

平成30年度 介護報酬改定等について

・ 介護報酬改定に係る基準等について	22
・ 平成30年度 介護報酬改定等について	23
Ⅰ 基本的な視点	23
Ⅱ 指定居宅サービス等の基準にかかる主な見直しの内容	23
Ⅲ 各サービスの報酬・基準にかかる主な見直しの内容	26
1 介護職員の処遇改善に関する見直し	26
2 地域区分の見直し	26
3 居宅介護支援	26
4 訪問系サービス	
(1) 訪問系サービス共通	29
(2) 訪問介護	30
(3) 訪問入浴	32
(4) 訪問看護	32
(5) 訪問リハビリテーション	34
5 通所系サービス	
(1) 通所系サービス共通	37
(2) 通所介護	38
(3) 療養通所介護	39
(4) 通所リハビリテーション	40
6 短期入所系サービス	
(1) 短期入所生活介護	43
(2) 短期入所療養介護	46
7 特定施設入居者生活介護	47

<参考資料>

ふくせん福祉用具サービス計画書及びモニタリングシート（訪問確認簿）	50
-----------------------------------	----

介護報酬改定に係る基準等について

介護報酬の算定にあたっては、以下に示す複数の基準等を確認しておく必要があります。

1. 基準本文 (報酬単位、加算等の算定要件など)

- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準
(H12 厚生省告示第 19 号)
- ・指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準
(H12 厚生省告示第 20 号)
- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準
(H18 厚生労働省告示第 127 号)

2. 別に定める基準 (基準本文中、「厚生労働大臣が定める基準」等

として、内容の一部を別に制定)

- ・厚生労働大臣が定める一単位の単価
(H12 厚生省告示第 22 号)
- ・厚生労働大臣が定める者等
(H12 厚生省告示第 23 号 (H24 厚生労働省告示第 95 号))
- ・厚生労働大臣が定める基準
(H12 厚生省告示第 25 号)
- ・厚生労働大臣が定める施設基準
(H12 厚生省告示第 26 号)
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
(H12 厚生省告示第 27 号)
- ・厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
(H12 厚生省告示第 29 号)
- ・厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数
(H18 厚生労働省告示第 165 号)
- ・厚生労働大臣が定める特別療養費にかかる基準等
(H20 厚生労働省告示第 274 号)

3. 留意事項通知 (基準等の解釈などの詳細を示したもの)

- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (訪問通所サービス、

居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分) 及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

(H12.3.1 老企第 36 号)

- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分) 及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

(H12.3.8 老企第 40 号)

- ・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

(H18.3.17 老計発 0317001・老振発 0317001・老老発 0317001)

4. 介護報酬 Q&A (基準、解釈通知などの疑義内容について QA 方式で示したもの)

平成 30 年度介護報酬改定等について

I 基本的な視点

平成 30 年度の介護報酬改定は、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、以下の基本的な視点に基づき、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進するため各サービスの報酬・基準についての見直しを行う。

(1) 地域包括ケアシステムの推進

医療・介護の役割分担と連携をより一層推進し、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する。

また、地域包括ケアシステムの推進を着実に進めていく観点から、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高齢者への対応、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進していく。

(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、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されており、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 年度の制度改正では、「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り組みの推進」を図るための見直しが行われ、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、平成 30 年度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。

このような状況を踏まえ、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していく。

(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、サービスの質に配慮しつつ、専門性などに応じた人材の有効活用や、ロボット技術・ICT (情報通信技術) の活用や人員・設備基準の緩和を通じてサービス提供の効率化の推進を図る。

(4) 介護サービスの適正化・重点化を通じて制度の安定性・持続可能性の確保

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、サー

ビス提供の実態などを十分に踏まえながら、今般の改定でしっかりと対応していく。

II 指定居宅サービス等に関する基準にかかると主な見直しの内容

1 訪問介護

○ サービス提供責任者等の役割や任用要件等の明確化

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

○ 共生型訪問介護

- ・ 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うけられるものとして、共生型居宅サービスに関する基準を設定する。

2 訪問リハビリテーション

○ 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。
- ・ この際、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。

○ 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

- ・ 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。

・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書を作成することとする。

3 居宅療養管理指導

○看護職員による居宅療養管理指導の廃止

・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、6ヶ月の経過措置を設けた上で廃止する。

○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

・現行において居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、「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、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めることとする。

4 通所介護

○共生型通所介護・共生型地域密着型通所介護

・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。

○機能訓練指導員の確保の促進

・機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

(※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)

5 短期入所生活介護

○共生型短期入所生活介護

・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。

○機能訓練指導員の確保の促進

・機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算、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。

(※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)

○特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和

・介護人材が不足する中で、効率的な人員配置を進める観点から、利用者の処遇に支障がなく、一定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。

・以下の要件を満たす場合には、夜勤職員の兼務を認める。

①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。

②夜勤職員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。

(※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。)

・ユニット型個室について、実態を踏まえ、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。

6 短期入所療養介護

○有床診療所等が提供する短期入所療養介護

・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とし、以下の見直しを行う。

①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。

②一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。

7 福祉用具貸与

○貸与価格の上限設定等

・福祉用具貸与について、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を行う。

①上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格+1標準偏差(1SD)」を上限とする。

②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。

③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。

④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。

○機能や価格帯の異なる複数商品の提示等

- ・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、以下の事項を義務付ける。

- ①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
- ②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
- ③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

8 居宅介護支援

○医療と介護の連携の強化

ア 入院時における医療機関との連携促進

- ・入院時における医療機関との連携を促進する観点から、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に依頼することを義務づける。

イ 平時からの医療機関との連携促進

- ・利用者が医療系サービスの利用を希望している場合は、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。
- ・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。

○末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

- ・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。

○質の高いケアマネジメントの推進

- ・居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設ける。

○公正中立なケアマネジメントの確保

- ・利用者との契約にあたり、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づける。

○訪問回数が多い利用者への対応

- ・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。

- ・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。

○障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

- ・障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネ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。

9 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

○機能訓練指導員の確保の促進

- ・機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

(※)理学療法士、作業療法士、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)

○身体的拘束等の適正化

- ・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。

(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。

- ①身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の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。
- ②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、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に変更すること。

○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(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。

- ①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、計画作成担当者兼任を認める。

②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。

Ⅲ 各サービスの報酬・基準に係る見直しの内容

1 介護職員の処遇改善に関する見直し

(1)平成 30 年度介護報酬改定に係る介護職員処遇改善加算の見直し

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)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し、その間、介護サービス事業者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。

2 地域区分の見直し

地域区分は、当該地域の公務員(国家・地方)の地域手当の区分に準拠するが、公平性・客観性を担保する観点から、新たに、当該地域の地域区分よりも高い地域に囲まれている場合に「当該地域の地域区分から」当該地域を囲んでいる地域区分のうち一番低い地域区分」の範囲内で選択することを可能とする特例が設けられた。また、平成27年度介護報酬改定時の見直しにおいて、報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から設定された経過措置は、平成32年度末まで、引き続き講じることが認められた。

これを受けて自治体に対し行われた、地域区分に関する意向調査の結果が、平成30年度からの地域区分の級地に反映されている。

<地域区分ごとの適用地域>

	地域(現行)	地域(平成30年度から)
1級地 (該当なし)		(該当なし)
2級地 大阪市		大阪市
3級地 守口市、大東市、門真市、四條畷市		守口市、大東市、門真市、四條畷市
4級地 豊中市、池田市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市		豊中市、池田市、吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市
5級地 堺市、枚方市、茨木市、八尾市、松原市、摂津市、高石市、東大阪市、交野市		堺市、枚方市、茨木市、八尾市、松原市、摂津市、高石市、東大阪市、交野市
6級地 岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、柏原市、羽曳野市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、島本町、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、能取町、田尻町		岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、柏原市、羽曳野市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、島本町、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、能取町、田尻町
7級地 岬町、太子町、河南町、千早赤阪村		(該当なし)
その他 (該当なし)		(該当なし)

<サービスごと、地域ごとに設定された1単位当たりの単価(変更なし)>

(単位:円)

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	70%	11.40	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10
	55%	11.10	10.88	10.66	10.55	10.33	10.17	10
	45%	10.90	10.72	10.68	10.54	10.27	10.14	10

3 居宅介護支援

居宅介護支援費(1月につき)

居宅介護支援(Ⅰ)

要介護1又は要介護2 1,042 単位 ⇒ 1,053単位

要介護3、要介護4又は要介護5 1,353 単位 ⇒ 1,368 単位

居宅介護支援(Ⅱ)

要介護1又は要介護2 521 単位 ⇒ 527 単位

要介護3、要介護4又は要介護5 677 単位 ⇒ 684 単位

居宅介護支援(Ⅲ)

要介護1又は要介護2 313 単位 ⇒ 316単位

要介護3、要介護4又は要介護5 406 単位 ⇒ 410 単位

①医療と介護の連携強化

ア 入院時情報連携加算の見直し(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に依頼することを義務づける。
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供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。

入院時情報連携加算(Ⅰ)200 単位/月 ⇒ 変更なし

入院時情報連携加算(Ⅱ)100 単位/月 ⇒ 変更なし

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1「医科診療報酬単点表」の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの。

ロ 地域密着型介護老人福祉施設

地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第34号。以下このロにおいて「基準」という。)第13条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うに当たり実施された場合の会議。ただし、基準第13条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ハ 介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生労働省令第39号。以下このロにおいて「基準」という。)第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うに当たり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人福祉施設に置くべき従業員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ニ 介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生労働省令第40号。以下このニにおいて「基準」という。)第8条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うに当たり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ホ 介護医療院

介護医療院の人員、設備及び運営に関する基準(平成30年1月18日厚生労働省令第5号。以下このホにおいて「基準」という。)第12条第6項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うに当たり実施された場合の会議。ただし、基準第4条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ヘ 介護療養型医療施設

健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号)附則第百三十条の二第二項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第41号。以下このヘにおいて「基準」という。)第9条第5項に基づき、患者に対する指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うに当たり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

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や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

エ 特定事業所加算の見直し(医療機関等との総合的な連携の促進)

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。(平成31年度か

算定要件等

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算(Ⅰ)

・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算(Ⅱ)

・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算(Ⅰ)

・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算(Ⅱ)

・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

※(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可

イ 退院・退所加算の見直し(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・退所時の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して評価する。

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について、退院・退所後に必要な事項を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

単位数

(現行)

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

(改定後)

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



算定要件等

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

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

※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

【留意事項】

カンファレンスは以下に規定する通りとする。

イ 病院又は診療所

ら施行)

なし ⇒ 特定事業所加算(Ⅳ) 125 単位/月(新設)

算定要件等
＜エ＞について
特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれか取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、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の必要性的把握するとともに、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作を新たに評価する。

なし ⇒ ターミナルケアマネジメント加算 400 単位/月(新設)

算定要件等
＜イ＞について
○対象利用者
・末期の悪性腫瘍であつて、在宅で死亡した利用者(在宅訪問後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)
○算定要件
・24 時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービスの必要性的把握、利用者への支援を実施
・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

③質の高いケアマネジメントの推進

ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。

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。

特定事業所加算(Ⅰ) 500 単位 変更なし
特定事業所加算(Ⅱ) 400 単位 ⇒ 変更なし
特定事業所加算(Ⅲ) 300 単位 変更なし

算定要件等
＜イ＞について
○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通
・他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。
○特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)
・地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

④公正中立なケアマネジメントの確保

ア 契約時の説明等

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

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

運営基準減算

所定単位数の50/100に相当する単位数 ⇒ 変更なし

算定要件等
○以下の要件を追加する。
利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、
・複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
・当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること
の説明を行わなかった場合。

イ 特定事業所集集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集集中減算について、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約することも可能であることから対象とする。

特定事業所集集中減算 △200 単位/月減算 ⇒ 変更なし

算定要件等

- 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。

※ 算定要件等

減算等の内容	算定要件
10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)
< 現行 >	
< 改定後 >	
減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

【留意事項】

① 同一敷地内建物等の定義

注11における「同一敷地内建物等」とは、当該指定訪問介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地(当該指定訪問介護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。)にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なるものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建築物の1階部分に指定訪問介護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

② 同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く。)の定義

イ1当該指定訪問介護事業所における利用者が同一建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するものの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問介護事業所の利用者が20人以上居住する場合に該

○ 対象となる「訪問介護サービス等」を以下のとおり見直す。

< 現行 >

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

(※)利用期間を定めて行うものに限る。

< 改定後 >

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

⑤訪問回数の多い利用者への対応

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、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

障害福祉サービス等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、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。

4 訪問系サービス

(1)訪問系サービス共通

①同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬

同一建物等居住者にサービスを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・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。

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

当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。
 ロ この場合の利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問介護事業所が、第1号訪問事業(旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。以下同じ。)と一体的な運営をしている場合、第1号訪問事業の利用者を含めて計算すること。

③ 当該減算は、指定訪問介護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

(同一敷地内建物等に該当しないものの例)

- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
- ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

④ ①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業者と異なる場合であっても該当すること。

⑤ 同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の定義

イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問介護事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。

ロ この場合の利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

(2) 訪問介護

① 基本報酬の見直し

(1) 身体介護が中心である場合

所要時間 20分未満	165単位 ⇒ 165単位
所要時間 20分以上30分未満	245単位 ⇒ 248単位
所要時間 30分以上1時間未満	388単位 ⇒ 394単位
所要時間が1時間以上1時間30分未満	564単位 ⇒ 575単位
以降30分増ごとに算定	80単位 ⇒ 83単位
生活援助加算※	67単位 ⇒ 66単位

※ 引き続き生活援助を行った場合の加算

(20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度)

(2) 生活援助が中心である場合

所要時間 20分以上45分未満	183単位 ⇒ 181単位
所要時間 45分以上	225単位 ⇒ 223単位

(3) 通院等乗降介助

97単位 ⇒ 98単位

※ 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、人材の雇手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の必要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。【省令改正、告示改正、通知改正】

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

※ この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場と新研修修了者が提供する場とが生じることが、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。

【留意事項】

(4) 訪問介護の所要時間の追加事項

①②略

③ 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、指定訪問介護を実際に行った時間を記録させるとともに、当該時間が①により算出された指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間に比べ著しく短時間となっている状態が続く場合には、サービス提供責任者に、介護支援専門員と調整の上、訪問介護計画の見直しを行わせるものとする。具体的には、介護報酬の算定に当たっての時間区分を下回る状態(例えば、身体介護中心型において、標準的な時間は45分、実績は20分の場合)が1カ月以上継続する等、常態化している場合等が該当する。

(10) 介護職員初任者研修課程修了者であるサービス提供責任者を配置する指定訪問介護事業所の減算についての修正事項

① 平成30年4月1日以降、介護職員初任者研修修了者(介護職員基礎研修課程修了者、1級課程修了者又は看護師等の資格を有する者を除く。以下同じ。)はサービス提供責任者の任用要件を満たさなくなる。平成30年3月31日時点で指定訪問介護事業所においてサービス提供責任者として従事している者に限り、1年間は引き続き従事することができるとする経過措置を設けているが、介護職員初任者研修課程修了者であるサービス提供責任者を配置する事業所に係る訪問介護費は減算することとされているところであり、当該者を配置する指定訪問介護事業所は、経過措置期間中にこれらの者に十分な機会を与え、介護福祉士の資格取得等をさせなければならぬこと。

② 生活機能向上連携加算の見直し

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

生活機能向上連携加算 100単位/月 ⇒ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設)
 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月

※ 算定要件等

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

を定期的に行うこと

【留意事項】

- ① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)について
 - イ (略)
 - ロ イの訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(病院にあっては、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下2)において同じ。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師(以下2)において「理学療法士等」という。)が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する又は当該理学療法士等及びサービス提供責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。)を行い、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(以下「生活機能アセスメント」という。)を行うものとする。

この場合のリハビリテーションを実施している医療提供施設とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

ハ イの訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行うようとする行為の内容
- b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標
- c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標

② 生活機能向上連携加算(Ⅰ)について

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)については、①ロ、ヘ及びトを除き、①を適用する。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びADLに関する利用者の状況について適切に把握した上でサービス提供責任者に助言を行い、サービス提供責任者が、助言に基づき①の訪問介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを評価することを評価するものである。

a ①イの訪問介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者のADL及びADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設において把握し、又は、指定訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合には、理学療法士等がADL及びADLに関する利用者の状況について適切に把握することができよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法等を調整するものとする。

b 当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの訪問介護計画の作成を行うこと。なお、①イの訪問介護計画には、aの助言の内容を記載すること。

c 本加算は、①イの訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき訪問介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急増増悪等により訪問介護計画を見直した場合を除き、①イの訪問介護計画に基づき指定訪問介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

d 計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及びびの理学療法士等に報告すること。なお、再度aの助言に基づき訪問介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

③ 共生型訪問介護

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の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。

ア 共生型訪問介護の基準

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

【省令改正】

イ 共生型訪問介護の報酬

報酬は、以下の基本的な考え方を踏まえて設定する。また、訪問介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できるとする。

(報酬設定の基本的な考え方)

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

※ 単位数

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

訪問介護と同様(新設)

ただし、障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。この場合には、所定単位数に 70/100 等を乗じた単位数(新設)

- 障害福祉制度の重度訪問介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合
所定単位数に 93/100 を乗じた単位数(新設)

ただし、重度訪問介護従業者養成研修修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。

【留意事項】

- (14) 共生型訪問介護の所定単位数等の取扱い

- 障害福祉制度の指定居宅介護事業所が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合

イ 介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級課程又は旧2級課程修了者及び居宅介護職員初任者研修課程修了者(相当する研修課程修了者を含む。)が訪問介護を提供する場合は、所定単位数を算定すること。

ロ 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(相当する研修課程修了者を含む。なお、介護保険法施行規則の一部を改正する省令(平成 24 年厚生労働省令第 25 号)による改正前の介護保険法施行規則(平成 11 年厚生省令第 36 号)第 22 条の 23 第1項に規定する3級課程修了者については、相当する研修課程修了者を含むものとする。)、実務経験を有する者(平成 18 年3月 31 日において身体障害者居宅介護等事業、知的障害者居宅介護等事業又は児童居宅介護等事業に従事した経験を有する者であって、都道府県知事から必要な知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けたものをいう。)、及び矯正前の視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修又は知的障害者外出介護従業者養成研修課程修了者(これらの研修課程に相当するものとして都道府県知事が認める研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者(以下「旧外出介護研修修了者」という。))を含む。)が訪問介護(旧外出介護研修修了者については、通院・外出介助(通院等乗降介助を含む。))に限る。)を提供する場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定すること。

ハ 重度訪問介護従業者養成研修課程修了者(相当する研修課程修了者を含む。))が訪問介護を提供する場合(早朝・深夜帯や年末年始などにおいて、一時的に人材確保の観点から市町村がやむを得ないと認める場合に限る。))は、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定すること。

- ② 障害福祉制度の指定重度訪問介護事業所が、要介護高齢者に対し訪問介護を提供する場合は、所定単位数の100分の93に相当する単位数を算定すること。

- ③ 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者及び重度訪問介護従業者養成研修課程修了者等による共生型訪問介護の取扱い

① イ以外の者については、65歳に達した日の前日において、これらの研修課程修了者が勤務する指定居宅介護事業所又は指定重度訪問介護事業所において、指定居宅介護又は指定重度訪問介護を利用していた高

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。すなわち、新規の要介護高齢者へのサービス提供はできないこと。

(3) 訪問入浴

- ① 基本報酬の見直し

< 現行 > < 改定後 >

訪問入浴介護 1234 単位 ⇒ 1250 単位

介護予防訪問入浴介護 834 単位 ⇒ 845 単位

(4) 訪問看護

- ① 基本報酬の見直し

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。

【指定訪問看護ステーションの場合】

	(共通)	(訪問看護) (介護予防訪問看護)
所要時間 20 分未満	310 単位	⇒ 311 単位 300 単位
所要時間 30 分未満	463 単位	⇒ 467 単位 448 単位
所要時間 30 分以上 1 時間未満	814 単位	⇒ 816 単位 787 単位
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満	1,117 単位	⇒ 1,118 単位 1,080 単位
理学療法士等による訪問の場合(1 回)	302 単位	⇒ 296 単位 286 単位

※1 日 3 回以上の場合は 90/100

【病院又は診療所の場合】

	(共通)	(訪問看護) (介護予防訪問看護)
所要時間 20 分未満	262 単位	⇒ 263 単位 253 単位
所要時間 30 分未満	392 単位	⇒ 396 単位 379 単位
所要時間 30 分以上 1 時間未満	567 単位	⇒ 569 単位 548 単位
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満	835 単位	⇒ 836 単位 807 単位

【解釈通知】

※ 指定訪問看護ステーションが主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとする。ただし、電子的方法によって個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性審査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure)による電子署名を施すこと。

- ② 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

(1) 看護体制強化加算の見直し

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。
その際、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。【通知改正】

看護体制強化加算 300 単位/月 ⇒ 看護体制強化加算 (I) 600 単位/月 (新設)
看護体制強化加算 (II) 300 単位/月

※介護予防訪問看護については、もともとターミナルケア加算の算定者数の要件は課していないことから、加算 (II) のみ確保、加算 (I) は設けず、加算名は「看護体制強化加算」から変更しない。

※ 算定要件等

○看護体制強化加算 (I) (II) 共通

・「緊急時訪問看護加算の算定者割合 50% 以上」の要件及び「特別管理加算の算定者割合 30% 以上」の要件の実績期間を現行の 3 月間から 6 月間へと変更する。

・医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

○看護体制強化加算 (I)

・ターミナルケア加算の算定者 5 名以上 (12 月間) (新設)

○看護体制強化加算 (II)

・ターミナルケア加算の算定者 1 名以上 (12 月間) (変更なし)

○訪問看護事業所の利用者によって看護体制強化加算 (I) 又は (II) を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを届出する。

【留意事項】

⑤ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

⑦ 看護体制強化加算は、訪問看護事業所の利用者によって (I) 又は (II) を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを届出すること。

(2) 緊急時訪問看護加算の見直し

中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、24 時間体制のある訪問看護事業所の体制について評価を行うこととする。

また、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。【通知改正】

訪問看護ステーション 緊急時訪問看護加算 540 単位/月 ⇒ 574 単位/月
病院又は診療所 緊急時訪問看護加算 290 単位/月 ⇒ 315 単位/月

※ 算定要件等

○緊急時訪問看護加算について以下の内容等を通知に記載する。

・1 月以内の 2 回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間・深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

③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。【通知改正】

※ 算定要件等

○ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。

・「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。

・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

④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。【通知改正】

○2 人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合

・30 分未満の場合: 254 単位 ⇒ 複数名訪問加算 (I) (変更なし)

・30 分以上の場合: 402 単位

○看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合

複数名訪問加算 (II) (新設)

・30 分未満の場合: 201 単位

・30 分以上の場合: 317 単位

※ 算定要件等

○看護補助者の要件については、医療保険で示している定義と同様とし、以下の内容等を通知に記載する。

「看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話 (食事、清潔、排泄、入浴、移動等) の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。」

【留意事項】

① 二人の看護師等又は一人の看護師等と二人の看護補助者が同時に訪問看護を行う場合の複数名訪問加算は、体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、一人で看護を行うことが困難な場合に算定を認めるものであり、これらの事情がない場合に、単に二人の看護師等(うち一人が看護補助者の場合も含む。)が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない。

② 複数名訪問加算(Ⅰ)において訪問を行うのは、両名とも看護師等であることとし、複数名訪問加算(Ⅱ)において訪問を行うのは、訪問看護を行う一人が看護師等であり、同時に訪問する一人が看護補助者であることを要する。

③ 複数名訪問加算(Ⅱ)における看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるものとする。

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

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、評価の見直しを行うこととする。

○理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

302 単位/回 ⇒ 296 単位/回

※1 日 3 回以上の場合 90/100 ⇒ 変更なし

※ 算定要件等

○以下の内容等を通知に記載する。

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。

【留意事項】

③ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時に記録した訪問看護記録表等を用い、適切に訪問看護事業所の看護職員及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書(以下、「計画書」という。)及び訪問看護報告書(以下、「報告書」という。)は、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。また、主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した内容も一体的に含むものとする。

④ 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたり、この際に事業所の医師が診療する必要がある。

つては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。

⑥ 計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。

⑦ ⑤における、訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去2月間(暦月)において当該訪問看護事業所から訪問看護(医療保険の訪問看護を含む。)の提供を受けていない場合であって、新たに計画を作成する場合をいう。また、利用者の状態の変化等に合わせた定期的な訪問とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することを含む。

(4)訪問リハビリテーション

①基本報酬の見直し

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。

< 現行 > < 改定後 >

302 単位 ⇒ 290 単位

※ 算定要件等

○以下の内容を通知に記載する

・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日又は訪問診療若しくは往診を行った日に、訪問リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療を行った場合には、当該診療と時間を別にして行われていることを記録上明確にするものとする。

【留意事項】

※ 指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成 30 年 3 月 22 日 老老発 0322 第 2 号)の別添様式 2-1 をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者診療するとともに、別添様式 2-1 に記載された内容について確認し、指定訪問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、例外として、別添様式 2-1 をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。

※ 利用者が指定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日又は訪問診療若しくは往診を受けた日には、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別に行われていることを記録上明確にする。

②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。

この際、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。

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

< 現行 > < 改定後 >

なし ⇒ 20 単位 / 回減算 (新設)

※ 算定要件等

○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として下記を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとする。

- ・ 指定 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に係る情報の提供を受けていること
- ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
- ・ 当該情報の提供を受けた指定 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

【解釈通知】

※ 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

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

【留意事項】

※ 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。

※ 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を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療することともに、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。

※ 注 10 の取扱いについて

訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。

注 10 は、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、

当該事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として基本報酬に 20 単位を減じたもので評価したものである。

「当該利用者に係る情報の提供とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方や並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について」(平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号) の別紙様式 2-1 のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、心身機能・移動能力、認知機能等)、活動 (ADL)、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

③ 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、リハビリテーション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テーションについて、要介護者のリハビリテーションに設けられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。

訪問リハビリテーション

< 現行 >

< 改定後 >

リハビリテーションマネジメント加算 (I) 60 単位 / 月 ⇒ リハビリテーションマネジメント加算 (I) 230 単位 / 月

リハビリテーションマネジメント加算 (II) 280 単位 / 月

リハビリテーションマネジメント加算 (II) 150 単位 / 月 ⇒ リハビリテーションマネジメント加算 (III) 320 単位 / 月

リハビリテーションマネジメント加算 (IV) 420 単位 / 月

※ 3 月に 1 回を限度とする

介護予防訪問リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算: 230 単位 / 月 (新設)

※ 算定要件等

訪問リハビリテーション

○ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。

- ・ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。

○ 以下の内容を通知に記載する。

- ・ 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、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

○ リハビリテーションマネジメント加算 (I) (III) 共通の事項

	ともに、医師へ報告すること。	
--	----------------	--

④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【通知改正】

社会参加支援加算 17 単位/日 ⇒ 17 単位/日 (変更なし) < 改定後 >

※ 算定要件等

- (1) 評価対象期間において訪問リハビリテーション終了者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取り組みを実施した者の占める割合が、100 分の 5 を超えていること。
- (2) 評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に、訪問リハビリテーション終了者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること。
- (3) リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{12 \text{ 月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

$$\text{※ 平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$$

⑤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

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。

< 現行 > < 改定後 >

なし ⇒ 事業所評価加算 120 単位/月 (新設)

※ 算定要件等

○ 以下の内容を算定要件とする。

- ・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
- ・利用実人員数が 10 名以上であること
- ・利用実人員数の 60% 以上に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

・以下の数式を満たすこと(リハビリテーションマネジメント加算を 3 月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率)

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数+改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内(前年の 1 月～12 月)に、リハビリテーションマネジメントを 3 月以上算定し、その後に変更・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

5 通所系サービス

(1)通所系サービス共通(通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション)

①栄養改善加算の見直し(通所介護、通所リハビリテーション)

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従来の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。

・栄養改善加算 150 単位/回 ⇒ 単位数は変更なし

※ 算定要件等(変更された要件のみ記載)

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

②栄養スクリーニングに関する加算の創設(通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション)

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。

・栄養スクリーニング加算 ⇒ 5 単位/回(新規)

※ 6 月に 1 回を限度とする

※ 算定要件等(いずれにも適合すること)

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

【留意事項】

- ※ 当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

(2)通所介護

①基本報酬のサービス提供時間区分の見直し

2 時間ごとの設定とされていたが、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

間区分が1時間ごととなった。

現行の時間区分									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
時間区分		2 評鑑なし	3 3~5h	4	5	6	7	8	9 7~9h

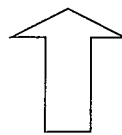


新時間区分									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
時間区分		2 評鑑なし	3 3~4h	4 4~5h	5 5~6h	6 6~7h	7 7~8h	8 8~9h	9 9~10h

②規模ごとの基本報酬の見直し
介護事業経営実態調査の結果を踏まえ上で、規模ごとに以下のとおり、見直された。

【例1】通常規模型事業所の場合

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	656	単位/日	要介護1	645	単位/日
要介護2	775	単位/日	要介護2	761	単位/日
要介護3	898	単位/日	要介護3	883	単位/日
要介護4	1,021	単位/日	要介護4	1,003	単位/日
要介護5	1,144	単位/日	要介護5	1,124	単位/日

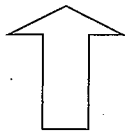


(所要時間8時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	656	単位/日	要介護1	656	単位/日
要介護2	775	単位/日	要介護2	775	単位/日
要介護3	898	単位/日	要介護3	898	単位/日
要介護4	1,021	単位/日	要介護4	1,021	単位/日
要介護5	1,144	単位/日	要介護5	1,144	単位/日

【例2】大規模型事業所(Ⅰ)の場合

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	645	単位/日	要介護1	617	単位/日
要介護2	762	単位/日	要介護2	729	単位/日
要介護3	883	単位/日	要介護3	844	単位/日
要介護4	1,004	単位/日	要介護4	960	単位/日

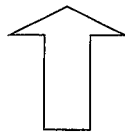
要介護5 1,125 単位/日



(所要時間8時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	634	単位/日	要介護1	634	単位/日
要介護2	749	単位/日	要介護2	749	単位/日
要介護3	868	単位/日	要介護3	868	単位/日
要介護4	987	単位/日	要介護4	987	単位/日
要介護5	1,106	単位/日	要介護5	1,106	単位/日

【例3】大規模型事業所(Ⅱ)の場合

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	628	単位/日	要介護1	595	単位/日
要介護2	742	単位/日	要介護2	703	単位/日
要介護3	859	単位/日	要介護3	814	単位/日
要介護4	977	単位/日	要介護4	926	単位/日
要介護5	1,095	単位/日	要介護5	1,038	単位/日



(所要時間8時間以上9時間未満の場合)					
要介護1	611	単位/日	要介護1	611	単位/日
要介護2	722	単位/日	要介護2	722	単位/日
要介護3	835	単位/日	要介護3	835	単位/日
要介護4	950	単位/日	要介護4	950	単位/日
要介護5	1,065	単位/日	要介護5	1,065	単位/日

③生活機能向上連携加算の創設

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、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。

・生活機能向上連携加算(新規) ⇒ 200 単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は100 単位/月

※算定要件等(いずれにも適合すること)

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。

○リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

④心身機能に係るアウトカム評価の創設

自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(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。

・ADL維持等加算(Ⅰ)(新規)⇒3単位/月

・ADL維持等加算(Ⅱ)(新規)⇒6単位/月

以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間(前々年度の1月から12月までの1年間)終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。

※算定要件等(いずれにも適合すること)

【ADL維持等加算(Ⅰ)】

○評価期間に連続して6月以上利用した期間(注1)(以下、評価対象利用期間)のある要介護者(注2)の集団について、以下の要件を満たすこと。

①総数が20名以上であること。

②①について、以下の要件を満たすこと。

a 評価対象利用期間の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること。

b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。

c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index(注3)を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること。

d cの要件を満たす者のうちBI利得(注4)が上位85%(注5)の者について、各々のBI利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

【ADL維持等加算(Ⅱ)】

○ADL維持等加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと。

○当該指定通所介護事業所の利用者について、算定日が属する月に当該利用者のADL値を測定し、その結果を厚生労働省に提出していること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

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

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

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

注5 端数切り上げ

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

⑤機能訓練指導員の確保の促進

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

※基準

○一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

⑥設備に係る共用の明確化

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

○基準上両方のサービスに規定がある事務室については、共用が可能

○基準上規定がない玄関、廊下、階段などの設備についても、共用が可能であることを明確にする。

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

(3)療養通所介護

①定員数の見直し

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事業所が多いことを踏まえ、更に地域共生社会の実現に向けた取組みを推進する観点から、定員数を引き上げることとする。

※基準

<現行> <改定後>

利用定員9人以下 ⇒ 利用定員18人以下

(4)通所リハビリテーション

①3時間以上のサービス提供に係る基本報酬の見直し

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、見直しを行う。

【例】要介護3の場合

(通常規模型)

<現行>		<改定後>	
3時間以上4時間未満	596 単位/回	3時間以上4時間未満	596 単位/回
4時間以上5時間未満	772 単位/回	4時間以上5時間未満	681 単位/回
5時間以上6時間未満		5時間以上6時間未満	799 単位/回
6時間以上7時間未満	1,022 単位/回	6時間以上7時間未満	924 単位/回
7時間以上8時間未満		7時間以上8時間未満	988 単位/回

(大規模型Ⅰ)

<現行>		<改定後>	
3時間以上4時間未満	587 単位/回	3時間以上4時間未満	587 単位/回
4時間以上5時間未満	759 単位/回	4時間以上5時間未満	667 単位/回
5時間以上6時間未満		5時間以上6時間未満	772 単位/回
6時間以上7時間未満	1,007 単位/回	6時間以上7時間未満	902 単位/回
7時間以上8時間未満		7時間以上8時間未満	955 単位/回

(大規模型Ⅱ)

<現行>		<改定後>	
3時間以上4時間未満	573 単位/回	3時間以上4時間未満	573 単位/回
4時間以上5時間未満	741 単位/回	4時間以上5時間未満	645 単位/回
5時間以上6時間未満		5時間以上6時間未満	746 単位/回
6時間以上7時間未満	982 単位/回	6時間以上7時間未満	870 単位/回
7時間以上8時間未満		7時間以上8時間未満	922 単位/回

○介護予防通所リハビリテーション

<現行>		<改定後>	
要支援1	1,812 単位/月		1,712 単位/月
要支援2	3,715 単位/月		3,615 単位/月

②-1 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の要件見直し

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。

・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 230 単位/月 ⇒ 330 単位/月
<現行> <改定後>

※ 算定要件等(いずれにも適合すること)

(1) リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

(2) PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

(3) 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、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月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

(4) 【新】医師は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。(※)

(5) (4)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

【留意事項】

※ (4)について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。

※ 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、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

②-2 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)【新規】の創設、加算(Ⅲ)【旧加算Ⅱ】の要件見直し

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。

○リハビリテーション会議への医師の参加方法の緩和(テレビ電話等)。

○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。(加算Ⅱの場合)

○リハビリテーション会議の開催頻度について、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。

<現行>

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

6月以内 850 単位/月 (新設)

6月以降 530 単位/月 (新設)

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

6月以内 1,020 単位/月

6月以降 700 単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

6月以内 1,120 単位/月

6月以降 800 単位/月

※ 算定要件等(いずれにも適合すること)

(1) リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員(※1)と共有し、会議内容を記録すること。

(2) リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。

(3) 6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと。

(4) PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

(5) 以下のいずれかに適合すること。

(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(6) 【新】医師は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。(※3)

(7) (6)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものと明確にわかるように記録すること。

(8) (1)から(7)までに適合することを確認し、記録すること。

【留意事項】

※1 (1)について、構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等(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)を使用してもよいこととする。

※2 (2)について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告した場合は、加算(Ⅱ)を、医師が説明する場合は加算(Ⅲ)を算定すること。

※3 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の留意事項参照

②-3 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の要件直し

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。

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

6月以内 1,020 単位/月

6月以降 700 単位/月

< 改定後 >

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

6月以内 1,220 単位/月 (新設)

6月以降 900 単位/月 (新設)

※3月に1回を限度とする

※ 算定要件等(いずれにも適合すること)

(1) リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員(※1)と共有し、会議内容を記録すること。

(2) リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。

(3) 6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと。

(4) PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

(5) 以下のいずれかに適合すること。

(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(6) 【新】医師は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。(※2)

(7) (6)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(4)に掲げる基準に適合するものと明確にわかるように記録すること。

(8) 【新】VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること。(※3)

(9) (1)から(7)までに適合することを確認し、記録すること。

【留意事項】

※1 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の留意事項参照

※2 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の留意事項参照

※3 (8)について、指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、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)を用いて厚生労働省に提出していること。

③ 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

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。

・リハビリテーションマネジメント加算(介護予防通所リハビリテーション) ⇒ 330 単位/月 (新設)

※ 算定要件(いずれにも適合すること)

○ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。

○ 上記の指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が基準に適合するものと明確にわかるように記録すること。

○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。(※)

○理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。

○新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は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、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して一月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

【留意事項】

※ 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、その他の指定介護予防サービスへの移行の見通しを記載すること。

④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を明確にし、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。

・社会参加支援加算12 単位/日 ⇒ 単位数は変更なし

※算定要件等(いずれにも適合すること)

○評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者(生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。)のうち、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が、100分の5を超えていること。

○評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション終了者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること。

○リハビリテーションの利用の回転率

12月

平均利用延月数 ≥ 25% であること。

評価対象期間の利用延月数

※平均利用月数の考え方= 評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)÷2

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

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。

- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算 ⇒ 3月以内 900 単位/月 (新設)
3月超、6月以内 450 単位/月 (新設)

※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

※算定要件等(いずれにも適合すること)

- 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生活行為の内容の充実を図るための研修を受けた理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- 介護予防通所リハビリテーション費におけ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。

【留意事項】

※ 事業所評価加算との併算定は不可とする。

⑥リハビリテーション専門職の加配評価

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。

	3時間以上4時間未満	12 単位/回 (新設)
	4時間以上5時間未満	16 単位/回 (新設)
	5時間以上6時間未満	20 単位/回 (新設)
	6時間以上7時間未満	24 単位/回 (新設)
	7時間以上	28 単位/回 (新設)

・リハビリテーション提供体制加算 ⇒

※算定要件等(いずれにも適合すること)

○リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までのいずれかを算定していること。

○指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

⑦短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和

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。

(面積要件・人員要件の見直しは、1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションに限る。)

	現行	見直しの方向
--	----	--------

面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数×3㎡以上を満たしていること。	常時、介護保険の利用者数×3㎡以上を満たしていること。
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができ、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共用が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共用が認められる。

③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

○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。

○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が診療するとともに、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。

（介護保険 通所リハビリテーション）

※算定要件

多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定

※文書の内容

利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項等

6 短期入所系サービス

(1)短期入所生活介護

①基本報酬の見直し

以下のとおり、基本報酬の見直しを行う。

<単独型短期入所生活介護費(Ⅰ):従来型個室>

(現行) (30年4月)

要支援1	461 単位/日	465 単位/日
要支援2	572 単位/日	577 単位/日
要介護1	620 単位/日	625 単位/日
要介護2	687 単位/日	693 単位/日

⇒

要介護3	755 単位/日	763 単位/日
要介護4	822 単位/日	831 単位/日
要介護5	887 単位/日	897 単位/日

<併設型短期入所生活介護費(Ⅰ):従来型個室>

(現行)

(30年4月)

要支援1	433 単位/日	437 単位/日
要支援2	538 単位/日	543 単位/日
要介護1	579 単位/日	584 単位/日
要介護2	646 単位/日	⇒ 652 単位/日
要介護3	714 単位/日	722 単位/日
要介護4	781 単位/日	790 単位/日
要介護5	846 単位/日	856 単位/日

<単独型ユニット型短期入所生活介護費(Ⅰ)(Ⅱ)>

(現行)

(30年4月)

要支援1	539 単位/日	543 単位/日
要支援2	665 単位/日	660 単位/日
要介護1	718 単位/日	723 単位/日
要介護2	784 単位/日	⇒ 790 単位/日
要介護3	855 単位/日	863 単位/日
要介護4	921 単位/日	930 単位/日
要介護5	987 単位/日	997 単位/日

<併設型ユニット型短期入所生活介護費(Ⅰ)(Ⅱ)>

(現行)

(30年4月)

要支援1	508 単位/日	512 単位/日
要支援2	631 単位/日	636 単位/日
要介護1	677 単位/日	682 単位/日
要介護2	743 単位/日	⇒ 749 単位/日
要介護3	814 単位/日	822 単位/日
要介護4	880 単位/日	889 単位/日
要介護5	946 単位/日	956 単位/日

②看護体制の充実（※介護予防短期入所生活介護は含まない）

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

看護体制加算(Ⅰ) 4単位/日 ⇒ 看護体制加算(Ⅰ) 4単位/日
 看護体制加算(Ⅱ) 8単位/日 ⇒ 看護体制加算(Ⅱ) 8単位/日
 (新設) 看護体制加算(Ⅲ)イ 12単位/日
 (新設) 看護体制加算(Ⅲ)ロ 6単位/日
 (新設) 看護体制加算(Ⅳ)イ 23単位/日
 (新設) 看護体制加算(Ⅳ)ロ 13単位/日

※ 算定要件等

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

※看護体制加算(Ⅲ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは可能。

看護体制加算(Ⅰ)及び看護体制加算(Ⅲ)を同時に算定することは不可。

看護体制加算(Ⅱ)及び看護体制加算(Ⅳ)を同時に算定することは不可。

③夜間の医療処置への対応の強化 (※介護予防短期入所生活介護は含まない)

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

夜勤職員配置加算(Ⅰ) 13単位/日 ⇒ 夜勤職員配置加算(Ⅰ) 13単位/日
 夜勤職員配置加算(Ⅱ) 18単位/日 ⇒ 夜勤職員配置加算(Ⅱ) 18単位/日
 (新設) 夜勤職員配置加算(Ⅲ) 15単位/日
 (新設) 夜勤職員配置加算(Ⅳ) 20単位/日

④生活機能向上連携加算の創設 (※介護予防短期入所生活介護を含む)

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、短期入所生活介護の事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

生活機能向上連携加算(新設) ⇒ 200 単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位/月

※ 算定要件等

○訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、短期入所生活介護の事業所を訪問し、短期入所生活介護の事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。

○リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

⑤機能訓練指導員の確保の促進 (※介護予防短期入所生活介護を含む)

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、機能訓練指導員を対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算、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。

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

※ 算定要件等

○一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

⑥認知症専門ケア加算の創設 (※介護予防短期入所生活介護を含む)

どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、現在、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に設けられている認知症専門ケア加算について、短期入所生活介護にも創設する。

認知症専門ケア加算(Ⅰ)(新設) 3 単位/日

認知症専門ケア加算(Ⅱ)(新設) 4 単位/日

※ 算定要件等

○認知症専門ケア加算(Ⅰ)

・施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。

・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

○認知症専門ケア加算(Ⅱ)

・加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。

・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

・当該施設における介護職員、看護職員などの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

⑦特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和（※介護予防短期入所生活介護を含む）
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、一定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。

※ 算定要件等

○ 以下の要件を満たす場合には、夜勤職員の兼務を認める。

- ・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。
- ・夜勤職員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。

※ 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。

⑧介護ロボットの活用の推進（※介護予防短期入所生活介護は含まない）
夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、新たに評価する。

夜勤職員配置加算(変更なし)
従来型の場合 (I) 13 単位/日
ユニット型の場合 (II) 18 単位/日

※ 算定要件等

○ 現行の夜勤職員配置加算の要件

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

○ 見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数:夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

⑨多床室の基本報酬の見直し（※介護予防短期入所生活介護を含む）
短期入所生活介護の基本報酬について、特別養護老人ホームの従来型個室と多床室の基本報酬は同じになっていることとの整合性の観点から、従来型個室と多床室との間の報酬の差を適正化することとする。

<単独型短期入所生活介護費(Ⅱ):多床室>	
(現行)	(30年4月)
要支援1	460 単位/日 ⇒ 465 単位/日
要支援2	573 単位/日 ⇒ 577 単位/日
要介護1	640 単位/日 ⇒ 625 単位/日

要介護2	707 単位/日 ⇒ 693 単位/日
要介護3	775 単位/日 ⇒ 763 単位/日
要介護4	842 単位/日 ⇒ 831 単位/日
要介護5	907 単位/日 ⇒ 897 単位/日

<併設型短期入所生活介護費(Ⅱ):多床室>	
(現行)	(30年4月)
要支援1	438 単位/日 ⇒ 437 単位/日
要支援2	539 単位/日 ⇒ 543 単位/日
要介護1	599 単位/日 ⇒ 584 単位/日
要介護2	666 単位/日 ⇒ 652 単位/日
要介護3	734 単位/日 ⇒ 722 単位/日
要介護4	801 単位/日 ⇒ 790 単位/日
要介護5	866 単位/日 ⇒ 856 単位/日

⑩療養食加算の見直し（※介護予防短期入所生活介護を含む）

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

療養食加算	23 単位/日 ⇒ 8 単位/回
-------	------------------

⑪共生型短期入所生活介護（※介護予防短期入所生活介護を含む）

○共生型短期入所生活介護の基準

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

○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。

○障害福祉制度の短期入所事業所が、要介護者へのショートステイを行う場合

基本報酬 所定単位数に92/100を乗じた単位数(新設)
生活相談員配置等加算(新設) 13 単位/日

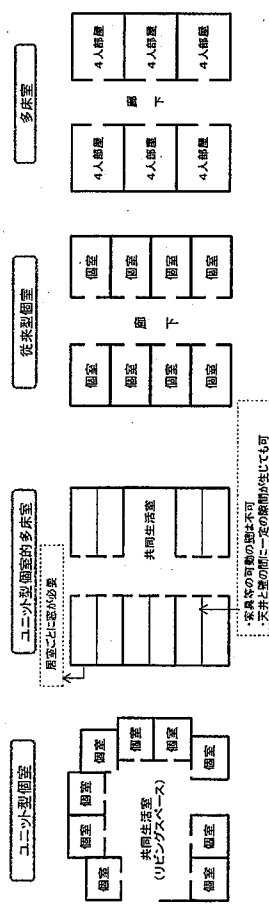
※ 算定要件等

○生活相談員配置等加算

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

⑫居室とケア

ユニット型個室について、実態を踏まえ、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。



(2) 短期入所療養介護

①認知症専門ケア加算の創設 (※介護予防短期入所療養介護を含む)

どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、現在、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に設けられている認知症専門ケア加算について、短期入所療養介護にも創設する。

認知症専門ケア加算(Ⅰ)(新設) 3 単位/日

認知症専門ケア加算(Ⅱ)(新設) 4 単位/日

※ 算定要件等

○認知症専門ケア加算(Ⅰ)

- ・施設における利用者の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。

- ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

○認知症専門ケア加算(Ⅱ)

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

従い、研修を実施又は実施を予定していること。

②介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護 (※介護予防短期入所療養介護を含む)

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。

基本報酬(多床室の場合) (単位/日)

	在宅強化型	従来型
要介護1	867	823
要介護2	941	871
要介護3	1,003	932
要介護4	1,059	983
要介護5	1,114	1,036

⇒

	在宅強化型	基本型	その他(新設)
	873	826	811
	947	874	858
	1,009	935	917
	1,065	986	967
	1,120	1,039	1,019

※ 算定要件等

○施設サービス(介護保健施設サービス費)の算定要件に準ずる。

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 (※介護予防短期入所療養介護を含む)

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ることとする。

基本報酬(多床室の場合) (単位/日)

	療養強化型	療養型
要介護1	855	855
要介護2	937	937
要介護3	1,118	1,051
要介護4	1,193	1,126
要介護5	1,268	1,200

⇒

	療養型
	855
	937
	1,051
	1,126
	1,200

療養体制維持特別加算 27 単位/日 ⇒ 療養体制維持特別加算(Ⅰ) 27 単位/日

療養体制維持特別加算(Ⅱ) 57 単位/日

※算定要件等

○療養体制維持特別加算(Ⅱ)

入所者等のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が20%以上及び著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来するような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が50%以上

※療養体制維持特別加算(Ⅰ)との併算定可

④有床診療所等が提供する短期入所療養介護（※介護予防短期入所療養介護を含む）

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とし、以下の見直しを行う。

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。【省令改正】

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、サービスの提供が、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。【省令改正】

ただし、食堂を有する事業所との間で報酬上のメロハリをつけることとする。

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

イ 床面積は利用者1人につき6.4㎡とすること

□ 食堂及び浴室を有すること ⇨ □ 浴室を有すること

ハ、機能訓練を行うための場所を有すること

食堂を有しない場合の減算(新設) 25単位/日

※算定要件等

○食堂を有していないこと。

⑤介護医療院が提供する短期入所療養介護（※介護予防短期入所療養介護を含む）

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。

基本報酬(多床室の場合) (単位/日)

	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医 療院サービ ス費(Ⅰ)	Ⅰ型介護医 療院サービ ス費(Ⅱ)	Ⅰ型介護医 療院サービ ス費(Ⅲ)	Ⅱ型介護医 療院サービ ス費(Ⅰ)	Ⅱ型介護医 療院サービ ス費(Ⅱ)	Ⅱ型介護医 療院サービ ス費(Ⅲ)
要介護1	853	841	825	808	792	781
要介護2	961	948	932	902	886	875
要介護3	1,194	1,177	1,161	1,106	1,090	1,079

要介護4	1,293	1,274	1,258	1,193	1,177	1,166
要介護5	1,382	1,362	1,346	1,271	1,255	1,244

※療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

※算定要件等

○施設サービス(介護医療院サービス費)の算定要件等に準ずる。

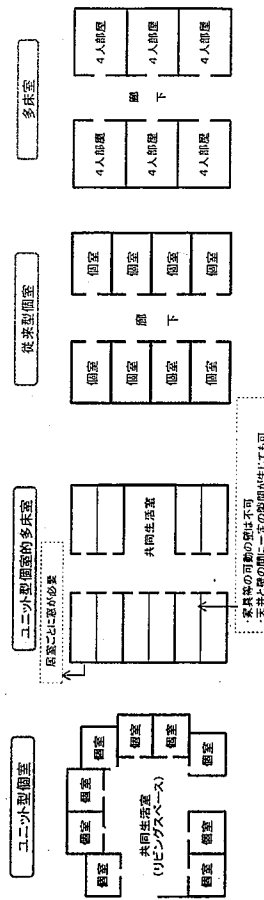
⑥療養食加算の見直し（※介護予防短期入所療養介護を含む）

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

療養食加算 23 單位/日 $\Rightarrow$ 8 單位/回

⑦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「ユニット型個室的多床室」に変更する。



7 特定施設入居者生活介護

① 基本報酬の見直し

以下のとおり、基本報酬の見直しを行う。

要支援1 179 単位/日 ⇨ 180 単位/日

要支援2	308 単位／日	⇒	309 単位／日
------	----------	---	----------

要介護1	533 単位/日	⇒	534 単位/日

要介護2	597 単位/日	⇒	599 単位/日
------	----------	---	----------

要介護3	666 単位/日	⇒	668 単位/日
1	1		1
2	2		2
3	3		3
4	4		4
5	5		5
6	6		6
7	7		7
8	8		8
9	9		9
10	10		10
11	11		11
12	12		12
13	13		13
14	14		14
15	15		15
16	16		16
17	17		17
18	18		18
19	19		19
20	20		20
21	21		21
22	22		22
23	23		23
24	24		24
25	25		25
26	26		26
27	27		27
28	28		28
29	29		29
30	30		30
31	31		31
32	32		32
33	33		33
34	34		34
35	35		35
36	36		36
37	37		37
38	38		38
39	39		39
40	40		40
41	41		41
42	42		42
43	43		43
44	44		44
45	45		45
46	46		46
47	47		47
48	48		48
49	49		49
50	50		50
51	51		51
52	52		52
53	53		53
54	54		54
55	55		55
56	56		56
57	57		57
58	58		58
59	59		59
60	60		60
61	61		61
62	62		62
63	63		63
64	64		64
65	65		65
66	66		66
67	67		67
68	68		68
69	69		69
70	70		70
71	71		71
72	72		72
73	73		73
74	74		74
75	75		75
76	76		76
77	77		77
78	78		78
79	79		79
80	80		80
81	81		81
82	82		82
83	83		83
84	84		84
85	85		85
86	86		86
87	87		87
88	88		88
89	89		89
90	90		90
91	91		91
92	92		92
93	93		93
94	94		94
95	95		95
96	96		96
97	97		97
98	98		98
99	99		99
100	100		100

要介護4	730 単位/日	⇒	732 単位/日
------	----------	---	----------

＜短期利用特定施設入居者生活介護費＞

要介護1 533 単位/日 ⇒ 534 単位/日

要介護2	597 単位/日	⇒	599 単位/日
要介護3	666 単位/日	⇒	668 単位/日
要介護4	730 単位/日	⇒	732 単位/日
要介護5	798 単位/日	⇒	800 単位/日

② 入居者の医療ニーズへの対応

ア 退院・退所時連携加算の創設

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

退院・退所時連携加算(新設) ⇒ 30単位/日 ※入居から30日以内に限る

イ 入居継続支援加算の創設

たんの吸引などのケアの提供を行う時特定施設に対する評価を創設する。

入居継続支援加算(新設) ⇒ 36単位/日

※ 算定要件等

ア 退院・退所時連携加算

○医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れること。

イ 入居継続支援加算

○介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。

○たんの吸引等が必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。

③ 生活機能向上連携加算の創設【介護予防を含む】

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

生活機能向上連携加算(新設) ⇒ 200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

※ 算定要件等

○訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が特定施設入居者生活介護事業所等を訪問し、特定施設入居者生活介護事業所等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。

○機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協同して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施すること。

④ 機能訓練指導員の確保の促進【介護予防を含む】

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の

対象資格(※)に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行う。

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

※ 算定要件等

○一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

⑤ 若年性認知症入居者受入加算の創設【介護予防を含む】

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

若年性認知症入居者受入加算(新設) ⇒ 120単位/日

※ 算定要件等

○受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。

⑥ 口腔衛生管理の充実【介護予防を含む】

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

口腔衛生管理体制加算(新設) ⇒ 30単位/月

※ 算定要件等

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

⑦ 栄養改善の取組の推進【介護予防を含む】

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

栄養スクリーニング加算(新設) ⇒ 5単位/回 ※6月に1回を限度とする

※ 算定要件等

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

⑧ 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、利用者が受け入れられない状況となっているため、短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を見直す。

※ 算定要件等

○短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を、現行の「定員の10%まで」から「1又は定員の10%まで」と変更する。

⑨ 身体的拘束等の適正化【介護予防を含む】

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施減算を創設する。

身体拘束廃止未実施減算(新設) ⇒ 10%/日減算

※ 算定要件等

○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に実施すること。

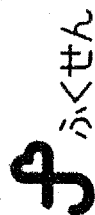
様式の変更無し

モニタリングは、利用者宅への訪問等により、利用状況を確認する行為です。

利用者の心身状態や環境の変化、福祉利用員の利用目的の達成状況を確認し、福祉利用ごとに今後の方針（継続または再検討）を検討した上で、福祉利用専門相談員として、「福祉利用員サービス計画の見直しと必要性」について判断します。

必要と判断される場合は、「再検討の理由等」に記載した個別の福祉利用員に関する状況と再検討計画を踏まえ、「総合評価」欄に総合的な判断理由や所見を記載します。必要に応じて、ケアマネジャーと相談し、計画の見直しとなります。

モニタリングシート (訪問確認書)

[illegible]

「(暫定版)ふくせん福祉用具サービスピッチャー」
 【基本情報】 【選定提案(暫定版)】 【利用計画】
 「ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)」
 のご案内

福祉用具のあり方については、社会保険審議会介護保険部会（平成28年12月）の意見書を踏まえ、利用者が適切に福祉用具を選択できるよう、

「福祉用具専門相談員が、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等を利用者に説明することや、機能や価格差の異なる複数の商品の商品を提示すること」が義務付けられることとなりました。

本会では、本制度改正に対応するため、厚生労働省の「平成29年度老人保健健康増進等事業」を活用し、新たに【選定提案（暫定版）】を作成の上、従来の【基本情報】【利用計画】とあわせて3つのシートを「暫定版」へくみこんで福祉用具サービス計画書としてご案内します。

【選定提案（暫定版）】は、貸与する福祉用具を検討する際^①に作成し、利用者に対して、^②候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等を説明し、^③機能や価格の異なる複数の福祉用具を提示する際^④に活用するとともに、記録に残すことを想定しています。

については、本制度改正に対応し、晋実に適切な福祉用具貸与サービスを実践するために、ぜひ有効にご活用ください。

※本事業は平成29年度の事業であり、様式の確定は年度末となるため、「（暫定版）」としています。

「らくせんサービス計画書（基本情報）（利用計画）」
「らくせんモニタリングシート（訪問確認書）」は、
本会サイトからダウンロードできます

※「ふくせんサービス計画書（選定提案）」のダウンロードは、本云い「ふくせんサービス計画書（選定提案）」のダウンロードは、平成30年4月1日からとなります。

平成30年4月1日からとなります。

www.zfssk.com

一般社団法人全国福祉用具専門相談協会
〒108-0073 東京都港区三田2-14-7 □ーシル三田404
TEL: 03-5418-7700 FAX: 03-5418-2111
URL: <http://www.zfssk.com/> E-mail: info@zfssk.com

お問い合わせ先

