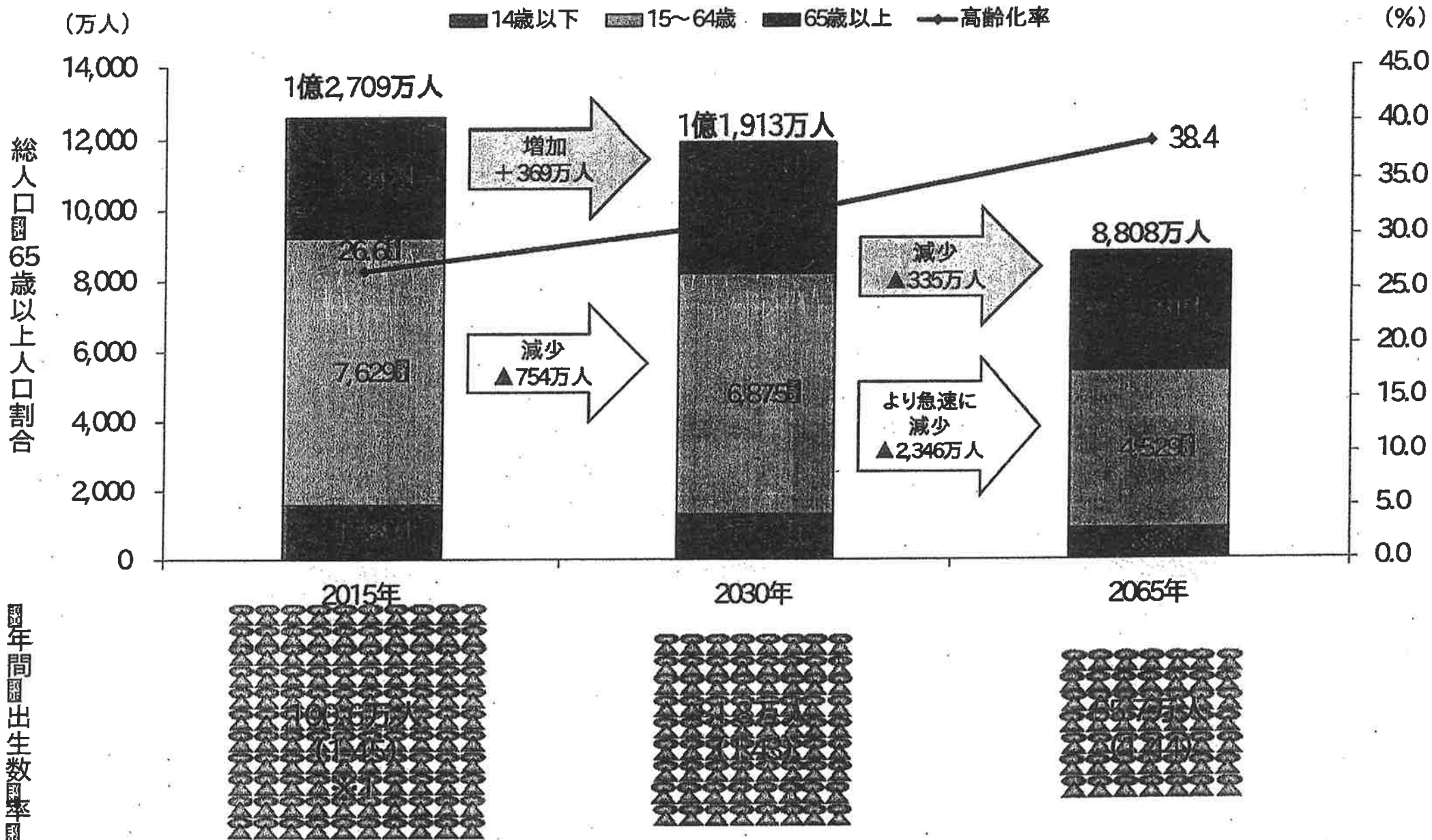


1. 介護保険を取り巻く状況

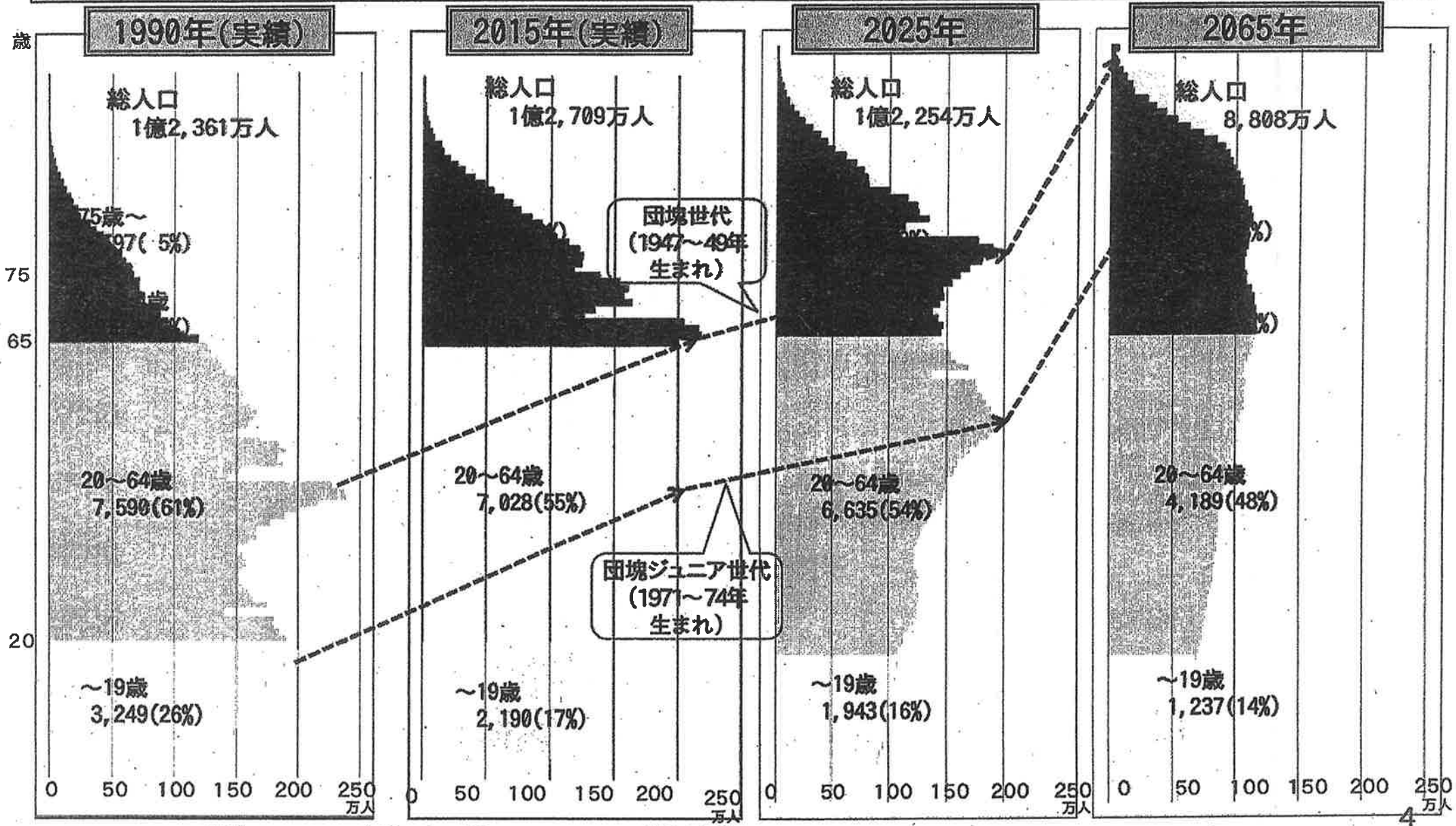
今後の人口構造の急速な変化



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
 厚生労働省「人口動態統計」
 ※1 出典:2015(平成27)年人口動態統計

日本の人口ピラミッドの変化

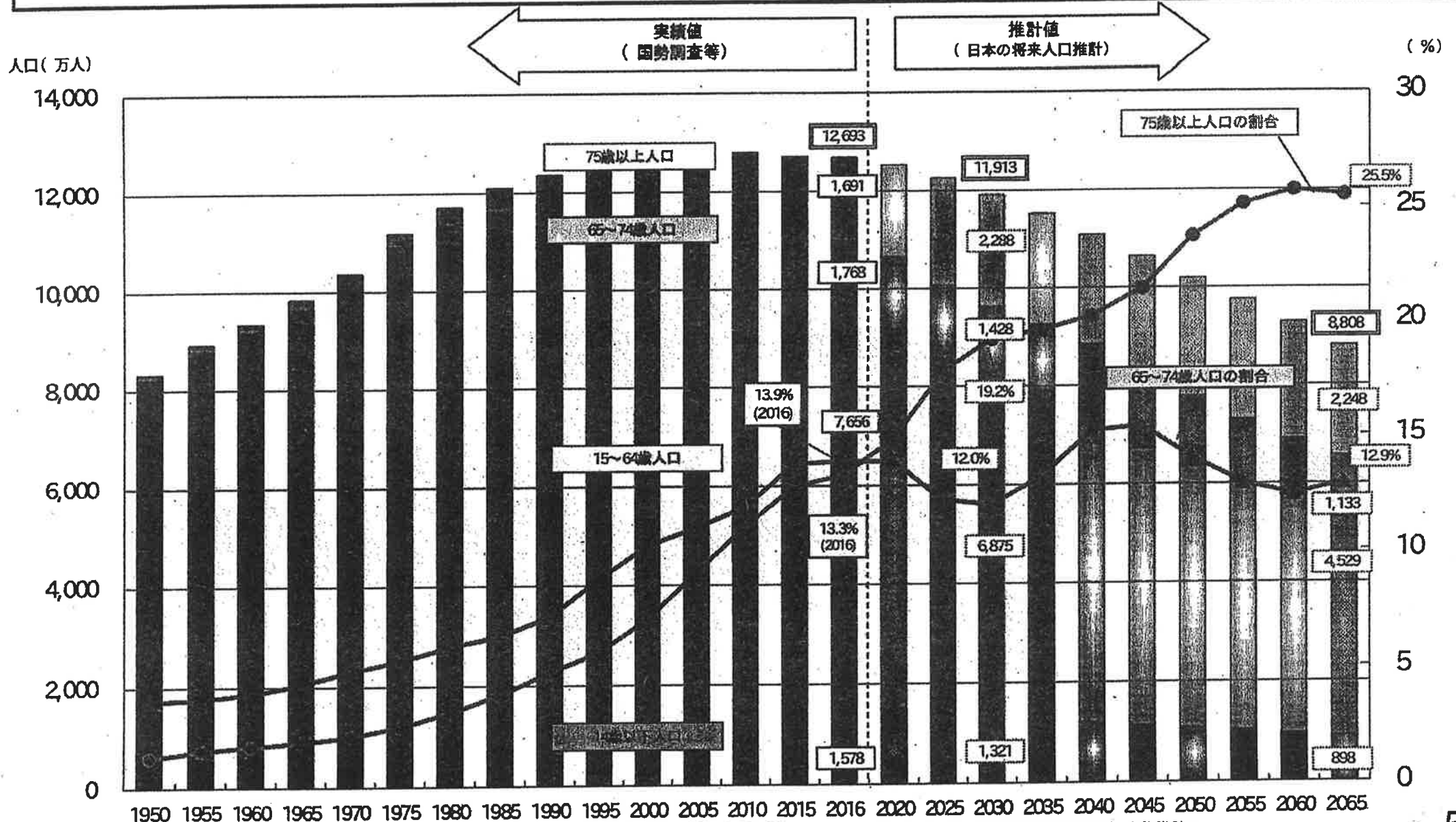
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計

75歳以上の高齢者数の急速な増加

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」。

3. 平成29年介護保険法等改正 (地域包括ケア強化法)

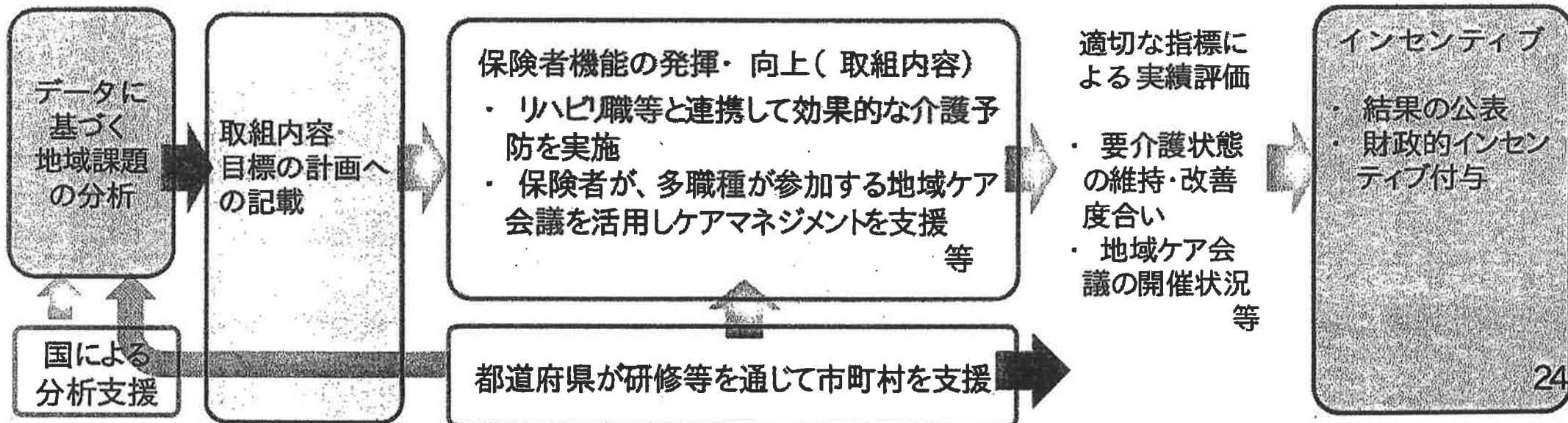
1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進（法改正）

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

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

※主な法律事項

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



2. 新たな介護保険施設の創設（法改正）

見直し内容

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

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

<新たな介護保険施設の概要>

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

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

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

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進（法改正）

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

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

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

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

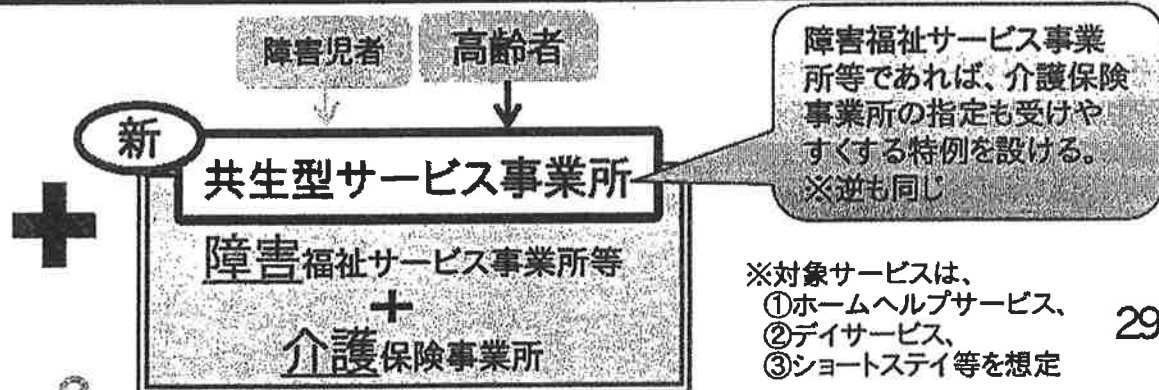
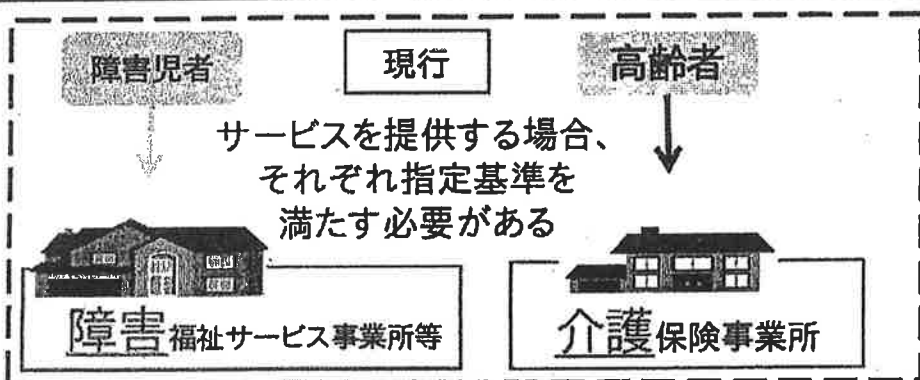
3. 地域福祉計画の充実

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

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

新たに共生型サービスを位置づけ

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



4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し（法改正）

見直し内容

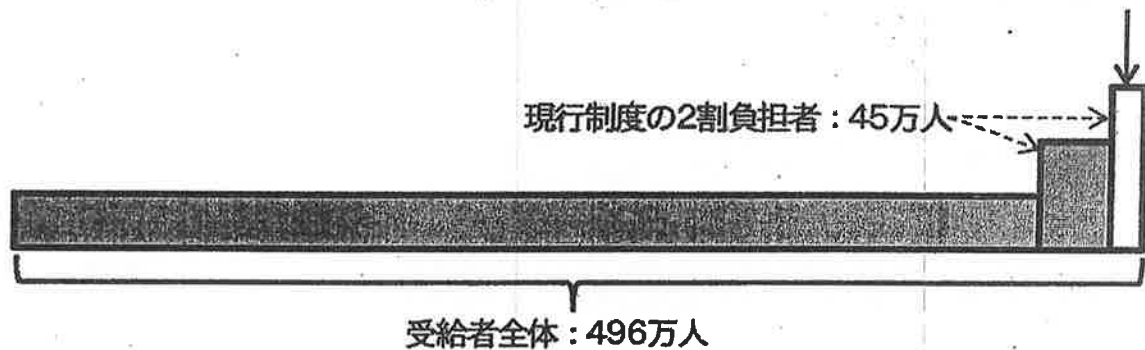
世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

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

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)



(単位:万人)

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

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

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

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

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

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

「介護離職ゼロ」に向けた介護人材確保対策

平成29年12月1日
第16回経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣説明資料

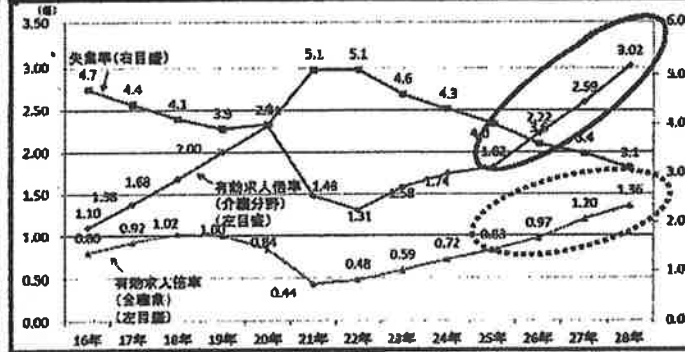
深刻な介護人材不足に対応するため、更なる処遇改善を行うほか、
中高年齢者・外国人の活躍促進、介護ロボットの活用等、関係省庁と緊密に連携し、総合的な対策を講じる。

2020年代初頭までに25万人確保

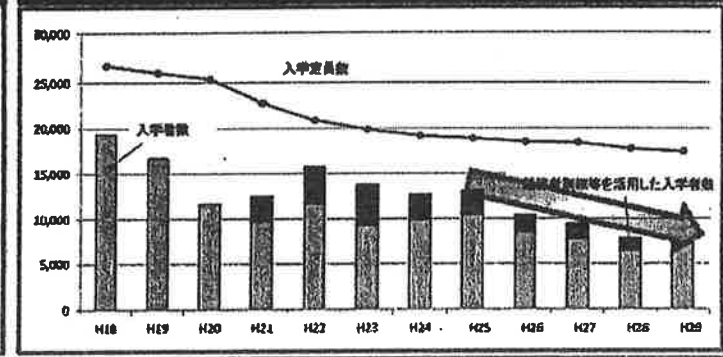


深刻化する介護人材の状況

介護分野の需給状況は逼迫



養成施設の充足率は近年低下の一途



対策Ⅰ 中高年齢者・外国人など多様な人材の活用

- 介護分野へのアクティブ・シニア等の新規参入を促す。
- 在留資格「介護」や技能実習介護の受入れ環境を整備し、意欲ある留学生・技能実習生の活躍を推進する。

アクティブ・シニア、子育てを終えた女性の活躍推進

介護分野を「見る」「知る」きっかけ作りとして、介護の不安解消のための入門的研修等の創設・受講支援

- ①国、自治体、関係団体が一体となって、入門的研修の受講と修了者に対するマッチングを推進
- ②国家公務員の退職準備セミナー等で実施《内閣人事局と連携》
- ③経済界に働きかけ、従業員の受講を勧奨

外国人介護人材の受入れ環境整備

入国前

・現地の優良な日本語学校の認証制度創設、優良な送出国のリスト化
《健康・医療戦略室と連携》

入国後

- ①技能実習生に対し、介護福祉士の資格取得を支援し、当該資格取得者の在留資格「介護」での受入れを検討《法務省と連携》
- ②養成施設の留学生への介護福祉士修学資金の貸付推進、受入施設が支給する在学期間中の奨学金や生活費の負担を軽減
- ③多言語音声翻訳システムの利活用の実証《総務省と連携》

入国支援

・留学生のマッチングに向けた事業者団体等の活動を支援

対策Ⅱ 働きやすい環境の整備

○生産性向上等による負担軽減、雇用管理の改善・採用の支援を通じ、職員の離職防止・定着促進を図る。

- ①介護ロボットの活用推進の加速化《経産省と連携》
- ②ICTの活用推進の加速化
- ③施設開設時の人材募集・研修の支援の充実
- ④人材育成に積極的な事業所の横展開を図るため、事業所の認証制度の創設を検討

対策Ⅲ 介護に関する教育など介護の魅力の普及啓発

○教育その他日常生活のあらゆる場において介護の魅力・楽しさを発信し、介護分野への若者の新規参入を促す。

- ①新中学校学習指導要領技術・家庭科において「介護」に関する内容の充実が図られたことを踏まえ、中学校を含む現場の教員向け研修の実施を支援《文科省と連携》
- ②養成施設の学生が、地域の介護施設等と連携して中学・高校で出前講座を実施し、生徒、教師、保護者の介護に対するイメージを刷新

介護ロボット開発等加速化事業

○ 平成30年度予算（案）
3.7億円

概要

介護ロボット等の開発・普及について、開発企業と介護現場の協議を通じ着想段階から現場のニーズを開発内容に反映、開発中の試作機へのアドバイス、開発された機器を用いた効果的な介護技術の構築など、各段階で必要な支援を行うことにより、加速化を図る。

事業内容

○ ニーズ・シーズ連携協調のための協議会の設置

開発前の着想段階から介護ロボットの開発の方向性について開発企業と介護現場が協議し、介護現場のニーズを反映した開発の提案内容を取りまとめる協議会を設置する。

○ 福祉用具・介護ロボット実用化支援事業

介護現場のニーズに適した実用性の高い介護ロボットの開発が促進されるよう、開発中の試作機器について介護現場での実証、成果の普及啓発等を行い、介護ロボットの実用化を促す環境を整備する。

○ 介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業

介護ロボットの導入を推進するためには、使用方法の熟知や、施設全体の介護業務の中で効果的な活用方法を構築する視点が重要であり、介護ロボットを活用した介護技術の開発までを支援するモデル事業を実施する。

着想
段階

現場のニーズを踏まえた介護ロボット開発の提案を取りまとめ
※開発企業、介護現場、福祉機器等に精通した専門家で構成

開発
段階

モニター調査
・専門職によるアドバイス支援
・臨床評価
※ニーズに即した製品となるよう支援

上市
段階

効果的な介護ロボットを活用した介護方法の開発
※開発企業、介護現場、福祉機器等に精通した専門家により、導入から実証まで総合的に実施

実証成果等の普及啓発
※研修、普及啓発イベント等の実施

居宅サービス事業所におけるICTの導入に向けた取組状況

平成27年度補正予算(予算額: 600万円)【平成27年度実施済み】

⇒ 訪問介護及び通所介護の業務におけるICT導入の効果を調査。

- ・ 「日々のサービス内容の記録業務」、「事業所内の情報共有業務」、「介護報酬請求業務」がICT機器の導入による効果が大きい業務であった。

平成28年度当初予算(予算額: 1.3億円)【平成28年度実施済み】

⇒ 新規にICTを導入することによる効果(業務に要する時間の変化)を検証。

- ・ 記録作成・情報共有業務について、36事業所で検証を実施した結果、23事業所(64%)で減少、13事業所(36%)で増加。
- ・ 介護報酬請求業務について、15事業所で検証を実施した結果、13事業所(87%)で減少、1事業所で増加、1事業所は変化なし。

平成28年度補正予算(予算額: 2.6億円)【平成29年度実施】

⇒ 複数の居宅サービス事業所の連携(異なるベンダー間を含む)に向けた課題を整理する。また、介護事業所に対して現状のICT機器の導入状況等のアンケート調査を行う。

平成29年度当初予算(予算額: 2.3億円)【平成29年度実施】

⇒ 規模の小さい介護事業所を含めた市町村単位での連携モデル事業を実施する。また、ICTにおける標準仕様の構築のために、各ベンダーのシステム仕様を調査する。

【平成30年度予算案: 1.5億円】

- 介護事業所におけるICT化を全国的に普及促進するため、介護事業所間の情報連携に関して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等のあり方を検討するなど、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施する。

5. 平成30年度介護報酬改定

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定について

■ 平成30年度の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬の改定については、以下のとおりとなった。

診療報酬本体	+0.55%	薬価等	
各科改定率		①薬価	▲1.65%
医科	+0.63%	※うち、実勢価等改定	▲1.36%
歯科	+0.69%	薬価制度の抜本改革	▲0.29%
調剤	+0.19%	②材料価格	▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

介護報酬改定 +0.54%

障害報酬改定 +0.47%

※なお、今年度末までの経過措置とされていた食事提供体制加算については、食事の提供に関する実態等について調査・研究を十分に行った上で、今後の報酬改定において対応を検討することとし、今回の改定では継続することとした。

平成30年度介護報酬改定の概要

○ 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、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率:+0.54%

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
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 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

1-① 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(その1)

- 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。

訪問看護

- 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<現行>

看護体制強化加算 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)



<改定後>

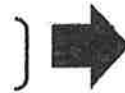
看護体制強化加算(Ⅰ) 600単位/月(新設)
(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)
看護体制強化加算(Ⅱ) 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、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新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日
{ ※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保 }



<改定後>

医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位/日
{ ※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保 }

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日(新設)
{ ※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※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 }

医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位/日(新設)
{ ※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※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 }

特定施設入居者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
○ 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日(新設)

退院・退所時連携加算 30単位/日(新設)
※入居から30日以内に限る

- 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。

居宅介護支援

- 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。
- 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。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月(新設)

現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせてケアプランを作成

状態変化A

アセスメント

→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

ケアプランA
に変更

状態変化B

アセスメント

→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

ケアプランB
に変更

死亡

改定後(以下の方法も可能とする)

末期の悪性腫瘍と診断

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

アセスメント
→サービス担当者会議
→利用者の同意・交付

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

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

状態変化A

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

サービス担当者会議の招集は不要

死亡

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

- 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。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、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場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位/回 (早朝・夜間の場合) (新設)
1300単位/回 (深夜の場合) (新設)

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、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。

<現行>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

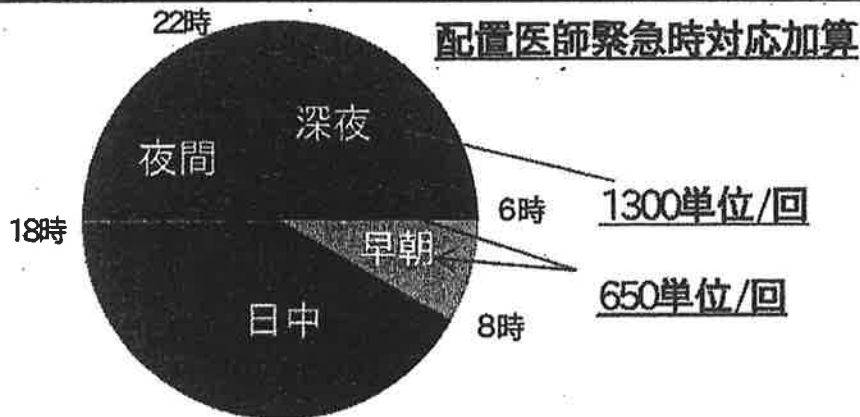
<改定後>

看取り介護加算(Ⅰ)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

看取り介護加算(Ⅱ) (新設)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 780単位/日
死亡日 1580単位/日



看取り介護加算



施設内での看取りを評価



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 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

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

報酬改定における介護老人福祉施設の看取り対応の強化

社保審一介護給付費分科会

第151回 (H29.11.15)

資料1 (抄)

平成18年4月改定 ・「看取り介護加算」の創設 【160単位(最終的に医療機関等で死亡した場合は80単位)】

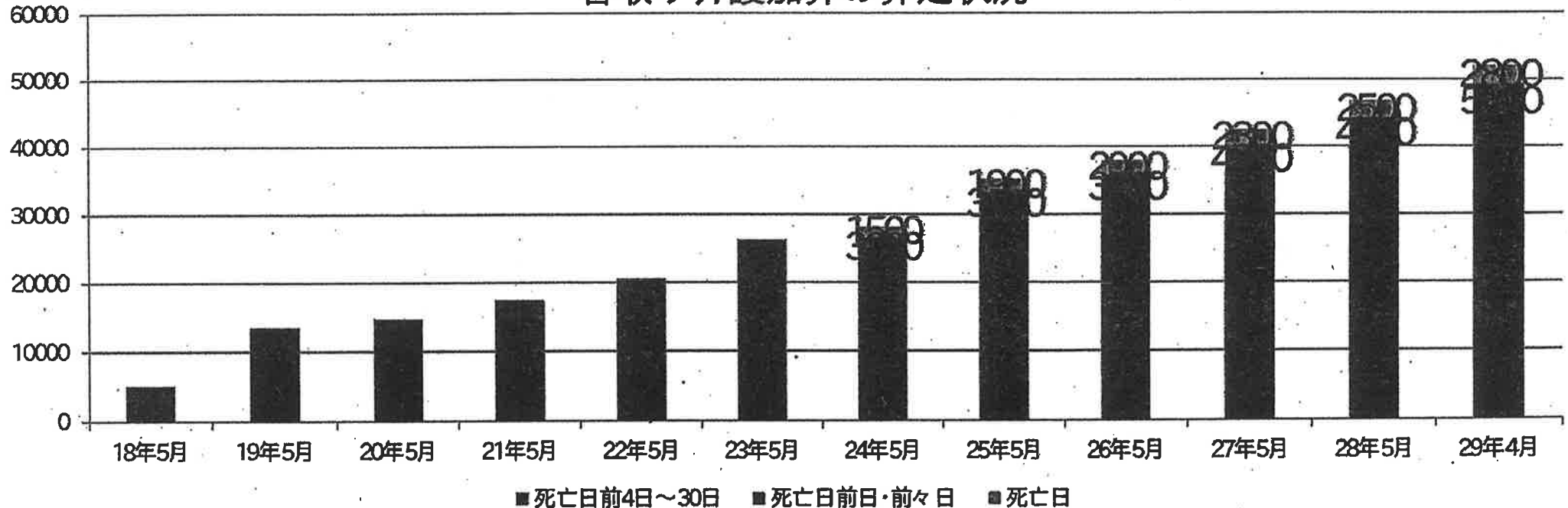
平成21年4月改定
 ・「看取り介護加算」の見直し
 (看取りに向けた体制の評価と、看取りの際のケアの評価を別個に行うこととした)
 【死亡日以前4日～30日:80単位/日、
 死亡日の前日・前々日:680単位/日、
 死亡日:1280単位/日】

平成24年4月改定
 ・特養の配置医以外の在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、特養における看取りを行った場合、末期の悪性腫瘍患者に加え、疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

平成27年4月改定
 ・看取り介護の体制構築・強化のため、PDCAサイクルによりこれを推進すること等を要件として、死亡日以前4日以上30日以下における看取り介護の手厚い実施を図る。
 【死亡日以前4日～30日:144単位/日、
 死亡日の前日・前々日:680単位/日、
 死亡日:1280単位/日】

算定日数/月

看取り介護加算の算定状況



出典:介護給付費実態調査(地域密着型介護老人福祉施設を含む。)

1-② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進(その1)

- 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。

居宅介護支援

- 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。

＜現行＞

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
 ・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) 100単位/月
 ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

＜改定後＞

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
 ・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) 100単位/月
 ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

- 退院・退所加算について、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とともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。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。

＜現行＞退院・退所加算

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

＜改定後＞退院・退所加算

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

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

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月(新設)

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

- 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。

1-③ 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。

介護医療院

- 介護医療院については、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よう、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、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合については、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、 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。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を80㎡/人以上とし、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。療養室以外の設備基準については、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。
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。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。

※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

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。
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平成33年3月末までの期限を設ける。

介護医療院の人員配置

	法定基準		超額上の基準	
	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
薬剤師	150:1	300:1	-	-
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
栄養士	定員100以上で1以上		-	-
介護支援専門員	100:1 (1名以上)		-	-
放射線技師	適当数		-	-
他の従業者	適当数		-	-

介護医療院の施設設備

	法定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修等で6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を集める広さ
食堂	入所定員1人あたり17㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、トイレ、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

1-④ 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。

居宅介護支援

- ケアマネ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。
- 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(所定単位数の50/100に相当する単位数(運営基準減算))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。

1-⑤ 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。

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、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新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕

<改定後>

医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日 (新設)

〔※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※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〕

医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位/日 (新設)

〔※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※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〕

短期入所生活介護、短期入所療養介護

- 認知症介護について、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 (新設) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 (新設)

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

- 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。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 (新設)

特定施設入居者生活介護：若年性認知症入居者受入加算 120単位/日 (新設)

1-⑥ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進

○ 各介護サービスにおける口腔衛生管理の充実や栄養改善の取組の推進を図る。

各種の居住系サービス

○ 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。

口腔衛生管理体制加算 30単位/月（新設）

各種の施設系サービス

○ 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、以下の見直しを行う。

① 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。

② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員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。

口腔衛生管理加算

<現行>	➡	<改定後>
110単位/月		90単位/月

各種の通所系サービス、居住系サービス、多機能型サービス

○ 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（新設）

※6月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

○ 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。

低栄養リスク改善加算 300単位/月（新設）

1-⑦ 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。

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護

【基準】

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

【報酬】

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

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

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

生活相談員配置等加算 13単位/日（新設）

療養通所介護

- 療養通所介護事業所において、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施している事業所が多いことを踏まえ、定員数を引き上げる。

<現行>

定員数9名



<対応案>

定員数18名

II-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、通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価する。

訪問リハビリテーション

<現行>

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(Ⅱ) 150単位/月

<改定案>

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(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

通所リハビリテーション

<現行>

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) 6月以内 1020単位/月

6月以降 700単位/月

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 330単位/月

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

6月以降 530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 1120単位/月

6月以降 800単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) 6月以内 1220単位/月

6月以降 900単位/月

- 要支援者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実現するためのリハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、多職種連携の取組の評価を創設する。

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）

介護予防通所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：330単位/月（新設）

II-② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充(その1)

- 現在、介護予防通所リハビリテーション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ビリテーションにも設ける。

訪問リハビリテーション

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価(要支援状態の維持・改善率を評価)を設け、評価対象期間(前々年度の1月から12月までの1年間)終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること
 - 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。
 - 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。
 - ④ $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)}) \geq 0.7$ 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か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数)

事業所評価加算 120単位/月(新設)

II-② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充(その2)

- 現在、通所リハビリテーション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、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

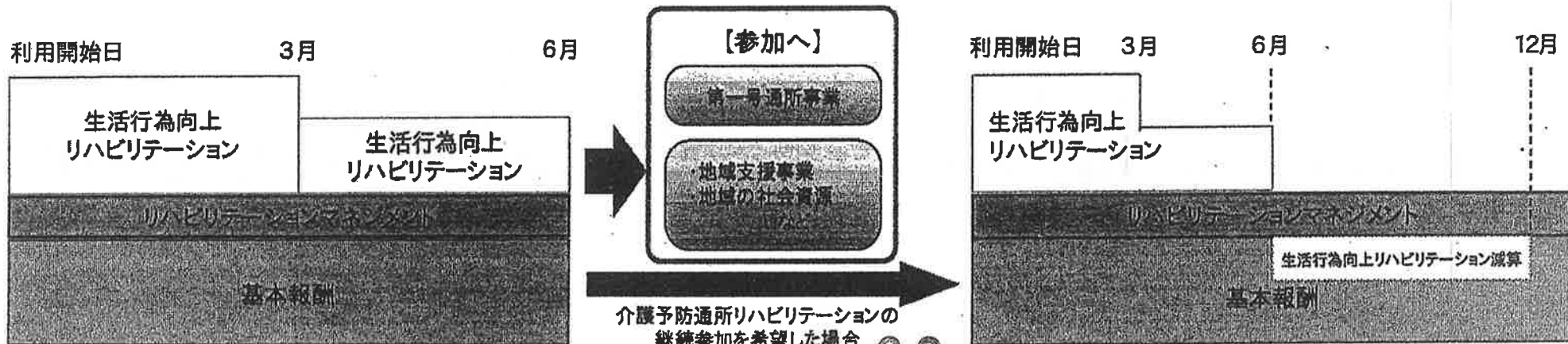
通所リハビリテーション

- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、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、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。
 - ① 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修了し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
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ④ 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。

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。

【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イメージ】



II-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(その1)

- 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、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

- 訪問介護の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、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のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する(生活機能向上連携加算(II))。
- 加えて、リハビリテーション専門職等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、
 - ・ 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、訪問介護計画を作成すること
 - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ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(生活機能向上連携加算(I))。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位/月

<改定後>

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

- 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、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

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(新設)

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、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

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

生活機能向上連携加算 200単位/月(新設)

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

- 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。

訪問介護

【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

- 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。

【身体介護と生活援助の報酬】

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

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位	➡	165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位	➡	181単位
	45分以上	225単位		223単位

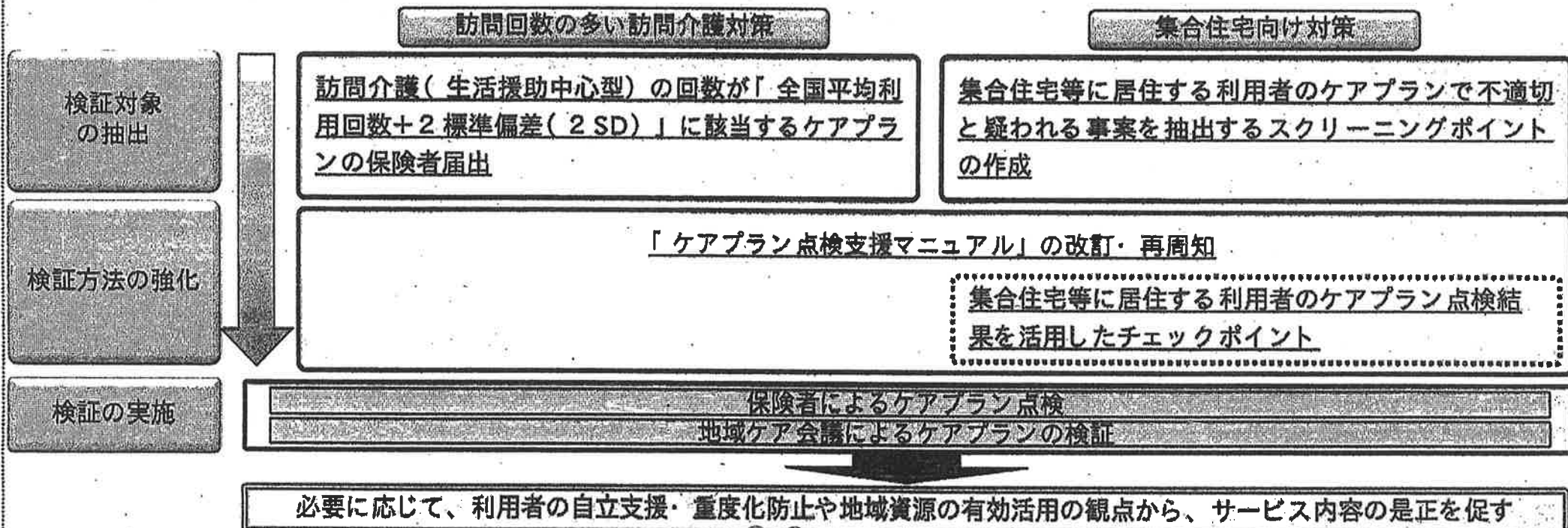
II-③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進(その3)

- 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。

訪問介護、居宅介護支援

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

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



介護保険サービス(生活援助中心型)について(平成29年度予算執行調査資料の補足)

平成29年10月25日 財政制度等審議会 財政制度分科会 提出資料

【論点】※ 本年6月公表「平成29年度予算執行調査」資料は、45分以上の生活援助中心型が含まれていないため、今回、当該計数も含めて再集計。

○ 訪問介護は、サービス内容に応じて「身体介護」と「生活援助」に区分され、このうち「生活援助」は、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」に「生活援助中心型」として、所定の報酬を算定することができることとされている。

(注1) 「生活援助中心型」を利用する場合の基本報酬は、20分以上45分未満：183単位、45分以上：225単位(1単位≒10円)とされているが、おおむね2時間以上の間隔を空けた場合には、それぞれの訪問ごとに所定の報酬を算定できる。

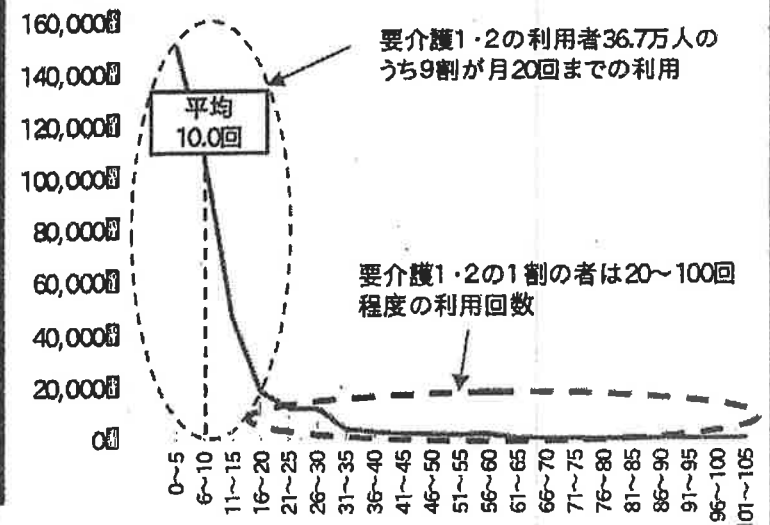
(注2) 日中、夜間を通じて、「生活援助」のみならず「身体介護」も含めて、定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、実際の訪問回数にかかわらず、利用者の要介護度別に月当たりの基本報酬が固定されている。

○ 「生活援助中心型」の利用状況を調査したところ、1人当たりの平均利用回数は月10回程度となっているが、月31回以上の利用者が24,748人にのぼり、中には月100回を超えて利用されているケースも認められた。また、例えば、要介護1・2の者の場合、利用者の約9割は月20回までの利用であり、残り1割の利用者は月20回以上、中には100回以上の者がいるなど、全体として利用状況に大きなばらつきがあり、利用者の状態に沿った効率的なサービス提供が行われていない可能性がある。

訪問介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9月) 人 【要介護1・2の利用者の利用回数の分布】

利用者数	48万5,174人
うち月31回以上の利用者数	24,748人
平均利用回数	月10.6回
最高利用回数	月115回
平均単位数(1単位≒10円)	月2,309単位
最高単位数	月25,875単位
平均要介護度	1.96

順位	利用回数	要介護度	順位	利用回数	要介護度
1	115	5	7	98	5
2	108	5	7	98	2
3	104	2	7	98	3
4	103	4	7	98	3
4	103	2	8	96	3
4	103	4	9	95	4
4	103	3	9	95	3
4	103	4	9	95	4
5	101	3	9	95	3
6	99	5	10	94	3
7	98	4



出所:厚生労働省「介護保険総合データベース(平成28年9月サービス実施、10月調査分)」

【改革の方向性】(案)

○ 保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。

○ また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題を抱えていることから、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき。

II-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。

通所介護

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

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

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

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

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

注5 端数切り上げ

ADL維持等加算(I) 3単位/月(新設)

- 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。)

ADL維持等加算(II) 6単位/月(新設)

II-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。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設

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

① 入所者全員に対する要件

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

② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

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

褥瘡マネジメント加算 10単位/月 (新設)
※3月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

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

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

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

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

排泄つ支援加算 100単位/月 (新設)

II-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。

各種の施設系サービス、居住系サービス

- 身体拘束廃止未実施減算について、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、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開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率を見直す。

身体拘束廃止未実施減算

<現行>	➡	<改定後> (※居住系サービスは「新設」)
5単位/日減算		10%/日減算

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
2. 身体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。
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実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設、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ける上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

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

概要

- 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。
- 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。

単位数

- 基本報酬について（多床室の場合）（単位／日）

	（現行）	
	在宅強化型	従来型
要介護1	812	768
要介護2	886	816
要介護3	948	877
要介護4	1,004	928
要介護5	1,059	981

→

（改定後）		
在宅強化型	基本型	その他（新設）
818	771	756
892	819	803
954	880	862
1,010	931	912
1,065	984	964

- 在宅復帰在宅療養支援機能加算について

<現行>

在宅復帰在宅療養支援機能加算 27単位／日 ⇒

<改定後>

在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅰ) 34単位／日 (基本型のみ)

在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅱ) 46単位／日 (在宅強化型のみ)

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 (続き)

算定要件等

<現行>

在宅強化型

- ・在宅復帰率：50%超
- ・退所後の状況確認：要件あり
- ・ベッド回転率：10%以上
- ・重度者割合：要件あり
- ・リハ専門職：要件あり



<改定後>

在宅強化型

- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標※：60以上
- ・リハビリテーションマネジメント：要件あり
- ・退所時指導等：要件あり
- ・地域貢献活動：要件あり
- ・充実したリハ：要件あり

従来型

- ・上記の要件を満たさないもの



基本型

- ・在宅復帰・在宅療養支援等指標※：20以上
- ・リハビリテーションマネジメント：要件あり
- ・退所時指導等：要件あり
- ・地域貢献活動：要件なし
- ・充実したリハ：要件なし

その他

- ・上記の要件を満たさないもの

※在宅復帰・在宅療養支援等指標：10の評価項目（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護4又は5の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）について、各項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

例) 在宅復帰率の評価に応じた値：在宅復帰率が50%超で20、30%超で10、30%以下で0
 ベッド回転率の評価に応じた値：ベッド回転率が10%以上で20、5%以上で10、5%未満で0

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 (続き)

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値
(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サ-ビス 5	2サ-ビス 3	1サ-ビス 2	0サ-ビス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日*以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月*以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

*要介護4・5については、2週間。

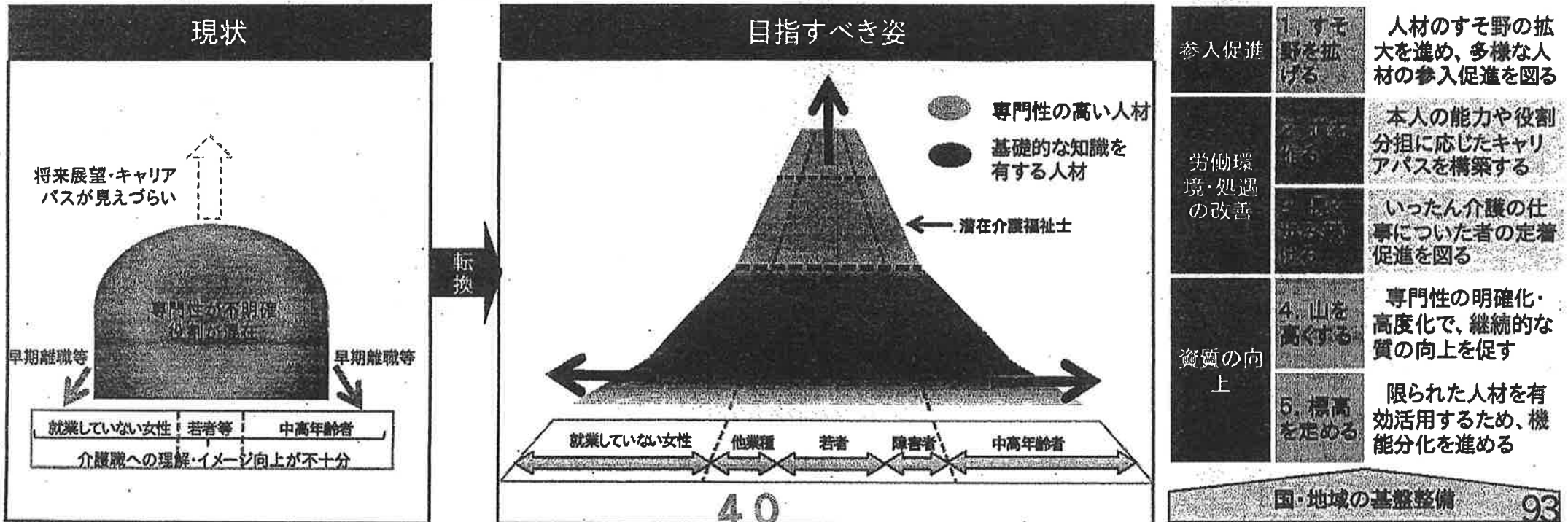
III-① 生活援助の担い手の拡大

○ 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。

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

(参考) 介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



III-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。

介護老人福祉施設、短期入所生活介護

- 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見直しを行う。

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。

Ⅲ－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。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護

○ 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

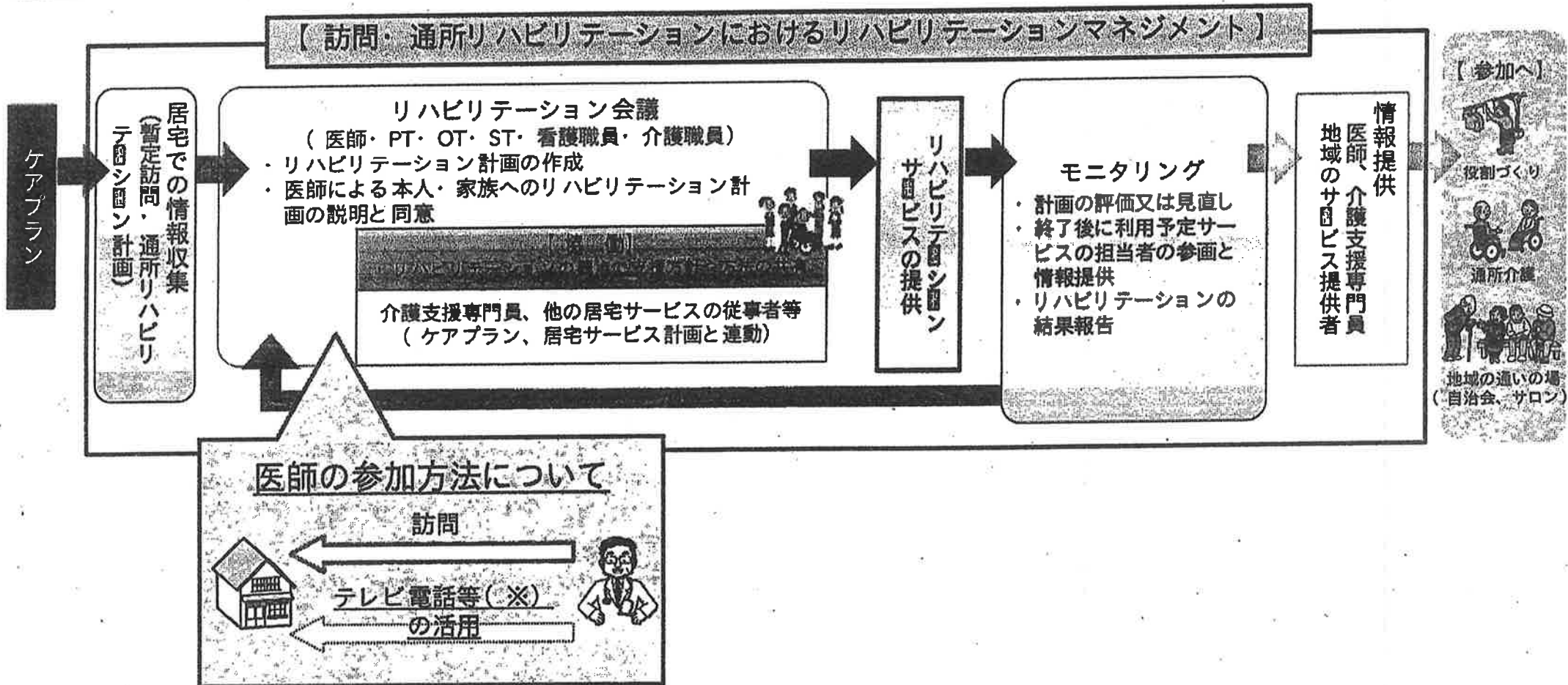
体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合を言うこととする。

III-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

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マネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととする。



※ テレビ電話会議システム他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

川一⑤ 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。

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。
 - 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。

対象サービス (介護予防を含む) (※1)	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 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型通所介護 療養通所介護(※2) 認知症対応型通所介護
会議の名称	介護・医療連携推進会議	運営推進会議	
開催頻度	概ね3月に1回以上	概ね2月に1回以上	概ね6月に1回以上(※2)

※1 夜間対応型訪問介護は、対象サービスではない。 ※2 療養通所介護の開催頻度は、概ね12月に1回。

IV-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、商品ごと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。

福祉用具貸与

- 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。また、詳細について、以下の取扱いとする。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- 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。

IV-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(その1)

- 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、減算幅を見直す。
- 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。

各種の訪問系サービス

- 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建物の範囲等を見直すとともに、一定の要件を満たす場合の減算幅を見直す。

[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]

<現行>

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

<改定後>

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

[定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

<現行>

減算等の内容	算定要件
600単位/月減算	・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

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①600単位/月減算 ②900単位/月減算	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

- 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。

IV-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。

訪問看護

- 訪問看護ステーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問について、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の適切な評価を行うことなどを算定要件に加えるとともに、基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行>		➔	<改定後>	
訪問看護	302単位/回		訪問看護	296単位/回
介護予防訪問看護	302単位/回		介護予防訪問看護	286単位/回

- 訪問看護及び介護予防訪問看護の基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行>訪問看護及び介護予防訪問看護			<改定後>訪問看護		
	訪問看護ステーション	病院又は診療所		訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	310単位/回	262単位/回	20分未満	311単位/回	263単位/回
30分未満	463単位/回	392単位/回	30分未満	467単位/回	396単位/回
30分以上	814単位/回	567単位/回	30分以上	816単位/回	569単位/回
1時間未満			1時間未満		
1時間以上	1117単位/回	835単位/回	1時間以上	1118単位/回	836単位/回
1時間30分未満			1時間30分未満		
<改定後>介護予防訪問看護			<改定後>介護予防訪問看護		
	訪問看護ステーション	病院又は診療所		訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	300単位/回	253単位/回	20分未満	300単位/回	253単位/回
30分未満	448単位/回	379単位/回	30分未満	448単位/回	379単位/回
30分以上	787単位/回	548単位/回	30分以上	787単位/回	548単位/回
1時間未満			1時間未満		
1時間以上	1080単位/回	807単位/回	1時間以上	1080単位/回	807単位/回
1時間30分未満			1時間30分未満		

IV-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。

通所介護、認知症対応型通所介護

- 2時間ごとの設定としている基本報酬を以下のとおり見直す。

【例】要介護1、7時間以上9時間未満の場合

<現行>				<改定後>		
地域密着型	7時間以上9時間未満	735単位/日	➡	7時間以上8時間未満	735単位/日	
				8時間以上9時間未満	764単位/日	
通常規模型	7時間以上9時間未満	656単位/日	➡	7時間以上8時間未満	645単位/日	
				8時間以上9時間未満	656単位/日	
大規模型(Ⅰ)	7時間以上9時間未満	645単位/日	➡	7時間以上8時間未満	617単位/日	
				8時間以上9時間未満	634単位/日	
大規模型(Ⅱ)	7時間以上9時間未満	628単位/日	➡	7時間以上8時間未満	595単位/日	
				8時間以上9時間未満	611単位/日	

※ 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

Ⅳ-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ビリテーション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。

通所リハビリテーション

○ 基本報酬を以下のとおり見直す。

【例】 要介護3の場合

	<現行>			<改定後>	
通常規模型	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6時間未満	772単位/回		4時間以上5時間未満	681単位/回
	6時間以上8時間未満	1022単位/回		5時間以上6時間未満	799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	988単位/回
大規模型(Ⅰ)	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6時間未満	759単位/回		4時間以上5時間未満	667単位/回
	6時間以上8時間未満	1007単位/回		5時間以上6時間未満	772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	955単位/回
大規模型(Ⅱ)	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6時間未満	741単位/回		4時間以上5時間未満	645単位/回
	6時間以上8時間未満	982単位/回		5時間以上6時間未満	746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	922単位/回

【平成30年度介護報酬改定抜粋】

○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平成30年度報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進する。

《改定率：+0.54%》

- 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

居宅サービス

〈居宅介護支援〉

① 基本報酬 居宅介護支援費Ⅰ（1月につき）

要介護1又は要介護2 1042単位 ⇒ 1053単位

要介護3、4、5 1353単位 ⇒ 1368単位

② 医療と介護の連携の強化

- ・入院時における医療機関との連携促進⇒入院時情報連携加算の見直し
- ・退院退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関との連携促進⇒退院・退所加算の見直し

連携1回（カンファレンス参加あり）300単位 ⇒ 600単位

連携2回（カンファレンス参加あり）600単位 ⇒ 750単位

- ・医療機関等との総合的な連携の促進⇒特定事業所加算（Ⅳ）の創設

（平成31年度（2019年度）から施行）

③ 末期の悪性腫瘍の利用者のターミナル期における頻回な訪問による状態変化等の把握等に対する評価⇒ターミナルケアマネジメント加算の創設

1月あたり400単位

〈訪問介護〉

① 基本報酬 ※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

身体介護中心型 20分～30分 245単位 ⇒ 248単位

30分～1時間 388単位 ⇒ 394単位

生活援助中心型 20分～45分 183単位 ⇒ 181単位

45分以上 225単位 ⇒ 223単位

② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の見直し

1月あたり100単位 ⇒ (Ⅰ) 100単位

(Ⅱ) 200単位

③ 訪問回数が多い利用者への対応

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。

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

保険者はケアプラン点検をし、必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す。

〈訪問入浴介護〉

① 基本報酬

1回につき 1234 単位 ⇒ 1250 単位

〈訪問看護〉

① 基本報酬 ※これまで同額だった要支援者と要介護者に対する基本報酬に一定の差を設ける

訪問看護ステーションの場合

20分未満	(共通) 310 単位	⇒	(訪問看護) 311 単位	(予防訪問看護) 300 単位
30分未満	(共通) 463 単位	⇒	(訪問看護) 467 単位	(予防訪問看護) 448 単位
PT、OT等	(共通) 302 単位	⇒	(訪問看護) 296 単位	(予防訪問看護) 286 単位

② 中重度の在宅要介護者の医療ニーズへの対応強化

・ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を評価⇒看護体制強化加算の見直し
1月あたり (I) 600 単位
(II) 300 単位

・24時間体制のある事業所の体制を評価⇒緊急時訪問看護加算の見直し
1月あたり 訪問看護ステーションの場合 540 単位 ⇒ 574 単位

〈訪問リハビリテーション〉

① 基本報酬

1回につき 302 単位 ⇒ 290 単位

② 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マネジメント加算の見直し(2区分から4区分に細分化)

1月につき (I)	60 単位	⇒	(I) 230 単位
(II)	150 単位		(II) 280 単位
			(III) 320 単位
			(IV) 420 単位

③ 質の高いリハビリテーションの実現⇒要支援者(予防サービス)におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

予防訪問リハ 基本報酬(1回につき)・302 単位 ⇒ 290 単位

リハビリテーションマネジメント加算(1月あたり) 230 単位

④ 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
1月あたり 120 単位

〈訪問系サービス共通〉【地域密着と重複】

① 同一建物等居住者にサービス提供する場合は報酬⇒建物の範囲等を見直すとともに、一定の要件を満たす場合の減算幅を見直す

建物の範囲 ⇒ 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以外の建物も対象

減算幅の見直し 事業所と同一敷地内または隣接する敷地内の建物に居住する利用者数が1月あたり50人以上の場合

10%減算 ⇒ 15%減算 [訪問介護・夜間対応型訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ]

600単位減算 ⇒ 900単位減算 [定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

〈通所介護・地域密着型通所介護〉【地域密着と重複】

① 基本報酬 ※サービス提供時間区分の見直し(2時間ごと⇒1時間ごと)

要介護3 7～9時間の場合(1日につき)

地域密着型 (7～9時間) 1006単位 ⇒ (7～8時間) 1006単位 (8～9時間) 1046単位

通常規模型 (7～9時間) 898単位 ⇒ (7～8時間) 883単位 (8～9時間) 898単位

大規模型(I) (7～9時間) 883単位 ⇒ (7～8時間) 844単位 (8～9時間) 868単位

大規模型(II) (7～9時間) 859単位 ⇒ (7～8時間) 814単位 (8～9時間) 835単位

② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設

1月あたり200単位

③ 心身機能の維持に係るアウトカム評価⇒ADL維持等加算の創設

1月あたり(I) 3単位

(II) 6単位

〈通所リハビリテーション〉

① 基本報酬 ※3時間以上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て見直し

要介護3 6～8時間の場合(1回につき)

通常規模型 (6～8時間) 1022単位 ⇒ (6～7時間) 924単位 (7～8時間) 988単位

大規模型(I) (6～8時間) 1007単位 ⇒ (6～7時間) 902単位 (7～8時間) 955単位

大規模型(II) (6～8時間) 982単位 ⇒ (6～7時間) 870単位 (7～8時間) 922単位

② 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マネジメント加算の見直し(2区分から4区分に細分化)

1月あたり(I)

230単位 ⇒ (I) 330単位

(II) 6月以内

1020単位

(II) 6月以内 850単位

6月以降

700単位

6月以降 530単位

(III) 6月以内 1120単位

6月以降 800単位

(IV) 6月以内 1220単位

6月以降 900 単位

③ 質の高いリハビリテーションの実現⇒要支援者(予防サービス)におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

予防通所リハ 基本報酬 (1月につき) 3715 単位 ⇒ 3615 単位

リハビリテーションマネジメント加算 (1月につき) 330 単位

〈短期入所生活介護〉

① 基本報酬 要介護 3 併設型の場合 (1日につき)

(従来型個室) 714 単位 ⇒ 722 単位

(ユニット型個室) 814 単位 ⇒ 822 単位

(多床室) 734 単位 ⇒ 722 単位

② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設

1月あたり 200 単位

〈短期入所療養介護〉

① 基本報酬 要介護 3 老人保健施設の場合 (1日につき)

基本型 (従来型個室) 856 単位 ⇒ 859 単位

基本型 (多床室) 932 単位 ⇒ 935 単位

② 基本報酬 介護医療院 (多床室) の場合 (1日につき) 新設

I 型療養床 (1) 要介護 1 853 単位

要介護 2 961 単位

要介護 3 1194 単位

要介護 4 1293 単位

要介護 5 1382 単位

〈短期入所サービス共通〉

① 認知症ケアの専門研修を修了した者がサービスを提供することについて評価⇒認知症専門ケア加算の創設

1日あたり (I) 3 単位

(II) 4 単位

〈特定施設入居者生活介護〉

① 基本報酬 要介護 3 の場合 (1日につき) 666 単位 ⇒ 668 単位

② 入居者の医療ニーズへの対応強化

・病院等を退院して受け入れる場合の医療機関との連携等を評価⇒退院・退所時連携加算の創設

1日あたり 30 単位 (入居から 30 日以内に限る)

・たんの吸引などのケアの提供に対する評価⇒入居継続支援加算の創設

1日あたり 36 単位

③ 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設

1月あたり 200 単位

④ 若年性認知症の人やその家族に対する支援の促進⇒若年性認知症入居者受入加算の創設

1日あたり 120 単位

地域密着型サービス

〈定期巡回・随時対応型訪問介護看護〉

① 基本報酬 要介護3 一体型の場合 (1月につき)

訪問看護なし 16769 単位 ⇒ 16793 単位

訪問看護あり 19686 単位 ⇒ 19714 単位

② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設

1月あたり (I) 100 単位

(II) 200 単位

〈夜間対応型訪問介護〉

① 基本報酬 (1月につき)

(I) 基本夜間対応型訪問介護費 981 単位 ⇒ 1009 単位

(II) 2667 単位 ⇒ 2742 単位

〈訪問系サービス共通〉【居宅と重複】

① 同一建物等居住者にサービス提供する場合は報酬⇒建物の範囲等を見直すとともに、一定の要件を満たす場合の減算幅を見直す

建物の範囲 ⇒ 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以外の建物も対象

減算幅の見直し 事業所と同一敷地内または隣接する敷地内の建物に居住する利用者が1月あたり 50人以上の場合

10%減算 ⇒ 15%減算 [訪問介護・夜間対応型訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ]

600 単位減算 ⇒ 900 単位減算 [定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

〈通所介護・地域密着型通所介護〉【居宅と重複】

① 基本報酬 ※サービス提供時間区分の見直し (2時間ごと⇒1時間ごと)

要介護3 7～9時間の場合 (1日につき)

地域密着型 (7～9時間) 1006 単位 ⇒ (7～8時間) 1006 単位 (8～9時間) 1046 単位

通常規模型 (7～9時間) 898 単位 ⇒ (7～8時間) 883 単位 (8～9時間) 898 単位

- 大規模型(I) (7～9時間) 883単位 ⇒ (7～8時間) 844単位 (8～9時間) 868単位
 大規模型(II) (7～9時間) 859単位 ⇒ (7～8時間) 814単位 (8～9時間) 835単位
 ② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設
 1月あたり 200単位

- ③ 心身機能の維持に係るアウトカム評価⇒ADL維持等加算の創設
 1月あたり(Ⅰ) 3単位
 (Ⅱ) 6単位

〈認知症対応型通所介護〉

- ① 基本報酬 ※サービス提供時間区分の見直し(2時間ごと⇒1時間ごと)
 要介護3 単独型事業所 7～9時間の場合(1日につき)
 (7～9時間) 1199単位 ⇒ (7～8時間) 1199単位 (8～9時間) 1237単位
 ② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設
 1月あたり 200単位

〈小規模多機能型居宅介護〉

- ① 基本報酬 変更なし
 ② 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設
 1月あたり (Ⅰ) 100単位
 (Ⅱ) 200単位

- ③ 若年性認知症の人やその家族に対する支援の促進⇒若年性認知症入居者受入加算の創設
 1月あたり (要介護者) 800単位
 (要支援者) 450単位

〈看護小規模多機能型居宅介護〉

- ① 基本報酬 変更なし
 ② 医療ニーズへの対応の推進
 ・看護体制強化加算の見直し
 ・緊急時訪問看護加算の見直し
 ③ 若年性認知症の人やその家族に対する支援の促進⇒若年性認知症入居者受入加算の創設
 1月あたり (要介護者) 800単位

〈認知症対応型共同生活介護〉

- ① 基本報酬 変更なし
- ② 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⇒医療連携体制加算の見直し
1日あたり 39 単位 ⇒ (I) 39 単位
(II) 49 単位
(III) 59 単位
- ③ 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設
1月あたり 200 単位
- ④ 入退院支援の取組⇒入院時費用の創設
1日あたり 246 単位 (月6日まで)

施設サービス

〈介護老人福祉施設〉

- ① 基本報酬 要介護3の場合(1日につき)
(従来型個室) 682 単位 ⇒ 695 単位
(ユニット型個室) 762 単位 ⇒ 776 単位
- ② 入居者の医療ニーズへの対応強化
・配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間・深夜に施設に訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価⇒配置医師緊急時対応加算の創設
1回あたり(早朝・夜間) 650 単位 (深夜) 1300 単位
・夜勤職員配置加算の見直し
・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⇒看取り介護加算の見直し
- ③ 外部のリハビリ専門職等と連携して自立支援・重度化防止の取組を評価⇒生活機能向上連携加算の創設
1月あたり 200 単位
- ④ 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価⇒褥瘡マネジメント加算の創設
1月あたり 50 単位 (3月に1回を限度)
- ⑤ 居宅における外泊時に入所者が施設より提供される在宅サービスを利用した場合⇒在宅サービスの利用したときの費用の創設
1日あたり 560 単位 (月6日まで)

〈介護老人保健施設〉

- ① 基本報酬 ※在宅復帰・在宅療養支援の役割が明確化⇒従来型の基本報酬について、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
要介護3 多床室の場合(1日につき)
在宅強化型…在宅療養支援等指標:60以上等の要件 948 単位 ⇒ 954 単位

- 基本型……………在宅療養支援等指標:20 以上等の要件 877 単位 ⇒ 880 単位
 その他……………いずれの要件も満たさないもの 877 単位 ⇒ 862 単位
- ② 褥瘡の発生予防のための管理に対する評価⇒褥瘡⇒ネジメント加算の創設
 1月あたり 50 単位 (3月に1回を限度)

〈介護医療院〉

- ① 基本報酬 ※医療と介護の複合的ニーズに対応⇒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)を提供
 多床室の場合(1日につき)

	I 型療養床 (Ⅰ)	要介護 1	803 単位	Ⅱ型療養床 (Ⅰ)	要介護 1	758 単位
		要介護 2	911 単位		要介護 2	852 単位
		要介護 3	1144 単位		要介護 3	1056 単位
		要介護 4	1243 単位		要介護 4	1143 単位
		要介護 5	1332 単位		要介護 5	1221 単位

- ② 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換⇒移行定着支援加算の創設
 1日あたり 93 単位 (最初に転換した時期を起算日にして1年を限度)

〈施設サービス共通〉

- ① 排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価⇒排泄つ支援加算の創設
 1月あたり 100 単位
- ② 口腔衛生管理の充実⇒口腔衛生管理加算の見直し
 1月あたり 110 単位 ⇒ 90 単位
- ③ 栄養改善の取組の推進⇒低栄養リスク改善加算の創設
 1月あたり 300 単位

福祉用具貸与

- ① 貸与価格の上限設定等
 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。
 ・ 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
 ・ 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
 ・ 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
- ② 機能や価格帯の異なる複数商品の揭示等
 運営基準を改正し、福祉用具専門員に対して、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
 ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示 (30 年 4 月施行)
 ・ 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

