

## 参考資料

（これまでの介護給付費分科会資料より抜粋）

## 論点3

- 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級課程修了者については平成24年度改定及び平成27年度改定で減算が拡大されてきた経緯を踏まえ、任用要件を見直してはどうか。
- 訪問介護事業所の適切なサービス提供を促進するため、サービス提供責任者の役割を強化してはどうか。

## 対応案

- ① 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してはどうか。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こととしてはどうか。  
※ 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こととしてはどうか。
- ② また、訪問介護の現場での利用者の口腔管理や服薬管理の状態等に係る気付きをサービス提供責任者からケアマネジャー等のサービス関係者に情報共有することについて、サービスの質の確保にも資するものであることから、明確化してはどうか。
- ③ 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してはどうか。
- ④ 集合住宅におけるサービス提供の適正化を求める声が多いことを踏まえ、サービス提供責任者は、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してはどうか。

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。  
※現行でも障害の居宅介護事業所が、介護の訪問介護事業所の指定も受けているものは、69.3%
- ただし、ヘルパー資格について、
  - ・ 介護ではヘルパー2級（130時間）以上である一方、
  - ・ 障害ではヘルパー3級（50時間）や重度訪問介護従業者養成研修修了者（以下、重訪研修修了者）（10時間）でもサービス提供が可能となっている。
- 65歳以降も使い慣れた事業所でサービス提供したいとの要請は主にホームヘルプを念頭に置いたものであり、これに対応するため、3級ヘルパー（50時間）、重訪研修修了者（10時間）についてもサービス提供を認めることとしてはどうか。  
ただし、これらのヘルパーがサービス提供できるのは、65歳に至るまでに当該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限ることとしてはどうか。

【報酬】

- 基本報酬は、以下により設定してはどうか。（次頁の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。

ただし、障害の居宅介護の報酬は、介護と基本的には同じであるため、障害の居宅介護事業所が共生型訪問介護の指定を受ける場合については、訪問介護と同様の単価としてはどうか。  
また、3級ヘルパー等がサービス提供する場合については、障害における取扱いも踏まえて設定してはどうか（※障害では、3級ヘルパーは3割減算）。
- 訪問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。

【障害事業所が居宅介護の場合】

I

- ・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-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
- ※3級ヘルパー等は、高齢障害者に限ってサービス提供を認める(報酬額は低い)。

- ・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

I

- ・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-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
- ※3級ヘルパー等は、高齢障害者に限ってサービス提供を認める。

- ・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

【障害事業所が重度訪問介護の場合】

		居宅介護、重度訪問介護(障害福祉)＜障害児者＞ ※重度訪問介護は者のみ	訪問介護(介護保険)
概要		居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供する	
人員配置	管理者	常勤専従	常勤専従
	サービス提供責任者	常勤の訪問介護員等のうち1人	常勤の訪問介護員等のうち1人
	訪問介護員等(※)	常勤換算2.5人 (※)右記＋ <u>居宅介護職員初任者研修課程修了者</u> ＋ <u>障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧3級課程相当)</u> ＋ <u>重度訪問介護従業者養成研修修了者</u>	常勤換算2.5人 (※)介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者
サービス提供範囲		右記＋ <u>生活全般にわたる援助として認められる支援(重度訪問介護では社会参加目的の移動支援等も含む)</u>	いわゆる「老計10号」
事業所数		居宅介護：約2万事業所、重度訪問介護：約0.7万事業所	約3.3万事業所

居宅介護、重度訪問介護の訪問介護員等の資格要件	研修時間
介護福祉士	国家資格
実務者研修修了者	450時間
介護職員基礎研修修了者	500時間
介護職員初任者研修課程修了者	130時間
<u>居宅介護職員初任者研修課程修了者</u>	<u>130時間</u>
<u>障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(3級研修)</u>	<u>50時間</u>
<u>重度訪問介護従業者養成研修修了者</u>	<u>10時間以上</u>

都道府県の判断により、「居宅介護職員初任者研修課程」を修了していれば、「介護職員初任者研修課程」を全部又は一部を免除可能

- ・全て免除 12都道府県
- ・一部免除 6都道府県
- ・免除無し 29都道府県

(平成27年度・振興課調べ)5

## 論点2

- オペレーターは、18時から8時までの間は、利用者へのサービス提供に支障がない場合には「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務が認められている。
- また、18時から8時までの間は、市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の事業所間の契約に基づき、随時対応サービスを行うために必要な情報が把握されているなど、利用者の心身の状況に応じて必要な対応を行うことができる密接な連携が図られている場合には、オペレーターの集約（コールセンターの設置）が認められている。
- これらについて、日中についても、オペレーターの有効活用の観点から、日中のコール件数を踏まえて見直しを検討してはどうか。
- また、オペレーターの資格は、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員（以下「看護師等」という。）であるが、利用者の処遇に支障がない場合であって、提供時間を通じて、看護師等又は訪問看護を行う看護職員との連携を確保しているときは、訪問介護のサービス提供責任者の業務に3年以上従事した経験を有する者も認められている。
- 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件を見直すこととする場合、オペレーターの資格をどう考えるか。

## 対応案

- ① 日中（8時から18時）と夜間・早朝（18時から8時）におけるコール件数等の状況に大きな差は見られないことを踏まえ、日中についても、
- ・ 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認めてはどうか。
  - ・ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認めてはどうか。
- ※「利用者へのサービス提供に支障がない場合」、「事業所間の連携が図られているとき」はICTの活用によるものを含むことを明確化してはどうか。
- ② 訪問介護のサービス提供責任者について、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者を任用要件から廃止する場合には、オペレーターに係るサービス提供責任者の「3年以上」の経験について、「1年以上」に変更することとしてはどうか。
- ※ 初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者のサービス提供責任者については、引き続き「3年以上」の経験を必要とすることとしてはどうか。
- ※ 夜間対応型訪問介護も同様としてはどうか。

### 論点3

- 介護・医療連携推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、開催形態や開催頻度について見直しを検討してはどうか。

### 対応案

- 現在認められていない複数の事業者の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認めてはどうか。

(要件(案))

- ① 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・プライバシーを保護すること。
- ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- ③ 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議の開催回数の半数を超えないこと。
- ④ 外部評価を行う介護・医療連携推進会議は、単独開催で行うこと。

※ 小規模多機能型居宅介護、看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、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護の運営推進会議についても同様としてはどうか。

なお、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は③を除くこととしてはどうか。

- 開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービス（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護）に合わせて、年4回（現行）から年2回としてはどうか。

○ 各地域密着型サービス事業者が、利用者、市町村職員、地域の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにして、事業者による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保することを目的として、自ら設置すべきもの。

<p>対象サービス (介護予防を含む) (※1)</p>	<p>定期巡回・随時対応型 訪問介護看護</p>	<p>小規模多機能型居宅介護 看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 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p>	<p>地域密着型通所介護 療養通所介護(※2) 認知症対応型通所介護</p>
<p>会議の名称</p>	<p>介護・医療連携推進会議</p>	<p>運営推進会議</p>	
<p>構成員</p>	<p>利用者、利用者の家族、地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等)、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、有識者</p> <p>※介護・医療連携推進会議では、加えて地域の医療関係者(地方医師会の医師等、地域の医療機関の医師やソーシャルワーカー等)</p> <p>※有識者は、学識経験者である必要はなく、高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者等も含め、そのサービスについて知見を有する者として、客観的、専門的な立場から意見を述べることができる者</p>		
<p>開催頻度</p>	<p>概ね3月に1回以上</p>	<p>概ね2月に1回以上</p>	<p>概ね6月に1回以上(※2)</p>
<p>会議の内容</p>	<p>事業者は、サービスの提供状況等を報告し、会議による評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設ける</p>		
<p>記録の作成と公表</p>	<p>報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、記録を公表(事業者の義務)</p>		

※1 夜間対応型訪問介護は、対象サービスではない。

※2 療養通所介護の開催頻度は、概ね12月に1回。

# 訪問リハビリテーションにおける 専任の常勤医師の配置の必須化について

## 論点7

- 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- 一方、訪問リハビリテーションの人員に関する基準において、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに医師の配置は求められていないため、明確化してはどうか。

## 対応案

- 指定訪問リハビリテーション事業所において、専任の常勤医師の配置を求めてはどうか（事業所である病院、診療所、介護老人保健施設の常勤医師との兼務を可能とする）。
- なお、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所と併設されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものとしてはどうか。

【参考】指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について

### 四 訪問リハビリテーション 1 人員に関する基準（居宅基準第76条）

指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数置かなければならない。

### 七 通所リハビリテーション 1 人員に関する基準

#### (1) 指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）

##### ① 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

## 論点4

- 介護医療院が提供する居宅サービスについてどのように考えるか。

## 対応案

- 介護療養型医療施設が提供可能であった短期入所療養介護、通所リハビリテーション等については、他のサービスとの関係性も整理しつつ、介護医療院においても提供することを可能としてはどうか。

なお、居宅療養管理指導については、訪問診療と一体的に提供することが想定されていることから、サービス提供は行わないものとして取扱うこととしてはどうか。

## 論点2

- 算定実績が極めて低い職種による居宅療養管理指導について、報酬体系を簡素化する観点からどのように考えるか。

## 対応案

- 看護職員による居宅療養管理指導については、1月あたりの算定回数が0.0（千回）であることから廃止することとしてはどうか。ただし、激変緩和の観点から、一定期間の経過措置を設けることとしてはどうか。

### 【参考1】看護職員による居宅療養管理指導の概要

#### <算定要件>

- ①医師の判断に基づいて実施される療養上の相談及び支援
- ②居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
- ③介護認定に伴い作成された居宅サービス計画に基づく指定居宅サービスの提供を開始した日から起算して6月の間に2回を限度として算定する

#### <単位数>

- ・同一建物居住者以外の場合：402単位／回
- ・同一建物居住者の場合：362単位／回

### 【参考2】看護職員による居宅療養管理指導の算定回数（千回）

- ・看護職員（病院又は診療所）：0.0
- ・看護職員（訪問看護ステーション）：0.0

（出典）介護給付費等実態調査平成29年4月審査分

## 論点 3

- 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、離島振興法等の指定地域で実施されるサービスについて評価が行われていることを踏まえ、同様の地域における居宅療養管理指導に対して評価することとしてはどうか。

## 対応案

- 居宅療養管理指導においても、他の訪問系サービスと同様に、①「特別地域加算」、②「中山間地域等における小規模事業所加算」、③「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに導入してはどうか。

※ 診療報酬において、距離・地域に応じた加算(医師、歯科医師の往診・訪問診療については、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による移動を行った場合で特殊の事情があった際に算定することが可能)を算定している場合は、評価が二重にならないよう配慮する。

- ① 特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域※<sup>1</sup>に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの(15%加算)  
※<sup>1</sup>離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域
- ② 中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等※<sup>2</sup>における小規模事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの(10%加算)  
※<sup>2</sup>特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域
- ③ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等※<sup>3</sup>に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの(5%加算)  
※<sup>3</sup>特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

### <参考> 訪問系サービスにおける特別地域加算等の現状 (介護予防でも同様)

	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	居宅療養管理指導
①特別地域加算	○	○	○	×	×
②中山間地域等における小規模事業所加算	○	○	○	×	×
③中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	○	○	○	○	×

## 対応案（続き）

- ②「中山間地域等における小規模事業所加算」については、他の訪問系サービスでは小規模事業所を定めているが、居宅療養管理指導の場合は以下を踏まえて定めることとしてはどうか。
  - ・ 月ごとの算定回数に上限※があること
    - ※ 医師：2回／月、歯科医師：2回／月、病院又は診療所の薬剤師：2回／月、薬局の薬剤師：4回／月（がん末期等は8回／月）  
管理栄養士：2回／月、歯科衛生士等：4回／月
  - ・ 他の訪問サービスと比較して算定回数が少ないこと
  - ・ 薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等に対しては医師又は歯科医師の指示が必要であること
- また、現行において居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、③「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を導入するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めているかどうか。

### 居宅療養管理指導

- (指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準)  
第90条 居宅療養管理指導事業者は、指定居宅療養管理指導事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定(運営規定)を定めておかなければならない。
- 一 事業の目的及び運営の指針
  - 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
  - 三 営業日及び営業時間
  - 四 居宅療養管理指導の種類及び利用料その他の費用の額
  - 五 その他運営に関する重要事項

### 例：訪問介護

- (指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準)  
第29条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。
- 一 事業の目的及び運営の指針
  - 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
  - 三 営業日及び営業時間
  - 四 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額
  - 五 **通常の事業の実施地域**
  - 六 緊急時等における対応方法
  - 七 その他運営に関する重要事項

通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとする。  
なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではない。

## 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

### Ⅱ－１

- ・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

- ・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

	生活介護(障害福祉)<障害者>			通所介護(介護保険)	
概要	昼間・入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する			入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行う	
定員	原則20名以上			—	
人員配置	管理者	原則専従(非常勤でも可)		管理者	常勤専従
	医師	必要数 (医療機関との連携等ができていれば不要)		医師	—
	サービス管理責任者 (実務経験3~10年 +研修30.5時間)	利用者60人まで:1以上 利用者60人を超える部分:40:1 (常勤1以上)		生活相談員 (社会福祉士、 精神保健福祉士、 社会福祉主事等)	1人
	看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数	平均障害支援区分4未満 → <b>6:1</b>	生活支援員	1人 (常勤1以上)	介護職員 (利用者15人まで、1以上で可) (常勤1以上)
平均障害支援区分4以上5未満 → <b>5:1</b>		看護職員	1人	看護職員 (定員10人以下では、不要)	
平均障害支援区分5以上 → <b>3:1</b>		理学療法士又は作業療法士	必要数	機能訓練指導員 (理学療法士又は作業療法士等)	1人
設備	訓練・作業室	支障がない広さ		食堂及び機能訓練室	3㎡×利用定員
事業所数	約1万事業所			約4.3万事業所	

## 論点 1

- 療養通所介護事業所において、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施しているが、更に地域共生社会の実現に向けた取組を推進する観点から、これを充実させてはどうか。

## 対応案

- 定員数（9名）について、引き上げを行ってはどうか。

### 【参考1】療養通所介護（地域密着型通所介護の一類型）

請求事業所数：83事業所

算定状況：

- ・ 3時間以上～6時間未満：1.3千件/月
- ・ 6時間以上～8時間未満：4.5千件/月

（出典）平成29年介護給付費等実態調査4月審査分

### 【参考2】地域密着型通所介護

定員：18人以下

論点 1

- 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の上限については、現行、認知症対応型共同生活介護事業所のみ「ユニットごと」に1日当たり3人以下としている一方で、地域密着型特定施設などその他の施設については、「施設ごと」に1日当たり3人以下としている。
- 共用型認知症対応型通所介護の普及促進を図る観点から、ユニットケアを行っている地域密着型介護老人福祉施設については、利用定員数を見直してはどうか。

対応案

- 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の上限について、ユニット型の施設では利用者へのサービスがユニット単位で実施されていることを踏まえ、下記のとおり見直してはどうか。

【現行】

	入所（入居）定員	共用型認知症対応型通所介護の利用定員
認知症対応型共同生活介護事業所	・ 1ユニット9人以下	1ユニット当たり：3人以下
地域密着型特定施設	・ 29人以下	1施設当たり：3人以下
地域密着型介護老人福祉施設		
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設	・ 1ユニットおおむね10人以下	



【見直し案】

	入所（入居）定員	共用型認知症対応型通所介護の利用定員
認知症対応型共同生活介護事業所	・ 1ユニット9人以下	1ユニット当たり：3人以下
地域密着型特定施設	・ 29人以下	1施設当たり：3人以下
地域密着型介護老人福祉施設		
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設	・ 1ユニットおおむね10人以下	1ユニット当たり：ユニットの入居者と合わせて12人以下

【参考1】 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）

（利用定員等）

第46条 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員（当該共用型指定認知症対応型通所介護事業所において同時に共用型指定認知症対応型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。）は、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所においては共同生活住居（法第8条第20項又は法第8条の2第15項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。）ごとに、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設においては施設ごとに1日当たり3人以下とする。

【参考2】 共用型認知症対応型通所介護事業所数：584事業所（介護給付費等実態調査（平成29年4月審査分））

【参考3】 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（平成11年厚生省令第39号）

第40条 ユニット型指定介護老人福祉施設の設備の基準は、次のとおりとする。

一 ユニット

イ 居室

- (1) 1の居室の定員は、1人とする。ただし、入居者への指定介護福祉施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。
- (2) 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、1のユニットの入居定員は、おおむね10人以下としなければならない。

※上記の設備基準は、参酌すべき基準。

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。
- 障害のショートステイのうち単独型は、介護と比較して相当程度基準が緩いことから、共生型の対象とはしないこととし、併設・空床型のみ対象としてはどうか。

【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、短期入所生活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

Ⅱ－１

- ・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

- ・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

障害事業所を高齢者が利用

# 障害福祉サービスと介護保険サービスとの比較 (③ショートステイ)

3(1)①

		短期入所(障害福祉)＜障害児者＞		短期入所生活介護(介護保険)		
施設類型	併設型・空床利用型 ※ショートの利用者数を本体施設の利用者とみなした上で、障害施設として必要とされる人員・設備基準を満たせばよい	単独型		併設型・空床型／単独型 ※空床型は、ショートの利用者数を本体施設の特養の利用者とみなした上で、特養として必要とされる人員・設備基準を満たせばよい		
管理者	管理者	専従	管理者	専従	管理者	常勤専従
人員配置	医師	必要数 (医療機関との連携等ができていれば不要)	従業員	6:1	医師	1人
	サービス管理責任者 (実務経験3~10年 +研修30.5時間)	40:1 (利用者60人まで、1以上で可) (常勤1以上)			生活相談員 (社会福祉士、 精神保健福祉士、 社会福祉主事等)	100:1 (常勤1以上)
	看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数	平均障害支援区分4未満 → 6:1			介護職員 看護職員	3:1 (常勤1以上)
		平均障害支援区分4以上5未満 → 5:1				
		平均障害支援区分5以上 → 3:1				
	栄養士	必置ではない(配置しない場合、減算)			栄養士	1人
	調理員その他の従業者	—			調理員その他の従業者	適当数
夜勤職員	60:1	夜勤職員	25人まで 1人 26~60人まで 2人 61~80人まで 3人 81~100人まで 4人 101人以上 4に利用者が100を超えて25又は端数を増すごとに1を加えた数			
居室面積	9.9㎡(定員4人以下)	8㎡(定員4人以下)	10.65㎡(定員4人以下)			
設備	食堂、浴室、洗面所、便所、相談室、訓練・作業室	食堂、浴室、洗面所、便所	食堂、浴室、洗面設備、便所、 機能訓練室、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、 汚物処理室、介護材料室			
事業所数	約0.43万事業所 3,424(78%)	970(22%)	約1万事業所 単独型:1,778(17.7%)、併設・空床型8,253(82.3%) 21			

## 論点 1

- 医療ニーズが高い要介護者への支援としてサービス供給量を増やすとともに、地域の医療資源を有効活用する観点から、有床診療所の短期入所療養介護への参入を進めることとしてはどうか。

## 対応案

- 療養病床を有する病院又は診療所については、短期入所療養介護の基準を全て満たしていることを踏まえ、事務手続きの簡素化の観点から、当該サービスのみなし指定としてはどうか。

### <参考>

療養病床を有する病院又は診療所における短期入所療養介護の指定基準

人員基準：医療法に規程する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる数が確保されるために必要な数以上

設備基準：医療法に規程する療養病床を有する病院又は診療所として必要とされる設備を有すること

- 有床診療所が提供する短期入所療養介護の施設基準のうち、一般病床の有床診療所の施設基準とはされていない「食堂」については、サービスの実態を踏まえ、緩和してはどうか。ただし、食堂を有する事業所との差が生じることから、報酬上のメリハリをつけてはどうか。

## 短期入所療養介護の基本方針

短期入所療養介護の事業は、要介護状態となった場合においても、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、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第141条）

## 必要となる人員・設備等

短期入所療養介護を行うことのできる施設は次のとおりであり、必要な人員・設備等は、原則としてそれぞれの施設として満たすべき基準による。

- 介護老人保健施設
- 療養病床を有する病院若しくは診療所
- 診療所

※診療所（療養病床を有するものを除く。）においては、以下の要件を満たすこと。

- ・床面積は利用者1人につき6.4㎡とすること
- ・食堂及び浴室を有すること
- ・機能訓練を行うための場所を有すること

## 論点6

- 看護小規模多機能型居宅介護については、医療ニーズの高い要介護者への支援として、サービス供給量を増やす観点から、診療所からの参入を進めるよう基準を緩和してはどうか。

## 対応案

- 設備について、宿泊室については、看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が宿泊サービスを利用できない状況にならないよう、利用者専用の宿泊室として1室は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能としてはどうか。
- 現行、介護保険法施行規則において、指定の申請については、法人であることとしているが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者を認めることとしてはどうか。

## 論点5

- 医療ニーズの高い要介護者への支援として、サービス供給量を増やす観点及び効率化を図る観点から、サービス提供体制を維持できるように配慮しつつ、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下、「サテライト看多機」とする。）の基準を新設してはどうか。

## 対応案

- サテライト看多機の基準等については、サテライト型小規模多機能型居宅介護（以下、「サテライト小多機」とする。）と本体事業所（小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（以下、「看多機」とする。）の関係に準じるものとしてはどうか。ただし、看護職員等の基準については、以下のように定めてはどうか。

### 【主な具体的な基準等】

- サテライト小多機の基準に準じ、代表者・管理者・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体との兼務等により、サテライト看多機に配置しないことができることとしてはどうか。
- 本体事業所はサテライト事業所の支援機能を有することから、サテライト看多機の本体事業所は看多機事業所とし、24時間の訪問（看護）体制の確保として緊急時訪問看護加算の届出事業所に限定してはどうか。
- サテライト看多機においても、医療ニーズに対応するため、看護職員の数については常勤換算1.0人以上としてはどうか。  
また、訪問看護ステーションについては、一定の要件を満たす場合には、従たる事業所（サテライト）を主たる事業所と含めて指定できることとなっていることから、看多機についても、本体事業所が訪問看護事業所の指定を併せて受けている場合には、同様の取扱いとしてはどうか。

現行

		小規模多機能型居宅介護等 (本体事業所)	サテライト型小規模 多機能型居宅介護事業所	看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所)	サテライト型看護小規模 多機能型居宅介護事業所	
代表者		認知症対応型サービス事業 開設者研修を修了した者	本体の代表者	認知症対応型サービス事業開設者研修を 修了した者又は保健師もしくは看護師	本体の代表者	
管理者		常勤・専従であって、認知 症対応型サービス事業管理 者研修を修了した者	本体の管理者が兼務可能	常勤・専従であって、認知症対応型サー ビス事業管理者研修を修了した者又は保 健師もしくは看護師	本体の管理者が兼務可能	
(看護) 小規模多機能型居宅 介護従業者	日中	通い サービス	常勤換算方法で3:1以上	常勤換算法で3:1以上(1以上は保健 師、看護師または准看護師)	常勤換算法で3:1以上(1以上は保 健師、看護師または准看護師)	
		訪問 サービス	常勤換算方法で1以上(他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	1以上(本体事業所又は他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	常勤換算法で2以上(1以上は保健師、 看護師または准看護師)(他のサテライ ト型事業所の利用者に対しサービスを提供 することができる。)	2以上(1以上は保健師、看護師また は准看護師)(本体事業所又は他のサ テライト型事業所の利用者に対しサー ビスを提供することができる。)
	夜間	夜勤職 員	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がい ない場合、置かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者が いない場合、置かないことができ る。)
		宿直職 員	時間帯を通じて1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	時間帯を通じて1以上 ※看護職員と連絡体制の確保は必要。	本体事業所から適切な支援を受けられ る場合、置かないことができる。
	看護職員	小規模多機能型居宅介護従 業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	常勤換算法で2.5以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、 同一事業所で一体的な運営をしている場 合、訪問看護事業所の人員基準を満たす ことで当該基準も満たすものとみなす。	常勤換算法で1.0以上 ※本体事業所が訪問看護事業所の指定 を併せて受けている場合であり、出張 所として要件を満たす場合には、一体 的なサービス提供の単位として事業所 に含めて指定することができる取扱と する。	
介護支援専門員	介護支援専門員であって、 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	介護支援専門員であって、小規模多機能 型サービス等計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担 当者研修を修了した者 1以上		

※赤字はサテライト看多機のみで、サテライト小多機との相違点

サテライト型事業所の 本体となる事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護小規模多機能型居宅介護事業所（緊急時訪問看護加算の届出事業所に限る）</li> </ul>												
本体1に対するサテラ イト型事業所の箇所数	<ul style="list-style-type: none"> <li>最大2箇所まで（サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所を含める。）</li> </ul>												
本体事業所とサテラ イト型事業所との距離等	<ul style="list-style-type: none"> <li>自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満の近距離</li> </ul>												
サテライト型事業所の 設備基準等	<ul style="list-style-type: none"> <li>サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要</li> <li>※ 本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能</li> <li>※ 本体の訪問スタッフが、サテライト型利用者に訪問することも可能</li> </ul>												
指定	<ul style="list-style-type: none"> <li>本体、サテライト型事業所それぞれが受ける</li> </ul>												
登録定員等	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>本体事業所</th> <th>サテライト型事業所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>登録定員</td> <td>29人まで</td> <td>18人まで</td> </tr> <tr> <td>通いの定員</td> <td>登録定員の1/2～15人まで</td> <td>登録定員の1/2～12人まで</td> </tr> <tr> <td>泊まりの定員</td> <td>通い定員の1/3～9人まで</td> <td>通い定員の1/3～6人まで</td> </tr> </tbody> </table>		本体事業所	サテライト型事業所	登録定員	29人まで	18人まで	通いの定員	登録定員の1/2～15人まで	登録定員の1/2～12人まで	泊まりの定員	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで
	本体事業所	サテライト型事業所											
登録定員	29人まで	18人まで											
通いの定員	登録定員の1/2～15人まで	登録定員の1/2～12人まで											
泊まりの定員	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで											
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> <li>通常の看護小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同額</li> </ul>												

※ 本体事業所の登録定員が26人以上の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さが確保されている」場合には、通いの定員を18人以下とすることができる。

※ サテライト型事業所の本体については、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を有する看護小規模多機能型居宅介護事業所とし、本体との円滑な連携を図る観点から、箇所数及び本体との距離等について一定の要件を課す。

※ サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を提供することとするが、宿泊サービス・訪問サービスについては、効率的に行うことを可能とする。

## 論点 2

- 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、福祉用具専門相談員に対し、
  - ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること
  - ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること
  - ・ 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付することについて規定を設けてはどうか。

## 対応案

- これらの内容が確実に実施されるよう、運営基準に規定することとしてはどうか。

## 論点 1

- 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。
- 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、
  - ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供するように協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。
  - ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、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してはどうか。

## 対応案（続き）

- 退院・退所後の円滑な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・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。
  - ・ 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
  - ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価
  - ・ 加えて、医療機関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また、退院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（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。
  
- 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、
  - ・ 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、運営基準で明確化してはどうか。
  - ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、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等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

## 論点 2

- 著しい状態変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、ターミナル期におけるケアプランの変更回数等の実態を踏まえ、状態変化に応じた迅速なサービス提供を促進するための対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 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、
  - ・ 末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、
  - ・ 日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合については、状態変化に応じて迅速に必要なサービスを提供するため、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してはどうか。
- また、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、ターミナル期に通常よりも頻回に利用者の状態変化をモニタリングするとともに、モニタリング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こととしてはどうか。

## 現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせて  
ケアプランを作成

状態変化 A

アセスメント  
↓  
サービス担当者会議  
↓  
利用者の同意・交付

ケアプラン A  
に変更

状態変化 B

アセスメント  
↓  
サービス担当者会議  
↓  
利用者の同意・交付

ケアプラン B  
に変更

状態変化 C

アセスメント  
↓  
サービス担当者会議  
↓  
利用者の同意・交付

ケアプラン C  
に変更

死亡

## 見直し後：以下の方法も可能としてはどうか

末期の悪性腫瘍と診断

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

アセスメント  
↓  
サービス担当者会議  
↓  
利用者の同意・交付

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた会議を実施

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上  
ケアプランを作成

状態変化 A

状態変化 B

状態変化 C

死亡

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、介護保険サービスの修正について、①サービス担当者、②利用者又は家族の了解を得る。

サービス担当者会議の招集は不要

通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

## 論点3

- 質の高いケアマネジメントを推進する観点から、管理者の要件を見直すとともに、地域における人材育成を行う事業所を評価してはどうか。

## 対応案

- 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が人材育成や業務管理の手法等を研修により修得していることを踏まえ、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件としてはどうか。また、その場合は一定の経過措置期間を設けてはどうか。
- 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してはどうか。

## 論点4

- 居宅介護支援事業者における利用者の立場に立った公正中立なケアマネジメントの確保に向けた対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 利用者との契約にあたり、居宅介護支援事業者から利用者やその家族に説明する事項として、
  - ・ 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を明確化するとともに、このような説明を行っていない事業所については、運営基準減算を適用させてはどうか。
- 特定事業所集中減算については、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主治医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特定事業所集中減算の対象サービスから除外してはどうか。なお、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減算の対象としてはどうか。  
⇒具体的には、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与を対象としてはどうか。

## 論点5

- 一定の間隔を空ければ一日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある。
- 一方で、訪問回数が多い利用者については、認知症、退院時、独居・高齢者世帯等、必ずしも不適切なケースであるとは限らないことに留意が必要。
- これらを踏まえ、訪問回数が多い利用者への対応を検討してはどうか。

## 対応案

- 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・是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが一定の回数を超える訪問介護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し、届け出られたケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととしてはどうか。
- 訪問介護（生活援助中心型）が通常のケアプランよりかけ離れた利用となっていることや、保険者の事務負担を考慮して、具体的な届出の範囲等は以下のとおりとしてはどうか。

### 【届出の範囲】

- 訪問介護（生活援助中心型）の回数が、通常の利用状況と著しく異なる（※）もの。  
※ 要介護度別に「全国平均利用回数＋2標準偏差（2SD）」を超えるもの（4.3%～6.1%程度（全体で約2.4万件））

### 【届出後の対応】

- 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る。
  - 市町村は、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。
- ※ 届出対象の範囲を平成30年4月に示した上で、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行することとしてはどうか。

## 論点 2

- 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、ケアマネジャー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の対応を行ってはどうか。

## 対応案

- ケアマネジャーが相談支援専門員と支援に必要な情報を共有できるよう、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してはどうか。

## 論点6

- 身体拘束のさらなる適正化を図る観点から、必要な見直しを行ってはどうか。

## 対応案

- 身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を見直してはどうか。

### 【見直し後の基準】

- ・ 身体拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。
- 1. 身体的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。
- 2. 身体拘束等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こと。
- 3. 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- 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実施すること。

### 【見直し後の減算幅】

5単位/日 → ○%/日

### 【参考1】身体拘束廃止未実施減算の概要（現行）

#### <算定要件>

身体的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しなければならない。

※上記を満たさない場合につき、減算。

#### <単位数>

- ・ 5単位/日

※ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護も同様としてはどうか。

### 論点 1

- 介護療養病床の転換を進めるため、介護医療院の他にも、「居住スペースと医療機関の併設型」等の多様な選択肢が用意されていることが望ましい。
- その選択肢のひとつとして、既存施設を活用して、「特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）と医療機関の併設型」に転換するにあたって、要件を緩和してはどうか。

### 対応案

- 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任を認めてはどうか。
- サービスに支障がない場合に限り、浴室、食堂、機能訓練室の兼用を認めてはどうか。

## 論点 1

- 介護老人福祉施設の入所者の医療や看取りに関するニーズに、よりの確に対応できるように、配置医師や他の医療機関との連携、夜間の職員配置や施設内での看取りに関する評価を充実することとしてはどうか。

## 対応案

- (1) 医療ニーズへの対応をより一層進める観点から、以下の要件を満たす場合において、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してはどうか。

### 【新設する要件】

- 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、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病院等の医師が連携し、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 ①及び②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。
- ⑤ 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。

## 対応案（続き）

(2) 常勤医師配置加算の加算要件について、現行の要件を以下のように変更してはどうか。

### 【変更後の要件】

- ・ 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、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。

### 【参考】常勤配置医師加算の概要（現行）

#### <算定要件>

- ①常勤専従の医師を1名以上配置していること

※同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設されている場合、常勤職員の専従が要件となっているため、双方の施設でそれぞれ常勤医師を配置することをもって双方の施設で当該加算を算定することができる。

#### <単位数>

- ・ 25単位/日

(3) 介護老人福祉施設は、利用者の病状の急変等に備えるため、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てはどうか。

## 対応案（続き）

（４）特に人が手薄となる夜間の医療処置に対応できるよう、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、

①看護職員を配置していること 又は

②認定特定行為業務従事者を配置していること（この場合、登録特定行為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してはどうか。

※ 短期入所生活介護も同様としてはどうか。

### 【参考】夜勤職員配置加算の概要（現行）

#### <算定要件>

夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っていること

#### <単位数>

##### 地域密着型

・従来型の場合	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ：41単位／日
・経過型の場合	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ：13単位／日
・ユニット型の場合	夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ：46単位／日
・ユニット型経過型又は旧措置の場合	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ：18単位／日

##### 広域型

・従来型（31人以上50人以下）の場合	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ：22単位／日
・従来型（30人又は51人以上）の場合	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ：13単位／日
・ユニット型（31人以上50人以下）の場合	夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ：27単位／日
・ユニット型（30人又は51人以上）の場合	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ：18単位／日

## 対応案（続き）

(5) 介護老人福祉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、介護老人福祉施設内で対応案(1)に示した医療提供体制を整備し、さらに介護老人福祉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してはどうか。

### 【対応案（1）で示した体制】

- 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、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病院等の医師が連携し、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 ①及び②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】看取り介護加算の概要（現行）

#### <算定要件>

- ・常勤看護師1名以上を配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保していること。
- ・看取りに関する指針について入所者・家族に説明し同意を得るとともに、看取りの実績を踏まえ適宜見直しを実施していること。
- ・看取りに関する職員実習を実施していること。
- ・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ていること。
- ・他職種が共同で作成した介護に関する計画について、入所者又は家族の同意を得ていること。
- ・看取りに関する指針に基づき、他職種の相互の連携の下、介護記録等を活用し、入所者・家族に説明していること。

#### <単位数>

- ・1,280単位/死亡日
- ・680単位/死亡日の前日・前々日

## 論点 1

- 介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。
- また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。
- 併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。

## 対応案

### 【サービス提供単位】

- 介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとしてはどうか。  
ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービスを可能としてはどうか。

### 【人員配置】

- 開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、
  - ① 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、
  - ② リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定することとしてはどうか。

## 対応案（続き）

### 【設備】

- 療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0m<sup>2</sup>/人とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとしてはどうか。
- また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとしてはどうか。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性を図ることとしてはどうか。

### 【運営】

- 運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定してはどうか。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとしてはどうか。ただし、一定の条件を満たす場合については、医師の宿直が必要ないこととしてはどうか。

### 【医療機関との併設】

- 医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能としてはどうか。

### 【ユニットケア】

- 介護医療院におけるユニットケアについては、他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でも設定してはどうか。

## 指定介護療養施設サービスを行う部分として認められる単位(指定の単位)等の考え方

指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日 老企第45号 平成27年3月27日改正)より抜粋

- (1) 指定の単位は、原則、「病棟」。
- (2) 「病棟」とは、各医療機関の看護体制の1単位を指すもの。  
(高層建築等の場合には、複数階(原則として2つの階)を1病棟として認めることは差し支えないが、昼間・夜間を通して、看護に支障のない体制をとることが必要。)
- (3) 1病棟の病床数は、原則として60床以下。
- (4) 1病棟ごとに、看護の責任者を配置し、
  - ・看護チームによる交代制勤務等の看護を実施すること
  - ・看護婦詰め所等の設備等を有することが必要。(看護婦詰め所の配置によっては、他の看護単位と看護婦詰め所の共用も可能。)
- (5) 例外的に、
  - ① 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療所
  - ② 病院であって、当該病院の療養病棟(医療保険適用であるものに限る。)の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けようとするもの
  - ③ 病院(介護療養型医療施設に限る。)であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室に入院する者について、療養の給付を行うために、介護療養型医療施設の指定を除外しようとするもの  
のいずれかについては、病室単位で指定を受け、又は除外することができる。

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	<b>48:1</b> (病院で3以上)	—	<b>48:1</b> (施設で3以上)	<b>100:1</b> (施設で1以上)	—	—	<b>100:1</b> (施設で1以上)	—
	薬剤師	<b>150:1</b>	—	<b>150:1</b>	<b>300:1</b>	—	—	<b>300:1</b>	—
	看護職員	<b>6:1</b>	<b>6:1</b> うち看護師 2割以上	<b>6:1</b>	<b>6:1</b>	<b>6:1</b> うち看護師 2割以上	<b>6:1</b>	<b>3:1</b> (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護 <b>3:1</b> 【介護療養型】 <sup>(注3)</sup> 看護 <b>6:1</b> 、 介護 <b>6:1~4:1</b>
	介護職員	<b>6:1</b>	<b>5:1~4:1</b>	<b>5:1</b>	<b>6:1</b>	<b>5:1~4:1</b>	<b>6:1~4:1</b>		
	支援相談員							<b>100:1</b> (1名以上)	—
	リハビリ専門職	PT/OT: 適当数	—	PT/OT/ST:適当数		—	—	PT/OT/ST: <b>100:1</b>	—
	栄養士	定員 <b>100以上</b> で <b>1以上</b>	—	定員 <b>100以上</b> で <b>1以上</b>		—	—	定員 <b>100以上</b> で <b>1以上</b>	—
	介護支援専門員	<b>100:1</b> (1名以上)	—	<b>100:1</b> (1名以上)		—	—	<b>100:1</b> (1名以上)	—
	放射線技師	適当数	—	適当数		—	—		
	他の従業者	適当数	—	適当数		—	—	適当数	—
医師の宿直	医師:宿直	—	医師:宿直	—	—	—	—	—	

注1:数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2:背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3:基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m <sup>2</sup> /人以上	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m <sup>2</sup> /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m <sup>2</sup> /人以上で可
	機能訓練室	40m <sup>2</sup> 以上	40m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上	入所定員1人あたり2m <sup>2</sup> 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

## 論点3

- 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。
- 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

## 対応案

- 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。
- また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。
- 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。