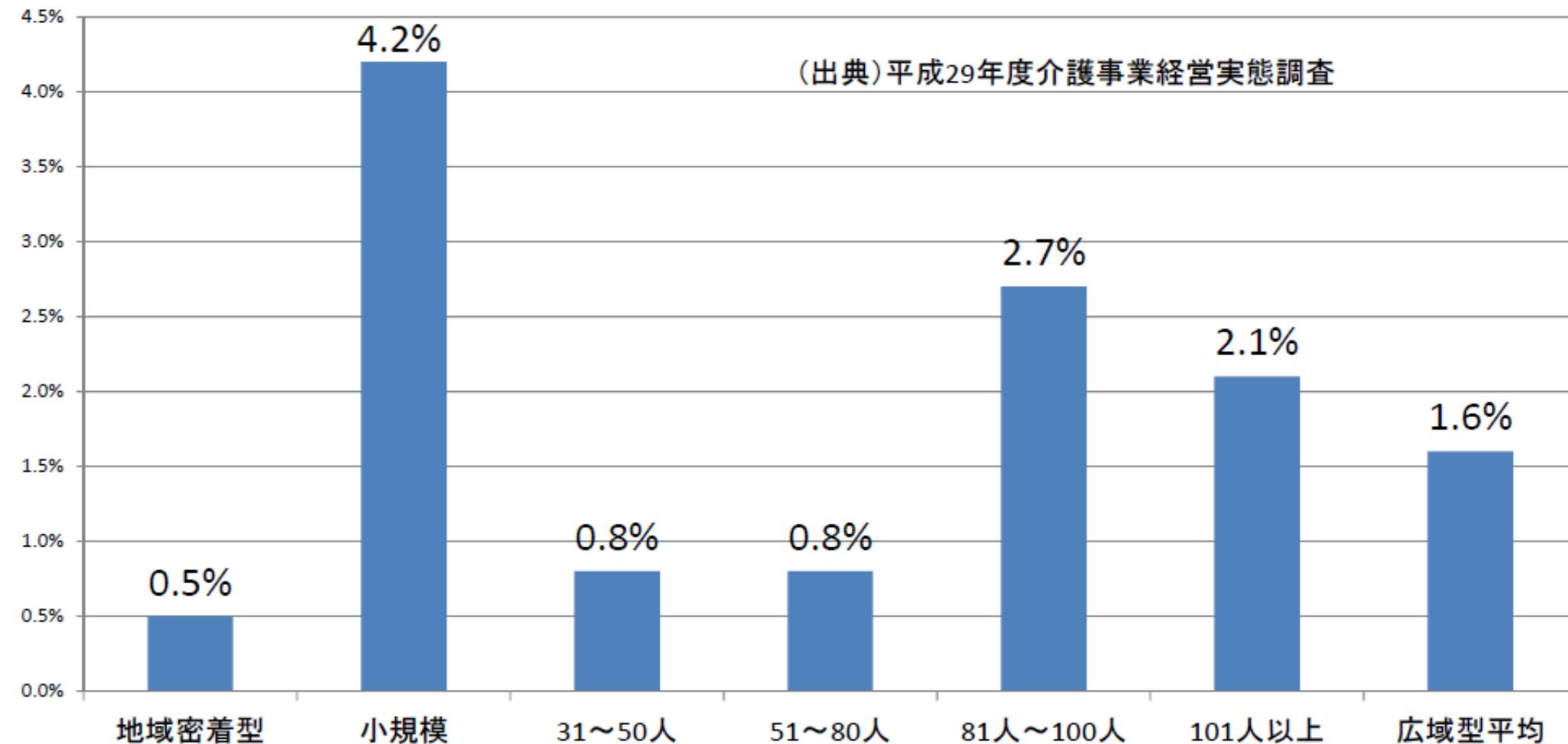
- 小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び旧措置入所者の基本報酬について、報酬体系の簡素化や報酬の均衡を図る観点から、見直しを行う。
 - ア 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し
 - ・小規模介護福祉施設（定員30名の施設）について、平成30年度以降に新設される施設については、通常の介護福祉施設と同様の報酬を算定することとする。
 - ・既存の小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設）と他の類型の介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から、別に厚生労働大臣が定める期日以降、通常の介護福祉施設の基本報酬と統合することとする。
 - ・上記に合わせ、既存の小規模介護福祉施設や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こととする。

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4又は5	781単位	要介護3 695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) 〔 経過的(注1) (定員26~29人) 〕	小規模 (定員30人)	広域型 (定員31人以上)
基本報酬	814 〔 955 〕	955	814

⑯療養食加算の見直し

概要

- 療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

単位数

	<現行>		<改定後>
療養食加算	18単位／日	⇒	6 単位／回

⑯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

⑰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

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

18. 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

①入居者の医療ニーズへの対応

概要

※介護予防特定施設入居者生活介護は含まない

ア 退院・退所時連携加算の創設

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等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こととする。

イ 入居継続支援加算の創設

たんの吸引などのケアの提供を行う特定施設に対する評価を創設する。

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

留意事項通知

- ① 当該利用者の退院又は退所に当たって、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行った場合には、入居日から30日間に限って、1日につき30単位を加算すること。
- ② 当該特定施設における過去の入居及び短期利用特定施設入居者生活介護の関係
- 退院・退所時連携加算は、当該入居者が過去3月間の間に、当該特定施設に入居したことがない場合に限り算定できることとする。
- 当該特定施設の短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく当該特定施設に入居した場合については、退院・退所時連携加算は入居直前の短期利用特定施設入居者生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定できることとする。
- ③ 30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合は、退院・退所時連携加算が算定できることとする。

留意事項通知

- ① 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合については、届出日の属する月の前3月のそれぞれの末日時点の割合の平均について算出すること。また、届出を行った月以降においても、毎月において直近3月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要である。これらの割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。

- ・ ② 当該加算の算定を行うために必要となる介護福祉士の員数を算出する際の利用者数については、第2の1(5)②を準用すること。また、介護福祉士の員数については、届出日の属する月の前3月間における員数の平均を、常勤換算方法を用いて算出した値が、必要な人数を満たすものでなければならぬ。さらに、届出を行った月以後においても、毎月において直近3月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たしていることが必要であり、必要な人数を満たさなくなつた場合は、直ちに訪問通所サービス通知1の5の届出を提出しなければならない。

18. 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

②生活機能向上連携加算の創設

概要

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の評価を創設する。

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に、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。

18. 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

④若年性認知症入居者受入加算の創設

概要

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、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を行う。

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。

18. 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

⑤口腔衛生管理の充実

概要

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- 歯科医師又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等も対象とすることとする。

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

留意事項通知

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいつものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいつものではない。
- ② 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
 - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
 - ロ 当該施設における目標
 - ハ 具体の方策
 - ニ 留意事項
 - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
 - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
 - ド その他必要と思われる事項
- ③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行つにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行つこと。

18. 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

⑥栄養改善の取組の推進

概要

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- 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。

留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業者が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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
							事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

実施日	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)
身長(cm)※1	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²)※1 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)			
直近6か月間における 2～3kg以上上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)			
血清アルブミン値(g/dl)※2 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(g/dl)			
食事摂取量75%以下※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(%)			
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(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 経腸栄養法 静脈栄養法	
栄養補給法			
褥瘡			褥瘡

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

短期入所生活介護

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

12. 短期入所生活介護 ①看護体制の充実

概要

※介護予防短期入所生活介護は含まない

- 中重度の高齢者の積極的な受け入れを促進する等の観点から、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こととする。

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。

留意事項通知

- ・口 中重度者受入要件
- ・a 看護体制加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度(3月を除く。)又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

- b 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
- i 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
- ii 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。
- ハ 定員要件
- 看護体制加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の定員規模に係る要件は、併設事業所に関しては、短期入所生活介護のみの定員に着目して判断する。例えば、指定介護老人福祉施設の入所者数が50人、併設する短期入所生活介護の利用者が10人である場合、短期入所生活介護については29人以下の規模の単位数を算定する。
- なお、空床利用型の短期入所生活介護については、本体の指定介護老人福祉施設の定員規模で判断する。

12. 短期入所生活介護 ②夜間の医療処置への対応の強化

概要

※介護予防短期入所生活介護は含まない

- 夜間の医療処置への対応を強化する観点から、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

<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)

12. 短期入所生活介護 ③生活機能向上連携加算の創設

概要

※介護予防短期入所生活介護を含む

- 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、短期入所生活介護の事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

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に、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。

留意事項通知

- ・ 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この(7)において「理学療法士等」という。)が、当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

留意事項通知

- ・この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院、診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院であること。
- ・② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

- ・③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ・④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定短期入所生活介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

- ・⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ・⑥ 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

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的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。

12. 短期入所生活介護 ⑤認知症専門ケア加算の創設

概要

※介護予防短期入所生活介護を含む

- 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介護老人保健施設に設けられている認知症専門ケア加算について、短期入所生活介護にも創設する。

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。

留意事項通知

- ・① 「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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入居者を指すものとする。
- ・② 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1/2以上の算定方法は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人員数(要支援者を含む)の平均で算定すること。また、届出を行った月以降においても、直近3月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要である。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならない。

- ③「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を指すものとする。ただし、平成31年3月31日までの間にあっては、「認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とあるのは、認知症介護実践リーダー研修の研修対象者(認知症介護実践者等養成事業実施要綱(平成21年3月26日老発第0326003号。以下「要綱」という。)4(1)③イに掲げる者)に該当する者であって、かつ、平成30年9月30日までの間に当該研修の受講の申し込みを行っている者を含むものとする。
- ④「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者研修」を指すものとする。ただし、平成31年3月31日までの間にあっては、「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」とあるのは、認知症介護指導者研修の研修対象者(要綱4(5)③において都道府県等から推薦を受けた者又は介護保険施設・事業所等の長から推薦を受けた者)に該当する者であって、かつ、平成30年9月30日までの間に当該研修の受講の申し込みを行っている者を含むものとする。

- ・⑤ 併設事業所及び特別養護老人ホームの空床利用について
- ・併設事業所であって本体施設と一体的に運営が行われている場合
及び特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護
を行う場合の認知症専門ケア加算の算定は、本体施設である指定
介護老人福祉施設と一体的に行うものとすること。具体的には、本
体施設の対象者の数と併設事業所の対象者の数(特別養護老人
ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行う場合にあつ
ては、当該指定短期入所生活介護の対象者の数)を合算した数が
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の③又は④に規定
する研修を修了した者を配置している場合に算定可能となる。

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。

12. 短期入所生活介護 ⑦介護ロボットの活用の推進

概要

※介護予防短期入所生活介護は含まない

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、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、新たに評価する。

単位数

- 変更なし

※夜勤職員配置加算

従来型の場合

(I) : 13単位／日

ユニット型の場合

(II) : 18単位／日

算定要件等

＜現行の夜勤職員配置加算の要件＞

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準 + 1名分の人員を多く配置していること。

＜見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件＞

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準 + 0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・ 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ていること。

12. 短期入所生活介護 ⑧多床室の基本報酬の見直し

概要

※介護予防短期入所生活介護を含む

- 短期入所生活介護の基本報酬について、特別養護老人ホーム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との間の報酬の差を適正化することとする。

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

⇒

⑯療養食加算の見直し

概要

- 療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

単位数

	<現行>		<改定後>
療養食加算	18単位／日	⇒	6 単位／回

12. 短期入所生活介護 ⑩共生型短期入所生活介護

概要

※介護予防短期入所生活介護を含む

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（障害者支援施設の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。【省令改正】

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（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域との関わりを持つために地域に貢献する活動（地域の交流の場の提供、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に算定できることとする。

（報酬設定の基本的な考え方）

- 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の水準を担保する。

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。

留意事項通知

- (6) 生活相談員配置等加算について
- ① 生活相談員(社会福祉士、精神保健福祉士等)は、常勤換算方法で1名以上配置する必要があるが、共生型短期入所生活介護の指定を受ける障害福祉制度における指定短期入所事業所(本体施設が障害者支援施設である併設事業所及び空床利用型事業所に限る。以下この号において同じ。)に配置している従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合には、新たに配置する必要はなく、兼務しても差し支えない。
- なお、例えば、1週間のうち特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ加算の算定対象となる。
- ② 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場(開放スペースや保育園等との交流会など)の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入や活動(保育所等における清掃活動等)の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参画」、「地域住民への健康相談教室・研修会」など、地域や多世代との関わりを持つためのものとするよう努めること。
- ③ なお、当該加算は、共生型短期入所生活介護の指定を受ける指定短期入所事業所においてのみ算定することができるものであること。

⑯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

⑰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

通所介護

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ①生活機能向上連携加算の創設

概要

- 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、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

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に、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。

※認知症通所介護も同じ

留意事項通知

- ① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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(病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この(10)において「理学療法士等」といふ。)が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」といふ。)と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。
- この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院、診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院であること。
- ② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とする。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとすること。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。

- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。
- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ⑥ 機能訓練に関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ②心身機能に係るアウトカム評価の創設

概要

- 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（日常生活動作）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>		<改定後>	
なし	⇒	ADL維持等加算(I)	3単位／月（新設）
		ADL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。）。

5. 通所介護(②心身機能に係るアウトカム評価の創設 通所介護費及び地域密着型通所介護費におけるADL維持等加算の基準)

- 利用者ごとに評価対象利用期間が異なるので注意。（評価対象期間内に途中から利用する人はいるため、常に要介護度3-5の割合、要介護認定1年超の把握が必要）
- 厚生労働省へのデータの提出を行うのであれば、最初からADL維持加算（Ⅱ）6単位を算定できる。

報酬改定（H30年度）												算定可能（H32.3.31迄）						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
評価対象期間（厚生労働大臣が定める期間）												算定可能（H32.3.31迄）						
Aさん												Aさんの評価対象利用期間						
イ（1）6月以上連続して利用し、かつ5時間以上算定回数が5時間未満算定回数を超えて利用者の総数が20人以上 イ（2）開始月の要介護3～5が15%以上 イ（3）開始月が要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内である者の割合が15%以下 イ（4）開始月と6月目のADL値の提出者の割合が90%以上 ・開始月から6月目のADLと開始月のADLを差し引いた												Bさんの評価対象利用期間						
Bさん												ADL利得が高い順に85%の利用者の値の合計が0以上（ADL利得の評価）						
イ（1） イ（2） イ（3） イ（4）												ADL利得が0より大きい = 1 ADL利得が0 = 0 ADL利得が0未満 = -1 この合計が0以上						
Cさん	上記同様												・ADL利得の評価					
Dさん																		
Eさん																		
Fさん																		
・																		
・																		

ADL維持等加算の算定要件の考え方

Step1. 加算を算定しようとする月の年度の初日（4月1日）が属する年の前年の1月から12月までの期間を「評価対象期間」とする。



Step2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定する。
(各利用者について、最も早い6月連続利用がその利用者の「評価対象利用期間」、評価対象利用期間の初めの月が「評価対象利用開始月」となる。)

例1：1月、3～8月、11月に利用

→ 3～8月が評価対象利用期間、3月が評価対象利用開始月

例2：1～9月、12月に利用

→ 1～6月が評価対象利用期間、1月が評価対象利用開始月

例3：1～5月、7～11月に利用

→ 6月以上連続して利用した期間がないため対象外

Step3. Step2.で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。

Step4. Step3.で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、Step1.の「加算を算定しようとする月の年度」において、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（I）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にADLを評価（※）して、両月のADLの値を提出した割合が90%以上。
- ⑤ ④の1月目と6月目のADLの値を比較し、ADLが改善していたものを1、不变だったものを0、悪化していた場合を-1として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

※ 評価にはBarthel Indexを用いる。

Step5. ADL維持等加算（I）が算定可能な事業所で、さらに個々の利用者のADLの評価を厚生労働省に提出すれば、当該の利用者について、ADL維持等加算（I）の代わりに（II）が算定可能。

BI(ADL)利得

Aさん

- ・事前BI=50点、事後BI=80点
- ・事後BI(80点)－事前BI(50点)=30点(BI利得⇒1)

Bさん

- ・事前BI=80点、事後BI=50点
- ・事後BI(50点)－事前BI(80点)=−30点(BI利得⇒−1)

ADL維持等加算の算定要件の考え方（例）

例：2020年4月から2021年3月までの間においてADL維持等加算を算定しようとする場合。

Step 1. 評価対象期間は2019年1月から12月。

Step 2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者（図では「力」以外）、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定。

利用者	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	評価対象利用期間において5時間以上>5時間未満か	ADL利得
ア	45	—	—	—	—	50					—	—	○	50 - 45 = 5
イ		50	—	—	45	—	60	—	—	70	—	—	○	60 - 50 = 10
ウ		—	50	—	—	—	70	70		—	55	—	○	定義せず
エ		—	—	—		45	—	—	—	—	45		○	45 - 45 = 0
オ	60	—	—	—	50	70	—	—		—	65	—	×	70 - 60 = 10
カ	60	60	—	—	—		70	—	—	65	—		6月以上の連続利用なし。	
キ	60	—	—	—	—	40							○	40 - 60 = -20
ク		—	—		70	—	—	75	—	65	—	—	○	65 - 70 = -10
⋮														

数字は当該月に測定・提出したBarthel Index。（「—」はBarthel Indexの測定・提出が行われなかつことを示す。）

緑色のセルは評価対象利用期間、赤字は評価利用対象期間開始月、青字は評価利用対象期間開始月を1月目として6月目。

Step3. Step2.で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定。（図では「オ」「カ」以外）

Step4. Step3.で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、2020年4月から2021年3月までの間、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（I）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にADLを評価（※）して、両月のADLの値を提出した割合が90%以上（図ではア、イ、エ、キ、ク）。
- ⑤ ④の1月目と6月目のADLの値を比較し、ADLが改善していたものを1（図ではア、イ、オ）、不变だったものを0（図ではエ）、悪化していた場合を-1（図ではキ、ク）として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

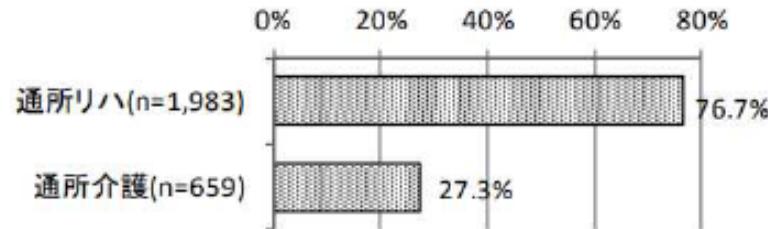
- ・ア $50 - 45 = 5 \Rightarrow 1$ (ADL(BI)利得)
- ・イ $60 - 50 = 10 \Rightarrow 1$ (ADL(BI)利得)
- ・ウ評価期間最初月にBI測定していないので対象外
- ・エ $45 - 45 = 0 \Rightarrow 0$ (ADL(BI)利得)
- ・オ $70 - 60 = 10 \Rightarrow 1$ (ADL(BI)利得)
- ・カ6月以上の連続利用なし
- ・キ $40 - 60 = -20 \Rightarrow -1$ (ADL(BI)利得)
- ・ク $65 - 70 = -5 \Rightarrow -1$ (ADL(BI)利得)
- ・ア+イ+エ+オ+キ+ク= $1 + 1 + 0 + 1 + (-1) + (-1) = 1$
- ・1なので算定要件を満たす

Barthel Indexについて

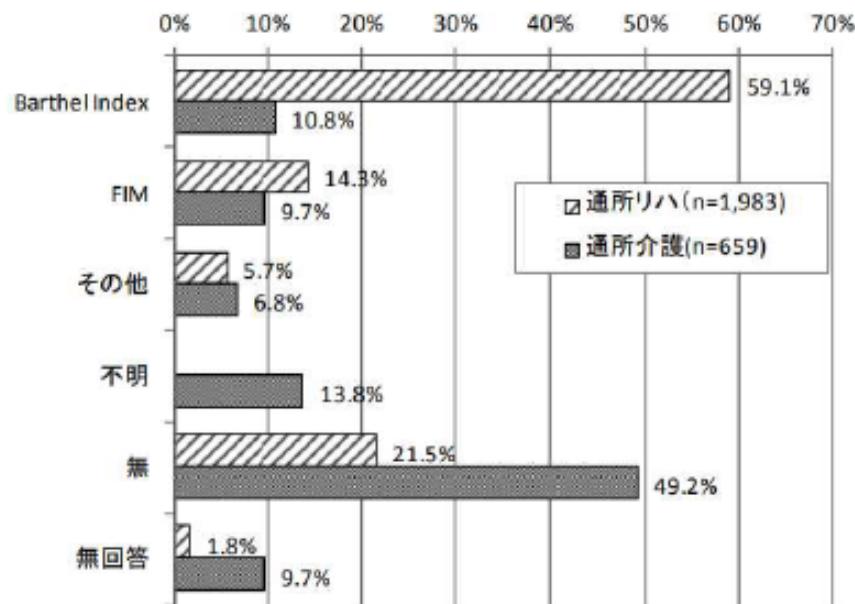
Barthel Index

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）



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

ADL維持等加算(留意事項通知)

- ・バーセルインデックスによるADL値の提出は介護給付費明細書の給付費明細書の摘要欄に記載する
- ・すでにADL値を測定し加算要件を満たす場合は4月から算定できる
- ・31年度以降算定する場合は算定の届出の日の属する月から12月までを評価対象期間とする

留意事項通知

- ① ADLの評価は、Barthel Indexを用いて行うものとする。
- ② 大臣基準告示第16号の2イ(4)におけるADL値の提出は、サービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで行う。
- ③ 大臣基準告示第16号の2ロ(2)におけるADL値の提出は、ADL維持等加算(Ⅱ)の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することによって行う。なお、当該提出は、当該提出の月の属する年の1月から12月までが評価対象期間となる際に大臣基準告示第16号の2イ(4)によって求められるADL値の提出を兼ねるものとする。
- ④ 平成30年度の算定については、平成29年1月から12月までの評価対象期間について、大臣基準告示第16号の2イ(1)、(2)、(3)、(4)の「その評価に基づく値(以下この号において「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定が提出されている者((5)において「提出者」という。)の占める割合」を「その評価に基づく値(以下この(12)において「ADL値」という。)が記録されている者((5)において「被記録者」という。)の占める割合」と読み替えたもの、及び(5)の「提出者」を「被記録者」と読み替えたものを満たすことを示す書類を保存していれば、それを根拠として算定できることとする。

- ・⑤ 平成31年度以降に加算を算定する場合であって、加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの間に、指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費のイ、ロ又はハの注11に掲げ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ている場合には、届出の日から同年12月までの期間を評価対象期間とする。
- ・⑥ 提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

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的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、一定の実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。

※認知症通所介護も同じ

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ④栄養改善の取組の推進

※認知症通所介護も同じ

概要

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名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、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)

留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業者が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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
							事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

実施日	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)
身長(cm)※1	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²)※1 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)			
直近6か月間における 2～3kg以上上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)			
血清アルブミン値(g/dl)※2 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(g/dl)			
食事摂取量75%以下※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(%)			
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(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 経腸栄養法 静脈栄養法	
栄養補給法			
褥瘡			褥瘡

8. 通所介護・地域密着型通所介護

⑤基本報酬のサービス提供時間区分の見直し

⑥規模ごとの基本報酬の見直し

概要

- 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時間ごとに見直すこととする。
- 通所介護の基本報酬は、事業所規模（地域密着型、通常規模型、大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ））に応じた設定としており、サービス提供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、直近の通所介護の経営状況について、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いる。また、管理的経費の実績を見ると、サービス提供1人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型は低くなっている。
これらの実態を踏まえて、基本報酬について、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点も考慮しつつ、規模ごとにメリハリをつけて見直しを行うこととする。

現行の時間区分

時間区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	評価なし		3~5h		5~7h		7~9h		



新時間区分

時間区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	評価なし		3~4h	4~5h	5~6h	6~7h	7~8h	8~9h	

※単位数については、次頁に記載

Q&A

○ 居宅サービス計画の変更について

問 141 今回、通所介護・地域密着型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分について、2時間ごとから1時間ごとに見直されたことにより、時間区分を変更することとしたケースについては、居宅サービス計画の変更（サービス担当者会議を含む）は必要なのか。

(答)

- ・介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合（例えば、サービス提供時間が7時間以上9時間未満が、7時間以上8時間未満）であっても、サービスの内容及び提供時間に変更が無ければ、居宅サービス計画の変更を行う必要はない。
- ・一方で、今回の時間区分の変更を契機に、利用者のニーズを踏まえた適切なアクセスメントに基づき、これまで提供されてきた介護サービス等の内容をあらためて見直した結果、居宅サービス計画を変更する必要が生じた場合は、通常の変更と同様のプロセスが必要となる。

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
要介護1	645単位
要介護2	761単位
要介護3	883単位
要介護4	1,003単位
要介護5	1,124単位
	所要時間8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

⇒

[例3] 大規模型事業所（Ⅱ）

	所要時間7時間以上8時間未満
要介護1	595単位
要介護2	703単位
要介護3	814単位
要介護4	926単位
要介護5	1,038単位
	所要時間8時間以上9時間未満
要介護1	628単位
要介護2	742単位
要介護3	859単位
要介護4	977単位
要介護5	1,095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
要介護1	617単位
要介護2	729単位
要介護3	844単位
要介護4	960単位
要介護5	1,076単位
	所要時間8時間以上9時間未満
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4] 地域密着型事業所

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

通常規模型

3~5	3~4	差
介護1	380	介護1
介護2	436	介護2
介護3	493	介護3
介護4	548	介護4
介護5	605	介護5
	4~5	
	380	介護1
	436	介護2
	493	介護3
	548	介護4
	605	介護5

通常規模型

5~7	5~6		差
介護1	572 介護1	558	-14
介護2	676 介護2	660	-16
介護3	780 介護3	761	-19
介護4	884 介護4	863	-21
介護5	988 介護5	964	-24
6~7			
	572 介護1	572	0
	676 介護2	676	0
	780 介護3	780	0
	884 介護4	884	0
	988 介護5	988	0

通常規模型

7~9	7~8	差
介護1	656	介護1
介護2	775	介護2
介護3	898	介護3
介護4	1021	介護4
介護5	1144	介護5
8~9		
	656	介護1
	775	介護2
	898	介護3
	1021	介護4
	1144	介護5

大規模(I)

3~5	3~4	差
介護1	374 介護1	350 -24
介護2	429 介護2	401 -28
介護3	485 介護3	453 -32
介護4	539 介護4	504 -35
介護5	595 介護5	556 -41
4~5		
	374 介護1	368 -6
	429 介護2	422 -7
	485 介護3	477 -8
	539 介護4	530 -9
	596 介護5	585 -11

大規模(I)

5~7	5~6	差
介護1	562	介護1
介護2	665	介護2
介護3	767	介護3
介護4	869	介護4
介護5	971	介護5
	6~7	
	562	介護1
	665	介護2
	767	介護3
	869	介護4
	971	介護5

大規模(I)

7~9	7~8	差
介護1	645	介護1
介護2	762	介護2
介護3	883	介護3
介護4	1004	介護4
介護5	1125	介護5
	8~9	
	645	介護1
	762	介護2
	883	介護3
	1004	介護4
	1125	介護5

大規模(Ⅱ)

3から5	3～4	差
介護1	364 介護1	338 -26
介護2	417 介護2	387 -30
介護3	472 介護3	438 -34
介護4	524 介護4	486 -38
介護5	579 介護5	537 -42
	4～5	
	364 介護1	354 -10
	417 介護2	406 -11
	472 介護3	459 -13
	524 介護4	510 -14
	579 介護5	563 -16

大規模(Ⅱ)

5~7	5~6	差
介護1	547 介護1	514 -33
介護2	647 介護2	608 -39
介護3	746 介護3	702 -44
介護4	846 介護4	796 -50
介護5	946 介護5	890 -56
	6~7	
	547 介護1	532 -15
	647 介護2	629 -18
	746 介護3	725 -21
	846 介護4	823 -23
	946 介護5	920 -26

大規模(Ⅱ)

7~9	7~8	差
介護1	628	介護1 595 -33
介護2	742	介護2 703 -39
介護3	859	介護3 814 -45
介護4	977	介護4 926 -51
介護5	1095	介護5 1038 -57
	6~7	
	628	介護1 611 -17
	742	介護2 722 -20
	859	介護3 835 -24
	977	介護4 950 -27
	1095	介護5 1065 -30

地域密着型

3~5	3~4	差
介護1	426	介護1
介護2	488	介護2
介護3	552	介護3
介護4	614	介護4
介護5	678	介護5
	4~5	
	426	介護1
	488	介護2
	552	介護3
	614	介護4
	678	介護5

地域密着型

5~7	5~6	差
介護1	641	介護1
介護2	757	介護2
介護3	874	介護3
介護4	990	介護4
介護5	1107	介護5
6~7		
	641	介護1
	757	介護2
	874	介護3
	990	介護4
	1107	介護5

地域密着型

7~9	7~8	差
介護1	735	介護1
介護2	868	介護2
介護3	1006	介護3
介護4	1144	介護4
介護5	1281	介護5
8から9		
	735	介護1
	868	介護2
	1006	介護3
	1144	介護4
	1281	介護5

10. 認知症対応型通所介護 ④基本報酬のサービス提供時間区分の見直し

概要

※介護予防認知症対応型通所介護を含む

- 認知症対応型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時間ごとに見直すこととする。

単位数

[例1] 単独型事業所		[例2] 併設型事業所		[例3] 共用型事業所	
		7時間以上 8時間未満	7時間以上 8時間未満	7時間以上 8時間未満	7時間以上 8時間未満
7時間以上 9時間未満	要介護1 985単位 要介護2 1,092単位 要介護3 1,199単位 要介護4 1,307単位 要介護5 1,414単位	要介護1 985単位 要介護2 1,092単位 要介護3 1,199単位 要介護4 1,307単位 要介護5 1,414単位	要介護1 885単位 要介護2 980単位 要介護3 1,076単位 要介護4 1,172単位 要介護5 1,267単位	要介護1 506単位 要介護2 524単位 要介護3 542単位 要介護4 560単位 要介護5 579単位	要介護1 518単位 要介護2 537単位 要介護3 555単位 要介護4 573単位 要介護5 593単位
⇒	8時間以上 9時間未満	7時間以上 9時間未満	8時間以上 9時間未満	8時間以上 9時間未満	8時間以上 9時間未満
	要介護1 1,017単位 要介護2 1,127単位 要介護3 1,237単位 要介護4 1,349単位 要介護5 1,459単位	要介護1 885単位 要介護2 980単位 要介護3 1,076単位 要介護4 1,172単位 要介護5 1,267単位	要介護1 913単位 要介護2 1,011単位 要介護3 1,110単位 要介護4 1,210単位 要介護5 1,308単位	要介護1 535単位 要介護2 554単位 要介護3 573単位 要介護4 592単位 要介護5 612単位	

認知症対応型単独型

3~5	3~4	差
介護1	564 介護1	538 -26
介護2	620 介護2	592 -28
介護3	678 介護3	647 -31
介護4	735 介護4	702 -33
介護5	792 介護5	756 -36
4~5		
	564 介護1	564 0
	620 介護2	620 0
	678 介護3	678 0
	735 介護4	735 0
	792 介護5	792 0

認知症対応型単独型

5~7	5~6	差
介護1	865	介護1
介護2	958	介護2
介護3	1050	介護3
介護4	1143	介護4
介護5	1236	介護5
	6~7	
	865	介護1
	958	介護2
	1050	介護3
	1143	介護4
	1236	介護5

認知症対応型単独型

7~9	7~8	差
介護1	985	介護1
介護2	1092	介護2
介護3	1199	介護3
介護4	1307	介護4
介護5	1414	介護5
	8~9	
	985	介護1
	1092	介護2
	1199	介護3
	1307	介護4
	1414	介護5

認知症対応型併設型

3~5		3~4		差
介護1		510	介護1	487 -23
介護2		561	介護2	536 -25
介護3		612	介護3	584 -28
介護4		663	介護4	633 -30
介護5		714	介護5	682 -32
		4~5		
		510	介護1	510 0
		561	介護2	561 0
		612	介護3	612 0
		663	介護4	663 0
		714	介護5	714 0

認知症対応型併設型

5~7	5~6	差
介護1	778	介護1
介護2	861	介護2
介護3	944	介護3
介護4	1026	介護4
介護5	1109	介護5
	6~7	
	778	介護1
	861	介護2
	944	介護3
	1026	介護4
	1109	介護5

認知症対応型併設型

7～9	7～8	差
介護1	885 介護1	885 0
介護2	980 介護2	980 0
介護3	1076 介護3	1076 0
介護4	1172 介護4	1172 0
介護5	1267 介護5	1267 0
	8～9	
	885 介護1	913 28
	980 介護2	1011 31
	1076 介護3	1110 34
	1172 介護4	1210 38
	1267 介護5	1308 41

認知症対応型共用型

3～5	3～4	差
介護1	270 介護1	264 -6
介護2	280 介護2	274 -6
介護3	289 介護3	283 -6
介護4	299 介護4	292 -7
介護5	309 介護5	302 -7
	4～5	
	270 介護1	276 6
	280 介護2	287 7
	289 介護3	296 7
	299 介護4	306 7
	309 介護5	316 7

認知症対応型共用型

5~7	5~6	差
介護1	439 介護1	441 2
介護2	454 介護2	456 2
介護3	470 介護3	473 3
介護4	486 介護4	489 3
介護5	502 介護5	505 3
	6~7	
	439 介護1	453 14
	454 介護2	468 14
	470 介護3	485 15
	486 介護4	501 15
	502 介護5	517 15

認知症対応型共用型

7~9	7~8	差
介護1	506	介護1
介護2	524	介護2
介護3	542	介護3
介護4	560	介護4
介護5	579	介護5
	8~9	
	506	介護1
	524	介護2
	542	介護3
	560	介護4
	579	介護5

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

※認知症通所介護も同じ

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

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ⑨共生型通所介護

概要

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。
【省令改正】

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（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域との関わりを持つために地域に貢献する活動（地域の交流の場の提供、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に算定できることとする。

（報酬設定の基本的な考え方）

- 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の水準を担保する。

単位数

【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

＜現行＞

なし
なし

⇒
⇒

＜改定後＞

基本報酬 所定単位数に93／100を乗じた単位数（新設）
生活相談員配置等加算 13単位／日（新設）

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

※認知症通所介護も同じ

居宅介護支援

17. 居宅介護支援 基本報酬

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

(一) 要介護 1 又は要介護 2

<現行>

1042単位／月

<改定後>

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

(一) 要介護 1 又は要介護 2

<現行>

521単位／月

<改定後>

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

(一) 要介護 1 又は要介護 2

<現行>

313単位／月

<改定後>

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

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、 ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

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の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。【省令改正】
- 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、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- 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こととする。【通知改正】

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 一医療機関）

*ケアプラン表・2表・3表／趣味・关心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／往診券に関する写真などを添付

病院 担当者 様 (照印日： 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
届け出支援事業所名	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 生年月日	才 明・大・昭・平 年 月 日	性別 男 女	
住所	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」添付	□ 戸建て □ 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	□ なし □ あり（ ）	
入院時の介護度	□ 要支援（ ）	□ 要介護（ ）	□ 申請中 □ 未申請	
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
介護保険の自己負担割合	□ 1割 □ 2割 □ 不明	障害など認定	□ なし □ あり（ ）	
年金などの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金	□ 生活保護	□ その他（ ）	

2. 家族の情報について

家族構成 □独居 □同居	カーパーソン (連絡先) (才)	氏名 (続柄／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・关心領域など			
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. 今後の生活展望について（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＊	□ 独居 □ 日中独居 □ 高齢世帯 □ サポートできる家族や支援者が不在 □ 家族が要介護状態／認知症である □ その他（ ）		
特記事項 (特に注意すべき点)			

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	□ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□ 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）

「1. 退院時ににおけるケアマネジャー・医療機関等職員との多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

ADL	麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし	□ あり		
							移動	自立	見守り	一部介助
	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					
	食事回数	・朝： 時間	・昼： 時間	・夜： 時間		食事制限	□ なし	□ あり（ ）		
食事内容	食事形態	□ 普通	□ 吞嚥	□ 吐下障害食	□ ミキサー	水分制限	□ なし	□ あり（ ）		
	摂取方法	□ 経口	□ 経管栄養	水分点滴	□ なし	□ あり	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		義歎	□ なし	□ あり		
口腔	口腔清潔	良好	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／パッド	□ なし	□ 夜間	□ 常時	
	頭脳の状態	良	不良（ ）		脳剤の使用	□ なし	□ あり	頭脳時間	時間/日	
	嚥嚥量	本くらV日あたり			飲酒量	合くらV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		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	□ なし	□ 幻視・幻聴	□ 認知症	□ 焦燥・不穏	□ 妄想	□ 暴力/攻撃性	□ 介護への抵抗	□ 不眠	
		□ 嚥嚥逆転	□ 徒歩	□ 危険行動	□ 不潔行動	□ その他（ ）				
	疾患歴*	□ なし	□ 慢性腎臓病	□ 認知症	□ 急性呼吸器感染症	□ 脳血管障害	□ 骨折			
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	□ 頻度は低しが、これまでにもある		□ 今回が初めて					
	医療処置*	□ なし	□点滴	□ 酸素療法	□ 呼吸吸引	□ 气管切開	□ 胃ろう	□ 経鼻栄養	□ 脱脂	
		□ 呼吸カテーテル	□ 呼吸ストーマ	□ 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（ ）		

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ なし	□ あり（ ）	居宅療養管理指導	□ なし	□ あり（職種： ）
薬剤管理	□ 自己管理	□ 他者による管理	- 管理者： - 管理方法：		
服薬状況	□ 導方通り服用	□ 時々飲み忘れ	□ 飲み忘れが多い、導方が守られていない		
お薬に関する特記事項					

8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名			電話番号		
医師名	（フリガナ）		診療方法	□ 妊娠	□ 訪問診療
			- 頻度 -	（ ）回	月・週

※記入欄は複数枚あります。複数枚ある場合は、複数枚提出して下さい。

Q&A

○ 入院時情報連携加算について

問 139 先方と口頭でのやりとりがない方法（FAXやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

(答)

入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

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・退所加算を以下のとおり見直す。

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する。

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・退所時にケアマネジャー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例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

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・現在の状態 等

属性 今回の入院概要	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	□なし □申情中 □要支援（） □要介護（）	
	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					
	入院先	(病院) (病棟) (階) (居室)				
	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				
	① 病患と入院中の状況	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 □普段く不良 □軽度 □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					
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（）					
② 本人や家族の受け止め方	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
	家族の受け止め方			□あり	□なし	
	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						
③ 退院後に必要な事項	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 □吸痰吸引 □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 □本人指導 □家族指導 □間節可動域練習（ストレッチ等） □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋萎張改善練習 □起居／立位等基本動作練習 □摄食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等） □IADL練習（買い物、調理等） □疼痛管理（痛みコントロール） □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他（）				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
		□なし □あり				

症状・病状の予後・予測		（前医療機関からの報告で、現在（今後の見通し）、過去の行動性や今後、どんなことが起こりうるか（合併症）、高くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか、など）				
日常生活の状況・環境など	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					
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：おおとその型選択的なレベルの問題（どの位の期間で、どのレベルまでいいですかなど）	
	屋外移動	自立 □見守り □一部介助 □全介助		改善 □維持 □悪化		
	食事	支障なし □支障あり		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	支障なし □支障あり		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	支障なし □支障あり		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	支障なし □支障あり		改善 □維持 □悪化			
認知	支障なし □支障あり		改善 □維持 □悪化			
褥瘡・皮膚の問題	支障なし □支障あり		改善 □維持 □悪化			
行動・心理症状(BPSD)	支障なし □支障あり		改善 □維持 □悪化			
居住環境	支障なし □支障あり		改善 □維持 □悪化			
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
(回目)	年 月 日	□医師（ ）	□看護師（ ）	□リハ職（ ）	□（ ）	
	□MSW（ ）	□歯科医師・歯科衛生士（ ）	□（ ）			
(回目)	年 月 日	□医師（ ）	□看護師（ ）	□リハ職（ ）	□（ ）	
	□MSW（ ）	□歯科医師・歯科衛生士（ ）	□（ ）			

Q&A

○ 退院・退所加算について

問 140 退院・退所加算（Ⅰ）口、（Ⅱ）口及び（Ⅲ）の算定において評価の対象となるカンファレンスについて、退所施設の従業者として具体的にどのような者の参加が想定されるか。

（答）

退所施設からの参加者としては、当該施設に配置される介護支援専門員や生活相談員、支援相談員等、利用者の心身の状況や置かれている環境等について把握した上で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に必要な情報提供等を行うことができる者を想定している。

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

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がとされているが、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。【省令改正】
- 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ジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（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

Q&A

○ 主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供について

問 133 基準第 13 条第 13 号の 2 に規定する「利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者的心身又は生活の状況に係る情報」について、解釈通知に記載のある事項のほかにどのようなものが想定されるか。

(答)

- ・解釈通知に記載のある事項のほか、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供が必要な情報については、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要かどうかをもとに介護支援専門員が判断するものとする。
- ・なお、基準第 13 条第 13 号の 2 は、日頃の居宅介護支援の業務において介護支援専門員が把握したことを情報提供するものであり、当該規定の追加により利用者に係る情報収集について新たに業務負担を求めるものではない。

17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要

※介護予防支援は含まない

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として、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。【省令改正】

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へ提供した場合を新たに評価する。

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>

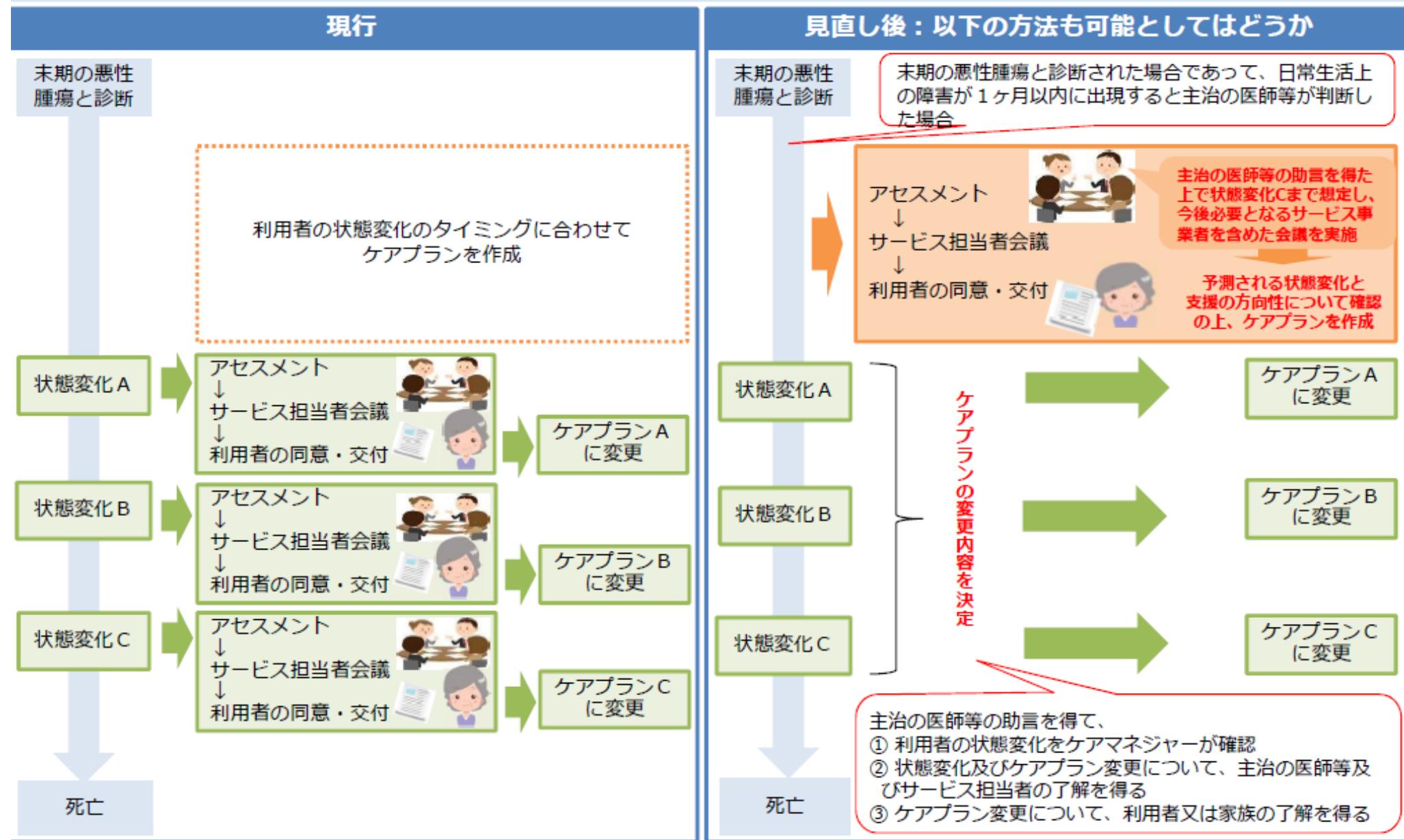
○対象利用者

- ・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ケアマネジメント



状態変化（ケアプラン変更の必要性）を確認するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価

Q&A

○ 主治の医師について

問 132 末期の悪性腫瘍の利用者に関するケアマネジメントプロセスの簡素化における「主治の医師」については、「利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師」とされたが、具体的にどのような者を想定しているのか。

(答)

訪問診療を受けている末期の悪性腫瘍の利用者については、診療報酬における在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関の医師を「主治の医師」とすることが考えられる。これらの医師については、居宅介護支援専門員に対し、病状の変化等について適時情報提供を行うこととされていることから、連絡を受けた場合には十分な連携を図ること。また、在宅時医学総合管理料等を算定していない末期の悪性腫瘍の利用者の場合でも、家族等からの聞き取りにより、かかりつけ医として定期的な診療と総合的な医学管理を行っている医師を把握し、当該医師を主治の医師とすることが望ましい。

17. 居宅介護支援 ③質の高いケアマネジメントの推進

概要

※介護予防支援は含まない

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組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

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組を評価することとする。

単位数

○イについて

	<現行>		<改定後>
特定事業所加算(Ⅰ)	500単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅱ)	400単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅲ)	300単位／月	⇒	変更なし

算定要件等

<イについて>

○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通

- ・ 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・研究会等の実施を要件に追加する。

○特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)

- ・ 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を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

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
居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー ④ (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	○	○	○

留意事項通知

- ・特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していかなければならぬ。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。

Q&A

○ 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）について

問 136 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）において、他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施することが要件とされ、解釈通知において、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに事例検討会等に係る次年度の計画を定めることとされているが、平成 30 年度はどのように取扱うのか。

（答）

- ・平成 30 年度については、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を同年度 4 月末日までに定めることとし、共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を 9 月末日までに定めることとする。
- ・なお、9 月末日までに当該計画を策定していない場合には、10 月以降は特定事業所加算を算定できない。

問 137 特定事業所加算（Ⅰ）から（Ⅲ）において新たに要件とされた、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同での事例検討会、研修会等については、市町村や地域の介護支援専門員の職能団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

（答）

- ・貴見のとおりである。
- ・ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者が否かを問わず2法人以上が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、他の法人の居宅介護支援事業者が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア 契約時の説明等

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や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も踏まえ、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に位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

	<現行>	<改定後>
運営基準減算	所定単位数の50／100に相当する単位数	⇒ 変更なし

算定要件等

- 以下の要件を追加する。

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
 - ・ 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
- の説明を行わなかった場合。

留意事項通知

- ・(1) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に
対して、
- ・利用者は複数の指定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
- ・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業
者等の選定理由の説明を求めることができること
- ・について文書を交付して説明を行っていない場合には、契約月から
当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

Q&A

○ 契約時の説明について

問 131 今回の改正により、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を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、平成 30 年 4 月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

(答)

平成 30 年 4 月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

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サービスから除外する。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する。

単位数

	<現行>	<改定後>
特定事業所集中減算	200単位／月減算	⇒ 変更なし

算定要件等

- 対象となる「訪問介護サービス等」を以下のとおり見直す。

<現行>

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、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護（※）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（※）、認知症対応型共同生活介護（※）、地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、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。

<改定後>

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

17. 居宅介護支援 ⑤訪問回数の多い利用者への対応

概要

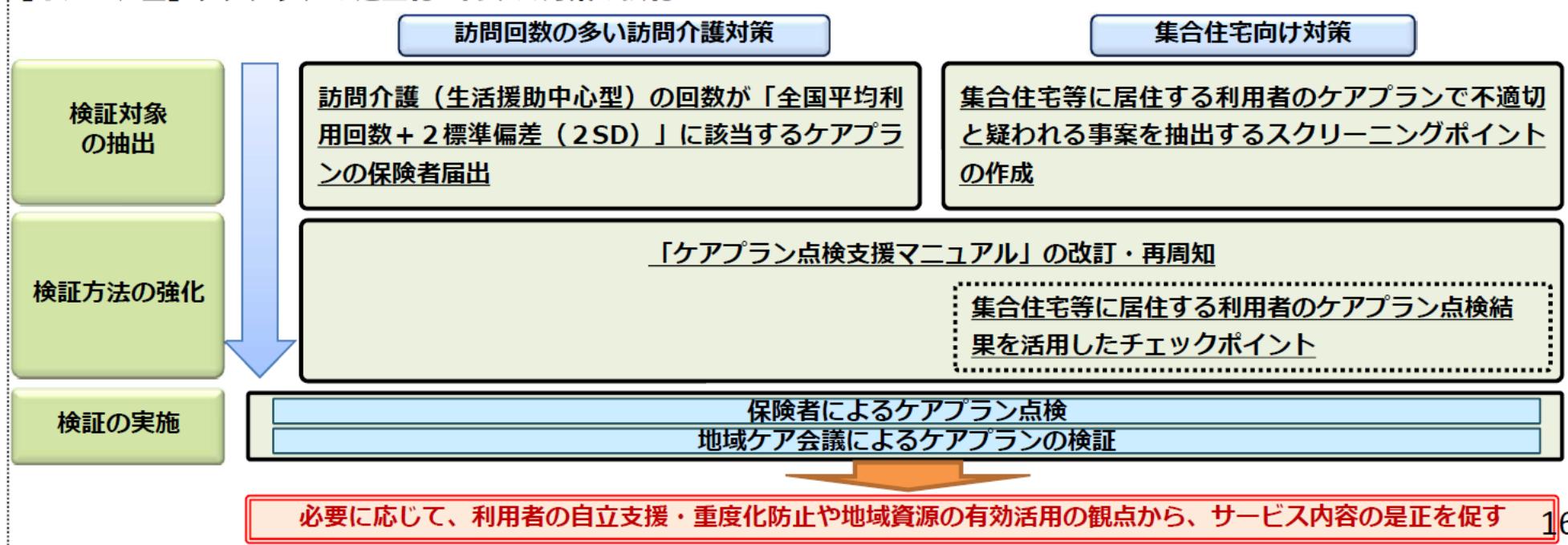
※介護予防支援は含まない

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こととする。【省令改正】

（※）「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。

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。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



訪問回数上限(パブコメ中)

- ・要介護1 27回
- ・要介護2 34回
- ・要介護3 43回
- ・要介護4 38回
- ・要介護5 31回

Q&A

○ 訪問介護が必要な理由について

問 134 基準第 13 条第 18 号の 2 に基づき、市町村に居宅サービス計画を提出するにあたっては、訪問介護（生活援助中心型）の必要性について記載することとなっているが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるのか。

（答）

当該利用者について、家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状があることその他の事情により、訪問介護（生活援助中心型）の利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、当該居宅サービス計画のみを提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

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

訪問介護

1. 訪問介護 ①生活機能向上連携加算の見直し

概要

生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、見直しを行う。

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的援助」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的援助」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的援助（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で必要な時だけ介助）○ 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んぱ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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none">○居室内やトイレ、卓上等の清掃○ゴミ出し○準備・後片づけ <p>2－2 洗濯</p> <ul style="list-style-type: none">○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>2－3 ベッドメイク</p> <ul style="list-style-type: none">○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>2－4 衣類の整理・被服の補修</p> <ul style="list-style-type: none">○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>2－5 一般的な調理、配下膳</p> <ul style="list-style-type: none">○配膳、後片づけのみ○一般的な調理 <p>2－6 買い物・薬の受け取り</p> <ul style="list-style-type: none">○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。</p> <p>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。</p>	

1. 訪問介護 ③身体介護と生活援助の報酬

概要

- 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。

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）

1. 訪問介護 ④生活援助中心型の担い手の拡大

概要

- 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。（カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定）【省令改正、告示改正、通知改正】
- また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員を常勤換算方法で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。

生活援助従事者研修課程について

方針

区分	科目	時間数	備考
講義及び演習	職務の理解	2	研修修了者が行う職務の範囲及び緊急時の対応について理解するために必要な内容を含めること。 必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
	介護における尊厳の保持・自立支援	6	介護職が、利用者の尊厳と自立を支える専門職であることを自覚し、介護・福祉サービスを提供するに当たっての基本的視点等を理解することを目的とすること。
	介護の基本	4	利用者の介護に当たり、介護職としての倫理及び生じるリスクを十分に理解した上で介護を行うことの必要性を理解することを目的とすること。
	介護・福祉サービスの理解と医療との連携	3	介護保険制度や障害者福祉制度を担う一員として最低限知っておくべき制度の目標、サービス利用の流れ及び各専門職の役割と責務について、その概要を理解することを目的とすること。
	介護におけるコミュニケーション技術	6	サービス提供の際に必要となる観察、記録及び報告を含めたチームでのコミュニケーションの方法を理解することを目的とすること。
	老化と認知症の理解	9	加齢・老化に伴う心身の変化及び疾病並びに認知症の利用者を支援する際の基本的な視点を理解することを目的とすること。
	障害の理解	3	障害の概念及び国際生活機能分類並びに障害者福祉の基本的な考え方について理解することを目的とすること。
	こころとからだのしくみと生活支援技術	24	介護技術の根柢となる人体の構造及び機能に関する知識を習得し、安全な生活援助が中心である指定訪問介護の提供方法等を理解することを目的とともに、その習得状況を確認すること。
	振り返り	2	必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
	合計	59	

(注) 上記とは別に、筆記試験による修了評価(30分程度)を実施すること。

(注) 各科目については、講義と演習を一体で実施すること。

特に「こころとからだのしくみと生活支援技術」においては、移動・移乗に関連した実習を2時間実施すること。

1. 訪問介護 ⑤同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

概要

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）

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。

単位数・算定要件等

＜現行＞

減算等の内容	算定要件
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、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 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)

＜改定後＞

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%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に居住する者（②に該当する場合を除く。） 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 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)

1. 訪問介護 ⑥訪問回数の多い利用者への対応

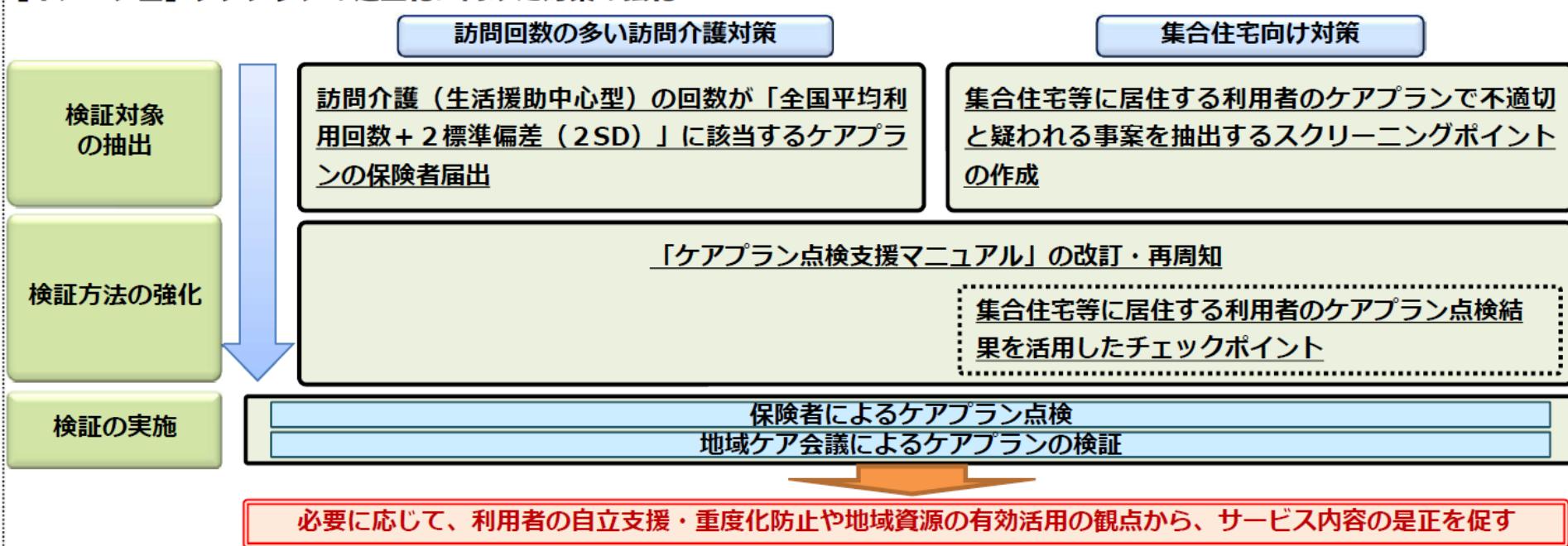
概要

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こととする。【省令改正】

（※）「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。

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。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



1. 訪問介護 ⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化

概要

- 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。【告示改正】
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付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。
【省令改正】
- 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。【通知改正】
- 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。【省令改正】

1. 訪問介護 ⑧共生型訪問介護

概要

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。【省令改正】

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。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。

(報酬設定の基本的な考え方)

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の水準を担保する。

単位数

○障害福祉制度の居宅介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合

<現行>

なし（基本報酬） →

<改定後>

訪問介護と同様（新設）

ただし、障害者居宅介護従業者基礎研修課程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。この場合には、所定単位数に70／100等を乗じた単位数（新設）

○障害福祉制度の重度訪問介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合

<現行>

なし（基本報酬） →

<改定後>

所定単位数に93／100を乗じた単位数（新設）

ただし、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。

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