

事業所から見た介護保険制度改正

～地域包括ケアの視点～

(株) シャカリハ

代表取締役 三浦 浩史

連絡先 syakariha@gmail.com

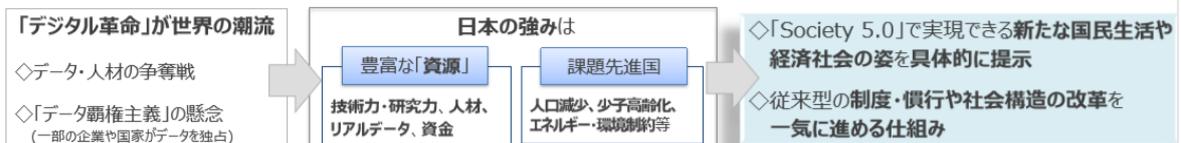
1 : これからの介護保険の動向

未来投資戦略2018概要

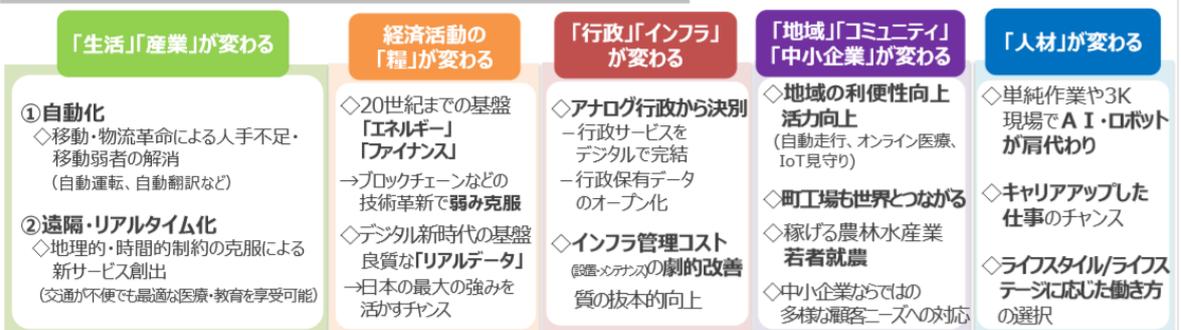
－ 「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革 －

資料 3 - 1

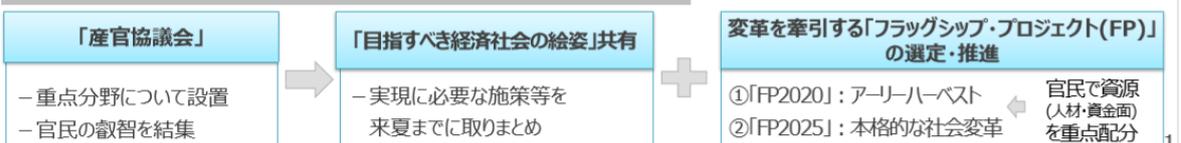
基本的な考え方



第4次産業革命技術がもたらす変化／新たな展開 : Society 5.0



今後の成長戦略推進の枠組



次世代ヘルスケア・システムの構築

未来投資戦略 2018 概要 「Society 5.0」より抜粋

介護分野における多職種の介護情報の連携・活用

・介護分野における ICT 化・情報連携が全国的に行われ、介護に携わる関係者の効率的・効果的な協働を可能とするため、居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様を検討し、本年度中に結論を得る。あわせて、ICT を活用した医療・介護連携について、本年度実証を行うとともに、その結果を踏まえ、標準仕様の作成に向けて検討する。

・介護分野における ICT 化に関しては、介護現場の業務の効率化・生産性向上の取組と一体として推進し、ICT の導入を促進するための総合的な対応を検討し、来年度に導入を抜本的に進める。こうした取組に沿って、平成 32 年度までに、介護分野において必要なデータ連携を可能とすることを目指す。

③健康管理・予防に資する保険外サービスの活用促進

ケアプランに保険外サービスを積極的に位置付けやすいインセンティブなどの方策を検討

▷ 医療・介護の課題

未来投資会議構造改革徹底推進会より

1. 医療・介護と公費負担の現状

- ・医療費・介護費と負担の現状
- ・医療費増加の要因

2. 今後直面する課題

- ・後期高齢者の増加
- ・「支え手」の大幅な減少
- ・急速な医療技術の高度化・高額化

3. 対応の方向性

- ・ **制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく**
- ・ **必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する**
- ・ **高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく**

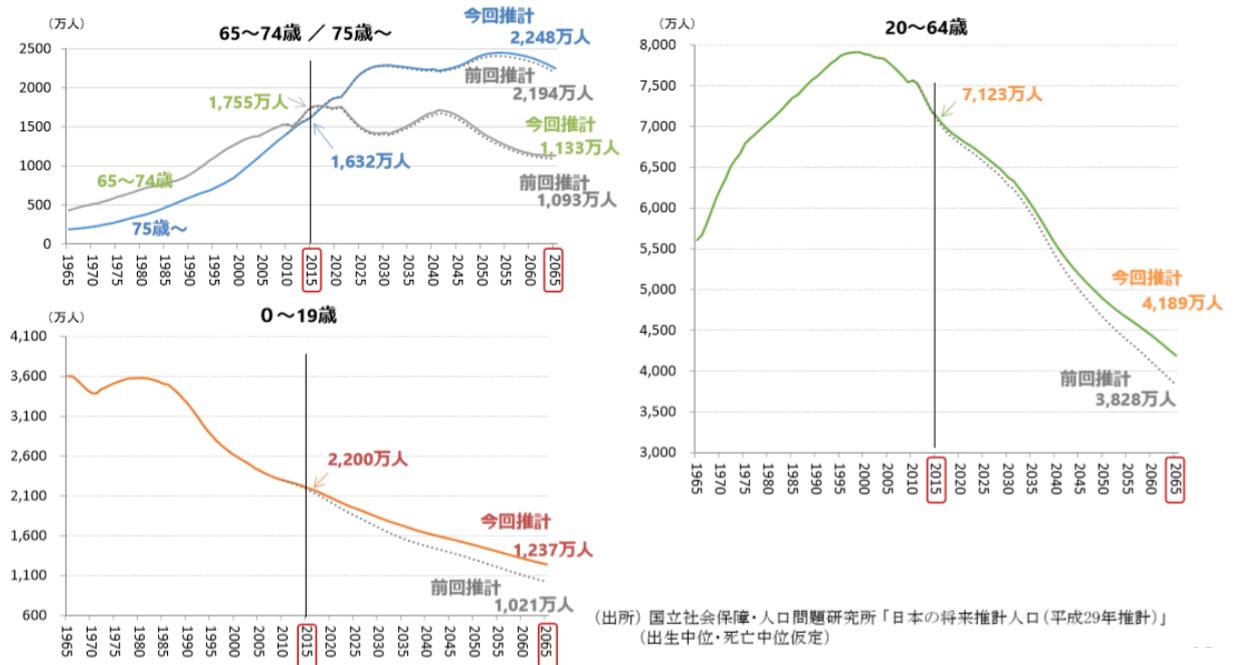


視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

- ① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」
新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべき。
- ② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」
少額の外来医療、OTC類似薬の処方など、「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

年齢4区分別の見通しについて

- 65～74歳については、2030年～2040年頃にかけて一旦上昇する局面を除いて減少傾向。また、75歳以上については、2025年にかけて急増した後、概ね横ばい。
- 一方、65歳未満の若年・現役世代については、前回推計と比較して減少トレンドが若干緩やかにはなっているが、今後一貫して減少。（2065年には0～19歳、20～64歳とも現在の概ね6割程度まで減少。）



未来投資会議構造改革徹底推進会より

労働人口は減少し続ける。介護業界への流入は少ない。

「地域包括ケア」から「地域共生社会の実現」へ、そして私たちの役割

視点を踏まえた具体的対応

改革の視点に沿って、現在の改革工程表においてすでに掲げられている改革項目を確実に実施していくとともに、さらなる改革項目を追加し、検討を進めていくべき。

高度・高額な医療技術や医薬品への対応		大きなリスクは共助、小さなリスクは自助	
◆ 保険収載の在り方	①	薬剤自己負担の引き上げ	③
費用対効果評価の活用	②	受診時定額負担の導入	④
		◆ ケアマネジメントの質の向上と利用者負担	⑤
		要支援者へのサービスの介護予防等事業への移行	⑥

公定価格の適正化・包括化		医療提供体制の改革	
◇ 急性期病床の適正化（診療報酬改定）	⑦	地域医療構想の推進	⑫
薬価制度の抜本改革	⑧	◆ 外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール	⑬
調剤報酬の改革	⑨	◇ 地域別診療報酬の活用	⑭
◇ 慢性期病床等の転換	⑩	保険者機能強化のためのインセンティブの活用	⑮
在宅と施設の公平性の確保	⑪	頻回のサービス利用へのチェックとサービスの標準化	⑯
		在宅サービスについての保険者等の関与の在り方	⑰
		◆ 介護事業所・施設の経営の効率化	⑱

年齢ではなく能力に応じた負担		人口減少下の医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保	
後期高齢者の窓口負担	⑲	◇ 支え手の減少と医療保険制度の持続可能性	⑳
◆ 介護保険の利用者負担について	㉑		
金融資産等を考慮に入れた負担	㉒		
◆ 現役並み所得の判定方法	㉓		

※後日ご説明
未来投資会議構造改革徹底推進会合より

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 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。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。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一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制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 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。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

保険者機能強化のためのインセンティブの活用

15

【論点】

- 昨年成立した改正介護保険法に基づき、平成30年度予算においては、都道府県・市町村の保険者機能強化のための新たな交付金を創設している（保険者機能強化推進交付金 30年度予算額：200億円）。
- 今後、こうしたインセンティブを活用することで、各市町村が保険者機能を発揮し、介護費の地域差縮減に努めていくことが求められる。

【保険者機能強化推進交付金の仕組み】

【市町村向けの評価指標：合計61指標】

- (1) PDCAサイクルの活用
地域の特徴・課題の把握など：8指標
- (2) 自立・支援、重度化防止等に資する施策
要介護認定・認定等基準時間の変化など：46指標
- (3) 介護保険運営の安定化に資する施策の推進
ケアプラン点検の実施割合など：7指標

【都道府県向けの評価指標：合計20指標】

- (1) 管内の市町村の状況把握など：6指標
- (2) 自立・支援、重度化防止等の保険者支援：11指標
- (3) 管内市町村の評価指標の達成状況：3指標

評価指標の達成状況の「見える化」

総合順位		指標1	指標2	指標3
1位	A市	10	10	10
2位	B町	10	5	10
3位	C市	10	5	10
4位	D町	10	10	0

	Z市	10	0	0
1300位	W町	5	5	0
1400位	K町	0	5	0
1500位	I市	0	0	0

多

交付額

少

【改革の方向性】（案）

- この交付金については、市町村・都道府県の保険者機能強化に向けた体制整備や自立支援・重度化防止の取組などの複数の指標の成績に応じて交付することとなっていることから、この指標の達成状況について「見える化」を実施するとともに、達成状況がよい自治体の取組を分析し、全国展開するとともに、達成状況がよくない自治体については、その原因を分析し、都道府県・市町村の取組を支援すべき。
- 合わせて、こうした取組をさらに進めるため、第8期介護保険事業計画期間の始期である平成33年度から調整交付金のインセンティブとしての活用を進めるべき。

83

平成30年度における保険者機能強化推進交付金（市町村分）について（抜粋）

保険者機能強化推進交付金（市町村分）の仕組みは、市町村の自立支援・重度化防止等の取組を支援するために創設されたものであり、こうした仕組みにより、各市町村において、地域課題への問題意識が高まり、地域の特性に応じた様々な取組が進められていくとともに、こうした取組が市町村の間で共有され、より効果的な取組に発展されていくことを目指していきたいと考えています。介護保険事業を担う、市町村、都道府県、厚生労働省が協働して、地域包括ケアシステムを発展させていくことが重要と考えています。

$$\text{各市町村の交付額} = \text{予算総額} (\text{※}) \times \frac{\text{当該市町村の評価点数} \times \text{当該市町村の第1号被保険者数}}{(\text{各市町村の評価点数} \times \text{各市町村の第1号被保険者数}) \text{の合計}}$$

「スケジュール」

現時点では、今後のスケジュールとして以下を予定している。

平成30年4月 市町村へ評価指標の該当状況の回答依頼（10月〆切）

11月 市町村毎に交付金を按分し、内示額を提示

国から市町村へ評価結果を提示

平成31年1月 各市町村による交付申請

3月 交付決定

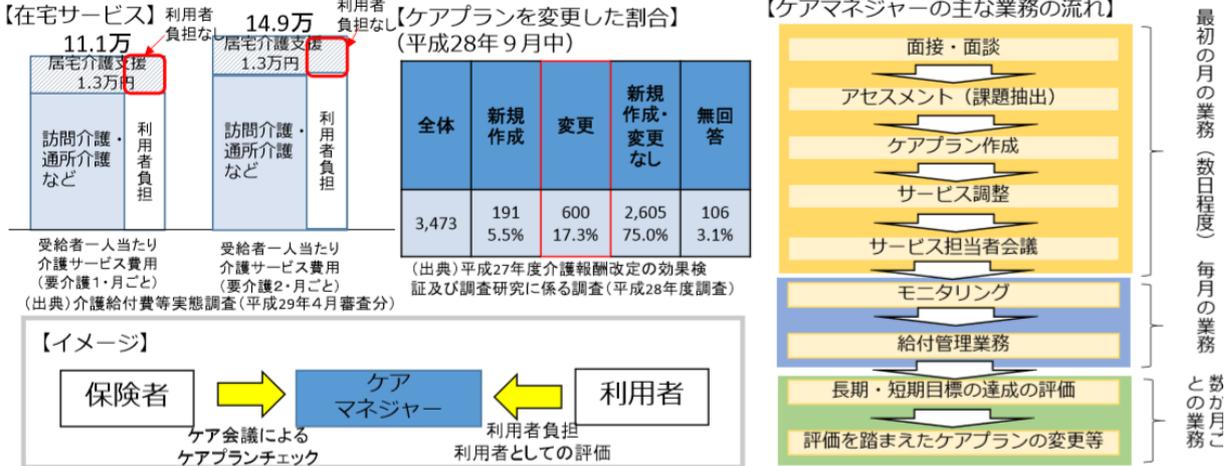
保険者主導の自立支援が全国で動き出す
・・・適正化・自立支援型ケア会議など
要チェック!!!

ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

⑤

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点などから利用者負担が設定されていない。
- ケアマネジメントの主な業務は、初回のケアプラン作成の後、毎月のモニタリング（要支援は3か月ごと）と数か月ごとの評価やケアプランの変更等となる。こうした業務については利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造になっていると考えられる。
- また特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービス費の一部として利用者負担が存在。既に一定の利用者負担の下に介護サービスが利用されていることを踏まえれば、居宅介護支援への利用者負担は、サービスの利用の大きな障害にはならないと考えられる一方、利用者が、より一層ケアマネジャーの質のチェックを行っていくことに資すると考えられる。



【改革の方向性】(案)

- 保険者におけるケアプランチェックと相まってケアマネジメントの質の向上を図る観点から、居宅介護支援に利用者負担を設ける必要。

66

給付の適正化強化

居宅介護(予防)支援費の利用者負担開始

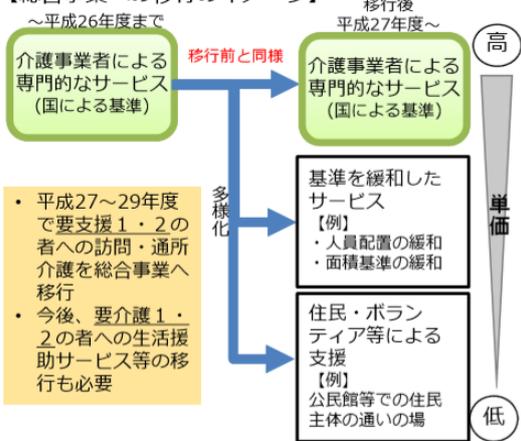
軽度者へのサービスの地域支援事業への移行について

⑥

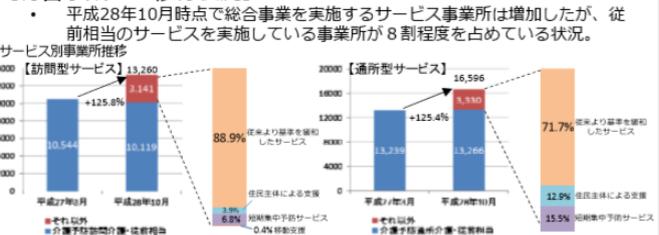
【論点】

- 軽度者(要支援、要介護1・2)は生活援助サービスの利用割合が大きいが、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行し、利用者の状態像や地域の実情に応じて、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施する方向。
- 平成29年度に全市町村が総合事業へ移行しているが、総合事業を実施している事業所で見ると、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施にとどまっている。

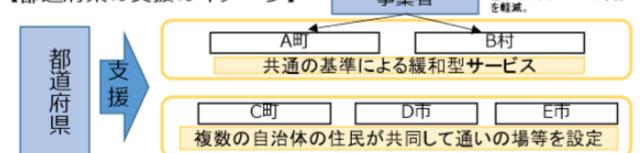
【総合事業への移行のイメージ】



【総合事業への移行状況】



【都道府県の支援のイメージ】



【改革の方向性】(案)

- 今後、先行した自治体の例も踏まえ、一定の時期までに利用者の実情によって専門的なサービスが必要な特段の場合を除き、基本的に緩和型や住民主体のサービスに移行するなどの方針を国において定めることで、一層の総合事業の推進を図るべき。
- その際、単独では緩和型サービスの基準や住民主体の取組の企画・策定が難しい自治体に対しては、都道府県が積極的に支援することにより、複数自治体にまたがる事業の実施も検討する必要がある。
- また、残された要介護1・2の者の生活援助サービス等の更なる地域支援事業への移行を進めていく必要。

67

在宅と施設の公平性の確保（多床室の室料負担について）

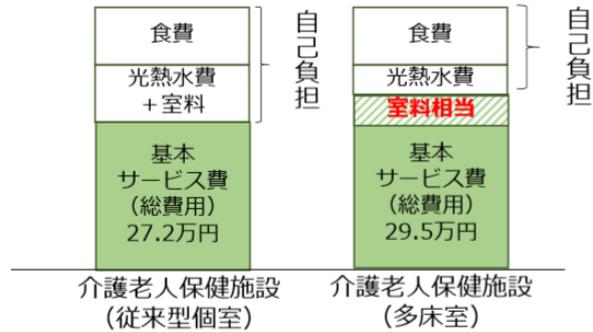
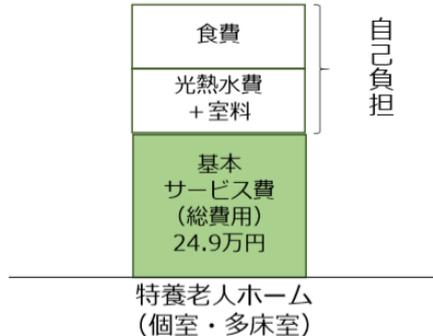
11

【論点】

- 平成17年制度改正において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料+光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 平成27年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、新設される介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

特養は27改定で多床室の室料をサービス費から除外し、従来型個室と多床室の報酬水準は同額となっている。

老健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室については、室料相当額は基本サービス費に含まれたままであり、多床室の方が従来型個室よりも基本サービス費が高くなっている。



※ 上記のサービス費はいずれも要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）。

（参考）「経済再生計画 改革工程表（2017改定版）」（抜粋）

在宅と施設の公平性の確保や医療・介護を通じた効率的な提供体制の構築の観点等から、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の**多床室の室料負担**等、施設サービスの報酬等の在り方について、**第8期計画期間に向けて検討し、結論**

【改革の方向性】（案）

- 在宅と施設の公平性を確保する等の観点から、これらの施設の多床室の室料相当額についても基本サービス費から除外する見直しを行う必要。

75

未来投資会議構造改革徹底推進会より

今後の医療・介護提供体制のあり方

13

【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。
- このうち外来医療に関しては、高齢化に伴い複数疾患をもつ患者等を総合的・継続的に診療する専門的知見・能力が重要となるが、こうした観点からの医師養成は進んでいない。

	病床		外来医療 ・診療所 ・医師配置	高額 医療機器	介護サービス 事業者 介護施設
	基準病床制度	地域医療構想			
	年齢階級別人口等を基に算定した基準病床を地域の病床の上限とする	高度急性期～慢性期までの医療機能ごとに需要を推計、これに沿って病床の機能分化・連携			
医療法 医療機関の 開設・管理 (都道府県知事)	(公的医療機関等) 病床過剰地域での病院開設・増床の不許可	(公的医療機関等) 過剰な病床機能への転換等に関して、命令など	なし 自由開業 自由標榜	なし	(介護施設) 総量規制 ※計画に定める定員数を超える場合、指定等をしないことができる。
	(民間医療機関) 病床過剰地域での病院開設・増床に関して要請/勧告	(民間医療機関) 過剰な病床機能への転換等に関して、要請/勧告など			(地域密着型サービス) 公募制
健康保険法等 医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	(民間医療機関) 上記勧告を受けた場合、厚生労働大臣は保険医療機関の指定をしないことができる	なし			(在宅サービス) なし ※平成30年4月から条件付与の仕組み

【改革の方向性】（案）

- 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロールが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。
- 来年度以降養成が開始される「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

80

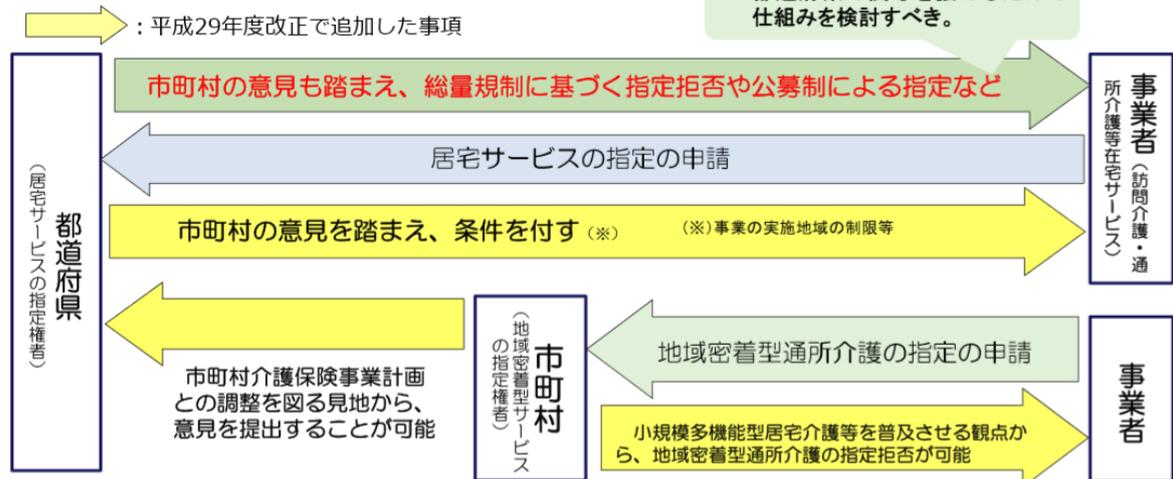
事業所指定の総量規制開始

(参考)在宅サービスについての保険者等の関与の在り方

17

- 平成29年度制度改正において、在宅サービス事業者の指定にあたって、都道府県は市町村の意見を踏まえ、条件付与を行うなどの仕組みが創設しており、今後、この仕組みが円滑に施行されていく必要がある。
- その上で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、既に全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もあるが、こうした地域において、自治体により積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策はとして、都道府県が市町村の意見も踏まえ、在宅サービス事業者の指定にあたって、域内の市町村の計画上のサービス見込み量を超えるなどの場合に指定拒否を行える仕組み（「総量規制」）や、特定の地域において特定の事業者に限定して指定を行う仕組み（「公募制」）を導入するなど、自治体の在宅サービス事業者への関与の在り方を検討する必要。

【事業者の指定に当たっての都道府県・市町村の役割】



未来投資会議構造改革徹底推進会合より

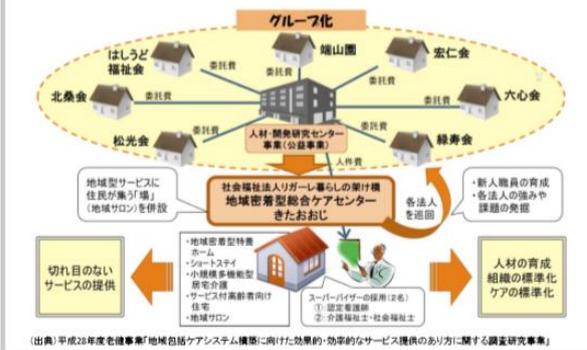
(参考)介護サービスの経営主体の大規模化等の施策について

18

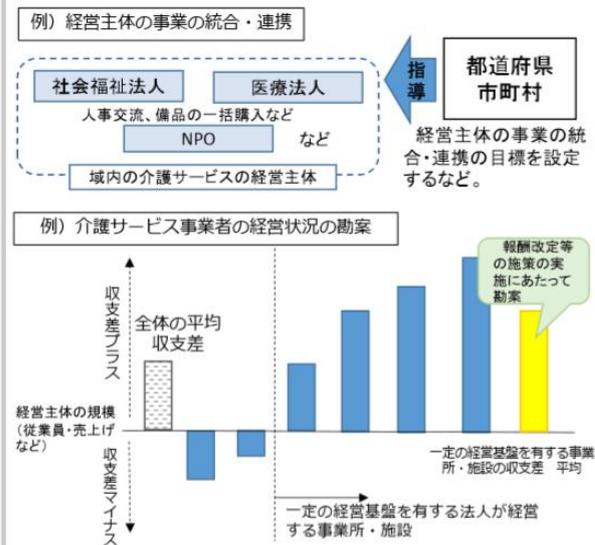
- 介護サービス等の事業を行う複数の法人が、人材育成・採用などの本部機能を統合・法人化することで、ケアの品質の底上げや研修・採用活動のコスト減を図るなどの取組も存在。
- 介護サービスの経営主体の大規模化については、①こうした介護サービス事業の人事や経営管理の統合・連携事業を自治体が目標を定めるなどして進めることのほか、②一定の経営規模を有する経営主体の経営状況を介護報酬などの施策の決定にあたって勘案することで経営主体自体の合併・再編を促す、といった施策が考えられる。また、③経営主体について一定の経営規模を有することや、小規模法人については人事や経営管理等の統合・連携事業への参加を指定・更新の要件とする、といったことも考えられる。

(参考) 法人間の機能の統合・連携の例

- <社会福祉法人 リガーレ>
- 7つの社会福祉法人(※)が、本部機能を独立・法人化。
 - ※ 所在地は、京都府が5法人、滋賀県が1法人、青森県が1法人
 - 統合した本部機能
 - ① 介護サービスの質の標準化
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化
 - ② 介護等人材の確保・育成
研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討
 - ③ 経営管理機能の強化
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



【経営主体の大規模化に向けた施策イメージ】

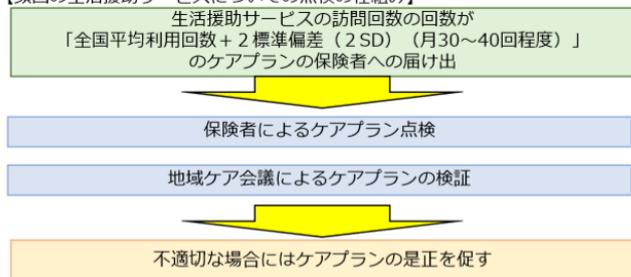


88

【論点】

- 訪問介護の生活援助サービスについては、月100回以上の利用など平均を大きく上回る利用が存在。
- こうしたことを踏まえ、平成30年度から、「全国平均利用回数+2標準偏差」の生活援助サービスについては、ケアプランの保険者への届け出を義務づけ、保険者によるケアプランの点検や地域ケア会議における検証を行うこととし、不適切な事例については是正を促すこととしたところ（施行は平成30年10月から）。

【頻回の生活援助サービスについての点検の仕組み】



＜標準的な介護サービスの方法（イメージ）＞

利用者の状態像：要介護度、認知症の状況、独居か否か など

標準的なサービス例：
週〇回 訪問介護（身体介護+生活援助）
週〇回 通所リハ
月〇回 訪問看護

標準的な内容と異なる部分についてはケアマネージャーが保険者に対し説明責任を持つ。

【頻回の生活援助サービスの利用状況】

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数	485,174	204,392	162,482	68,313	34,591	15,396
平均回数	10.6	9.2	11.1	13.2	11.3	9.3
+2SDライン	32	26	33	42	37	31
+2SD利用者数	23,502	11,165	8,406	4,169	1,995	664
割合	4.8%	5.5%	5.2%	6.1%	5.8%	4.3%

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（H28.9月サービス実施、10月審査分）

【改革の方向性】（案）

- 国において制度施行までに、保険者によるケアプランチェックのための指針等を早急に策定・周知するとともに、今後、ケアプラン点検の実績も踏まえ、利用者の状態像に応じたサービスの利用回数や内容等についての標準化を進める必要。

「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」の公布について（抜粋）

1. 趣旨

訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととしている。これは、生活援助中心型サービスについては 必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある一方で、利用者において、様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、ケアマネージャーの視点だけでなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促すものである。なお、平成30年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取組のほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリ専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価をすることとしている。

2. 本告示の概要（抜粋）

具体的には、直近の1年間（平成28年10月～平成29年9月分）の給付実績（全国）を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差（2SD）」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり以下の回数とする。

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

なお、本告示の適用期日は平成30年10月1日である。

2：法解釈の確認

1) 特定事業所の役割

特定事業所加算について

(趣旨) 特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

(基本的取扱方針) 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）の対象となる事業所については、
・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
・常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であること

が必要となるものであり、これらに加えて、特定事業所加算（Ⅳ）の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、（1）に掲げる趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

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

① 他法人職員との研修会

計画書：平成 30 年度については、概要を4月末日までに定めること、正本を9月末

内容：事例検討会等の概略や開催時期等、共同で実施する他事業所等まで

期間：1年間（前年度終了までに作成）

市町村や地域の介護支援専門員の職能団体等と共同して実施した場合も対象。ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず2法人以上が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、他の法人の居宅介護支援事業者が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

2) 運営規程・重要事項説明書の変更

▷利用者の権利の説明（予防支援、介護支援ともに）

第〇〇条

追加1
居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。

第▷▷条

追加2
指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要がある。

（実務的ヒント：日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。）

重要事項説明書の修正

サービス担当者会議の照会について

修正1
「利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合」を照会の要件に追加

（ヒント：また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。）

○ 契約時の説明について

問 131 今回の改正により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、平成30年4月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

（答）

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

注意1
集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

3) ケアプラン原案作成／サービス担当者会議／ケアプラン／モニタリング

1：サービス事業所選択

- 1) ケアマネジャーは、必ずサービス種別ごとに複数のサービス事業所を紹介・説明（事業所の特徴など利用者選択に必要な情報）を行う。
- 2) 複数サービス事業所から利用者に選択してもらう（利用者の判断能力に合わせて説明・合意形成する）。
- 3) 福祉用具貸与の場合、サービス事業所選択ののち、サービス事業所は①全国の平均利用額②自事業所の利用額を説明しなければならない。
- 4) これらの記録を必ず記録すること

2：医療系サービスの位置づけと主治医へのケアプラン提示

- 1) 医療系サービスを利用することで自立支援になる可能性があれば、まず主治医と相談
*必ずサービス担当者会議記録に残しましょう！
- 2) 医療系サービスをケアプランに位置付けた場合、主治の医師等に交付
『介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。』

ポイント) 居宅サービス計画交付書兼受領書を2部作成し、1部主治医等に署名捺印もらう場合、事前に主治医等と相談すること。主治医等に文書を記載してもらうと文書料が発生する可能性があるため、無理強いせず、ケアプランを交付した記録を残しましょう。

3) 医療との連携

第13条第13号の2 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

3：サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

<Point1>

「会議をしなくてよい」ではなく、「招集をしなくてよい」である。

<抜粋>

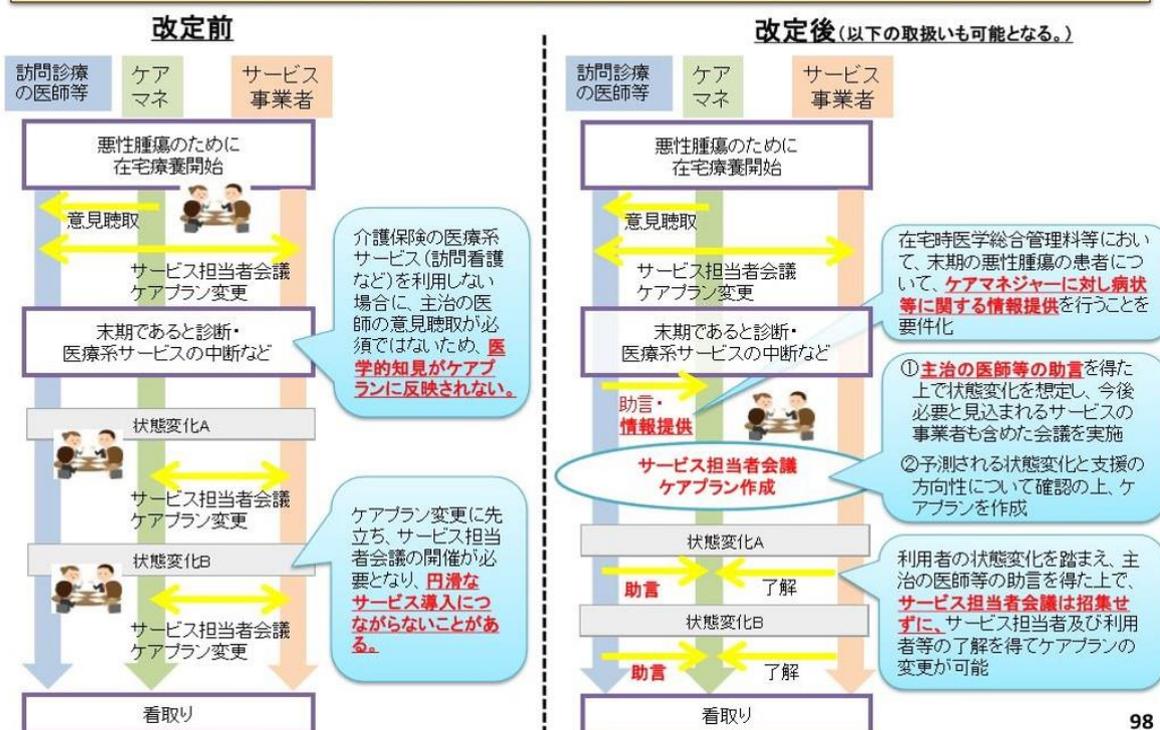
なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は 歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であっ

て、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進⑥

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)



98

4：モニタリング

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している等・・・**医師・薬剤師等**
- ・口臭や口腔内出血がある・・・**歯科医師等**
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある・・・**医師・歯科医師・薬剤師・栄養士等**
- ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている・・・**医師・歯科医師・栄養士等**
- ・皮膚が乾燥していたり、湿疹等がある・・・**医師・歯科医師・薬剤師・栄養士等**

5：退院・退所加算 注）カンファレンスとサービス担当者会議の違いが大切

連携



当該病院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、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。

▷いつ・誰と面談し、利用者のどんな情報を得たのか・・・の記録がある。

▷アセスメント・サービス担当者会議・ケアプラン・同月のモニタリング

<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

退院・退所加算については、以下の①から③の算定区分により、入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む）のみ算定することができる。

① 退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅰ）イ及びロについては、病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合に算定可能であり、うち（Ⅰ）ロについてはその方法がカンファレンスである場合に限る。

② 退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅱ）イについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合に算定が可能。

退院・退所加算（Ⅱ）ロについては、病院等の職員からの情報収集を2回行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

③ 退院・退所加算（Ⅲ）

退院・退所加算（Ⅲ）については、病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

居宅支援退院退所加算Ⅰ 1	ホ 退院・退所加算(入院または入所期間中1回を限度)	(1) 退院・退所加算(Ⅰ)イ	450 単位加算	450
居宅支援退院退所加算Ⅰ 2		(2) 退院・退所加算(Ⅰ)ロ	600 単位加算	600
居宅支援退院退所加算Ⅱ 1		(3) 退院・退所加算(Ⅱ)イ	600 単位加算	600
居宅支援退院退所加算Ⅱ 2		(4) 退院・退所加算(Ⅱ)ロ	750 単位加算	750
居宅支援退院退所加算Ⅲ		(5) 退院・退所加算(Ⅲ)	900 単位加算	900

注) 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとする。

『記録』

カンファレンスに参加した場合は、(1)において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

カンファレンス は以下のとおりとする

イ 病院又は診療所

退院時共同指導料 2 の注 3 の 要件を満たすもの。

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進⑤

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

➤ 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

【見直す対象】

(1) 在宅患者緊急入院診療加算	(2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(3) 入退院支援加算1
(4) 精神疾患診療体制加算	(5) 退院時共同指導料1及び2	(6) 在宅患者連携指導料
(7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	(8) 施設入所者共同指導料	

➤ 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	改定後(共同指導の評価対象職種)
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1 医師、看護師等	注1 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3 医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員	注3 医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員

➤ 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

66

ロ 地域密着型介護老人福祉施設

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あたり実施された場合の会議。従業者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

入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者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

入所者への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あたり実施された場合の会議。従業者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

入所者への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あたり実施された場合の会議。従業者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 (平成 35 年度末までに限る。)

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あたり実施された場合の会議。従業者及び患者又はその家族が参加するものに限る。

6：入院時情報連携加算

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。連携強化と記録の仕方（ひな形：日本介護支援専門員協会HP参照）を徹底

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）

○医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

→いつ・誰に・どんな情報を提供したのか・・・の記録が経過記録にある。

○入院前の情報提供も3日以内に該当します。

○Q&Aより、「FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。」

○より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】・・・<別紙参照>

7：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

・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備

・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施

・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

「利用者又はその家族の同意」について～日本介護支援専門員協会より～

居宅介護支援の「ターミナルケアマネジメント加算」についてですが、利用者の同意文書の様式は特に定められていません。文書量半減の取組みが進められる中で、新たに様式を増やす必要はなく、介護サービス計画書第5表の居宅介護支援経過への記録が推奨されています。

(1) ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。

(2) ターミナルケアマネジメント加算は、1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとする。

(3) ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録 ② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録

(4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。

平成 30 年 4 月 13 日厚生労働省通知

1. 利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、「利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月」に算定することとする。

8：特定事業所加算(Ⅳ) 125 単位/月 (新設)

(平成 31 年度から施行)

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

(算定する年度の前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において、算定実績回数で判定)

1：平成 31 年度に所得しようとする、

○退院・退所加算の「平成 30 年 3 月～平成 31 年 2 月」の算定実績

「平成 29 年度 3 月 (平成 30 年 3 月)～平成 30 年度 2 月 (平成 31 年 2 月)」の算定実績
『平成 31 年度のみ』

平成 29 年度 3 月における退院・退所加算の算定回数と平成 30 年度 4 月から同年度 2 月までの退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数の合計が 35 回以上である場合に要件を満たすこととする。

○ターミナルケアマネジメント加算

平成 30 年度の 4 月から同年度の 2 月までの算定回数が 5 回以上である場合

2：退院・退所加算の算定実績に係る要件について

退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数の合計により、例えば、特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の 3 月から前年度の 2 月までの間において、退院・退所加算(Ⅰ)イを 10 回、退院・退所加算(Ⅱ)ロを 10 回、退院・退所加算(Ⅲ)を 2 回算定している場合は、それらの算定に係る病院等との連携回数は合計 36 回であるため、要件を満たすこととなる。

9：栄養改善の取組の推進

栄養スクリーニング加算 5単位/回（新設）

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

- イ BMIが18.5未満である者
- ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は
基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
- ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者

- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定する。
原則として当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

10：同一建物等減算の訪問系サービスの区分支給限度額の管理

<対象サービス>

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

<同一建物等減算の定義変更>

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。

ポイント：区分支給限度額管理の際は、減算せず管理する（翌月の給付管理表の提出は実績）

○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

各種の訪問系サービス

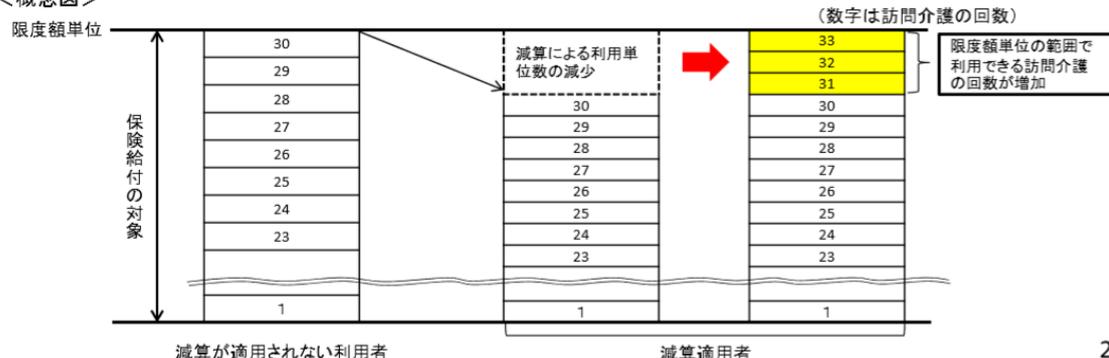
○ 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

（参考）有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について（抜粋）
（平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示）

<会計検査院が表示する意見（抜粋）>

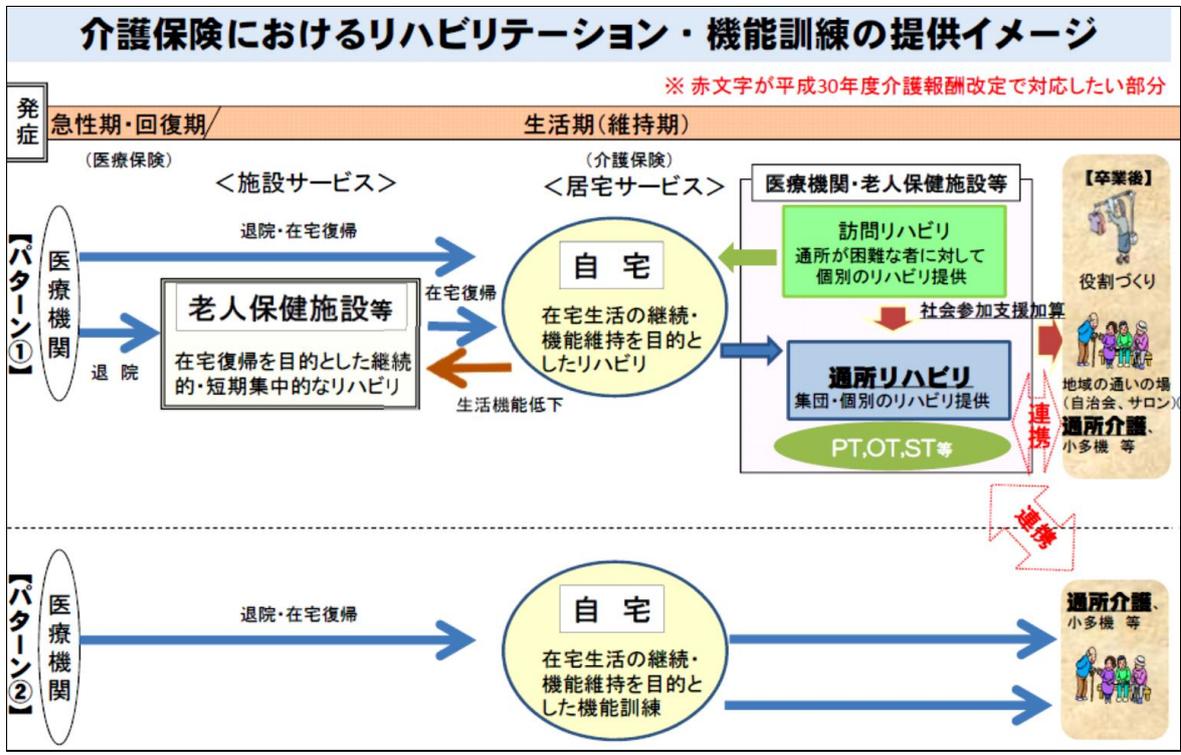
○ 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。

<概念図>



11：自立支援に資するケアマネジメント・・・生活機能維持・向上へ

▷ケアプラン・サービス計画の目標は、ICFの『活動』『参加』レベルで記載・実行
 <例> 望む暮らし：「自分のことは自分でできるようになりたい」
 ①一人で買い物にいける ②一人でお風呂に入れる ③洗濯を自分ででき、服を用意できる
 ④夫のお墓参りにいける ⑤一人で調理ができる ⑥部屋の掃除やゴミ出しができる 等

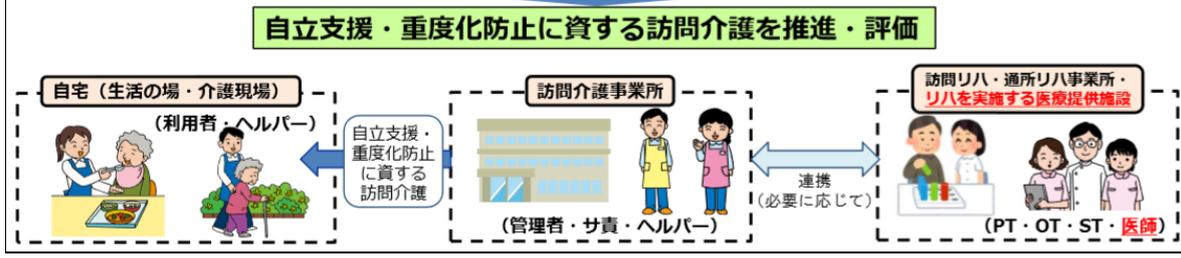


訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価 (参考資料)

①身体介護・生活援助の報酬にメリハリ	②生活機能向上連携加算の見直し																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>現行</th> <th>改定後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体介護中心型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20分未満</td> <td>165単位 ⇒</td> <td>165単位</td> </tr> <tr> <td>20分以上30分未満</td> <td>245単位 ⇒</td> <td>248単位</td> </tr> <tr> <td>30分以上1時間未満</td> <td>388単位 ⇒</td> <td>394単位</td> </tr> <tr> <td>1時間以上1時間30分未満</td> <td>564単位 ⇒</td> <td>575単位</td> </tr> <tr> <td>以降30分を増すごとに算定</td> <td>80単位 ⇒</td> <td>83単位</td> </tr> <tr> <td>生活援助加算</td> <td>67単位 ⇒</td> <td>66単位</td> </tr> <tr> <td>生活援助中心型</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20分以上45分未満</td> <td>183単位 ⇒</td> <td>181単位</td> </tr> <tr> <td>45分以上</td> <td>225単位 ⇒</td> <td>223単位</td> </tr> </tbody> </table>		現行	改定後	身体介護中心型			20分未満	165単位 ⇒	165単位	20分以上30分未満	245単位 ⇒	248単位	30分以上1時間未満	388単位 ⇒	394単位	1時間以上1時間30分未満	564単位 ⇒	575単位	以降30分を増すごとに算定	80単位 ⇒	83単位	生活援助加算	67単位 ⇒	66単位	生活援助中心型			20分以上45分未満	183単位 ⇒	181単位	45分以上	225単位 ⇒	223単位	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設：理学療法士等の自宅訪問は不要) ○生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実) <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 連携対象として、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・医師を追加 ⇒ (Ⅰ)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回のみ算定) <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等(範囲は(Ⅱ)と同じ)からの助言を受けた上で、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 ・なお、当該理学療法士等は、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
	現行	改定後																																
身体介護中心型																																		
20分未満	165単位 ⇒	165単位																																
20分以上30分未満	245単位 ⇒	248単位																																
30分以上1時間未満	388単位 ⇒	394単位																																
1時間以上1時間30分未満	564単位 ⇒	575単位																																
以降30分を増すごとに算定	80単位 ⇒	83単位																																
生活援助加算	67単位 ⇒	66単位																																
生活援助中心型																																		
20分以上45分未満	183単位 ⇒	181単位																																
45分以上	225単位 ⇒	223単位																																

③「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。**

④訪問回数が多い利用者への対応 (H30.10施行)
 ⇒ **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、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。**



サービス種別と自立支援

- 1：通所リハビリテーションにてリハビリテーションマネジメント・個別リハを実施
- 2：介護予防通所リハに、「リハビリテーションマネジメント加算」「生活行為向上加算」開始
- 3：生活機能向上連携加算（訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護など）利用

*通所リハビリ・訪問リハなどのPT/OT/ST/Dr.と訪問介護計画書作成を共同実施

1) 訪問介護の生活機能向上連携加算の見直し

「理学療法士等」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、共同してカンファレンスを行い、当該利用者のADL及びIADL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「生活機能アセスメント」を行うものとする。

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お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
- d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

訪問介護計画に基づき提供された初回の指定訪問介護の提供日が属する月以降3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度評価に基づき訪問介護計画を見直す必要があること。

2) 通所介護の生活機能向上連携加算の創設

「理学療法士等」が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）と共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと

4：訪問介護の「自立生活支援のための見守りの援助」を実施（以下、参照）

「訪問介護の自立生活支援のための見守りの援助」の位置づけ

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

○ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

○認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。

○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認など

を含む)

○移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）

○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）

○本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助

○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助

○上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

4：心身機能の維持に係るアウトカム評価の創設

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指す。
(※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)

20

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

- ① 生活援助の担い手の拡大
 - ・訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。
- ② 介護ロボットの活用の促進
 - ・特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。
- ③ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件等の緩和
 - ・定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
 - ア 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認める。
 - イ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認める。
- ④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
 - ・リハビリテーション会議^(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
 - ※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議
- ⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し
 - ・地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

4

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

- 障害者の重度化・高齢化への対応、医療的ケア児への支援や就労支援サービスの質の向上などの課題に対応
- 改正障害者総合支援法等（H28.5成立）により創設された新サービスの報酬・基準を設定
- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：+0.47%

障害者の重度化・高齢化を踏まえた、地域移行・地域生活の支援

1. 重度の障害者への支援を可能とするグループホームの**新たな類型を創設**
2. 一人暮らしの障害者の理解力、生活力等を補うための支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「自立生活援助」の報酬を設定**
3. 地域生活支援拠点等の機能強化
4. 共生型サービスの基準・報酬の設定

精神障害者の地域移行の推進

1. 長期に入院する精神障害者の地域移行を進めるため、**グループホームでの受入れに係る加算を創設**
2. 地域移行支援における地域移行実績等の評価
3. 医療観察法対象者等の受入れの促進

就労系のサービスにおける工賃・賃金の向上、一般就労への移行促進

1. **一般就労への定着実績等に応じた報酬体系とする**
2. 一般就労に移行した障害者に生活面の支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「就労定着支援」の報酬を設定**

医療的ケア児への対応等

1. 人工呼吸器等の使用や、たん吸引などの医療的ケアが必要な障害児が、必要な支援を受けられるよう、**看護職員の配置を評価する加算を創設**
2. 障害児の通所サービスについて、**利用者の状態や事業所のサービス提供時間に応じた評価**を行う
3. 障害児の居宅を訪問して発達支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「居宅訪問型児童発達支援」の報酬を設定**

障害福祉サービスの持続可能性の確保

1. 計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価
2. 送迎加算の見直し

共生型サービスの基準・報酬の設定

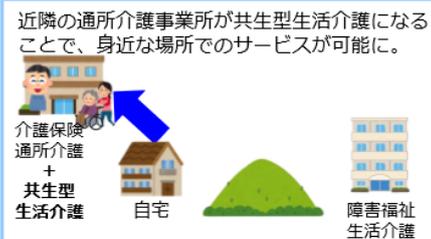
- 介護保険サービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に障害福祉（共生型）の指定を受けられるよう、障害福祉の居宅介護、生活介護、短期入所等の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。

○介護サービス事業所が共生型障害福祉サービスの指定を受ける場合（障害報酬）

見直し前

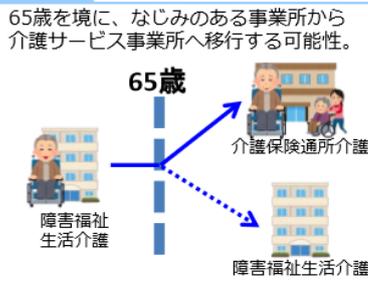


見直し後

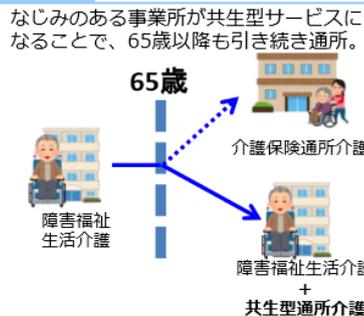


○障害福祉サービス事業所が共生型介護サービスの指定を受ける場合（介護報酬）

見直し前



見直し後



【障害福祉サービス等報酬の例】

- 介護保険の通所介護事業所が、障害者への生活介護を行う場合 694単位
- 共生型生活介護事業所等について、サービス管理責任者等を配置し、かつ、地域交流の場の提供等の実施を評価。

【例】

- ・ サービス管理責任者配置等加算（新設） 58単位
- ・ 共生型サービス体制強化加算（新設）
 - ① 児童発達支援管理責任者を配置 103単位
 - ② 保育士又は児童指導員を配置 78単位
 等