

社会保障審議会介護給付費分科会(第 156 回)議事次第

日時：平成 29 年 12 月 13 日（水）
15：00 から 18：00 まで
於：ベルサール半蔵門 ホール

議 題

1. 平成 30 年度介護報酬改定に向けて（審議報告のとりまとめに向けて）
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

29. 12. 13現在

氏 名	現 職
安 部 好 弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
安 藤 伸 樹	全国健康保険協会理事長
井 口 経 明	東北福祉大学客員教授
石 田 路 子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
石 本 淳 也	公益社団法人日本介護福祉士会会長
伊 藤 彰 久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
稲 葉 雅 之	民間介護事業推進委員会代表委員
井 上 隆	一般社団法人日本経済団体連合会常務理事
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
小 原 秀 和	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
亀 井 利 克	三重県国民健康保険団体連合会理事長（名張市長）
河 村 文 夫	全国町村会政務調査会行政委員会委員（東京都奥多摩町長）
齋 藤 訓 子	公益社団法人日本看護協会副会長
齊 藤 秀 樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
佐 藤 保	公益社団法人日本歯科医師会副会長
鈴 木 邦 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
瀬 戸 雅 嗣	公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事・統括幹事
武 久 洋 三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
◎ ※ 田 中 滋	慶応義塾大学名誉教授
田部井 康 夫	公益社団法人認知症の人と家族の会理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
※ 福 田 富 一	栃木県知事
堀 田 聰 子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
本 多 伸 行	健康保険組合連合会理事
松 田 晋 哉	産業医科大学教授

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要(案)

社保審一介護給付費分科会

第156回(H29.12.13) 資料1

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・ 特養の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に対する評価を設ける。
- ・ 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・ 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・ リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・ 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・ 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、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

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

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- ・ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- ・ 要支援者のリハビリについて、要介護者のリハビリに設けられている、リハビリのマネジメントに関する加算を設ける。

② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

- ・ 現在、介護予防通所リハに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハにも設ける。
- ・ 現在、通所リハに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハにも設ける。

③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進

- ・ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。
- ・ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、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。
- ・ 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。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い、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。

※「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、10月から施行。

④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- ・ 通所介護事業所において、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。

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- ・ 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)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。
- ・ 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。

⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

- ・ 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

① 生活援助の担い手の拡大

- ・ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

② 介護ロボットの活用の促進

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤について、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関する評価を設ける。

③ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件等の緩和

- ・ 定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
 - ア 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」の兼務を認める。
 - イ 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る。

④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- ・ リハビリテーション会議^(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
 - ※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

- ・ 地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- ・ 福祉用具貸与について、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う（平成30年10月）。
- ・ 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

- ・ 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- ・ 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ついて、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合は、減算幅を見直す。
- ・ 集合住宅居住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。
- ・ 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

- ・ 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- ・ 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

④ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

- ・ 2時間ごとの設定としている基本報酬について、サービス提供時間の実態を踏まえて1時間ごとの設定に見直す。
- ・ 基本報酬について、介護事業経営実態調査による収支差率等の実態を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。

⑤ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

- ・ 3時間以上の通所リハの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。

平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告(案)

社会保障審議会介護給付費分科会

平成 29 年 12 月〇日

平成 30 年度介護報酬改定に向けて、当分科会は、本年4月より〇回にわたって審議を重ねるとともに、事業者団体ヒアリングを実施した。

これまでの議論に基づき、平成 30 年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

I 平成 30 年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

1. 基本認識

(1) 2025 年に向けて地域包括ケアシステムの推進が求められる中での改定

- いわゆる団塊の世代のすべてが 75 歳以上となる 2025 年に向けて、介護ニーズも増大することが想定される中で、国民一人一人が、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことが重要である。
- このような認識のもと、平成 23 年の制度改正では、地域包括ケアシステムの理念規定が介護保険法に明記され、また、平成 26 年の制度改正では、高度急性期医療から在宅医療・介護、さらには生活支援まで、一連のサービスを地域において切れ目なく総合的に確保するため、「医療提供体制の見直し」と「地域包括ケアシステムの構築に向けた見直し」が一体的に行われ、現在、その実現に向けて取組が進められている。
- さらに、平成 29 年の制度改正では、この地域包括ケアシステムを深化・推進していく観点からの見直しが行われ、「医療・介護の連携」、「地域共生社会の実現に向けた取組み」などが推進されることとなった。
- このような累次の制度改正の趣旨を踏まえ、今回の介護報酬改定においても、地域包括ケアシステムを推進していくことが必要である。
- 特に、今回の改定は、6年に一度の診療報酬改定と同じタイミングで行われるものであり、診療報酬との整合性を図りながら、通常の介護報酬改定以上に、医療と介護の連携を進めていくことが必要である。

(2) 自立支援・重度化防止の取組が求められる中での改定

- 介護保険は、介護が必要になった者の尊厳を保持し、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、必要なサービスを提供することを目的とするものであり、提供されるサービスは、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するものであることが求められている。
- この点に関し、平成 29 年の制度改正では、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた取組みの推進」を図るための見直しが行われた。また、未来投資戦略 2017(平成 29 年6月9日閣議決定)においても、今回の介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行うこととされたところである。
- このような状況を踏まえ、今回の介護報酬改定でも、質が高く、自立支援・重度化防止に資するサービスを推進していくことが必要である。

(3) 一億総活躍社会の実現、介護離職ゼロに向けた取組が進められる中での改定

- 一方、今後の人口の動向に目を向けると、少子高齢化の進展により、介護を必要とする者が増大する一方で、その支え手が減少することが見込まれている。
- 現在、政府においては、誰もが活躍できる「一億総活躍社会」を実現するため、「介護離職ゼロ」などの目標を掲げ、様々な取組を推進しているところである。
- その中で介護人材の確保については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成 28 年6月2日閣議決定)において、介護の受け皿整備に加え、介護の仕事の魅力を向上し、介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱として人材の確保に総合的に取り組むこととされている。
- これを受けて、平成 29 年4月から月額1万円相当の処遇改善などを行ったところであるが、今なお、介護サービス事業者にとって人材確保が厳しい状況にあることも踏まえ、今回の介護報酬改定においても、介護人材の確保や生産性の向上に向けた取組を推進していくことが必要である。

(4) 制度の安定性・持続可能性が求められる中での改定

- また、介護に要する費用に目を向けると、その額は制度創設時より大きく増加しており、(3)で述べたように、少子高齢化の進展により、介護を必要とする者が増大する一方で、その支え手が減少することが見込まれる中、制度の安定性・持続可能性を高める取組

みが求められる。

- このような中、平成 26、29 年の制度改正では、利用者負担の見直しを行うなど、制度の安定性・持続可能性を高めるための取り組みが進められているところである。
- 今回の介護報酬改定においても、必要なサービスはしっかりと確保しつつ、サービスの適正化・重点化を図り、制度の安定性・持続可能性を高めていくことが必要である。

2. 平成 30 年度介護報酬改定の基本的な考え方

(1) 地域包括ケアシステムの推進

- 国民一人一人が、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるようにしていくためには、地域包括ケアシステムを推進していくことが必要である。特に今回の改定は、診療報酬との同時改定であり、医療・介護の役割分担と連携をより一層推進し、中重度の要介護者も含め、本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施や、関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応を推進していくことが必要である。
- また、地域包括ケアシステムの推進を着実にやっていく観点から、各介護サービスに求められる機能を強化するほか、在宅におけるサービスの要となるケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保や、今後とも増加することが見込まれている認知症の人への対応、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進していくことも必要である。

(2) 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険は、高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減又は悪化の防止を目的としており、これらに資する質の高い介護サービスを推進していくことが必要である。
- また、利用者にとって、サービスの安全・安心が確保されていることは当然のことであり、このような観点からの取り組みを進めていくことも必要である。

(3) 多様な人材の確保と生産性の向上

- 介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であるにもかかわらず、その不足が叫ばれるなど、介護人材の確保は最重要の課題である。
- この課題に対応するため、これまでも様々な取り組みを進めてきたところであるが、これに加えて、サービスの質や働き方改革との関係に留意しつつ、専門性などに応じた人材の有効活用や、ロボット技術・ICTの活用や人員・設備基準の緩和を通じたサービス提

供の効率化を推進することが必要である。

(4) 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険の費用は公費と保険料、利用者負担で賄われているが、公費や保険料の額は、制度創設時より大きく増加しており、経済成長や財政健全化に与える影響を危惧する意見もある。地域包括ケアシステムの構築を図る一方、保険料と公費で支えられている介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、費用負担者への説明責任をよりよく果たし、国民全体の制度への納得感を高めていくことが求められる。
- このような観点から、評価の適正化・重点化や、報酬体系の簡素化を進めていくことが必要であり、今般の改定でしっかりと対応していくことが必要である。
- その際、サービスを必要とする者に必要なサービスが提供されるよう、介護事業者の経営状況を踏まえることも当然必要であり、サービス提供の実態などを十分に踏まえながら、きめ細やかな対応をしていくことが必要である。

Ⅱ 平成 30 年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

○ 平成 30 年度介護報酬改定の基本的な考え方とその主な改定内容は以下のとおり。

なお、各サービスの報酬・基準に係る内容については、Ⅲで再掲している事項も含めて記載している。また、介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記している。

1. 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

(1) 中重度の要介護者も含めた、本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施

① 在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化
(一部★)

【訪問看護(アの後段を除き★)、看護小規模多機能型居宅介護】

ア 訪問看護の看護体制強化加算について、月の変動による影響を抑える観点から、現行3か月である緊急時訪問看護加算等の算定者割合の算出期間を見直すとともに、ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合について新たな区分を設ける等の見直しを行う。(訪問看護)

イ 24 時間対応体制のある訪問看護事業所からの緊急時訪問を評価することとする。具体的には、現行、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算については、2回目以降の緊急時訪問において、一部の対象者(特別管理加算算定者)に限り算定できることとなっているが、この対象者について拡大を図ることとする。(訪問看護)

ウ 医療ニーズに対応できる介護職員との連携体制やターミナルケアの体制をさらに整備する観点から、看護小規模多機能型居宅介護の訪問看護体制強化加算について、ターミナルケアの実施及び介護職員等による喀痰吸引等の実施体制を新たな区分として評価することとする。

その際、加算の名称について、訪問看護体制以外の要件を追加することから、「看護体制強化加算」へと改めることとする。(看護小規模多機能型居宅介護)

② 短期入所生活介護における看護体制の充実

【短期入所生活介護】

ア 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。

イ 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
- ・ 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する。

③ 有床診療所等が提供する短期入所療養介護(★)

【短期入所療養介護】

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、有床診療所等の短期入所療養介護への参入を進めることとし、以下の見直しを行う。

ア 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から、当該サービスのみなし指定とする。

イ 一般病床の有床診療所については、「食堂」が医療法上の施設基準とされていないが、サービスの実態を踏まえ、一般病床の有床診療所が短期入所療養介護を提供する場合は、食堂に関する基準を緩和する。ただし、食堂を有する事業所との間で報酬上のメリハリをつけることとする。

④ 看護小規模多機能型居宅介護の指定に関する基準の緩和

【看護小規模多機能型居宅介護】

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する。具体的には、以下のとおりとする。

ア 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病床は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能とする。

イ 現行、看護小規模多機能型居宅介護の指定を受けるためには、法人であることが必要だが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者も認めることとする。

⑤ 看護小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所の創設

【看護小規模多機能型居宅介護】

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。)の基準を創設する。

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する。

ただし、看護職員等の基準については、以下のように定めることとする。

(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、本体事業所との兼務等により、サテライト看多機に配置しないことができることとする。
- 本体事業所はサテライト事業所の支援機能を有する必要があることから、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する。
- 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、看護職員の人数については常勤換算 1.0 人以上とする。
- 本体事業所及びサテライト看多機においては適切な看護サービスを提供する体制にあること。なお、適切な看護サービスを提供する体制とは、訪問看護体制減算を届出していないことを要件とし、当該要件を満たせない場合の減算を創設する。

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合わせて受けている場合には、同様の取扱いとする。

⑥ 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

【居宅介護支援】

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。

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。

⑦ 特定施設入居者の医療ニーズへの対応

【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】

入居者の医療ニーズによりの確に対応できるよう、以下の見直しを行う。

ア 退院時連携加算の創設

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携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 医療的ケア提供加算の創設

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

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

⑧ 認知症グループホーム入居者の医療ニーズへの対応

【認知症対応型共同生活介護】

入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるよう、現行の医療連携体制加算は維持した上で、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を創設することとする。

具体的な算定要件は以下のとおりとする。

ア 事業所の職員として看護職員を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること
 - ・ 事業所の職員である看護職員又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること
 - ・ 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保すること
 - ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
 - ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- を評価することとする。

イ また、事業所の職員として看護師を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること

- ・ 事業所の職員である看護師又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保すること
- ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
- ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていることを評価することとする。

⑨ 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

入所者の医療や看取りに関するニーズにより的確に対応できるよう、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する。具体的には以下の見直しを行うこととする。

ア 早朝・夜間又は深夜における配置医師の診療に対する評価の創設

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する。

- i 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。
- ii 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。
- iii i 及び ii の内容につき、届出を行っていること。
- iv 看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。
- v 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。

イ 常勤医師配置加算の要件緩和

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への対応方針の策定義務づけ

入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、あらかじめ配置医師による対

応その他の方法に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。

エ 夜間の医療処置への対応の強化

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
- ・ 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する。

オ 施設内での看取りの推進

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、上記ア i ～ iv に示した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。

⑩ 介護医療院の基準

【介護医療院】

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」の議論の整理において、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)の2つのサービスが提供されることがとされているが、この人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア 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する。

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提供を可能とする。

イ 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、

- i 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、
- ii 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する。

ウ 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 8.0 m²/人以上とし、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する。

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する。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する。

エ 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することとする。

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するが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行うこととする。

オ 医療機関との併設の場合の取扱い

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する。

カ ユニットケア

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、介護医療院でもユニット型を設定することとする。

⑪ 介護医療院の基本報酬等

【介護医療院】

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下のとおりとする。

ア 基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・ I 型では現行の介護療養病床(療養機能強化型)を参考とし、
- ・ II 型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24 時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、I 型、II 型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を

充実させていることも合わせて評価することとする。

イ 加算その他の取扱い

介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。

(例) 退院時指導等加算 → 退所時指導等加算
特定診療費 → 特別診療費

ウ 緊急時の医療

介護医療院は、病院・診療所ではないものの、医療施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。

エ 重度の認知症疾患への対応

重度の認知症疾患への対応については、入院患者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

(2) 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進、関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応の推進

① 居宅介護支援事業所と医療機関との連携の強化(★)

【居宅介護支援】

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あたり、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。
- 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。

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（医療処置、看護、リハビリの視点等）を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、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。
- 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等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

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

（要件）

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所
 - ii Ⅲ6②イに記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
 - iii 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）のいずれかを算定している事業所
- ※ 平成 31 年度から施行する。

② サービス提供責任者の役割の明確化

【訪問介護】

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

③ 短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和（★）

【通所リハビリテーション】

医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う観点から、診療報酬改定における対応を鑑みな

がら、必要に応じて、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を緩和することとする。

④ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等(★)

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。

イ 指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所又は指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。

⑤ 介護老人保健施設とかかりつけ医との連携

【介護老人保健施設】

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

⑥ 介護保険施設と入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

介護保険施設の入所者が保険医療機関に入院し、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保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

(3) 各介護サービスに求められる機能の強化

① サービス提供責任者の役割・任用要件の見直し

【訪問介護】

サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は任用

要件から廃止する。ただし、現に従事している者については1年間の経過措置を設ける。

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

② 看護小規模多機能型居宅介護における訪問(介護)サービスの推進

【看護小規模多機能型居宅介護】

小規模多機能型居宅介護の訪問体制強化加算に準じ、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1ヶ月あたり延べ訪問回数が一定以上の事業所に対する評価として訪問体制強化加算を創設するとともに、当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。ただし、対象となる訪問サービスについては、看護師等による訪問(看護サービス)は含まないものとする。

③ 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価(★)

【介護老人保健施設、短期入所療養介護】

平成 29 年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。

ア 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。

イ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取り組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。

ウ 現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。

エ 併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取り組みとして、基本報酬に包括化する。

オ ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試行的退所時指導加算として、評価を継続することとする。

④ 居住系サービス及び施設系サービスにおける口腔衛生管理の充実(★)

【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、認知症対応型共同生活介護(★)】

ア 口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大

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、居住系サービスも対象とすることとする。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

イ 口腔衛生管理加算の見直し

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。

⑤ 通所系サービス、居住系サービス及び施設系サービスにおける栄養改善の取組の推進(★)

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護(★)、通所リハビリテーション(★)】

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。

【通所介護、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(★)、通所リハビリテーション(★)、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、認知症対応型共同生活介護(★)、小規模多機能型居宅介護(★)、看護小規模多機能型居宅介護】

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。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

ウ 低栄養リスクの改善に関する新たな評価の創設

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。

(4) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

① 質の高いケアマネジメントの推進

【居宅介護支援】

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、一定の経過措置期間を設けることとする。

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

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。

② 公正中立なケアマネジメントの確保

【居宅介護支援】

ア 契約時の説明等(一部★)

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等(当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること)を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、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。

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し、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする。

(5) 認知症の人への対応

① 認知症グループホーム入居者の医療ニーズへの対応

【認知症対応型共同生活介護】

入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるよう、現行の医療連携体制加算は維持した上で、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を創設することとする。

具体的な算定要件は以下のとおりとする。

ア 事業所の職員として看護職員を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること
 - ・ 事業所の職員である看護職員又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること
 - ・ 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保すること
 - ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
 - ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- を評価することとする。

イ また、事業所の職員として看護師を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること
 - ・ 事業所の職員である看護師又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保すること
 - ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
 - ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- を評価することとする。

② 認知症グループホーム入居者の入退院支援の取組(★)

【認知症対応型共同生活介護】

認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとする。具体的には以下の見直しを行う。

ア 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。

イ 医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。

③ 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件の見直し(★)

【認知症対応型共同生活介護】

認知症グループホームが地域における認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件を見直す。

具体的には、利用者の状況や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護の利用が必要と認めた場合には、定員を超えて受け入れを認めることとする。

その際、他の入居者の処遇に支障が生じないよう、

- ・ 利用者の居室は個室であること
 - ・ 短期利用の利用者も含めて人員基準を満たしていること
 - ・ 定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所ごとに1人までとすること
- を要件とする。

④ 認知症グループホームにおける生活機能向上連携加算の創設(★)

【認知症対応型共同生活介護】

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。具体的には、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が認知症グループホームを訪問して認知症対応型共同生活介護計画を作成する場合について、

- ・ 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・医師が認知症グループホームを訪問し、身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
- ・ 計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること

等を評価することとする。

⑤ 認知症対応型通所介護における生活機能向上連携加算の創設(★)

【認知症対応型通所介護】

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、認知症対応型通所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。

具体的には、

- ・ 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、認知症対応型通所介護の事業所を訪問し、認知症対応型通所介護の事業所の職員と協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
 - ・ 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定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと
- を評価することとする。

⑥ 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直し(★)

【認知症対応型通所介護】

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入所者生活介護における利用定員数を、「1施設当たり3人以下」から「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」に見直すこととする。

⑦ 各種サービスにおける認知症関連加算の創設(一部★)

【短期入所生活介護(★)、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護(★)、看護小規模多機能型居宅介護、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、介護医療院】

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、認知症高齢者への専門的なケアを評価する「認知症専門ケア加算」や、若年性認知症の方の受け入れを評価する「若年性認知症利用者受入加算」等について、現在加算が設けられていないサービスにも創設することとする。

(新たに加算を創設するサービスと、創設される加算)

- ・ 認知症専門ケア加算 …… 短期入所生活介護、短期入所療養介護
- ・ 若年性認知症利用者受入加算 …… 小規模多機能型居宅介護、看護小規

模多機能型居宅介護、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

・ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 …… 介護医療院

(6) 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

① 共生型サービス

【訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護(★)】

ア 共生型訪問介護、共生型通所介護、共生型短期入所生活介護に係る基準・報酬を設定する。

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

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

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

(報酬設定の基本的な考え方)

- a 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。
- b 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。

- ii 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。

報酬は、i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。

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

報酬は、i 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。

※ 併せて、地域共生社会の実現に向けた取組を推進するため、法令上「共生型サービス」の対象とされているデイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ以外のサービスや、障害福祉制度と介護保険の両方の基準を満たしているものも、「共生型サービス」と称することができることを明確にする。

イ 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、指定居宅介護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。（★）

② 療養通所介護の定員数の引き上げ

【療養通所介護】

療養通所介護事業所においては、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、定員数を引き上げることとする。

2. 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

（1）高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する介護サービスの推進

① リハビリテーションに関する医師の指示の明確化等（★）

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。

具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

(リハビリテーションマネジメント加算に追加する要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示_(※)を行うこと。
- ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

② リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

(追加する要件)

リハビリテーションマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受けること。

③ 予防給付におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとする。

ただし、要支援者が対象となることから、以下のとおり、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとする。

(要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示_(※)を行うこと。
- ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
- ・ 3月以上サービスを利用する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。
- ・ 医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に居宅を訪

間して評価すること。(介護予防通所リハビリテーションのみ)

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

④ 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設

【介護予防訪問リハビリテーション】

自立支援、重度化防止の観点から、介護予防通所リハビリテーションにおけるアウトカム評価として設けられている事業所評価加算を、介護予防訪問リハビリテーションにおいても創設する。

その場合の算定要件については、介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算を踏まえて設定することとする。

(参考)介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算の算定要件

1. 定員利用・人員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運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること。
2. 利用実人員数が10名以上であること。
3. 利用実人員数の60%以上に選択的サービスを実施していること。
4. (要支援状態区分の維持者数+改善者数×2)÷(評価対象期間内(前年の1月～12月)に、選択的サービス(運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上)を3か月以上利用し、その後更新・変更認定を受けた者の数)≥0.7を満たすこと(選択的サービスを3か月以上利用した者の要支援状態の維持・改善率)

⑤ 介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

【介護予防通所リハビリテーション】

活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設する。

(要件)

- ・ 下記、通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件アからウと同様の要件を満たしていること。
- ・ 今回創設するリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
- ・ 事業所評価加算との併算定は不可とする。

(参考)通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件

ア 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士

又は研修を修了した理学療法士・言語聴覚士が配置されていること。

イ 生活行為の内容の充実を図るための目標、実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。

ウ 指定通所リハビリテーションの終了前1月以内にリハビリテーション会議を開催すること。

エ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定していること。

⑥ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等との連携による機能訓練等の推進 (一部★)

【訪問介護】

ア 訪問介護の生活機能向上連携加算について、以下の見直しを行う。

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

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護(★)】

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に生活機能向上連携加算を創設する。その内容は上記の見直し後の訪問介護の生活機能向上連携加算と同様のものとする。

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護(★)、短期入所生活介護(★)】

ウ 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、通所介護事業所等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。

具体的には、

- ・ 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、通所介護事業所等を訪問し、通所介護事業所等の職員と協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ・ 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定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価することとする。

【認知症対応型共同生活介護(★)】

エ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。具体的には、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が認知症グループホームを訪問して認知症対応型共同生活介護計画を作成する場合について、

- ・ 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・医師が認知症グループホームを訪問し、身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
 - ・ 計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること
- 等を評価することとする。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、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】

オ 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と連携する場合の評価を創設する。

具体的には、

- ・ 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協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。

- ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他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。
を評価することとする。

⑦ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の創設

【通所介護、地域密着型通所介護】

通所介護事業所において、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。

⑧ 「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

【訪問介護】

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

⑨ 身体介護と生活援助の報酬

【訪問介護】

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

⑩ 訪問回数の多い利用者への対応

【訪問介護・居宅介護支援】

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ることとする。

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

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。

⑪ 施設系サービス利用者の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
【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

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。

(2) 介護サービスの安全・安心を確保する観点からの取り組みの推進

① 身体的拘束等の適正化

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、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(★)、地域密着型特定施設入居者生活介護】

身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を以下のとおり見直すこととする。

(見直し後の基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

(※) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、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においては、運営推進会議を活用することができることとする。

(見直し後の減算幅)

5単位／日 → ○％／日

② 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設】

特別養護老人ホーム等の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。

3. 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

(1) 人材の有効活用・機能分化

① 生活援助中心型の担い手の拡大

【訪問介護】

訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性に対応するため、身体に直接触れる身体介護について、自立支援の機能を高めることも踏まえて、介護福祉士等が中心に担うこととする。生活援助中心型については、必要な量を確保するために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。

また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員等を常勤換算方法で 2.5 以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。

この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。

なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

② 機能訓練指導員の確保の促進(★)

【通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護(★)、特定施設入所者生活介護(★)、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護(★)、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

通所介護等における機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(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、機能訓練体制加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

③ 複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し(★)

【訪問看護】

訪問看護における複数名訪問加算について、医療保険での取扱いを踏まえ、同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し、役割分担をした場合の評価の区分を新たに創設することとする。

この場合の看護補助者については、医療保険の訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算に係る疑義解釈で示されている者と同様とする。

(2) ロボット技術・ICTの活用や人員・設備基準の緩和を通じたサービス提供の効率化

① 介護ロボットの活用の推進

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護】

夜勤業務について、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、夜勤職員配置加算の見直しを行うこととする。

② オペレーターに係る基準の見直し

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】

ア 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」の兼務を認めることとする。
- ・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ることとする。

ただし、利用者へのサービス提供に支障がない場合とは、

- ・ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報(具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等)の確認ができるとともに、
- ・適切なコール対応ができない場合に備えて、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時に対応できる

体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合を言うこととする。

イ オペレーターに係る訪問介護の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」に変更することとする。

なお、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する。

③ リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。

しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。

ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等^(※)を活用してもよいこととする。

※ テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

イ 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

ウ リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所において、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととする。(通所リハビリテーションのみ)

④ 特養併設型の短期入所生活介護における夜勤職員の配置基準の緩和(★)

【短期入所生活介護】

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、短期入所生活介護事業所(ユニット型以外)と特養(ユニット型)が併設している場合の夜勤職員の兼務を認めることとする。(逆の場合(短期入所生活介護事業所(ユニット型)と特養(ユニット型以外))も同様とする。)

・ 短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されていること

- ・ 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

⑤ 介護老人福祉施設における常勤医師配置加算の要件緩和

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

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。

⑥ 介護保険施設における栄養マネジメント加算の要件緩和

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

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。

⑦ 設備に係る共用の明確化(★)

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護(★)】

通所介護等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。

また、併設サービスが訪問介護である場合に限らず、サービスの趣旨から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こととする。

⑧ 介護・医療連携推進会議等の開催方法・頻度の緩和(一部★)

【各種の地域密着型サービス】

介護・医療連携推進会議や運営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、開催方法や開催頻度について以下の見直しを行う。

ア 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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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年度に開催すべき介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。(地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は除く。)
- iv 外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行うこと。

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、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回から年2回とする。

4. 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

(1) 評価の適正化・重点化

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等(★)

【福祉用具貸与】

現行の貸与商品については、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が適用されるが、平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。

公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。

全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。

なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。

② 機能や価格帯の異なる複数の福祉用具の提示等(★)

【福祉用具貸与】

利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。

- ・ 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

③ 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し(★)

【訪問看護】

訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、理学療法士等という。)による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものであるが、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があることを踏まえ、以下の見直しを行う。

ア 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、利用者の状況や実施した看護(看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む)の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。

イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

ウ 上記の仕組みを導入することに合わせて評価の見直しを行うこととする。

④ 訪問看護の報酬体系の見直し(★)

【訪問看護】

要支援者と要介護者に対する訪問看護については、現在、同一の評価となっているが、両者のサービスの提供内容等を踏まえ、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

⑤ 訪問リハビリテーションの基本報酬の見直し(★)

【訪問リハビリテーション】

リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されることから、二重評価にならないように見直しを図ることとする。

⑥ 通所介護等の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し(★)

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護(★)】

ア 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。

イ 認知症対応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も、通所介護の見直しと同様の見直しを行うこととする。

⑦ 通所介護における規模ごとの基本報酬の見直し

【通所介護、地域密着型通所介護】

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おり、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。

⑧ 通所リハビリテーションにおける3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し

【通所リハビリテーション】

通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ、3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直しを行う。

⑨ 短期入所生活介護における多床室の基本報酬の見直し(★)

【短期入所生活介護】

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。

⑩ 療養食加算の見直し(★)

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護(★)、短期入所療養介護(★)】

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食を限度として、1食単位の評価とする。

(2) 集合住宅関係

① 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬(★)

【訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護(★)、訪問看護(★)、訪問リハビリテーション(★)】

ア 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。

- i 訪問介護・夜間対応型訪問介護・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。
 - a 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
 - b 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)
- ii またa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

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

イ 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。

- i 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供については、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)に居住する者について600単位/月の減算とされているが、建物の範囲を見直し、有料老人ホーム等_(※)以外の建物も対象とする。

※ 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

- ii また、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、当該建物の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。

【区分支給限度基準額】

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。

② 医療保険との整合性を踏まえた訪問人数等に応じた評価の見直し(★)

【居宅療養管理指導】

現在、同一日に同じ建物に居住する者(同一建物居住者)に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成 28 年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数(単一建物居住者の人数)によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。

これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとするとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。

- ・ 単一建物居住者が1人
- ・ 単一建物居住者が2～9人
- ・ 単一建物居住者が 10 人以上

③ 地域へのサービス提供の推進

【定期巡回・随時対応訪問介護看護】

一部の事業所において、利用者の全てが同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住しているような実態があることを踏まえ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

(3) 報酬体系の簡素化

① 看護職員による居宅療養管理指導の廃止(★)

【居宅療養管理指導】

看護職員による居宅療養管理指導については、その算定実績を踏まえて廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

② 看護小規模多機能型居宅介護における事業開始時支援加算の廃止

【看護小規模多機能型居宅介護】

事業開始時支援加算については、平成 27 年度介護報酬改定において平成 29 年度末までとして延長されているが、平成 29 年度介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、予定通り廃止する。

③ 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

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

ア 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

- i 小規模介護福祉施設(定員 30 名の施設)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。
- ii 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、一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合することとする。
- iii i・ii 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。

④ 介護療養型老人保健施設の基本報酬の見直し

【介護老人保健施設、短期入所療養介護(★)】

介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることや、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化する。

ただし、「療養強化型」で評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の期限をなくすこととする。

⑤ 介護職員処遇改善加算の見直し(★)

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴

介護(★)、通所介護、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(★)、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(★)、小規模多機能型居宅介護(★)、看護小規模多機能型居宅介護、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、認知症対応型共同生活介護(★)、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。また、その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととする。

Ⅲ 各サービスの報酬・基準に係る見直しの基本的な方向

- 各サービスの報酬・基準に係る見直しの基本的な方向は以下のとおり。なお、介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記している。

1. 訪問系サービス

(1) 訪問介護

① 生活機能向上連携加算の見直し II 2(1)⑥再掲

生活機能向上連携加算について、以下の見直しを行う。

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

イ また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、

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

② 「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化 II 2(1)⑧再掲

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

③ 身体介護と生活援助の報酬 II 2(1)⑨再掲

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業

所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつけることとする。

④ 生活援助中心型の担い手の拡大 II 3(1)①再掲

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。

また、訪問介護事業者ごとに訪問介護員等を常勤換算方法で 2.5 以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。

この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。

なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

⑤ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬 II 4(2)①再掲

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。

⑥ 訪問回数の多い利用者への対応 II 2(1)⑩再掲

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ることとする。

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

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。

⑦ サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化

サービス提供責任者の役割や任用要件等について以下の見直しを行う。

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

また、初任者研修課程修了者又は旧2級課程修了者であるサービス提供責任者を配置している場合に係る減算についても、上記に合わせて、平成30年度は現に従事している者に限定し、平成31年度以降は廃止する。 II 1(3)①再掲

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。 II 1(2)②再掲

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

離している場合にはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをすることを明確化する。

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

⑧ 共生型訪問介護 II 1(6)①再掲

ア 共生型訪問介護の基準

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

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

イ 共生型訪問介護の報酬

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

（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。

⑨ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

① 生活機能向上連携加算の創設 II 2(1)⑥再掲

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。具体的な内容は以下のとおり。

ア 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問して定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合について、

- ・ 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・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
 - ・ 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成すること
- 等の評価することとする。

イ また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、

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

② オペレーターに係る基準の見直し II 3(2)②再掲

ア 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」の兼務を認めることとする。
- ・ 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ることとする。

ただし、利用者へのサービス提供に支障がない場合とは、

- ・ ICT 等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、
- ・ 適切なコール対応ができない場合に備えて、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時に対応できる

体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合を言うこととする。

イ オペレーターに係る訪問介護の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」に変更することとする。

なお、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する。

③ 介護・医療連携推進会議の開催方法・頻度の緩和 II 3(2)⑧再掲

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、開催方法や開催頻度について以下の見直しを行う。

ア 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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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。
- iv 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。

イ 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回から年2回とする。

④ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬 II 4(2)①再掲

ア 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。

- i 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供については、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）に居住するに該当する場合に600単位／月の減算とされているが、建物の範囲を見直し、有料老人ホーム等_(※)以外の建物も対象とする。
- ii また、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

イ その際、減算を受けている者と、減算を受けていない者との公平性の観点から、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。

⑤ 地域へのサービス提供の推進 II 4(2)③再掲

一部の事業所において、利用者の全てが同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住しているような実態があることを踏まえ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

⑥ ターミナルケアの充実

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。

⑦ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(3) 夜間対応型訪問介護

① オペレーターに係る基準の見直し II 3(2)②再掲

オペレーターに係る訪問介護の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」に変更することとする。

なお、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する。

② 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬 II 4(2)①再掲

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。
(訪問介護と同様の見直し)

ア 夜間対応型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。

③ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(4) 訪問入浴介護

① 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬(★) II 4(2)①再掲

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。
(訪問介護と同様の見直し)

ア 訪問入浴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。

② 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(5) 訪問看護

① 在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化(アの後段を除き★) II 1(1)①再掲

ア 看護体制強化加算について、月の変動による影響を抑える観点から、現行3か月である緊急時訪問看護加算等の算定者割合の算出期間を見直すとともに、ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合について新たな区分を設ける等の見直しを行う。

イ 24 時間対応体制のある訪問看護事業所からの緊急時訪問を評価することとする。具体的には、現行、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算については、2回目以降の緊急時訪問において、一部の対象者(特別管理加算算定者)に限り算定できることとなっているが、この対象者について拡大を図ることとする。

② ターミナルケアの充実

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。

また、今後、利用者が在宅において死亡診断を円滑に受けられることを推進するため、「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づき、ターミナル時に医師と訪問看護事業所による連携を図るため、関連制度における対応に合わせて、ターミナル時の情報提供に係る評価について、必要な見直しを行うこととする。

③ 地域における訪問看護体制整備の推進(★)

地域における訪問看護体制整備の取組の推進を図るために、医療機関と訪問看護ステーションが相互に連携することを明示することとする。

④ 複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し(★) II 3(1)③再掲

訪問看護における複数名訪問加算について、医療保険での取扱いを踏まえ、同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し、役割分担をした場合の評価の区分を新たに創設することとする。

この場合の看護補助者については、医療保険の訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算に係る疑義解釈で示されている者と同様とする。

⑤ 訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し(★) II 4(1)

③再掲

訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、理学療法士等という。)による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものであるが、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があることを踏まえ、以下の見直しを行う。

ア 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、利用者の状況や実施した看護(看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む)の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。

イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

ウ 上記の仕組みを導入することに合わせて評価の見直しを行うこととする。

⑥ 報酬体系の見直し(★) II 4(1)④再掲

要支援者と要介護者に対する訪問看護については、現在、同一の評価となっているが、両者のサービスの提供内容等を踏まえ、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

⑦ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬(★) II 4(2)①再掲

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。
(訪問介護と同様の見直し)

ア 訪問看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。

⑧ その他(★)

現在、事務連絡において、介護保険の訪問看護と医療保険の精神科訪問看護の同一日等の併算ができない取扱いが定められているが、告示においても併算できないことを明確化することとする。

(6) 訪問リハビリテーション

① 医師の指示の明確化等(★) II 2(1)①再掲

医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。

具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

(リハビリテーションマネジメント加算に追加する要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示^(※)を行うこと。

- ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

② リハビリテーション会議への参加方法の見直し等 II 3(2)③再掲

現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。

しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。

ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等^(※)を活用してもよいこととする。

※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

イ 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

③ リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価 II 2(1)②再掲

リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

(追加する要件)

リハビリテーションマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受けること。

④ 介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設 II 2(1)③再掲

質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとする。

ただし、要支援者が対象となることから、以下のとおり、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとする。

(要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示_(※)を行うこと。
- ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
- ・ 3月以上サービスを利用する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

⑤ 社会参加支援加算の要件の明確化等

社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。

また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。

- ・ 訪問リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合
- ・ 就労に至った場合

⑥ 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設 II 2(1)④再掲

自立支援、重度化防止の観点から、介護予防通所リハビリテーションにおけるアウトカム評価として設けられている事業所評価加算を、介護予防訪問リハビリテーションにおいても創設する。

その場合の算定要件については、介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算を踏まえて設定することとする。

(参考)介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算の算定要件

1. 定員利用・人員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運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること。
2. 利用実人員数が10名以上であること。
3. 利用実人員数の60%以上に選択的サービスを実施していること。
4. $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)})$ に、選択的サービス(運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上)を3か月以上利用し、その後更新・変更認定を受けた者の数 ≥ 0.7 を満たすこと(選択的サービスを3月以上利用した者の要支援状態の維持・改善率)

⑦ 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(★)

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。

このため、指定訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師の配置を求めることとする。

その際、事業所である病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の常勤医師との兼務を可能とするほか、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設、介護医療院であって、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する。医師の診療に係る取扱いについて例外を設けることとするが、この場合の評価は適正化することとする。

⑧ 基本報酬の見直し(★) II 4(1)⑤再掲

リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されることから、二重評価にならないように見直しを図ることとする。

⑨ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等(★) II 1(2)④再掲

ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。

イ 指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。

⑩ 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供(★)

指定(介護予防)訪問リハビリテーションにおいて、他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」及び「中山間地域等における小規模事業所加算」を新たに創設することとする。

その際、他の訪問系サービスの「中山間地域等における小規模事業所加算」においては、小規模事業所について、一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定めている

が、指定(介護予防)訪問リハビリテーションの場合についても同様に定めることとする。

また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

⑪ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬(★) II 4(2)①再掲

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。
(訪問介護と同様の見直し)

ア 訪問リハビリテーション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。

⑫ 介護医療院が提供する訪問リハビリテーション(★)

訪問リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

⑬ その他

平成 29 年度をもって介護予防訪問介護の地域支援事業への移行が完了することに伴い、介護予防訪問リハビリテーションにおける訪問介護連携加算を廃止することとする。

(7) 居宅療養管理指導

① 訪問人数等に応じた評価の見直し(★) II 4(2)②再掲

現在、同一日に同じ建物に居住する者(同一建物居住者)に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成 28 年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数(単一建物居住者の人数)によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。

これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとするとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。

- ・ 単一建物居住者が1人
- ・ 単一建物居住者が2～9人
- ・ 単一建物居住者が 10 人以上

② 看護職員による居宅療養管理指導の廃止(★) II 4(3)①再掲

看護職員による居宅療養管理指導については、その算定実績を踏まえて廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

③ 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供(★)

ア 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、他の訪問系サービスと同様に、居宅療養管理指導においても、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに創設することとする。

イ 「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する。

- ・ 月ごとの算定回数に上限があること
- ・ 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

ウ また、現行において居宅療養管理指導については、通常の実業の実施地域を定めることが求められていないが、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の実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ることとする。

2. 通所系サービス

(1) 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 Ⅱ 2(1)⑥再掲

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。

具体的には、

- ・ 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協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ・ 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定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価することとする。

② 心身機能の維持に係るアウトカム評価の創設 Ⅱ 2(1)⑦再掲

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。

③ 機能訓練指導員の確保の促進 Ⅱ 3(1)②再掲

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(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、同様の対応を行う。

④ 栄養改善の取組の推進 Ⅱ 1(3)⑤再掲

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。

⑤ 基本報酬のサービス提供時間区分の見直し II 4(1)⑥再掲

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。

⑥ 規模ごとの基本報酬の見直し II 4(1)⑦再掲

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おり、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。

⑦ 運営推進会議の開催方法の緩和(地域密着型通所介護のみ) II 3(2)⑧再掲

地域密着型通所介護の運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。

⑧ 設備に係る共用の明確化 II 3(2)⑦再掲

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こととする。

⑨ 共生型通所介護 II 1(6)①再掲

ア 共生型通所介護の基準

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

イ 共生型通所介護の報酬

報酬は、以下の基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員(社会福祉士等)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。

⑩ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(2) 療養通所介護

① 定員数の見直し II 1(6)②再掲

療養通所介護事業所においては、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、定員数を引き上げることとする。

② 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

③ 運営推進会議の開催方法の緩和 II 3(2)⑧再掲

運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。

④ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(3) 認知症対応型通所介護

① 生活機能向上連携加算の創設(★) II 1(5)⑤、II 2(1)⑥再掲

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、認知症対応型通所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。

具体的には、

- ・ 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、認知症対応型通所介護の事業所を訪問し、認知症対応型通所介護の事業所の職員と協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ・ 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定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価することとする。

② 機能訓練指導員の確保の促進(★) II 3(1)②再掲

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(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、同様の対応を行う。

③ 栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

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。

④ 基本報酬のサービス提供時間区分の見直し(★) II 4(1)⑥再掲

通所介護の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に併せ、認知症対応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も、同様の見直しを行うこととする。

⑤ 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直し(★) II 1(5)⑥再掲

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入所者生活介護における利用定員数を、「1施設当たり3人以下」から「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」に見直すこととする。

⑥ 運営推進会議の開催方法の緩和(★) II 3(2)⑧再掲

運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。

⑦ 設備に係る共用の明確化(★) II 3(2)⑦再掲

認知症対応型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こととする。

⑧ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(4) 通所リハビリテーション

① 医師の指示の明確化等(★) II 2(1)①再掲

医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。

具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

(リハビリテーションマネジメント加算に追加する要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示_(※)を行うこと。
- ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

② リハビリテーション会議への参加方法の見直し等 II 3(2)③再掲

現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。

しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。

ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等_(※)を活用してもよいこととする。

※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

イ 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

ウ リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所において、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととする。

③ リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価 II 2(1)②再掲

リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(II)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

(追加する要件)

リハビリテーションマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受けること。

④ 介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設 II 2(1)③再掲

質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとする。

ただし、要支援者が対象となることから、以下のとおり、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとする。

(要件)

- ・ 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示_(※)を行うこと。
- ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
- ・ 3月以上サービスを利用する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由等を記載すること。
- ・ 医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に居宅を訪問して評価すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

⑤ 社会参加支援加算の要件の明確化等

社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。

また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。

- ・ 通所リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合
- ・ 就労に至った場合

⑥ 介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設 II 2(1)⑤再掲

活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設する。

(要件)

- ・ 下記、通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件アからウと同様の要件を満たしていること。
- ・ 今回創設するリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
- ・ 事業所評価加算との併算定は不可とする。

(参考)通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件

ア 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は研修を修了した理学療法士・言語聴覚士が配置されていること。

イ 生活行為の内容の充実を図るための目標、実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。

ウ 指定通所リハビリテーションの終了前1月以内にリハビリテーション会議を開催すること。

エ リハビリテーションマネジメント加算(II)を算定していること。

⑦ 栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

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。

⑧ 3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等 II 4(1)⑧再掲

通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ、以下の見直しを行う。

ア 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直しを行う。

イ 一方で、リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価する。

⑨ 短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和 II 1(2)③再掲

医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う観点から、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を緩和することとする。

⑩ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等(★) II 1(2)④再掲

ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。

イ 指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。

⑪ 介護医療院が提供する通所リハビリテーション(★)

通所リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

⑫ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

3. 短期入所系サービス

(1) 短期入所生活介護

① 看護体制の充実 II 1(1)②再掲

中重度の高齢者の積極的な受け入れを促進する等観点から、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。

② 夜間の医療処置への対応の強化 II 1(1)②再掲

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
- ・ 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する。

③ 生活機能向上連携加算の創設(★) II 2(1)⑥再掲

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。

具体的には、

- ・ 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協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
 - ・ 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定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと
- を評価することとする。

④ 機能訓練指導員の確保の促進(★) II 3(1)②再掲

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(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、機能訓練体制加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

⑤ 認知症専門ケア加算の創設(★) II 1(5)⑦再掲

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(算定要件:認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上の者の占める割合が50%以上、「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を一定数以上配置 等)について、短期入所生活介護にも創設する。

⑥ 特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和(★) II 3(2)④再掲

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、短期入所生活介護事業所(ユニット型以外)と特養(ユニット型)が併設している場合の夜勤職員の兼務を認めることとする。(逆の場合(短期入所生活介護事業所(ユニット型)と特養(ユニット型以外))も同様とする。)

- ・ 短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されていること
- ・ 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

⑦ 介護ロボットの活用の推進 II 3(2)①再掲

夜勤業務について、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、夜勤職員配置加算の見直しを行うこととする。

⑧ 多床室の基本報酬の見直し(★) II 4(1)⑨再掲

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。

⑨ 療養食加算の見直し(★) II 4(1)⑩再掲

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食を限度として、1食単位の

評価とする。

⑩ 共生型短期入所生活介護(★) II 1(6)①再掲

ア 共生型短期入所生活介護の基準

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

イ 共生型短期入所生活介護の報酬

報酬は、以下の基本的な考え方に基づき設定するとともに、生活相談員(社会福祉士等)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。

⑪ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑫ 居室とケア(★)

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。(介護老人福祉施設と同様の見直し)

(2) 短期入所療養介護

① 認知症専門ケア加算の創設(★) II 1(5)⑦再掲

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(算定要件:認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上の者の占める割合が50%以上、「認知症介

護実践リーダー研修」の修了者を一定数以上配置 等)について、短期入所生活介護にも創設する。

② 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護(★) II 1(3)③再掲

平成29年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。

ア 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。

イ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取り組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。

ウ 現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。

③ 介護療養型老人保健施設が提供する短期入所療養介護(★) II 4(3)④再掲

介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることや、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化する。

ただし、「療養強化型」で評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の期限をなくすこととする。

④ 有床診療所等が提供する短期入所療養介護(★) II 1(1)③再掲

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、有床診療所等の短期入所療養介護への参入を進めることとし、以下の見直しを行う。

ア 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から、当該サービスのみなし指定とする。

イ 一般病床の有床診療所については、「食堂」が医療法上の施設基準とされていないが、サービスの実態を踏まえ、一般病床の有床診療所が短期入所療養介護を提供する場合は、食堂に関する基準を緩和する。ただし、食堂を有する事業所との間で報酬上のメリハリをつけることとする。

⑤ 介護医療院が提供する短期入所療養介護(★)

短期入所療養介護については、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

⑥ 療養食加算の見直し(★) II 4(1)⑩再掲

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食を限度として、1食単位の評価とする。

⑦ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑧ 居室とケア(★)

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。(介護老人福祉施設と同様の見直し)

4. 多機能型サービス

(1) 小規模多機能型居宅介護

① 生活機能向上連携加算の創設(★) II 2(1)⑥再掲

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。具体的な内容は以下のとおり。

ア 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問して定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合について、

- ・ 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・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
 - ・ 介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成すること
- 等を評価することとする。

イ また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、

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

② 若年性認知症利用者受入加算の創設(★) II 1(5)⑦再掲

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、通所介護や認知症対応型共同生活介護に設けられている若年性認知症利用者受入加算（算定要件：若年性認知症利用者ごと個別に担当者を定め、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと）について、小規模多機能型居宅介護にも創設する。

③ 栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

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。

④ 運営推進会議の開催方法の緩和(★) II 3(2)⑧再掲

運営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、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こととする。

- 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。
- 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- 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。
- 外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

⑤ 代表者交代時の開設者研修の取扱い(★)

小規模多機能型居宅介護事業者の代表者（社長・理事長等）については、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者であることが必要であるが、代表者交代

時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良いこととする。

一方で、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけではないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることを求めることとする。

⑥ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(2) 看護小規模多機能型居宅介護

① 医療ニーズへの対応の推進 II 1(1)①再掲

医療ニーズに対応できる介護職員との連携体制やターミナルケアの体制をさらに整備する観点から、訪問看護体制強化加算について、ターミナルケアの実施及び介護職員等による喀痰吸引等の実施体制を新たな区分として評価することとする。

その際、加算の名称について、訪問看護体制以外の要件を追加することから、「看護体制強化加算」へと改めることとする。

② ターミナルケアの充実

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問(看護)と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。

③ 訪問(介護)サービスの推進 II 1(3)②再掲

小規模多機能型居宅介護の訪問体制強化加算に準じ、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1ヶ月あたり延べ訪問回数が一定以上の事業所に対する評価として訪問体制強化加算を創設するとともに、当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。ただし、対象となる訪問サービスについては、看護師等による訪問(看護サービス)は含まないものとする。

④ 若年性認知症利用者受入加算の創設 II 1(5)⑦再掲

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、通所介護

や認知症対応型共同生活介護に設けられている若年性認知症利用者受入加算(算定要件:若年性認知症利用者ごと個別に担当者を定め、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと)について、看護小規模多機能型居宅介護にも創設する。

⑤ 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

⑥ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供の強化

中山間地域等に居住している利用者へのサービス提供を充実させる観点から、小規模多機能型居宅介護等の他の地域密着型サービスに準じて、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を創設することとする。

また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

⑦ 指定に関する基準の緩和 II 1(1)④再掲

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する。具体的には、以下のとおりとする。

ア 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病床は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能とする。

イ 現行、看護小規模多機能型居宅介護の指定を受けるためには、法人であることが必要だが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者も認めることとする。

⑧ サテライト型事業所の創設 II 1(1)⑤再掲

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。)の基準を創設する。

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する。

ただし、看護職員等の基準については、以下のように定めることとする。

(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、本体事業所との兼務等により、サテライト看多機に配置しないことができることとする。

- 本体事業所はサテライト事業所の支援機能を有する必要があることから、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する。
- 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、看護職員の人数については常勤換算 1.0 人以上とする。
- 本体事業所及びサテライト看多機においては適切な看護サービスを提供する体制にあること。なお、適切な看護サービスを提供する体制とは、訪問看護体制減算を届出していないことを要件とし、当該要件を満たせない場合の減算を創設する。

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合わせて受けている場合には、同様の取扱いとする。

⑨ 運営推進会議の開催方法の緩和 II 3(2)⑧再掲

運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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。
- iv 外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

⑩ 事業開始時支援加算の廃止 II 4(3)②再掲

事業開始時支援加算については、平成 27 年度介護報酬改定において平成 29 年度末までとして延長されているが、平成 29 年度介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、予定通り廃止する。

⑪ 代表者交代時の開設者研修の取扱い

看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者(社長・理事長等)については、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者であることが必要であるが、代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケース

があることから、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良いこととする。

一方で、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけではないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることを求めることとする。

⑫ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

5. 福祉用具貸与

① 貸与価格の上限設定等(★) II 4(1)①再掲

現行の貸与商品については、平成 30 年 10 月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が適用されるが、平成 31 年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。

公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成 31 年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。

全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均 100 件以上の貸与件数がある商品について適用する。

なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。

② 機能や価格帯の異なる複数商品の提示等(★) II 4(1)①再掲

利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。

- ・ 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

6. 居宅介護支援

① 医療と介護の連携の強化(★) II 1(2)①再掲

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。
- 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。

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。

ウ 平時からの医療機関等との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、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。
- 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等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

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

(要件)

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所
- ii Ⅲ6②イに記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
- iii 特定事業所加算(Ⅰ～Ⅲ)のいずれかを算定している事業所

※ 平成31年度から施行する。

② 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント II 1(1)⑥再掲

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。

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、主治の医師等医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。

③ 質の高いケアマネジメントの推進 II 1(4)①再掲

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、一定の経過措置期間を設けることとする。

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

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。

④ 公正中立なケアマネジメントの確保(★) II 1(4)②再掲

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等(当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること)を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、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。

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し、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする。

⑤ 訪問回数の多い利用者への対応 II 2(1)⑩再掲

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ることとする。

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

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。

⑥ 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携(★) II 1(6)①再掲

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、指定居宅介護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。

7. 居住系サービス

(1) 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 II 1(1)⑦再掲

入居者の医療ニーズにより的確に対応できるよう、以下の見直しを行う。

ア 退院時連携加算の創設

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携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 医療的ケア提供加算の創設

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

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

② 個別機能訓練加算の見直し(★) II 2(1)⑥再掲

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と連携する場合の評価を創設する。

具体的には、

- ・ 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協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
 - ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他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。
- を評価することとする。

③ 機能訓練指導員の確保の促進(★) II 3(1)②再掲

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(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、同様の対応を行う。

④ 若年性認知症入居者受入加算の創設(★) II 1(5)⑦再掲

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

⑤ 口腔衛生管理の充実(★) II 1(3)④再掲

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。

⑥ 栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

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。

⑦ 短期利用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、短期利用特定施設入居者生活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、利用者を受け入れられない状況となっている。

このため、短期利用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(★) II 2(2)①再掲

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、運営基準に以下のとおり定めることとするほか、これに違反した場合の減算を創設する。

(基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

(※)地域密着型特定施設入居者生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。

(減算幅)

○%/日

⑨ 運営推進会議の開催方法の緩和(地域密着型特定施設入居者生活介護のみ) II 3(2)⑧再掲

地域密着型特定施設入居者生活介護の運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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任を認める。

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(★) Ⅱ 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

(2) 認知症対応型共同生活介護

① 入居者の医療ニーズへの対応 Ⅱ 1(1)⑧、Ⅱ 1(5)①再掲

入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるよう、現行の医療連携体制加算は維持した上で、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を創設することとする。

具体的な算定要件は以下のとおりとする。

ア 事業所の職員として看護職員を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること
- ・ 事業所の職員である看護職員又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること
- ・ 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保すること
- ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
- ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等

に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
を評価することとする。

イ また、事業所の職員として看護師を配置している場合の評価として、

- ・ 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること
 - ・ 事業所の職員である看護師又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保すること
 - ・ たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
 - ・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること
- を評価することとする。

② 入居者の入退院支援の取組(★) II 1(5)②再掲

認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとする。具体的には以下の見直しを行う。

ア 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。

イ 医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。

③ 口腔衛生管理の充実(★) II 1(3)④再掲

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、(介護予防)認知症対応型共同生活介護も対象とすることとする。

④ 栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

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。

⑤ 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件の見直し(★) II 1(5)③再掲

認知症グループホームが地域における認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件を見直

す。

具体的には、利用者の状況や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護の利用が必要と認めた場合には、定員を超えて受け入れを認めることとする。

その際、他の入居者の処遇に支障が生じないよう、

- ・ 利用者の居室は個室であること
 - ・ 短期利用の利用者も含めて人員基準を満たしていること
 - ・ 定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所ごとに1人までとすること
- を要件とする。

⑥ 生活機能向上連携加算の創設(★) II 1(5)④、II 2(1)⑥再掲

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。具体的には、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が認知症グループホームを訪問して認知症対応型共同生活介護計画を作成する場合について、

- ・ 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・医師が認知症グループホームを訪問し、身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
- ・ 計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること

等の評価することとする。

⑦ 身体的拘束等の適正化(★) II 2(2)①再掲

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、運営基準に以下のとおり定めることとするほか、これに違反した場合の減算を創設する。

(基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

(※)運営推進会議を活用することができることとする。

(減算幅)

○%／日

⑧ 運営推進会議の開催方法の緩和(★) II 3(2)⑧再掲

運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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。

⑨ 代表者交代時の開設者研修の取扱い(★)

認知症対応型共同生活介護の代表者(社長・理事長等)については、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者であることが必要であるが、代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良いこととする。

一方で、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけではないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることを求めることとする。

⑩ 介護職員処遇改善加算の見直し(★) II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

8. 施設系サービス

(1) 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

① 入所者の医療ニーズへの対応 II 1(1)⑨再掲

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、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する。具体的には以下の見直しを行うこととする。

ア 早朝・夜間又は深夜における配置医師の診療に対する評価の創設

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する。

- i 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。
- ii 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。
- iii i 及び ii の内容につき、届出を行っていること。
- iv 看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。
- v 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。

イ 常勤医師配置加算の要件緩和 Ⅱ 3(2)⑤再掲

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る場合には、
- 双方の施設で加算を算定することとする。

ウ 入所者の病状の急変等への対応方針の策定義務づけ

入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、あらかじめ配置医師による対応その他の方法に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。

エ 夜間の医療処置への対応の強化

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
 - ・ 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する。

オ 施設内での看取りの推進

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、上記ア i ～ iv に示した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。

② 個別機能訓練加算の見直し II 2(1)⑥再掲

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と連携する場合の評価を創設する。

具体的には、

- ・ 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協働で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他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。

を評価することとする。

③ 機能訓練指導員の確保の促進 II 3(1)②再掲

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(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、同様の対応を行う。

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 II 2(1)⑪再掲

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

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価 II 2(2)②再掲

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。

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

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

⑦ 障害者の生活支援について

ア 障害者を多く受け入れている地域密着型施設等の小規模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。具体的には、視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害の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 障害者生活支援体制加算について、以下の要件を満たす場合、より手厚い評価を行うこととする。

- ・ 入所障害者数が入所者総数の 50%以上。
- ・ 専ら障害者生活支援員として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を加えた数以上配置しているもの）

⑧ 口腔衛生管理の充実 II 1(3)④再掲

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。

ア 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

イ 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な応じ対応することを新たな要件に加える。

⑨ 栄養マネジメント加算の要件緩和 II 3(2)⑥再掲

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。

⑩ 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

⑪ 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携 II 1(2)⑥再掲

入所者が保険医療機関に入院し、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、施設の管理栄養士が当該保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

⑫ 介護ロボットの活用の推進 II 3(2)①再掲

夜勤業務について、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、夜勤職員配置加算の見直しを行うこととする。

⑬ 身体的拘束等の適正化 II 2(2)①再掲

身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を以下のとおり見直すこととする。

(見直し後の基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

(※)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。

(見直し後の減算幅)

5単位／日 → ○％／日

⑭ 運営推進会議の開催方法の緩和(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ) II 3(2)⑧再掲

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の運営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、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こととする。

- 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・プライバシーを保護すること。
- 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。

⑮ 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し II 4(3)③再掲

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

ア 小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

- i 小規模介護福祉施設(定員 30 名の施設)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。
- ii 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、一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合することとする。
- iii i・ii 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。

⑯ 療養食加算の見直し II 4(1)⑩再掲

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 食を限度として、1 食単位の評価とする。

⑰ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑩ 居室とケア

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。

(2) 介護老人保健施設

① 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 II 1(3)③再掲

平成 29 年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。

ア 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。

イ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取り組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。

ウ 現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。

エ 併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取り組みとして、基本報酬に包括化する。

オ ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試行的退所時指導加算として、評価を継続することとする。

② 介護療養型老人保健施設の基本報酬等 II 4(3)④再掲

介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることや、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化する。

ただし、「療養強化型」で評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の期限をなくすこととする。

③ かかりつけ医との連携 II 1(2)⑤再掲

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取り組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

④ 入所者への医療の提供

所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。

併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

⑤ 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 II 2(1)⑪再掲

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

⑥ 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価 II 2(2)②再掲

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。

⑦ 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

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

⑧ 口腔衛生管理の充実 II 1(3)④再掲

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。

ア 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

イ 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。

⑨ 栄養マネジメント加算の要件緩和 II 3(2)⑥再掲

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。

⑩ 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

⑪ 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携 II 1(2)⑥再掲

入所者が保険医療機関に入院し、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、施設の管理栄養士が当該保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

⑫ 身体的拘束等の適正化(★) II 2(2)①再掲

身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を以下のとおり見直すこととする。

(見直し後の基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施すること。

(見直し後の減算幅)

5単位/日 → ○%/日

⑬ 介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換の取扱い

ア 基準の緩和等

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、療養室の床

面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型老人保健施設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する。

その際、転換前の介護療養型医療施設又は医療療養病床では有していたが、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する。

イ 転換後の加算

介護療養型老人保健施設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創設する。

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る。

⑭ 療養食加算の見直し II 4(1)⑩再掲

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 食を限度として、1 食単位の評価とする。

⑮ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑯ 居室とケア

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。(介護老人福祉施設と同様の見直し)

(3) 介護療養型医療施設

① 介護療養型医療施設の基本報酬

介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、この要件を介護療養型医療施設の基本報酬の要件とし、メリハリをつけた評価とする。

なお、施設の定員規模が小さい場合には処置を受けている者の割合の変動が大きく評価が困難であること等から、有床診療所等については配慮を行うこととする。

② 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 II 2(1)⑪再掲

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

③ 口腔衛生管理の充実 II 1(3)④再掲

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。

ア 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

イ 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。

④ 栄養マネジメント加算の要件緩和 II 3(2)⑥再掲

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。

⑤ 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

⑥ 身体的拘束等の適正化 II 2(2)①再掲

身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を以下のとおり見直すこととする。

(見直し後の基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 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。

- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的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

⑦ 介護療養型医療施設における診断分類(DPC)コードの記載

慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、療養機能強化型以外の介護療養型医療施設についても、その入院患者の介護給付費明細書に医療資源に最も投入した傷病名を医科診断群分類(DPCコード)により記載することを求めることとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑧ 介護医療院へ転換する場合の特例

ア 基準の緩和等

介護医療院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、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する。

イ 転換後の加算

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創設する。

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る。

⑨ 医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例(★)

「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任を認める。

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。

⑩ 療養食加算の見直し II 4(1)⑩再掲

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食を限度として、1食単位の評価とする。

⑪ 介護職員処遇改善加算の見直し II 4(3)⑤再掲

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、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の取得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、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑫ 居室とケア

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。(介護老人福祉施設と同様の見直し)

(4) 介護医療院

① 介護医療院の基準 II 1(1)⑩再掲

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」の議論の整理において、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)の2つのサービスが提供されることとされているが、この人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア 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する。

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提供を可能とする。

イ 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、

- i 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、
- ii 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する。

ウ 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 8.0 m²/人以上とし、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する。

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する。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する。

エ 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することとする。

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するが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行うこととする。

オ 医療機関との併設の場合の取扱い

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する。

カ ユニットケア

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、介護医療院でもユニット型を設定することとする。

② 介護医療院の基本報酬等 II 1 (1) ⑪再掲

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下のとおりとする。

ア 基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・ I 型では現行の介護療養病床(療養機能強化型)を参考とし、
- ・ II 型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24 時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、I 型、II 型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価することとする。

イ 加算その他の取扱い

介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。

(例) 退院時指導等加算 → 退所時指導等加算

特定診療費 → 特別診療費

ウ 緊急時の医療

介護医療院は、病院・診療所ではないものの、医療施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。

エ 重度の認知症疾患への対応

重度の認知症疾患への対応については、入院患者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

③ 介護医療院への転換

ア 基準の緩和等

介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院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、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床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する。

イ 転換後の加算

介護療養型医療施設又は医療療養病床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創設する。

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る。

ウ 介護療養型老人保健施設の取扱い

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、転換前の介護療養型医療施設又は医療療養病床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する。

④ 認知症専門ケア加算の創設(★) II 1(5)⑦再掲

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、介護保険施設に設けられている「認知症専門ケア加算」、「若年性認知症患者受入加算」及び「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を介護医療院にも創設する。

⑤ 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 II 2(1)⑪再掲

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

⑥ 口腔衛生管理の充実 II 1(3)④再掲

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。

ア 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

イ 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。

⑦ 栄養マネジメント加算の要件緩和 II 3(2)⑥再掲

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。

⑧ 栄養改善の取組の推進 II 1(3)⑤再掲

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。

⑨ 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携 II 1(2)⑥再掲

入所者が保険医療機関に入院し、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、施設の管理栄養士が当該保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

⑩ 身体的拘束等の適正化 II 2(2)①再掲

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、運営基準に以下のとおり定めることとするほか、これに違反した場合の減算を創設する。

(基準)

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

- ・ 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。
- ・ 身体的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。
- ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施すること。

(減算幅)

○%／日

⑪ 診断分類(DPC)コードの記載

慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、介護医療院(I型)について、その入所者の介護給付費明細書に医療資源に最も投入した傷病名を医科診断群分類(DPCコード)により記載することとを求めることとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。

⑫ 療養食加算の見直し II 4(1)⑩再掲

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食を限度として、1食単位の評価とする。

⑬ 居室とケア

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を変更する。(介護老人福祉施設と同様の見直し)

⑭ 介護医療院が提供する居宅サービス

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及び訪問リハビリテーションについては、介護医療院においても提供することを可能とする。

9. その他

(1) 口腔・栄養

① 居住系サービス及び施設系サービスにおける口腔衛生管理の充実(★) II 1(3)

④再掲

【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、認知症対応型共同生活介護(★)】

ア 口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大

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、居住系サービスも対象とすることとする。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

イ 口腔衛生管理加算の見直し

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。

② 通所系サービス、居住系サービス及び施設系サービスにおける栄養改善の取組の推進(★) II 1(3)⑤再掲

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護(★)通所リハビリテーション(★)】

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。

【通所介護、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(★)、通所リハビリテーション(★)、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、認知症対応型共同生活介護(★)、小規模多機能型居宅介護(★)、看護小規模多機能型居宅介護】

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。

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

ウ 低栄養リスクの改善に関する新たな評価の創設

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。

③ 介護保険施設における栄養マネジメント加算の要件緩和 II 3(2)⑥再掲

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

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。

④ 介護保険施設と入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携 II 1(2)⑥再掲

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

介護保険施設の入所者が保険医療機関に入院し、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保険医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

⑤ 療養食加算の見直し(★) II 4(1)⑩再掲

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護(★)、短期入所療養介護(★)】

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食を限度として、1食単位の評価とする。

(2) 地域区分(★)

地域区分については、平成 29 年度介護報酬改定の審議報告により、特例(完全囲まれルール)と経過措置^(※)の適用について、自治体の意向を確認した上で平成 30 年度改定で実施することが適当であるとされた。

これを受けて、自治体に対して地域区分に関する意向調査を行ったところであり、その結果を平成 30 年度からの地域区分の級地に反映する。

また、単価の設定に当たり用いる各サービスの人件費割合については、各サービスの人員配置基準に基づき、実態を精査の上で、必要に応じて見直しを行う。

なお、地域間における財政的な増減を生じさせない財政中立の原則の下に、実施する。

※「平成 27 年度から平成 29 年度末までの当該地域の地域区分の設定値」から「地域区分の設定方法を適用した後の最終的な設定値」までの範囲内で設定することを認める(平成 32 年度末まで)

IV 今後の課題

○ 平成 30 年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直しの方向については以上のとおりであり、今回の報酬改定に基づき、団塊の世代が皆 75 歳以上となっている 2025 年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、着実に対応していくことが求められる。

○ その上で、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。

特に、次期介護報酬改定までに検討を進めるべきと考えられる事項について、以下のとおりまとめたので、厚生労働省において着実に対応することを求めたい。

なお、検討に当たっては、介護保険法の目的である要介護者等の尊厳の保持や、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するという視点に基づいて検討が進められるべきである。

また、しっかりとしたデータに基づく検討を行うことが必要であり、介護報酬改定の効果検証及び調査研究、介護事業経営実態調査の更なる精緻化を進めるとともに、各種の調査・研究等を通じて、実態をしっかり把握することが必要である。

・ 訪問介護については、生活援助中心型の担い手の拡大や、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応、同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しなどについて、今回の見直しが、

- ① 要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方にどのような影響を与えたのか、
- ② サービスの質が維持されているか、
- ③ サービスを必要とする方に必要なサービスが適切に提供されているか、
- ④ 地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態がどのようになっているか、
- ⑤ 有料老人ホームなどの集合住宅へのサービス提供に係る効率性がどのようになっているか

などを検証し、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討するべきである。

・ ケアマネジメントの公正中立性の確保については、今回は、契約時の説明事項の追加や、特定事業所集中減算の見直しを行ったが、これらに加えて、公正中立性を確保するための取組として、どのような方法が考えられるのか、引き続き検討していくべきである。また、ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断する

ための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討するべきである。

- ・ 今回の介護報酬改定で基準等を設定する共生型サービスについて、その実施状況を把握するとともに、地域共生社会の実現の観点から、共生型サービスを含む介護サービス事業所が、利用者が社会に参加・貢献する取組を後押しするための方策について、運営基準やその評価のあり方等を含め、引き続き検討していくべきである。
- ・ 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブについては、今回の改定に伴い、クリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの被害が生じていないかなどについて検証を進めるほか、2020年度の本格運用開始を目指すこととされているデータベースの構築により、介護の取組とそのアウトカムの関連の分析等を加速し、さらなるエビデンスを集積して、科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、介護報酬上の評価を検討するべきである。
- ・ 自立支援・重度化防止に資する観点から導入・見直しされた外部のリハビリ専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証するべきである。
- ・ 介護人材の確保については、介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。

また、AIやICTなど最新技術については、介護人材の確保のみならず、介護サービスの質の向上にも資する可能性があるものであり、これらの技術を用いたサービスの安全性や質の確保の検証を前提に、その効果的な活用について検討を行うべきである。

このほか、はり師、きゅう師が新たに機能訓練指導員の対象となることについては、機能訓練の質が維持されるか、また障害者の雇用等に悪影響が生じないかについて検証するべきである。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のオペレーターの兼務など、各種の人員・設備基準の緩和については、サービスの質が維持されているのかなどについて検証するべきである。

これに加え、対象職員や対象費用の範囲を含め、介護職員処遇改善加算の在り方については、平成29年度介護従事者処遇状況等調査により平成29年度介護報酬改定で措置した月額1万円相当による実際の賃金改善効果を適切に把握した上で、介護人材の状況、介護人材と他職種・他産業との賃金の比較や例外的かつ経過的な取扱いとの位置付けなどを踏まえつつ、引き続き検討していくべきである。

- ・ 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件や居宅介護支援事業所の管理者要件の見直しについては、人材確保の状況について検証するべきである。
また、多職種協働によるサービス提供をマネジメントできる人材の育成と確保や、介護人材の有効活用・機能分化、キャリアアップをより推進していく観点から、運営基準や介護報酬上どのような対応が考えられるのか、検討していくべきである。
- ・ 新たに創設される介護医療院については、サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換状況を把握した上で、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。
- ・ 介護保険施設のリスクマネジメントについては、今回は、身体的拘束等への対応を充実させたが、今後、リスクを感知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。
- ・ 基準費用額については、今回は見直しを行わなかったが、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、消費税率の引上げへの対応も含め、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。また、地域区分についても、介護事業経営実態調査で実態を把握した上で、どのような対応を図ることが適当なのかを引き続き検討していくべきである。
- ・ 地域包括ケアシステムの推進については、今回の介護報酬改定で様々な対応を図ったところであるが、その実施状況をしっかりと把握するとともに、医療と介護の役割分担と連携、住宅施策など他の関連施策との連携、高齢者の居場所の確保や引きこもり予防なども含めた健康寿命延伸のための取組、今後増えていくことが見込まれる認知症の人への対応のあり方を含め、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるようにする観点から、どのような対応を図ることが適当なのか、引き続き検討していくべきである。
- ・ 介護サービスの適正化や重点化については、介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態や利用者に与える影響などを十分に踏まえながら、きめ細かく対応していくことを、引き続き検討していくべきである。
また、今回の介護報酬改定で各種の加算が設けられることとなるが、利用者のわかり

やすさという観点や介護サービス事業所の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべきである。