

平成30年4月26日（木）  
「第57回月例社会保障研究会」

「2018年介護報酬改定について」  
～2018年介護報酬改定の主要改定項目～

厚生労働省老健局  
老健局老人保健課長  
鈴木 健彦

# 平成30年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

## 【介護保険を取り巻く主な課題】

- 世界でも類を見ない少子高齢化
  - 団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年を見据えた対応
  - 自治体毎に差がある高齢化
  - 高齢化等に伴い増加する要支援・要介護認定者、認知症者
- 増大する社会保障費・介護費用への対応
- 介護事業者の経営への配慮
- 平成29年の制度改正への対応（自立支援・重度化防止、医療・介護連携、地域共生社会の実現 等）
- 医療・介護連携の推進（地域医療計画・介護保険事業（支援）計画の同時策定、診療報酬・介護報酬の同時改定）
- その他の指摘事項
  - 経済・財政再生計画 改革工程表（経済財政諮問会議）
  - ニッポン一億総活躍プラン（H28.6.：閣議決定）
  - 未来投資戦略2017（H29.6.9：閣議決定）

## 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

# 平成30年度の介護報酬改定の改定率（平成29年12月18日予算大臣折衝）

	改定率	そのほか
介護報酬	+0.54%	
診療報酬	1. 診療報酬本体 +0.55% 各科改定率 医科 +0.63% 歯科 +0.69% 調剤 +0.19% 2. 薬価等 ① 薬価 ▲1.65% ※うち、実勢価等改定 ▲1.36% 薬価制度の抜本改革 ▲0.29% ② 材料価格 ▲0.09%	いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。
障害福祉サービス等報酬	+0.47%	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、与党から申し入れがあったこと等を重く受け止め、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。

# 介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立</li> <li>○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価</li> <li>○ 施設サービスの質の向上と適正化</li> </ul>	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 食費に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し</li> </ul>	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度者への支援強化</li> <li>○ 介護予防、リハビリテーションの推進</li> <li>○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立</li> <li>○ サービスの質の向上</li> <li>○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化</li> </ul>	▲0.5% [▲2.4%] ※ [ ] は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護従事者の人材確保・処遇改善</li> <li>○ 医療との連携や認知症ケアの充実</li> <li>○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証</li> </ul>	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅サービスの充実と施設の重点化</li> <li>○ 自立支援型サービスの強化と重点化</li> <li>○ 医療と介護の連携・機能分担</li> <li>○ 介護人材の確保とサービスの質の評価</li> </ul>	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 消費税の引き上げ（8%）への対応                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本単位数等の引き上げ</li> <li>・ 区分支給限度基準額の引き上げ</li> </ul> </li> </ul>	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化</li> <li>○ 介護人材確保対策の推進</li> <li>○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築</li> </ul>	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護人材の処遇改善</li> </ul>	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアシステムの推進</li> <li>○ 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</li> <li>○ 多様な人材の確保と生産性の向上</li> <li>○ 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</li> </ul>	0.54%

# 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

# 平成30年度介護報酬改定の 基本的な考え方とその主な改定内容

# I - 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）

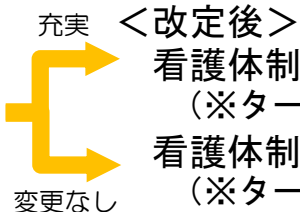
- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

## 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

# I - 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2）

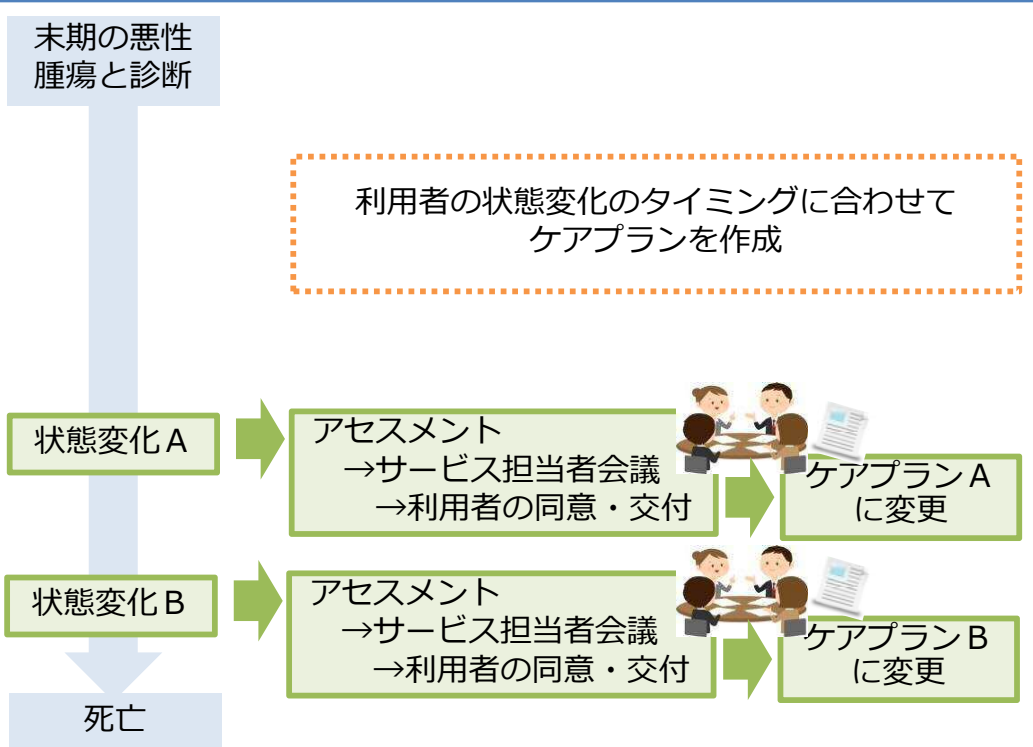
- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

## 居宅介護支援

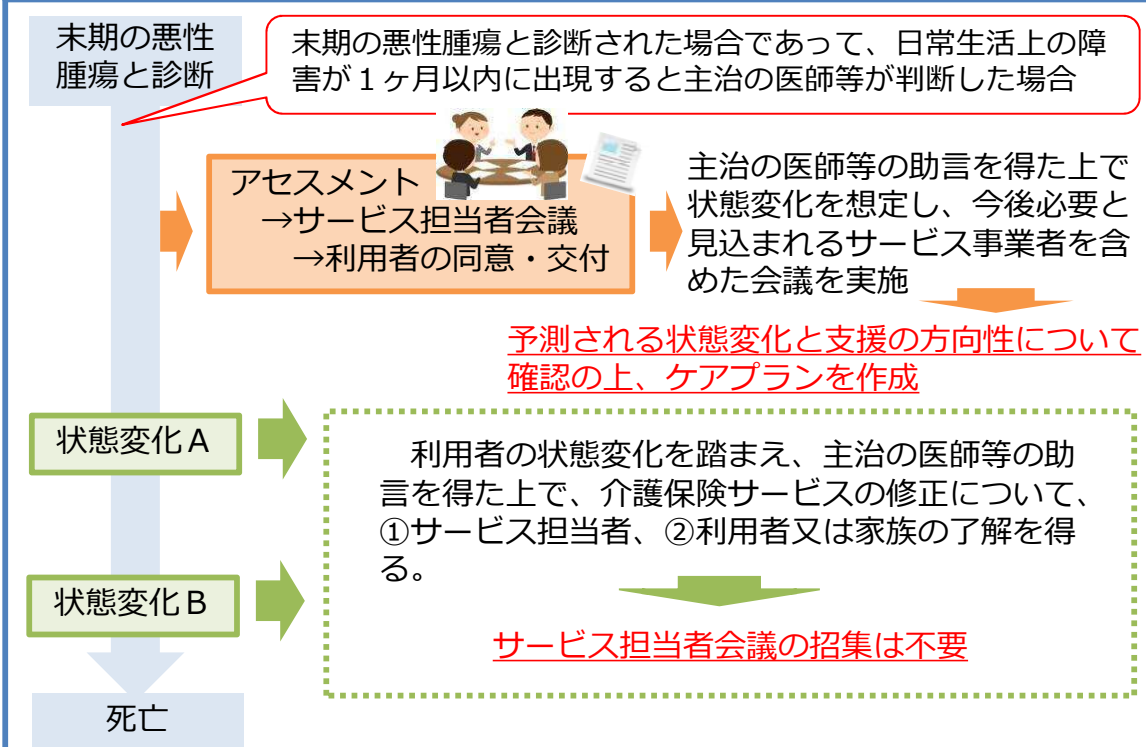
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 **400単位/月（新設）**

### 現行



### 改定後（以下の方法も可能とする）



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



# I - 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3）

- 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

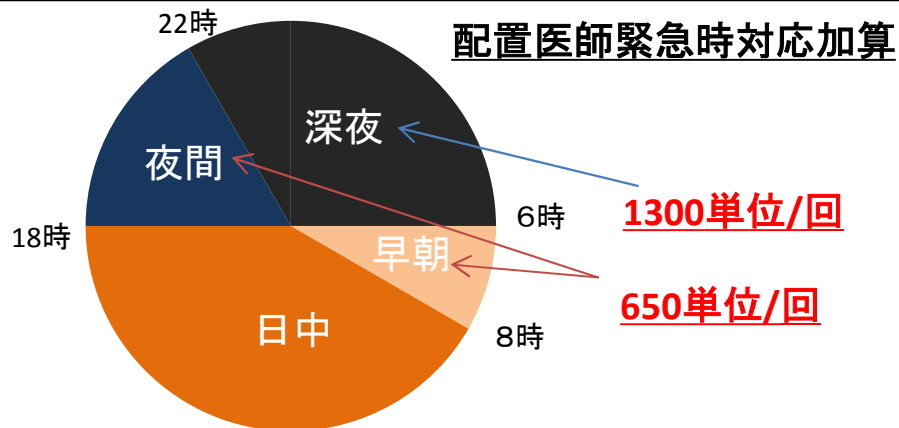


<改定後>

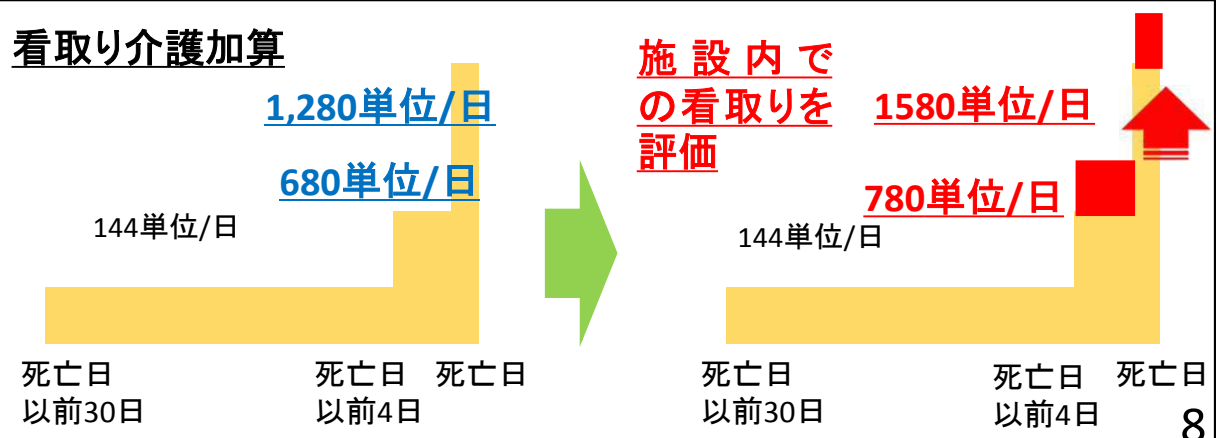
看取り介護加算(I)  
 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日  
 死亡日の前日又は前々日 680単位/日  
 死亡日 1280単位/日

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**

配置医師緊急時対応加算

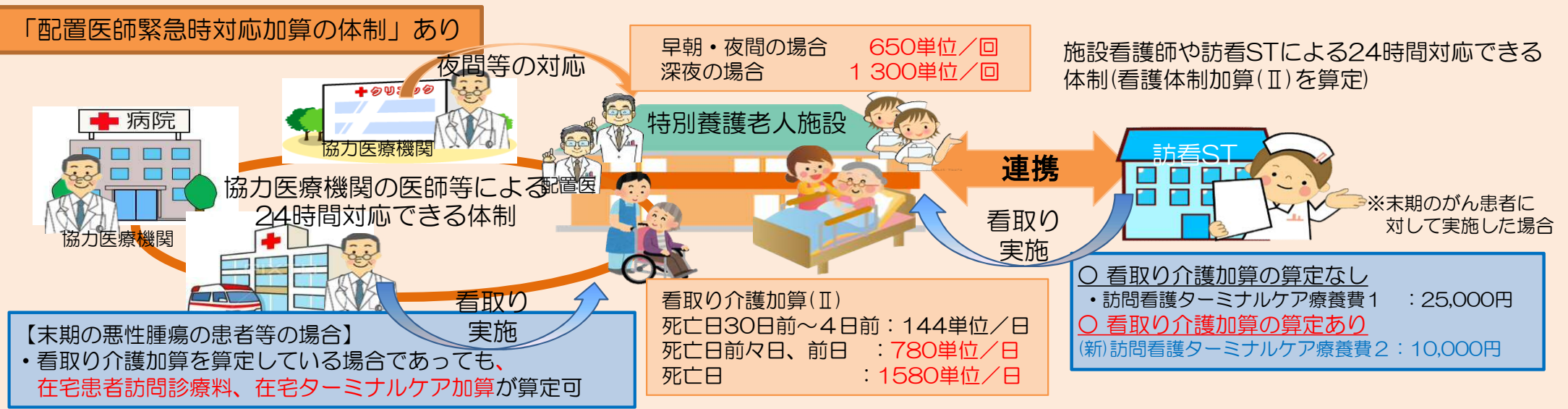
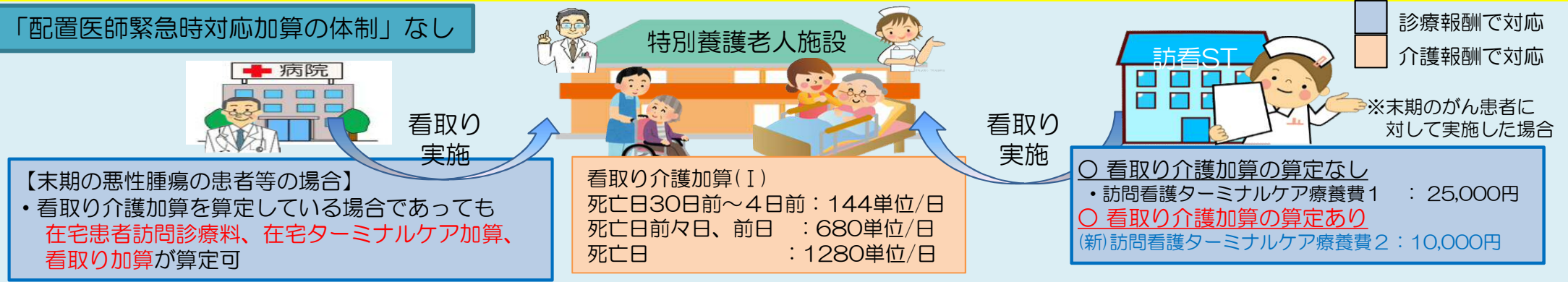
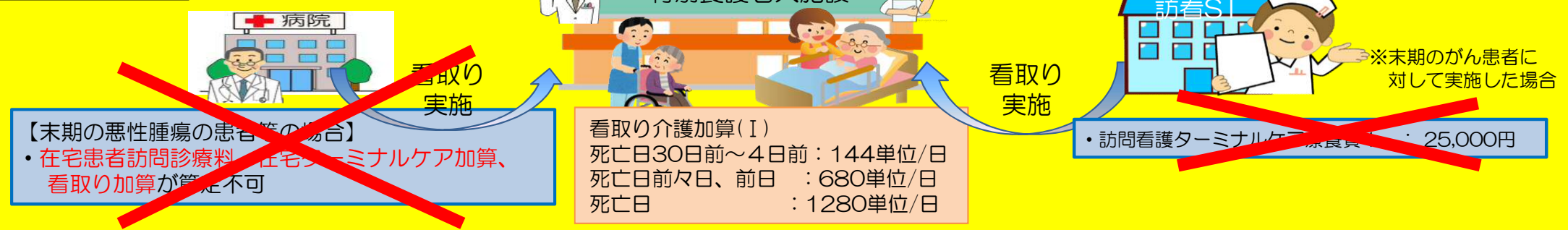


看取り介護加算



# 介護老人福祉施設における看取りに関する見直し

## 改訂前



# I - 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。
 

<p>&lt;現行&gt;</p> <p>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</p> <p>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</p>	➡	<p>&lt;改定後&gt;</p> <p>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)</p> <p>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)</p>
---	---	---
- 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

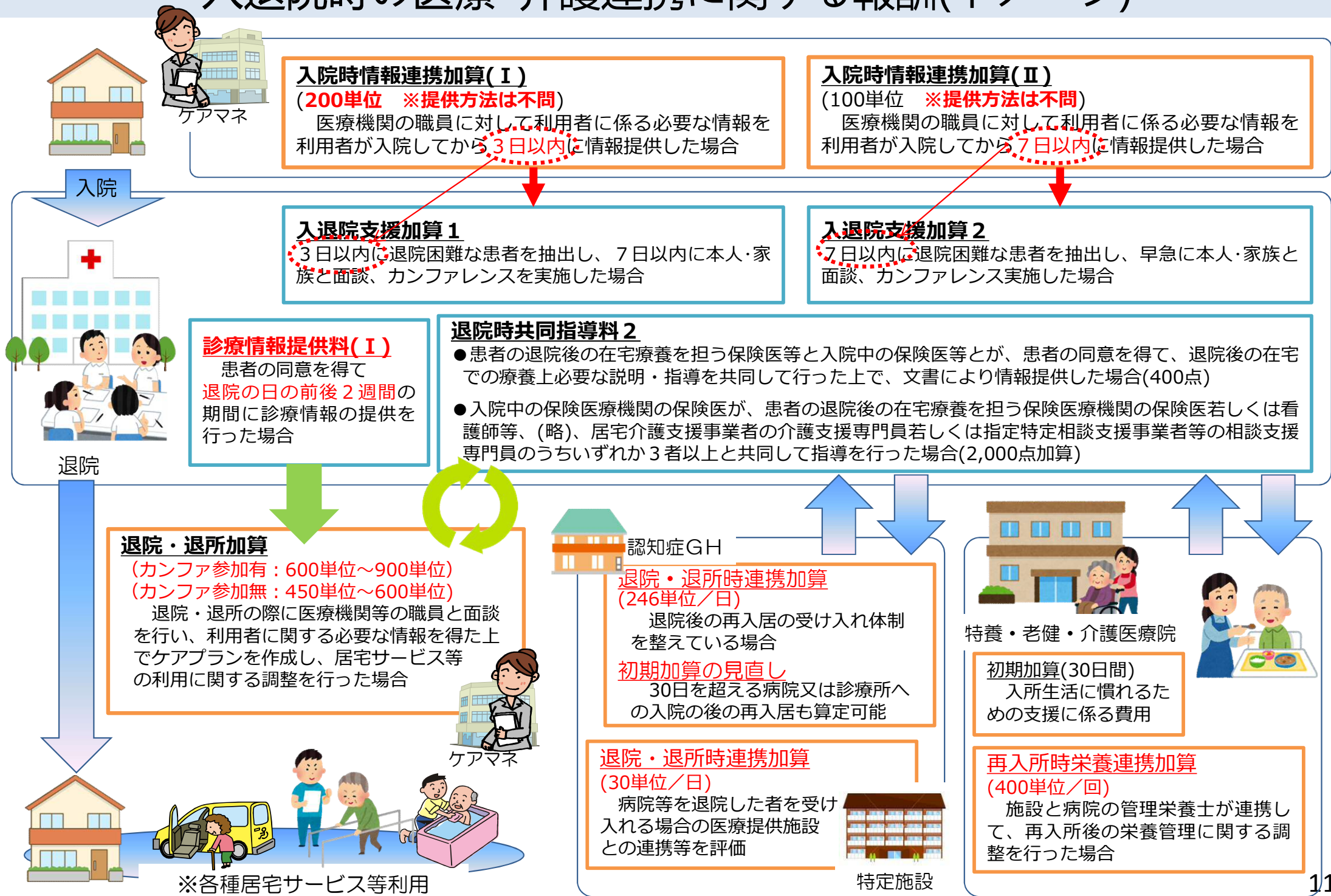
	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

### <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。

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)

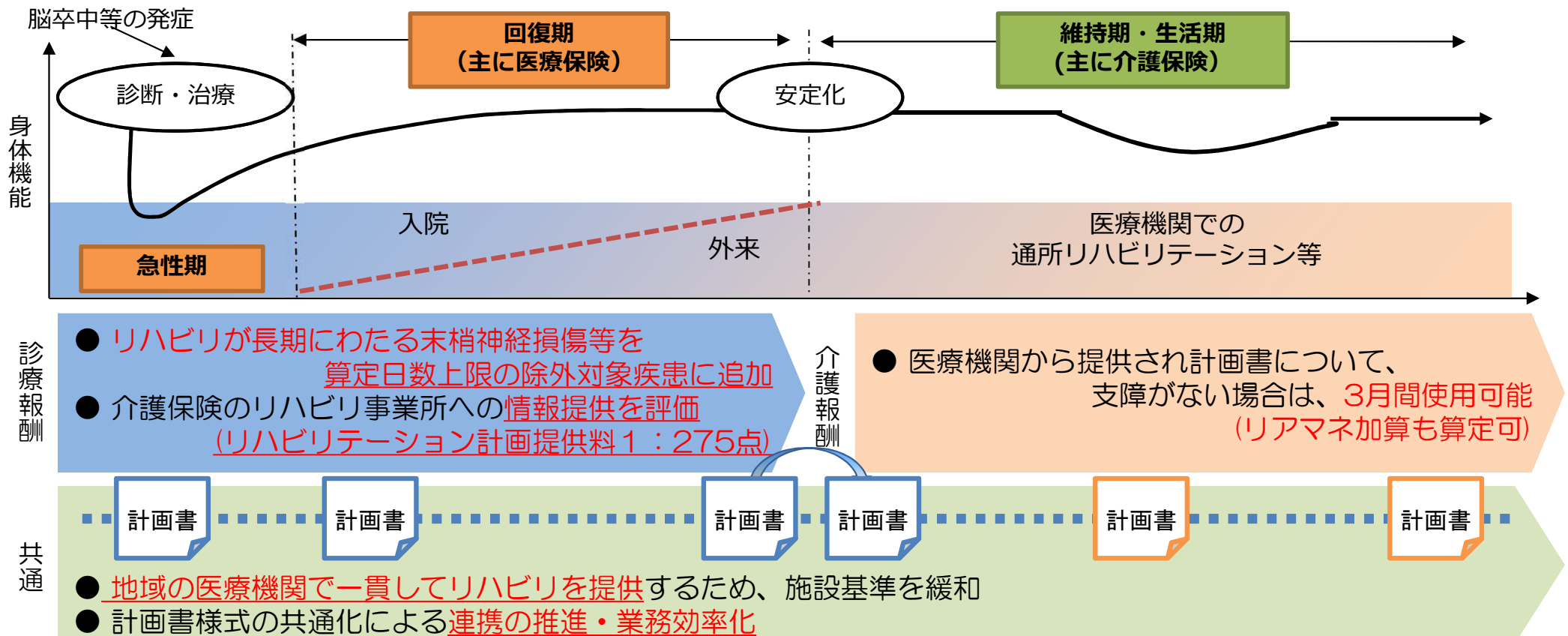


## ○ 医療保険の疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行を推進【訪問リハ、通所リハ】

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所の共通する事項について互換性を持った様式を設ける。

また、指定(介護予防)訪問リハ事業所等が、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を作成【通知改正】



## I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その2）

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、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見直し、適宜緩和することとする。

	現行	見直しの方向(注1、注2)
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、 <b>介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上</b> 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る。	<b>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。</b>
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 <b>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。</b>

注1 最終的な見直し内容は、今後、解釈通知で規定する予定

注2 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。

# リハビリテーションにおける要件緩和

現 行		診療報酬	介護報酬
面積要件		・当該保険医療機関が疾患別リハと <b>1時間以上2時間未満の指定通所リハ</b> の両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。	・ <b>介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数×3㎡</b> 以上を満たしていること。
人員要件		① 疾患別リハの専従の従事者は、疾患別リハの実施時間中は当該リハの提供のみを行う。 ② 専従の従事者以外の従事者は、当該医療機関の疾患別リハ実施時間内でも、疾患別リハに従事していない時間に、介護保険のリハに従事することが可能。	・ <b>同一職種の従業者と交代する場合は</b> 、医療保険のリハビリテーションに従事することが可能。
器具の共有		・当該保険医療機関が疾患別リハと <b>1時間以上2時間未満の指定通所リハ</b> の両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。	・ <b>1時間以上2時間未満の通所リハの場合は</b> 、必要な器具の共有が認められる。

## 変 更

改定案		診療報酬	介護報酬
面積要件		・当該保険医療機関が疾患別リハと <b>指定通所リハ</b> の両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。	・ <b>常時、介護保険の利用者数×3㎡</b> 以上を満たしていること。 ※ 1～2時間未満の通所リハ及び予防通リハのみ
人員要件		① <b>以下の要件を満たしている場合、疾患別リハの実施時間中であっても、疾患別リハの専従の従事者が介護保険のリハに従事しても差し支えない。</b> ア 専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハに従事していること。 イ 専従の従事者が、疾患別リハを提供すべき患者がいない時間帯であること。 ② (現行と同様)	・ <b>同じ訓練室で実施する場合には</b> 、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。  ※ 1～2時間未満の通所リハ及び予防通リハのみ
器具の共有		・当該保険医療機関が疾患別リハと <b>指定通所リハ</b> の両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。	・ <b>サービス提供の時間にかかわらず</b> 、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、共用可能。

# 通所リハビリテーション実施時の面積基準の緩和

	脳血管疾患等 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	運動器 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	通所リハビリテーション
機能訓練室	(Ⅰ) 160㎡以上 (Ⅱ) 100㎡以上 (Ⅲ) 100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	(Ⅰ) 100㎡以上 (Ⅱ) 100㎡以上 (Ⅲ) 45㎡以上 (診療所：45㎡以上)	リハビリテーションを行う専用の訓練室として利用定員×3㎡ ※医療保険の疾患別リハビリテーションを受ける者も含める

緩和案：常時、指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数に3㎡を乗じた面積以上とする

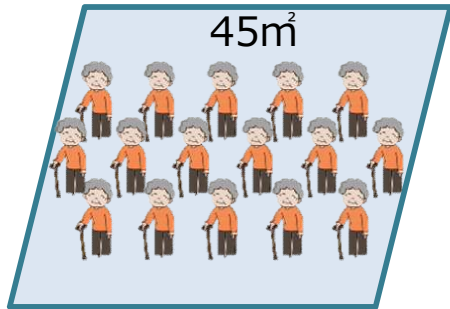
事例：45㎡のスペースで、医療保険のリハビリテーションを16人に実施していたが、介護保険に1人移行した

## 〈現行〉

【介護保険へ移行前】

医療保険：16人

45㎡

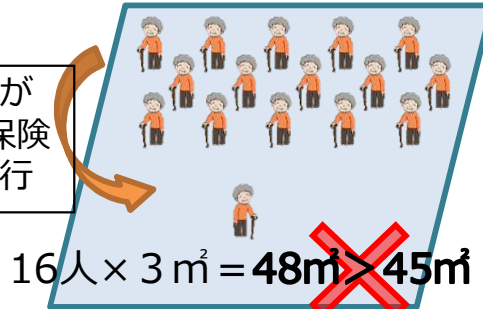


介護保険：0人

【介護保険へ移行後】

医療保険：15人

1人が  
介護保険  
へ移行



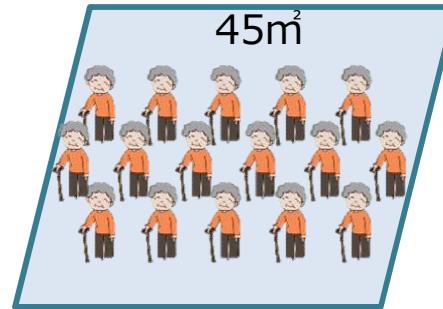
介護保険：1人

## 〈緩和案〉

【介護保険へ移行前】

医療保険：16人

45㎡

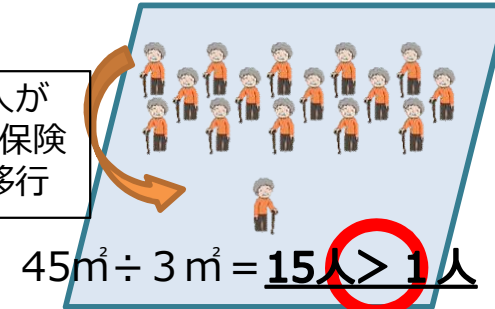


介護保険：0人

【介護保険へ移行後】

医療保険：15人

1人が  
介護保険  
へ移行



介護保険：1人

※ 現在の面積要件では、通所リハビリテーションの利用定員と医療保険の患者の数に3㎡を乗じた面積が必要なため、通所リハの利用定員が1人であっても48㎡以上のスペースが必要となり、通所リハビリテーションを提供することはできない。

※ 緩和後では、共有スペースの面積を3㎡で除した数以下の利用者に対して通所リハビリテーションを提供できるため、45㎡の訓練室では15人まで通所リハビリテーションを提供できる。



# I - 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8.0㎡/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

	指定基準		報酬上の基準	
	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

	指定基準
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、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡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、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

## I - 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。

# I - 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)**

# ( 参考 ) 主な認知症関連加算の設定状況

	BPSDの悪化により在宅生活が困難となった認知症の方の緊急入所	重度の認知症の方の受入や、認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員配置など	若年性認知症の方の受入
	・認知症行動・心理症状緊急対応加算	・認知症専門ケア加算 ・認知症加算	・若年性認知症利用者受入加算 ・若年性認知症入所者受入加算 ・若年性認知症患者受入加算
通所介護		○	○
通所リハビリテーション			○
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		○	(追加)
看護小規模多機能型居宅介護		○	(追加)
短期入所生活介護	○	(追加)	○
短期入所療養介護	○	(追加)	○
特定施設入居者生活介護		○	(追加)
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		○	(追加)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○	○	○
介護老人福祉施設	○	○	○
介護老人保健施設	○	○	○
介護療養型医療施設	○	○	○
介護医療院	(追加)	(追加)	(追加)

(注1) それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

## I - 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）**

# I - 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

# 介護老人保健施設（在宅復帰・在宅療養機能の強化）

## 【基本報酬等の見直し】

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。
- 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。

### ○ 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

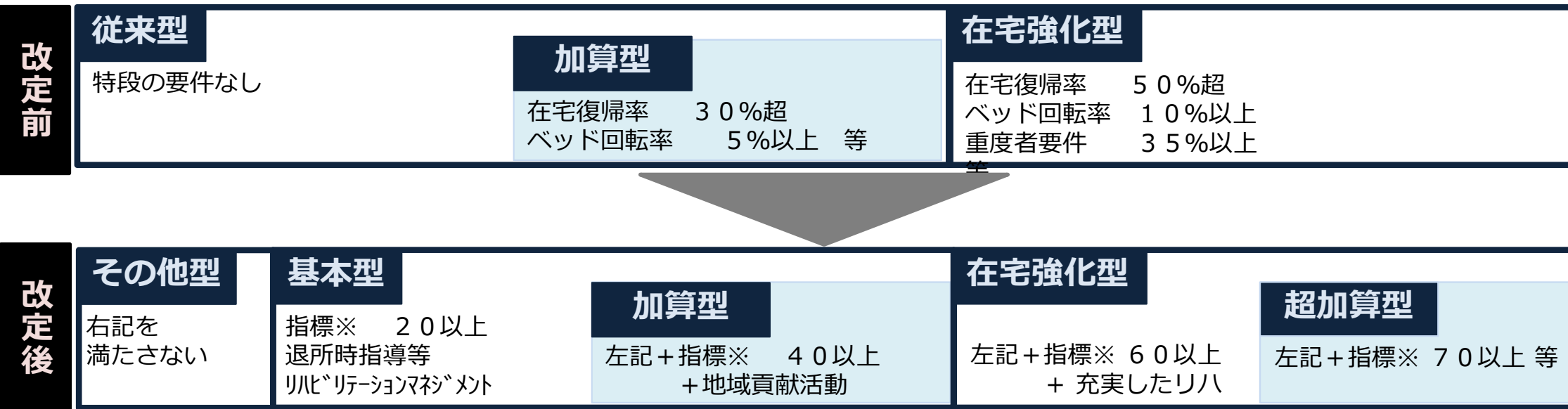


（改定後）		
在宅強化型	基本型	その他型（新設）
818	771	756
892	819	803
954	880	862
1,010	931	912
1,065	984	964

### ○ 在宅復帰在宅療養支援機能加算について

在宅復帰在宅療養支援機能加算：27単位／日 ⇒ 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）

# 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅支援機能の見直し



## ※在宅復帰・在宅療養支援等指標

評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値の和 (最高値:90)

評価項目	50%超	30%超	30%以下
①在宅復帰率	20	10	0
②ベッド回転率	20	10	0
③入所前後訪問指導割合	10	5	0
④退所前後訪問指導割合	10	5	0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2
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	<p><b>a: 退所時指導</b> 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。</p> <p><b>b: 退所後の状況確認</b> 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。</p>
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。



# 介護老人保健施設における薬剤対策

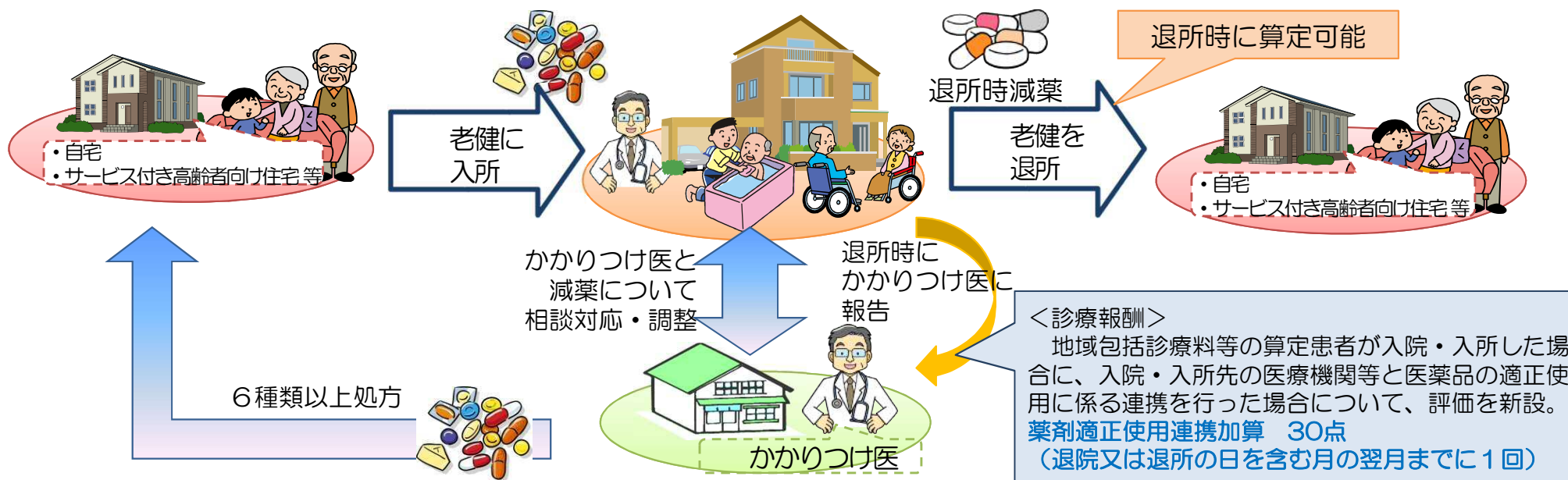
## ○ かかりつけ医との連携【介護老人保健施設】

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて評価を新設。

(新設) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ※入所者1人につき1回を限度として、退所時に加算

(要件) 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。

- イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
- ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者



## Ⅱ 主な介護サービスにおける介護報酬上の質の評価項目(概略)

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
全サービス共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供体制強化加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度別の基本報酬</li> </ul>	
訪問介護		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算(見直し・拡充)</li> </ul>	
訪問リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>リハビリテーションマネジメント加算(見直し・拡充)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会参加支援加算</li> </ul>
介護予防 訪問リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>リハビリテーションマネジメント加算(新規)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所評価加算(新規)</li> </ul>
通所介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>中重度者ケア体制加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算(新規)</li> <li>個別機能訓練加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL等維持加算(新規)</li> </ul>
通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>中重度者ケア体制加算</li> <li>リハビリテーション提供体制加算(新規)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算(見直し・拡充)</li> <li>短期集中個別リハビリテーション実施加算</li> <li>生活行為向上リハビリテーション実施加算</li> <li>栄養改善加算、口腔機能向上加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会参加支援加算</li> </ul>
介護予防 通所リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションマネジメント加算(新規)</li> <li>生活行為向上リハビリテーション実施加算(新規)</li> <li>運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所評価加算</li> </ul>
特定施設入居者生活介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間看護体制加算</li> <li>入居継続支援加算(新規)</li> <li>口腔衛生管理体制加算(新規)</li> <li>身体拘束未実施減算(見直し)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能向上連携加算(新規)</li> <li>個別機能訓練加算</li> <li>看取り介護加算</li> </ul>	
小規模多機能型居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員配置加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合マネジメント体制強化加算</li> <li>生活機能向上連携加算(新規)</li> <li>看取り連携体制加算</li> </ul>	
介護老人福祉施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護体制加算、夜勤職員配置加算</li> <li>口腔衛生管理体制加算</li> <li>身体拘束未実施減算(見直し)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活継続支援加算</li> <li>個別機能訓練加算</li> <li>経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理加算</li> <li>看取り介護加算</li> <li>褥瘡マネジメント加算(新規)</li> <li>排泄支援加算(新規)</li> <li>生活機能向上連携加算(新規)</li> <li>低栄養リスク改善加算(新規)</li> </ul>	
介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜勤職員配置加算</li> <li>口腔衛生管理体制加算</li> <li>身体拘束未実施減算(見直し)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーション実施加算</li> <li>経口移行加算、経口維持加算</li> <li>褥瘡マネジメント加算(新規)</li> <li>低栄養リスク改善加算(新規)</li> <li>ターミナルケア加算</li> <li>排泄支援加算(新規)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅復帰・在宅療養支援機能加算</li> </ul>
介護療養施設 介護医療院	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜勤職員配置加算</li> <li>口腔衛生管理体制加算</li> <li>身体拘束未実施減算(見直し)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡対策指導管理・感染対策指導管理</li> <li>経口移行加算、経口維持加算</li> <li>低栄養リスク改善加算(新規)</li> <li>排泄支援加算(新規)</li> </ul>	

・ ドナベディアン<sup>®</sup>の質の評価モデルに基づき、主な介護報酬の分類例を提示。複数の要素を算定要件としている場合は、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類。認知症関連は除く

## 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）**

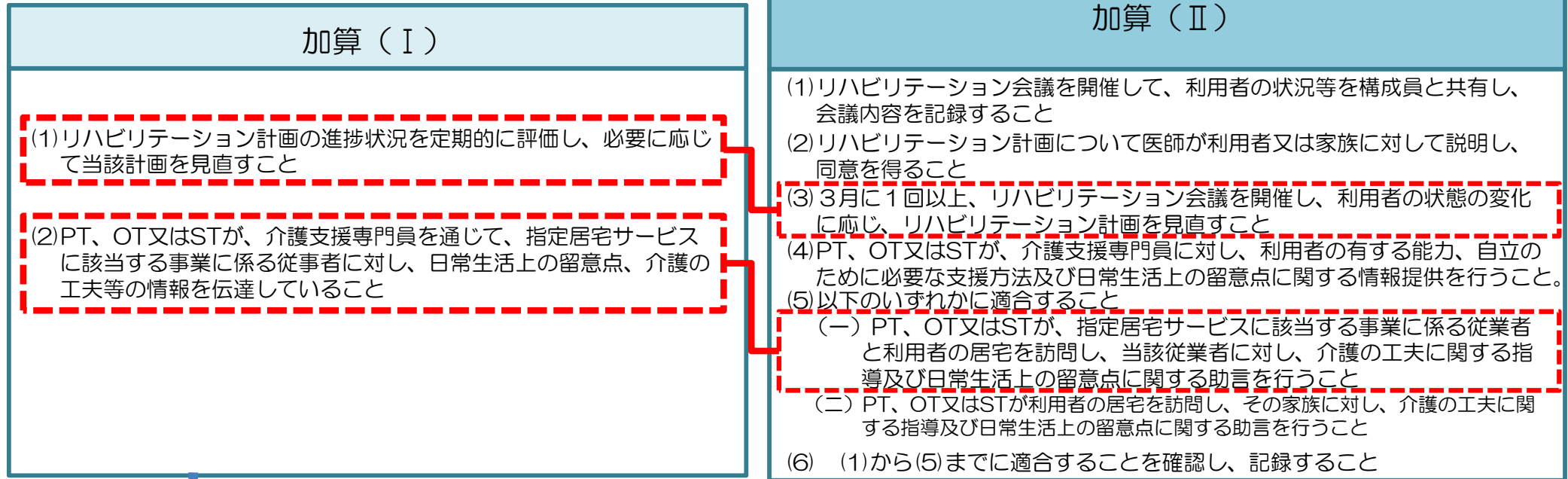
#### 介護予防通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：**330単位/月（新設）**

# リハビリテーションマネジメント加算のイメージ（訪問・通所共通）

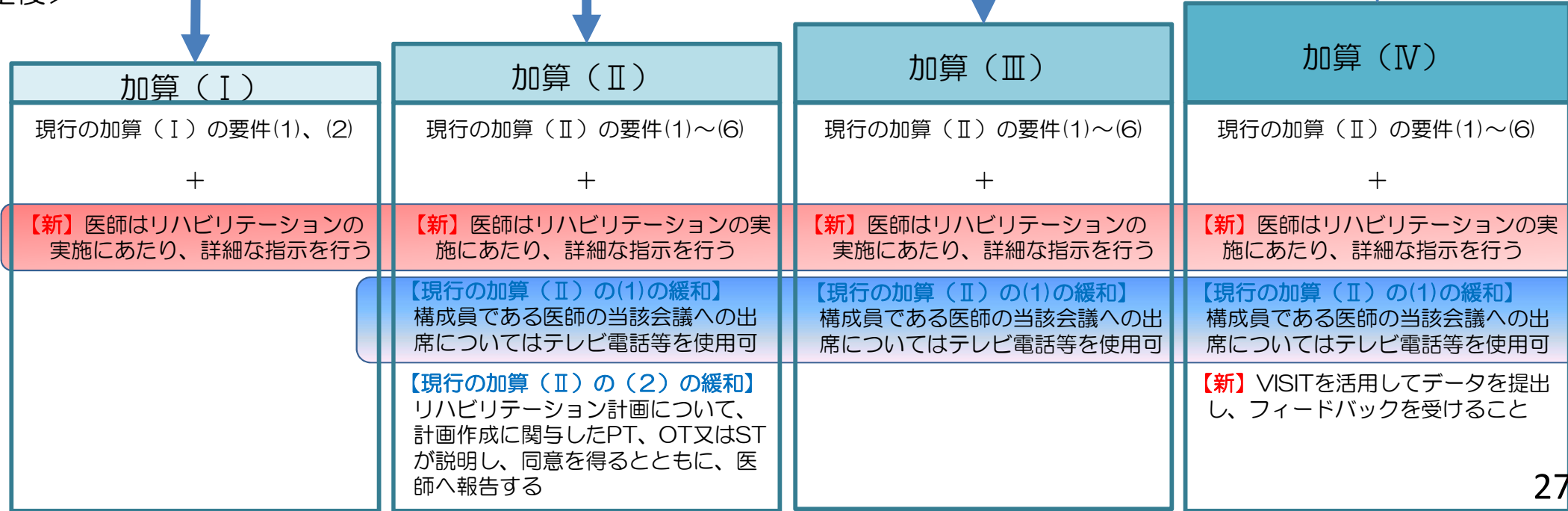
<現行>

算定要件



<改定後>

算定要件



## 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

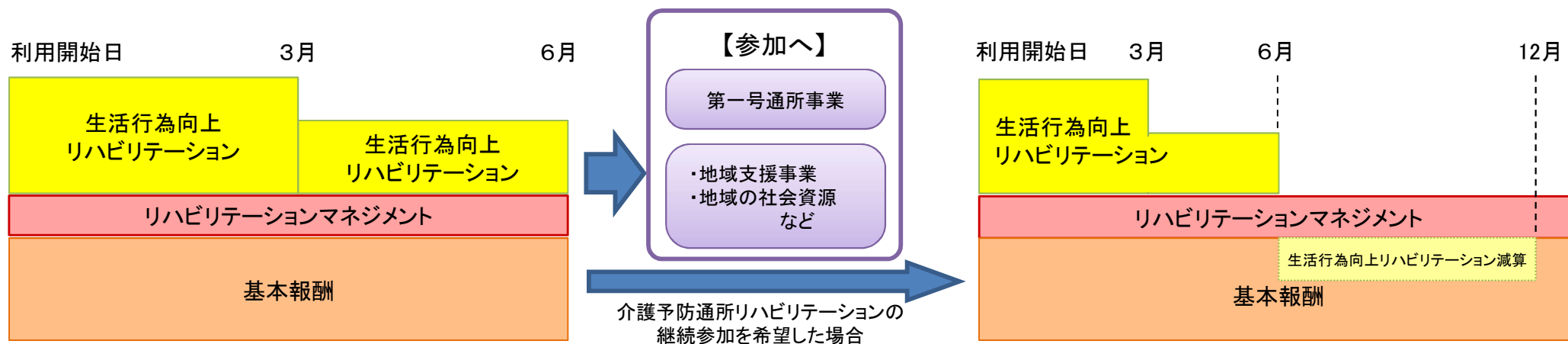
- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。

- 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以前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	<b>900単位／月（新設）</b>
	3月超、6月以内	<b>450単位／月（新設）</b>

※ 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）を受けられる体制を構築し、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

緩和

＜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



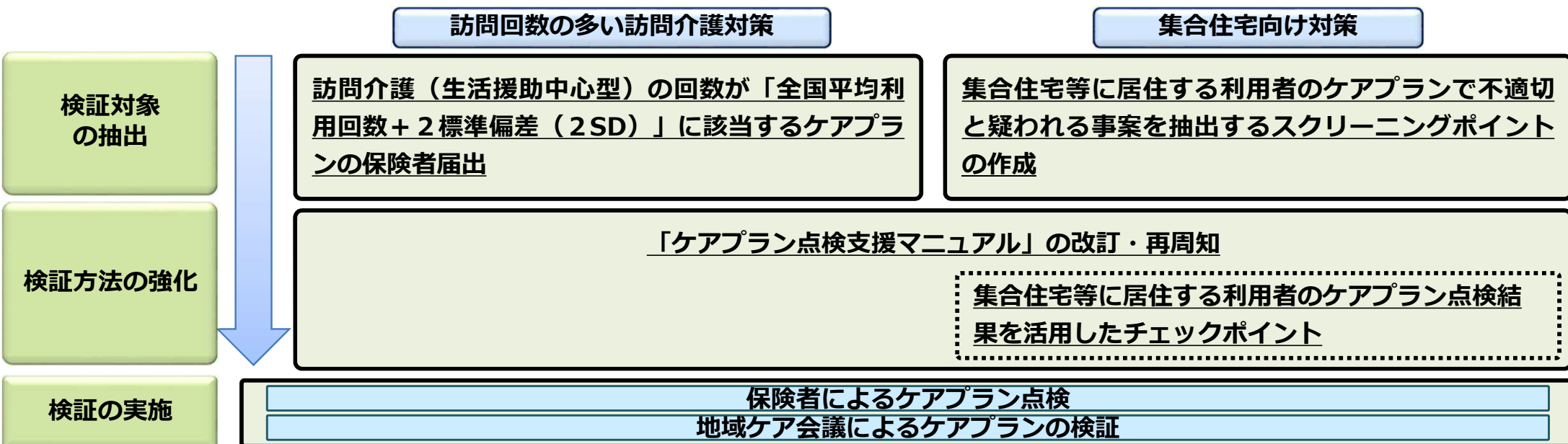
## Ⅱ - ③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その3）

- 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数<sup>(※)</sup>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



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

## 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**ADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL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 評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したBarthel Indexから評価対象利用開始月に測定したBarthel Indexを控除して得た値。

注5 端数切り上げ

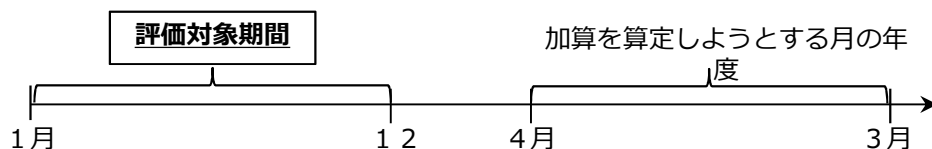
ADL維持等加算（Ⅰ） **3単位／月（新設）**

- 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）**

# A D L 維持等加算の算定要件の考え方

**Step1.** 加算を算定しようとする月の年度の初日（4月1日）が属する年の前年の1月から12月までの期間を「評価対象期間」（※）とする。



※ A D L 維持等加算の基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年十二月までの期間

**Step2.** 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定する。

（各利用者について、最も早い6月連続利用がその利用者の「評価対象利用期間」、評価対象利用期間の初めの月が「評価対象利用開始月」となる。）

- 例1： 1月、3～8月、11月に利用 → 3～8月が評価対象利用期間、3月が評価対象利用開始月  
例2： 1～9月、12月に利用 → 1～6月が評価対象利用期間、1月が評価対象利用開始月  
例3： 1～5月、7～11月に利用 → 6月以上連続して利用した期間がないため対象外

**Step3.** Step2.で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。

**Step4.** Step3.で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、Step1.の「加算を算定しようとする月の年度」において、当該事業所を利用する全員にA D L 維持等加算（Ⅰ）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にBarthel Indexを用いてA D Lを評価して、両月のA D Lの値をサービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで厚生労働省に提出した割合が90%以上。
- ⑤ ④の各者について、6月目のA D Lの値から1月目のA D Lの値を引いたものが大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にA D Lが改善していたものを1、不変だったものを0、悪化していた場合を-1として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

※ 平成30年度の算定については、平成29年1月から12月までの評価対象期間について、Step4. ①～⑤を満たすことを示す書類を保存していれば、それを根拠として算定できることとする。

※ 提出されたデータについては、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

**Step5.** A D L 維持等加算（Ⅰ）が算定可能な事業所で、さらに加算を算定する月において個々の利用者のA D Lの評価を厚生労働省に提出（※）すれば、当該の利用者について、A D L 維持等加算（Ⅰ）の代わりに（Ⅱ）が算定可能。

※ 当該提出の月の属する年の1月から12月までが評価対象期間となる際には、Step4. ④によって求められるADL値の提出を兼ねるものとする。

## 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。

排せつ支援加算 **100単位/月 (新設)**

# 介護老人保健施設における排せつ及び褥瘡に関する規定

## 特別養護老人ホームの施設及び運営に関する基準（抜粋）

平成十一年三月三十一日 厚生省令第四十六号

### 第十八条 略

- 3 介護老人保健施設は、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
- 4 介護老人保健施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

(以下、省略)

## 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（抜粋）

平成十一年三月三十一日 厚生省令第四十号

### 第十八条 略

- 3 介護老人保健施設は、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
- 4 介護老人保健施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

(以下、省略)

## 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。

	<現行>		<改定後>（※居住系サービスは「新設」）
身体拘束廃止未実施減算	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。

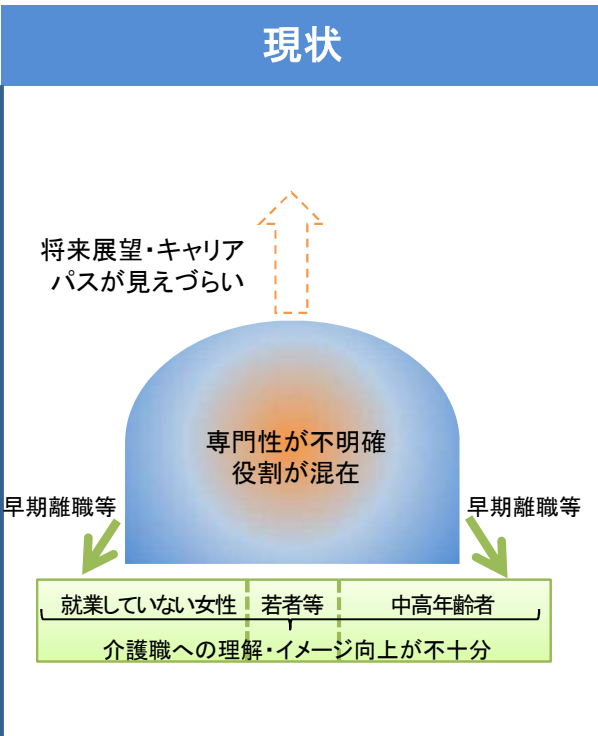
# Ⅲ－① 生活援助の担い手の拡大

○ 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。

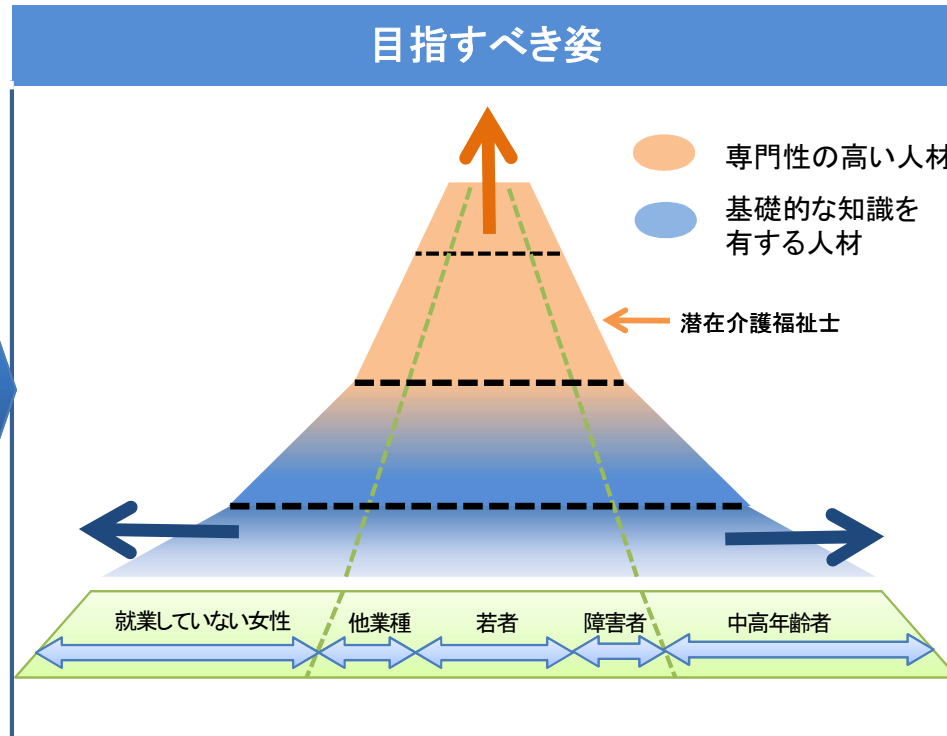
## 訪問介護

- 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～



転換



参加促進	1. すそ野を広げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参加促進を図る
労働環境・処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

## 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。

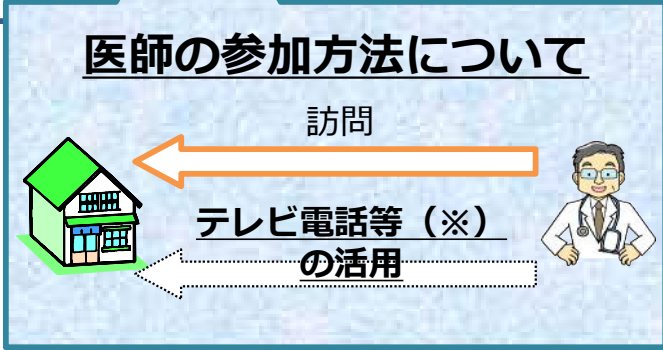
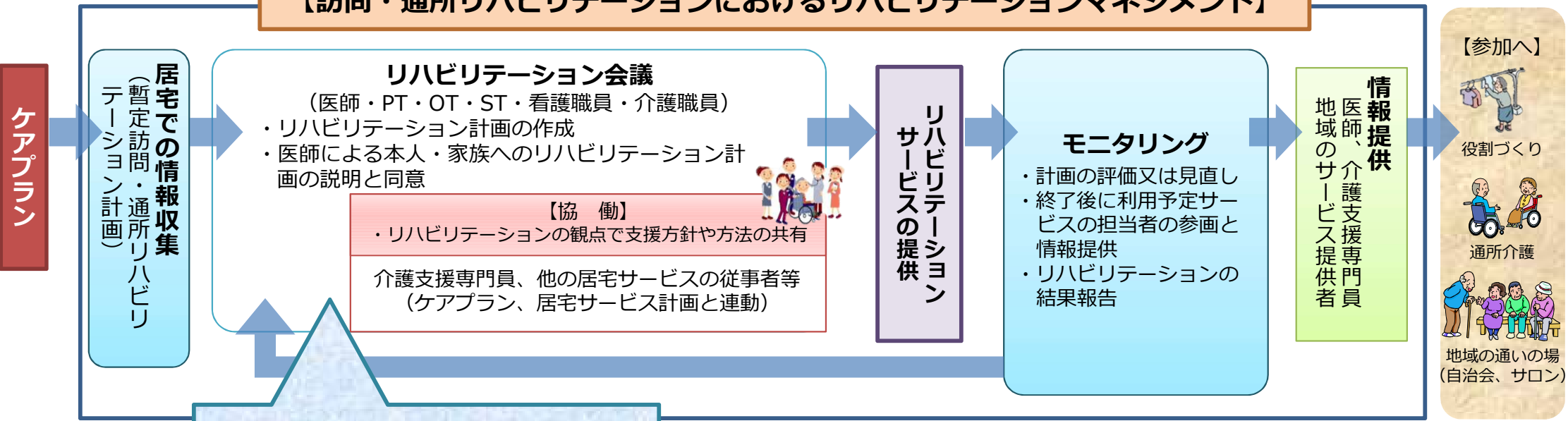
# Ⅲ-④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

○ 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。

### 【訪問・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】



※ テレビ電話会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

### Ⅲ－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。

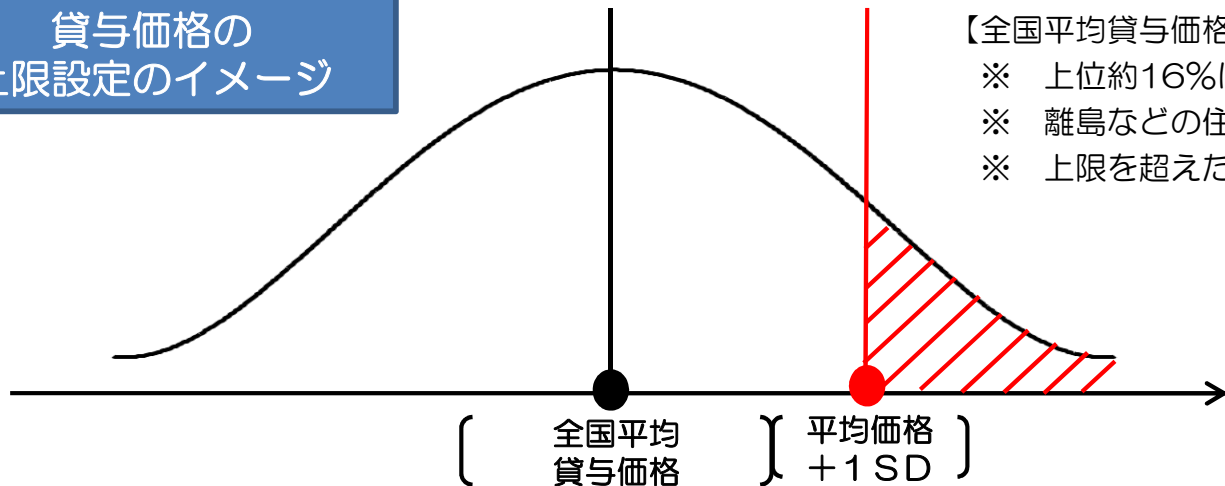
## Ⅳ－① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- 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。(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。)
  - ・ 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。
- 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。

#### 貸与価格の 上限設定のイメージ



## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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)</li> </ul>

<改定後>

減算等の内容	算定要件
<ul style="list-style-type: none"> <li>①・③10%減算</li> <li>②15%減算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。)</li> <li>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</li> <li>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)</li> </ul>

[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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

<改定後>

減算等の内容	算定要件
<ul style="list-style-type: none"> <li>①600単位/月減算</li> <li>②900単位/月減算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>

- 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-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2）

○ 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

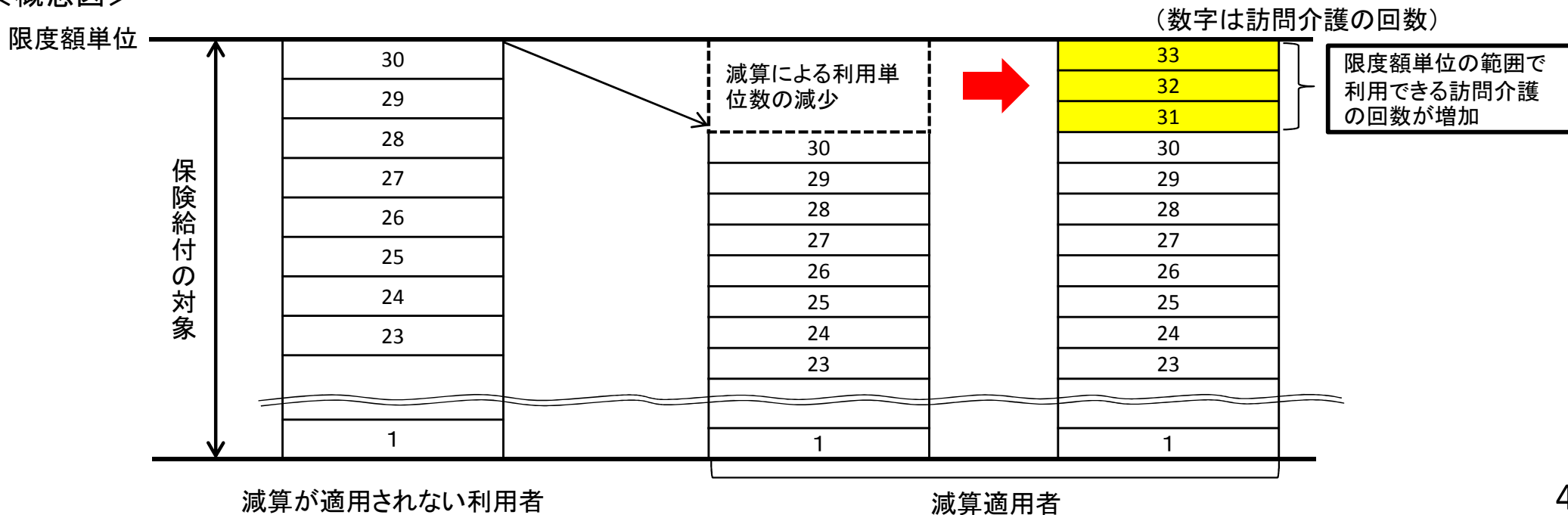
○ 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

（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>



# 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う。






## 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年度介護報酬改定の内容 ～介護医療院関係～

# 介護医療院の概要

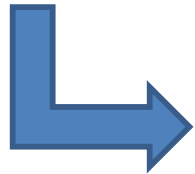
(定義) (介護保険法第8条第29項)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五 に規定する特別養護老人ホーム (入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。) であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設

(参考2) 介護老人保健施設の定義

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようになるための支援が必要である者 (その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。) に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

# 療養病床等の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**
- **要介護高齢者の長期療養・生活施設である新たな介護保険施設「介護医療院」を創設。(平成30年4月施行)**

	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養1・2 (20対1)	経過措置 (25対1)		I型	II型		
概要	病院・診療所の病床のうち、 <b>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</b> ※療養1・2は医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 <b>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</b> を提供するもの	要介護者の <b>長期療養・生活施設</b>		要介護者にリハビリ等を提供し、 <b>在宅復帰を目指す施設</b>	要介護者のための <b>生活施設</b>
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型: 約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(医療提供施設)			介護医療院		介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法 (介護医療院)			
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)	2対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)	(3対1)	6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1	
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあつては看護補助者。

※5 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

# I - 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。

<b>ア サービス提供単位</b>	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。
<b>イ 人員配置</b>	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。
<b>ウ 設備</b>	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/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。
<b>エ 運営</b>	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。

<b>ア 基準の緩和等</b>	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。
<b>イ 転換後の加算</b>	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

	指定基準		報酬上の基準	
	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/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

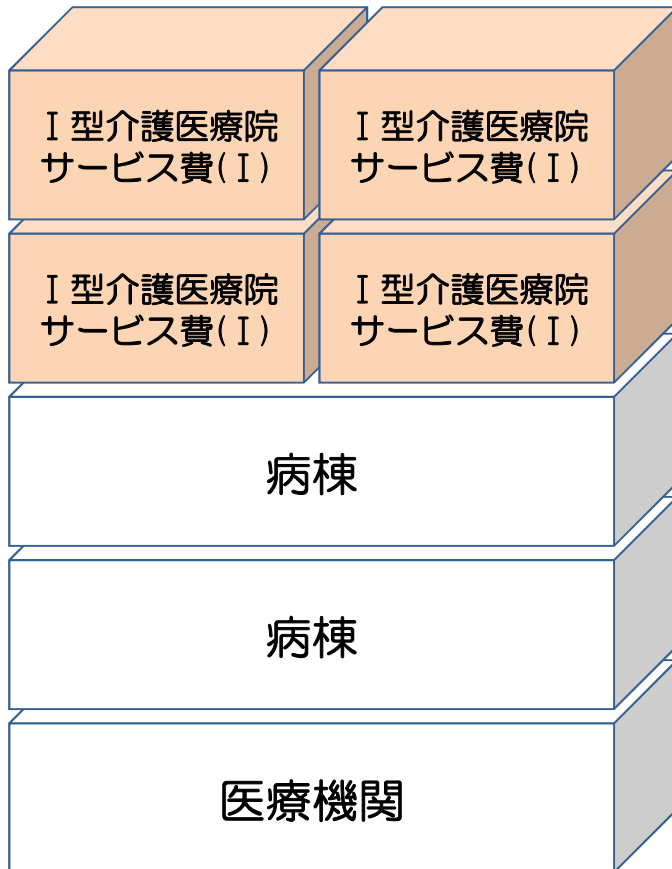
	指定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

## 【介護医療院のサービス提供単位】

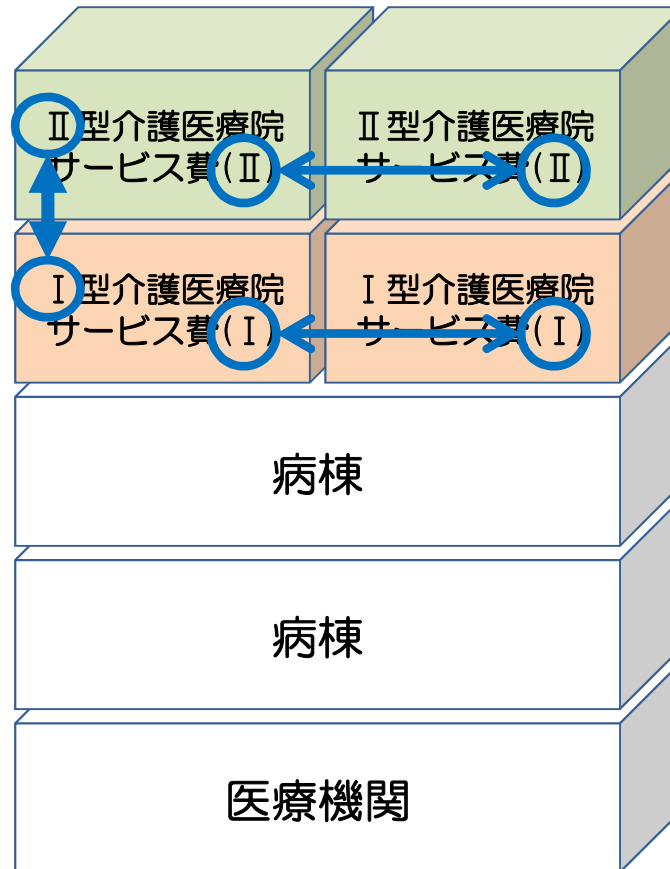
介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとする。

ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービス提供を可能とする。

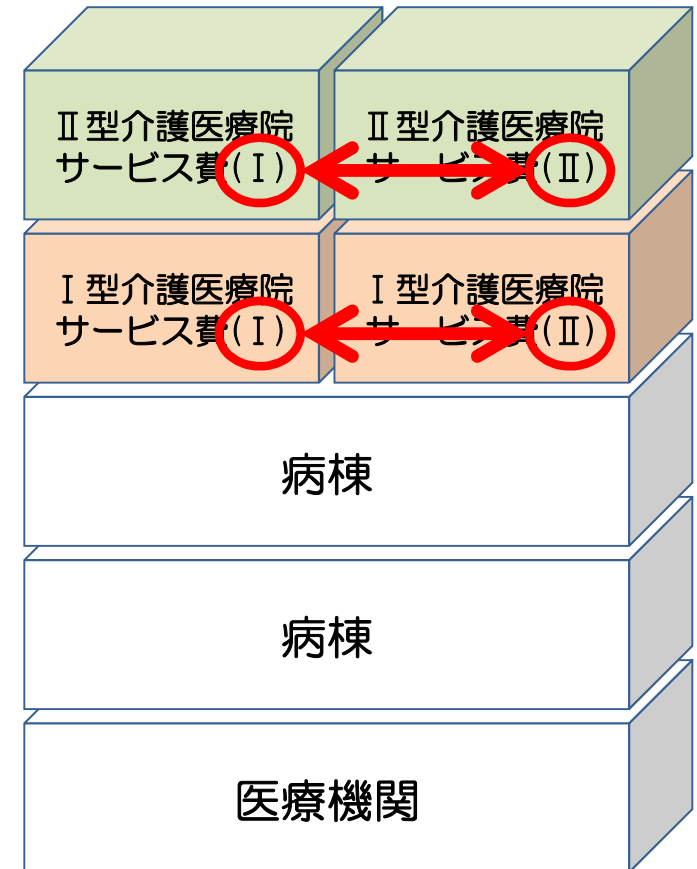
【可能】



【可能】



【不可】



# イ 人員基準

I型は介護療養病床(機能強化型A・B)を、II型は介護老人保健施設を参考に設定

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

注1: 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用

注2: 背景が緑で示されているものは、病院としての基準

注3: 基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

# ウ 施設・設備基準

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

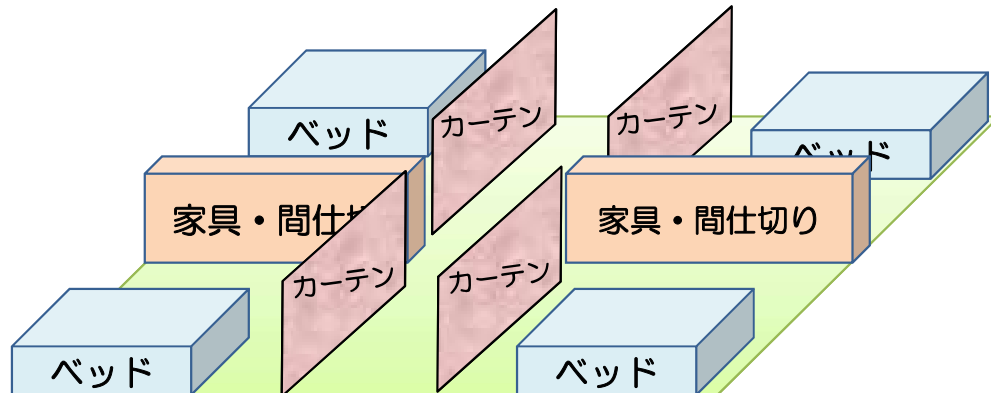
注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準



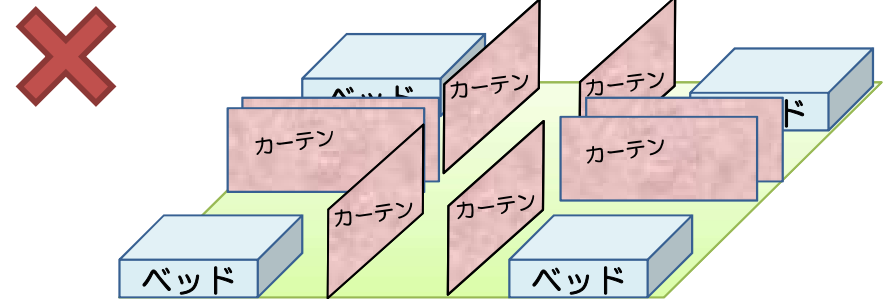
# 療養室について

- a 療養室に洗面所を設置した場合に必要な床面積及び収納設備の設置に要する床面積は、**基準面積に含めて差し支えない**ものであること。
- b 療養室の床面積は、**内法による測定**で入所者1人当たり8平方メートル以上とすること。
- c 多床室の場合にあつては、家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分することで、入所者同士の視線等を遮断し、入所者のプライバシーを確保すること。カーテンのみで仕切られているに過ぎないような場合には、プライバシーの十分な確保とはいえない。また、家具、パーティション等については、入所者の安全が確保されている場合には、必ずしも固定されているものに限らない。
- d 療養室のナース・コールについては、入所者の状況等に応じ、サービスに支障を来さない場合には、入所者の動向や意向を検知できる機器を設置することで代用することとして差し支えない。

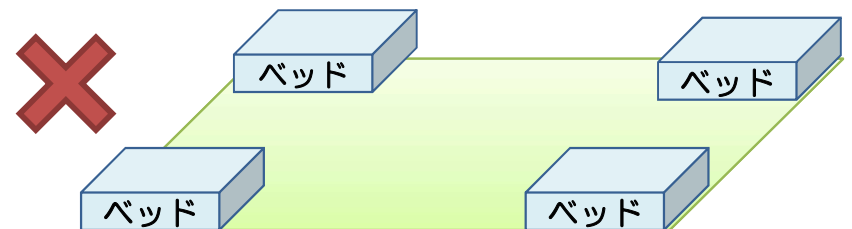
家具、パーティション、カーテン等の組合せにより、入所者のプライバシーを確保する場合



カーテンのみで仕切られている場合



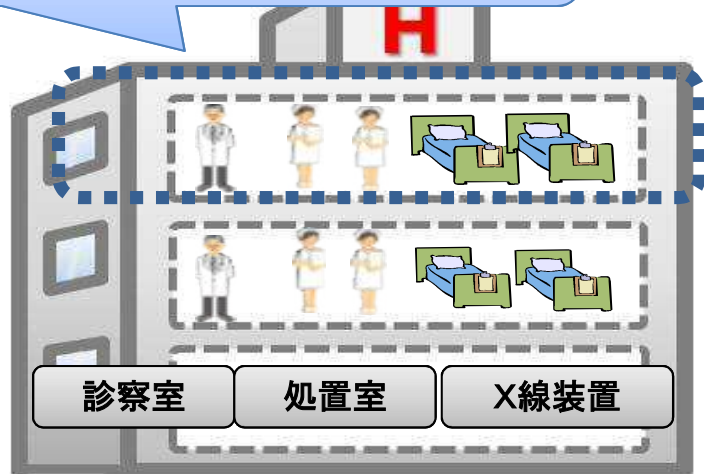
パーティション等が何もないような場合



# 医療機関と介護医療院が併設する場合の取扱いについて

< 医療機関の**既存建物**を活用して、介護医療院を開設する場合 >

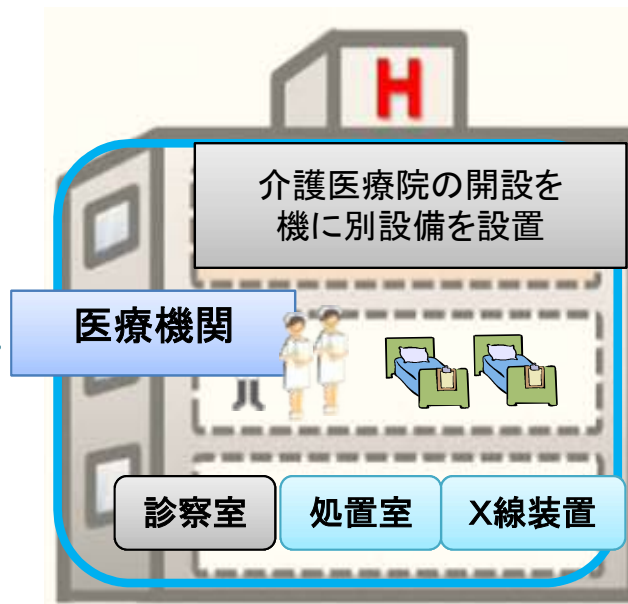
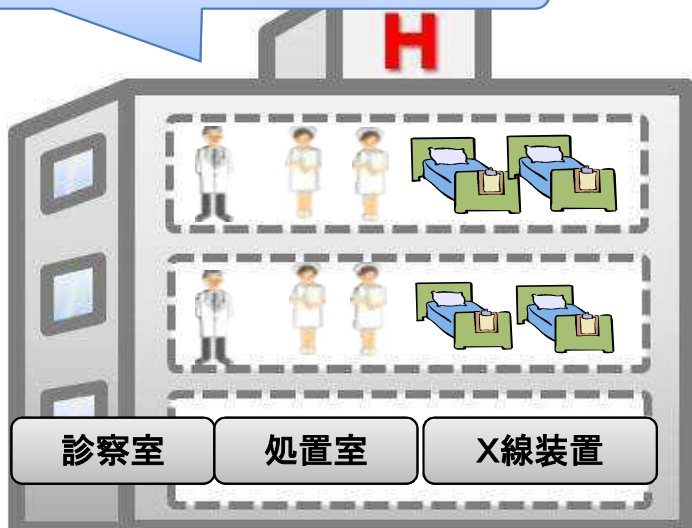
転換予定の一般・療養病床等  
(介護療養型医療施設等から転換した  
介護老人保健施設を含む。以下同じ)



新たに設備の設置は不要。  
ただし、療養室の共有はできない。

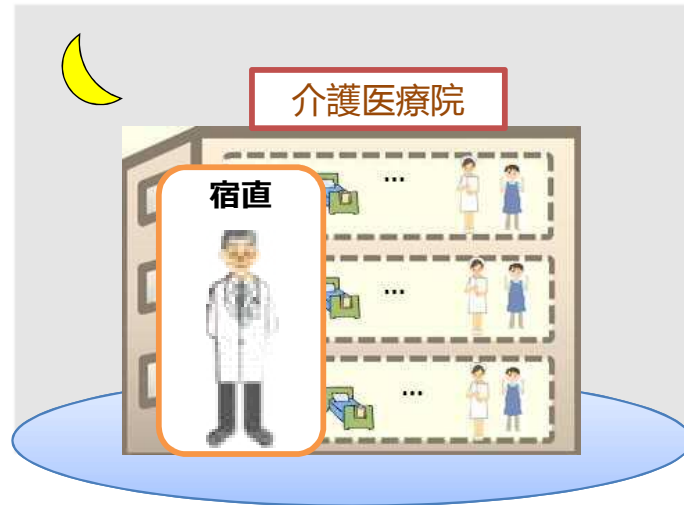
< 医療機関の**既存建物**を活用せずに、介護医療院を開設する場合 >

転換予定の一般・療養病床等



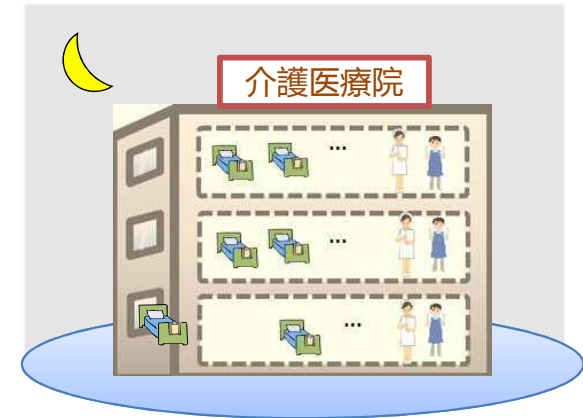
新たに設備の設置は不要。  
ただし、療養室・診察室の共有はでき  
ない。  
※診察室の共用を認める場合もある。

## 介護医療院には、医師の宿直が必要

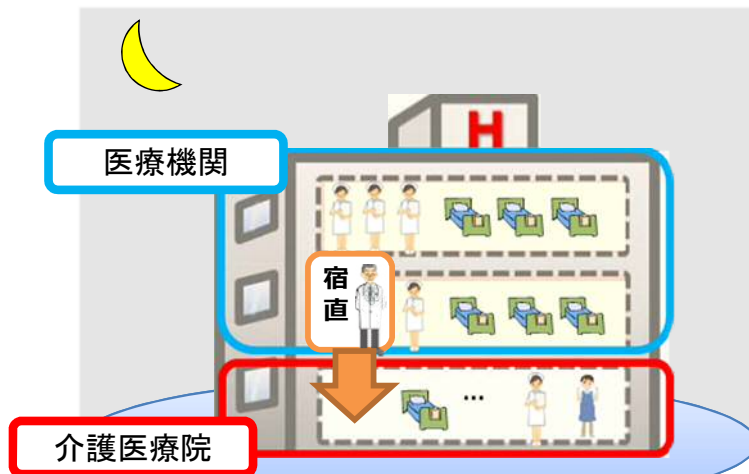


医師の宿直を  
必要としない場合

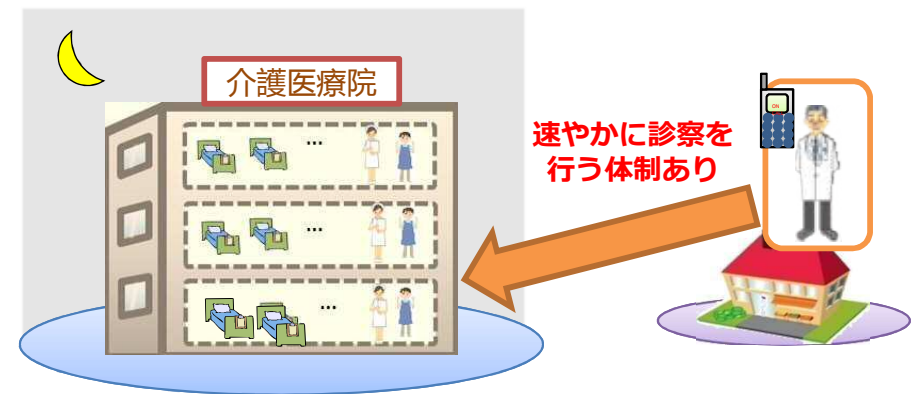
### ① II型療養床のみを有する場合



### ② 入所者の病状が急変した場合に併設の病院 又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制 が確保されている場合



### ③ 入所者の病状が急変した場合に医師が速やかに 診察を行う体制が確保されているものとして都道 府県知事に認められている場合



# 介護医療院 基本報酬及び算定要件

算定要件

## I 型介護医療院

### 【介護療養病床算定要件を踏襲】

- 入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%以上。
- 入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%<sup>(注1)</sup>以上。
- 入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%<sup>(注2)</sup>以上。
  - ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
  - ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
  - ③医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
- 地域に貢献する活動を行っていること。

## II 型介護医療院

### 【介護療養型老人保健施設の算定要件を踏襲】

- 下記のいずれかを満たすこと
  - ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上
  - ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20%以上
  - ③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占める割合が25%以上
- ターミナルケアを行う体制があること

サービス費 (I)  
(強化型A相当)  
看護6:1  
介護4:1

サービス費 (II)  
(強化型B相当)  
看護6:1  
介護4:1

サービス費 (III)  
(強化型B相当)  
看護6:1  
介護5:1

サービス費 (I)  
(転換老健相当)  
看護6:1  
介護4:1

サービス費 (II)  
(転換老健相当)  
看護6:1  
介護5:1

サービス費 (III)  
(転換老健相当)  
看護6:1  
介護6:1

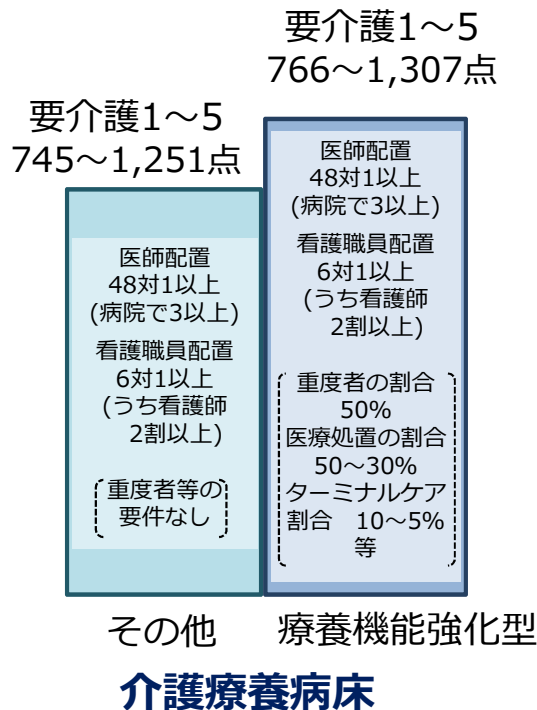
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

(注1) I型介護医療院(II)(III)では、30% (注2) I型介護医療院(II)(III)では、5%

# (参考) 介護報酬 (介護療養病床・介護医療院)

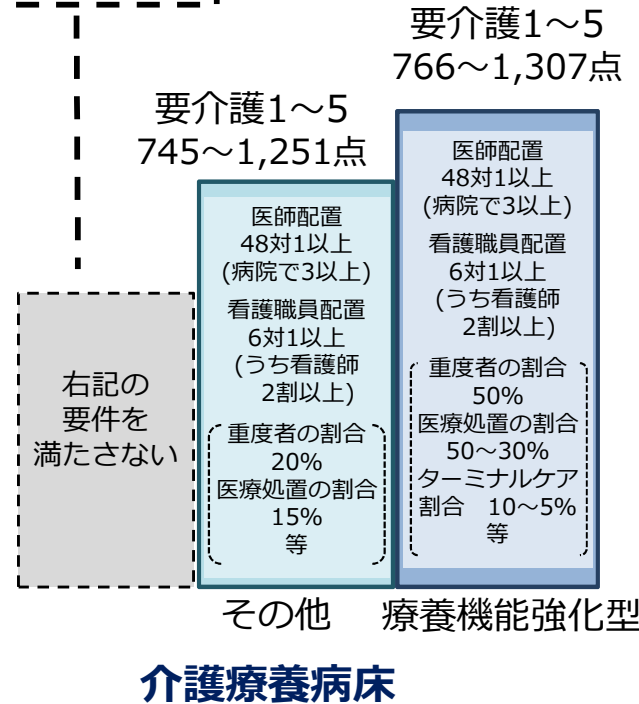
- 介護療養病床（療養機能強化型以外）の基本サービス費について、医療ニーズに係る要件を設定。
- 介護医療院について、Ⅰ型（療養機能強化型相当）とⅡ型（介護療養型老健相当）の2つの類型を設定し、医療ニーズに係る要件を設定するとともに、医師・看護師の配置に応じてメリハリをつけた評価とした。

## 【現行】



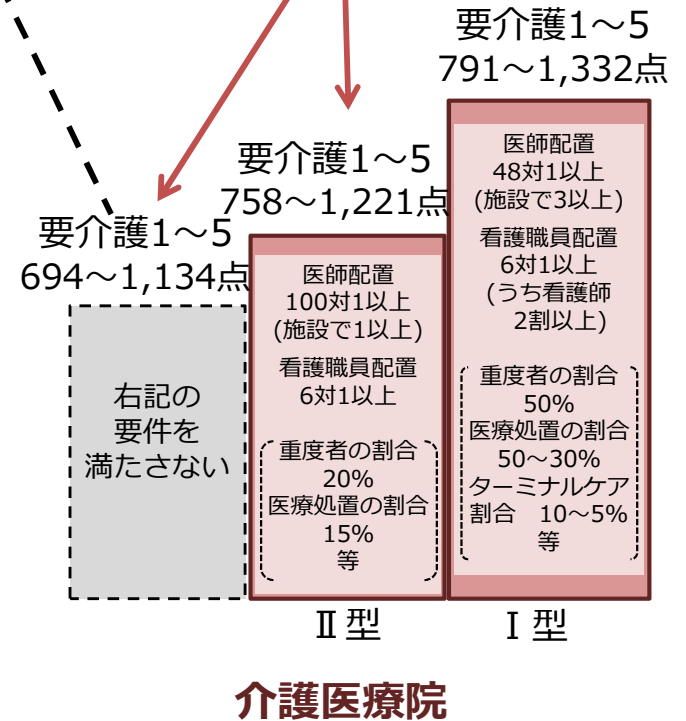
## 【平成30年度改定後】

減算適用  
その他の基本サービス費の95/100を算定  
加えて、一部加算以外算定不可



特別サービス費  
基本サービス費に代わり、特別なサービス費を算定  
加えて、一部加算以外算定不可

【療養環境減算】  
・6.4㎡で転換すると25単位減算



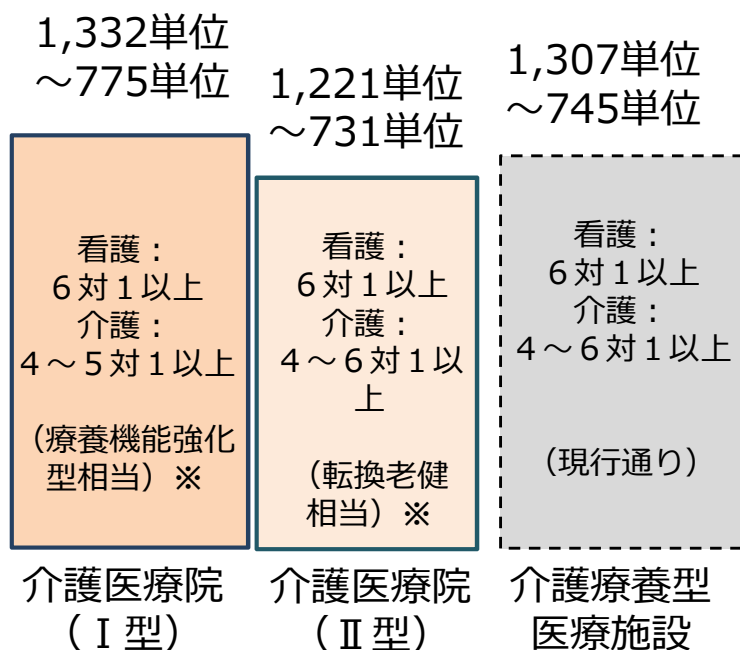
※ 下図は最も一般的な介護職員4：1の基本サービス費（多床室）

# ＜参考＞療養病床再編成の概要（医療保険・介護保険）

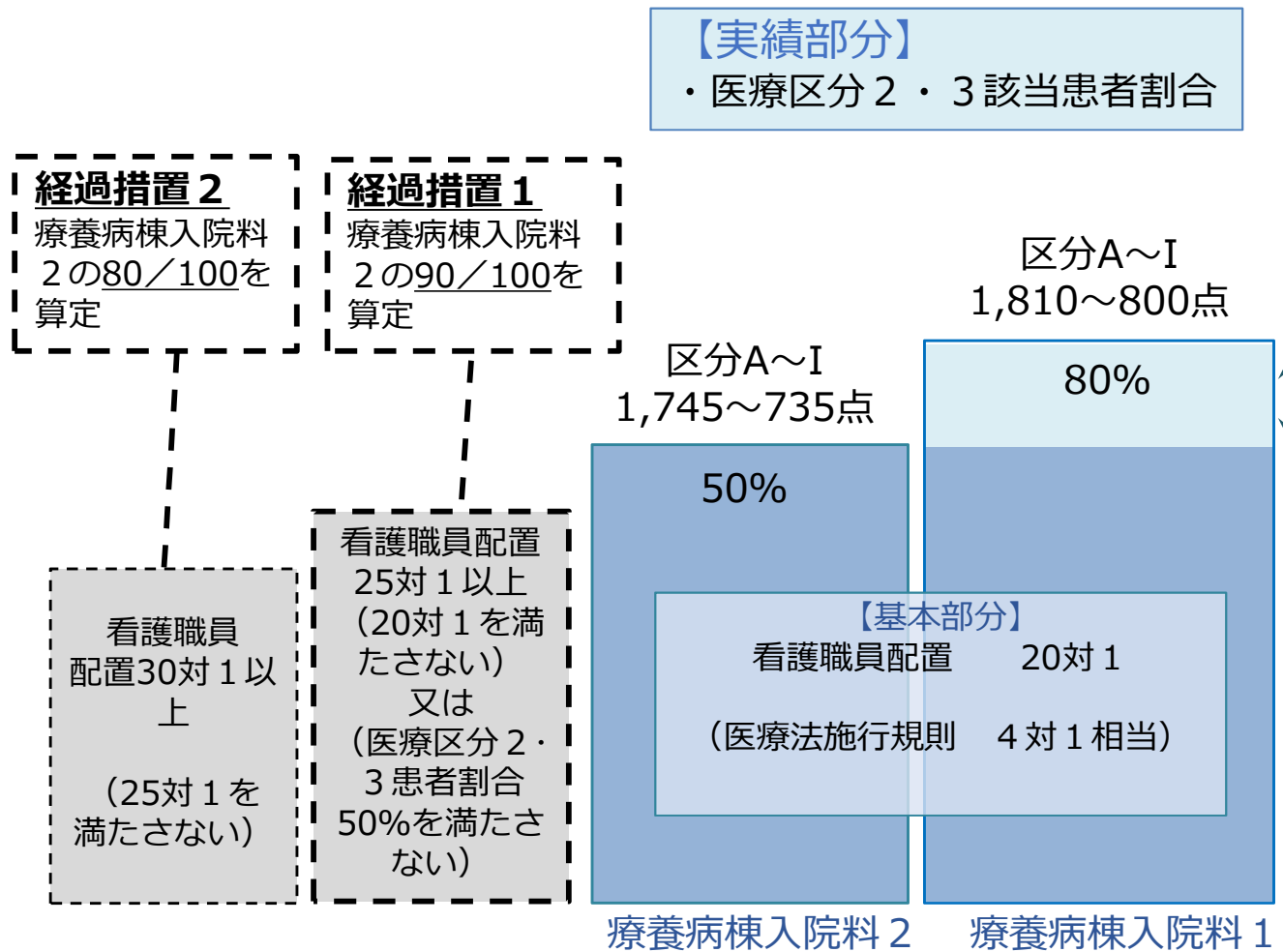
## 【介護保険】 介護療養病床

（※1）医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる（「実質配置」は「雇用配置」の約5倍）

（※2）介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算 93単位/日」（1年間に限り）が算定可能。



## 【医療保険】 医療療養病床



平成30年3月5日版  
「平成30年度診療報酬改定の概要」を改変

## 【介護療養病床で算定されていた加算等の取り扱い】

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

また、介護療養病床から転換したことに伴い新たに創設された加算等については以下の通り。

### 介護医療院

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 夜勤職員基準の区分による加算</li> <li>○ 若年性認知症患者受入加算</li> <li>○ 身体拘束廃止未実施減算</li> <li>○ 療養環境の基準(廊下)を満たさない場合の減算</li> <li>○ 療養環境の基準(療養室)を満たさない場合の減算</li> <li>○ 外泊時費用</li> <li>○ 試行的退所サービス費</li> <li>○ 他科受診時費用</li> <li>○ 初期加算</li> <li>○ 再入所時栄養連携加算</li> <li>○ 退所前訪問指導加算</li> <li>○ 退所後訪問指導加算</li> <li>○ 退所時指導加算</li> <li>○ 退所時情報提供加算</li> <li>○ 退所前連携加算</li> <li>○ 訪問看護指示加算</li> <li>○ 栄養マネジメント加算</li> <li>○ 低栄養リスク改善加算</li> <li>○ 経口移行加算</li> <li>○ 経口維持加算</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 口腔衛生管理体制加算</li> <li>○ 口腔衛生管理加算</li> <li>○ 療養食加算</li> <li>○ 在宅復帰支援機能加算</li> <li>○ 緊急時施設診療費</li> <li>○ 認知症専門ケア加算</li> <li>○ 認知症行動・心理症状緊急対応加算</li> <li>○ 重度認知症疾患療養体制加算</li> <li>○ 移行定着支援加算</li> <li>○ 排せつ支援加算</li> <li>○ サービス提供体制強化加算</li> <li>○ 介護職員処遇改善加算</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特別診療費                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染対策指導管理</li> <li>・ 褥瘡対策指導管理</li> <li>・ 初期入所診療管理</li> <li>・ 重度療養管理</li> <li>・ 特定施設管理</li> <li>・ 重症皮膚潰瘍管理指導</li> <li>・ 薬剤管理指導</li> <li>・ 医学情報提供</li> <li>・ 理学療法</li> <li>・ 作業療法</li> <li>・ 言語聴覚療法</li> <li>・ 集団コミュニケーション療法</li> <li>・ 摂食機能療法</li> <li>・ 短期集中リハビリテーション</li> <li>・ 認知症短期集中リハビリテーション</li> <li>・ 精神科作業療法</li> <li>・ 認知症入所精神療法</li> </ul> </li> </ul> |
|---|--|---|

赤：転換に伴い新たに創設  
 緑：他の介護保険施設同様に創設  
 紫：要件等の見直し等(他施設等と同様)  
 黒：引き続き算定可能

# 加算関係（転換に伴い新たに創設）

## 【介護医療院への早期・円滑な移行】

介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。

移行定着支援加算 93単位/日（新設）

- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度
同一病院	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)
	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)
同一病院	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)
	介護療養病床(1病棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)	介護医療院(1療養棟)

※医療機関として、最初に算定した日がH30年度であるため、H31年度は転換した病棟(病室)があったとしても算定不可



# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

施設・設備基準の緩和

項目	内容
療養室の床面積	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修までの間、床面積を内法6.4㎡/人以上で可とする。 （パーティションや家具等の設置に要する面積を含む。）</p> <p>※ 介護医療院の床面積は、8㎡/人以上</p>
廊下幅（中廊下）	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修までの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上で可とする。（壁から壁までの長さ）</p> <p>※ 介護医療院の廊下幅（中廊下）は、1.8（2.7）m以上</p>
機能訓練室の面積 （小規模施設の特例）	<p>医療機関併設型小規模介護医療院（定員19名以下）については、機能訓練室の床面積は適当な広さ。</p> <p>※ 標準的な介護医療院の場合、40㎡以上</p>
医療機関との併設	<p>医療機関併設の介護医療院については、併設医療機関との設備共有を認める。</p> <p>※ 病室と療養室については共有不可。診察室、処置室、エックス線装置については共有可。 診察室については、新築の場合は原則不可。ただし個別認められる場合もある。</p>
耐火構造	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修するまでの間、療養室が2階及び地階の場合（＝療養室が3階以上の階に設けられていない場合）は、医療機関の基準と同様、準耐火建築物のままで転換可能とする。</p> <p>※ 介護医療院は療養室が2階以上の階に設けられている場合、耐火建築物であることが必要。 （準耐火建築物が認められるのは、療養室が地階の場合のみ。）</p>
直通階段・エレベーター 設置基準	<p>介護療養病床等（介護療養型老人保健施設を含む。）から転換した介護医療院については、大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。（エレベーターの増設は不要。）</p> <p>※ 介護医療院は、屋内の直通階段・エレベーターが、それぞれ1以上必要。</p>
介護療養型老人保健施設 から転換する場合の特例	<p>介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院は、近隣の医療機関との連携によりサービスに支障がない場合にエックス線装置・臨床検査施設を、近隣の薬局との連携によりサービスに支障がない場合に調剤所を置かないことができる。</p> <p>※ 介護医療院は、エックス線装置、調剤所、臨床検査施設が必要。ただし、臨床検査施設は委託によって行う場合は設置不要。</p>

# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

項目	内容
有料老人ホーム等	医療法人が運営する介護施設の対象を拡充 ※ 医療法人の附帯業務に、有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅の設置を追加。
介護老人保健施設	介護老人保健施設の開設者の拡充 ※ 平成36年3月31日までに転換を行う病院又は診療所の開設者は、介護老人保健施設を開設できる。
受け皿の整備 介護医療院	I型(療養機能強化型相当)とII型(介護療養型老健相当)の2つの類型を設定 (医療ニーズに係る要件を設定するとともに、医師・看護師の配置に応じた評価を設定)
	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で提供することとし、規模が小さい場合については、療養室単位で提供可能としている。(1施設でI型とII型の両方を有することが可能。)
	介護療養病床等(介護療養型老人保健施設を含む。)から介護医療院への転換後、サービスの変更内容を利用者及びその家族等に丁寧に説明する取組み等を、1年間に限り算定可能な加算として評価。 ※ 当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。
	重度の認知症疾患への対応として、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置や精神科病院との連携等を加算として評価。
	病院又は診療所から介護医療院に転換した場合、転換前の名称を用いることが可能。
	一定の要件(II型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合など)を満たす場合、宿直を置かないことができる。 ※ 医療機関の宿直医が、隣接する施設の入所者が急変した場合等の対応を可能としている。
	医療機関併設型小規模介護医療院(定員19名以下)については、有床診療所からの転換を想定し、人員配置や夜勤職員の基準の特例を設定。 ※ 併設型小規模介護医療院は、医師・理学療法士又は作業療法士若しくは言語聴覚士を置かないことができることに加え、介護支援専門員は適当数で良いこととする等
サテライト型施設の多様化	設置主体の拡充 ※ サテライト型小規模介護老人保健施設の本体施設として、医療機関の他に介護医療院を追加。

# 介護療養病床等から介護医療院等への転換における主な支援策について

項目	内容
転換に係る費用負担の軽減	介護療養型医療施設を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（地域医療介護総合確保基金） ※ 介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換した場合も対象とする。
	医療療養病床を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（病床転換助成事業）
	介護療養病床等を介護医療院等に転換した場合の費用を助成。（地域医療介護総合確保基金） ※ 介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換した場合も対象とする。
	他の介護保険施設と同様、以下の施設を新設した場合の費用を助成。 ・小規模な（定員29名以下）の介護医療院（地域医療介護総合確保基金） ・通常規模（定員30名以上）の介護医療院（総務省の知財措置）
福祉医療機構（WAM）の療養病床転換支援策	療養病床転換に係る施設整備費の貸付条件の優遇
	機構貸付金の償還期間の延長 ※ 現に有する借入金の償還期間を延長
	療養病床転換支援資金制度の創設 ※ 民間金融機関からの過去債務の償還負担軽減や退職金等に必要な運転資金の融資
その他	介護療養型医療施設・医療療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むが、『必要入所（利用）定員総数』は設定しないものとする。
	介護療養型医療施設の経営者等を対象として、転換を支援するための研修を実施。当該研修内容を充実する観点から、介護療養型医療施設からの移行状況の把握や、介護医療院の好事例の紹介などを実施する。同事業にてコールセンターを設置。

# 介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

- ※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。
- ※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等			緊急時施設診療費	緊急時施設療養費	
特殊な検査 (例：超音波検査等)					医療保険で給付
簡単な画像検査 (例：エックス線診断等)					
投薬・注射 検査 (例：血液・尿等) 処置 (例：創傷処置等)	特定診療費	介護保険で給付	特別診療費		
医学的指導管理					
	介護療養型医療施設	介護医療院 (Ⅰ型・Ⅱ型)			介護老人保健施設
					特別養護老人ホーム

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

## 【介護保険事業(支援)計画での取り扱い】

第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方について、以下のとおり、都道府県宛に事務連絡を発出済み。

第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方  
(平成29年8月10日 厚生労働省介護保険計画課事務連絡)

- 第7期計画において必要入所（利用）定員総数を定めるに当たっては、医療療養病床及び介護療養型医療施設が、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護に転換する場合における必要入所（利用）定員総数の増加分を含まない。同様に、介護老人保健施設（平成18年7月1日から平成30年3月31日までに医療療養病床又は指定介護療養型医療施設から転換して許可を受けたものに限る。）が介護医療院に転換する場合における必要入所定員総数の増加分を含まない。
- 上記の取扱を踏まえ、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保険施設等の許可等の拒否（いわゆる「総量規制」）は基本的に生じないと考えられる。
- 介護医療院の新設（一般病床からの移行等を含む。）については、総量規制の対象となるため、まずは医療療養病床及び介護療養型医療施設からの転換による対応を優先した上で、地域の高齢者のニーズや事業者の参入意向等を把握して必要入所定員総数を設定。
- 介護サービスごとの量の見込みについては転換分を含めて推計。  
医療療養病床及び介護療養型医療施設の転換見込みについては、各都道府県において転換意向調査を実施するとともに、都道府県・市町村の協議の場において議論。

## 【診療報酬での取り扱い】

介護療養型医療施設（介護療養病床）の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。

1. 介護医療院は医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。  
具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等に含め「退院先」として扱う。
3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。

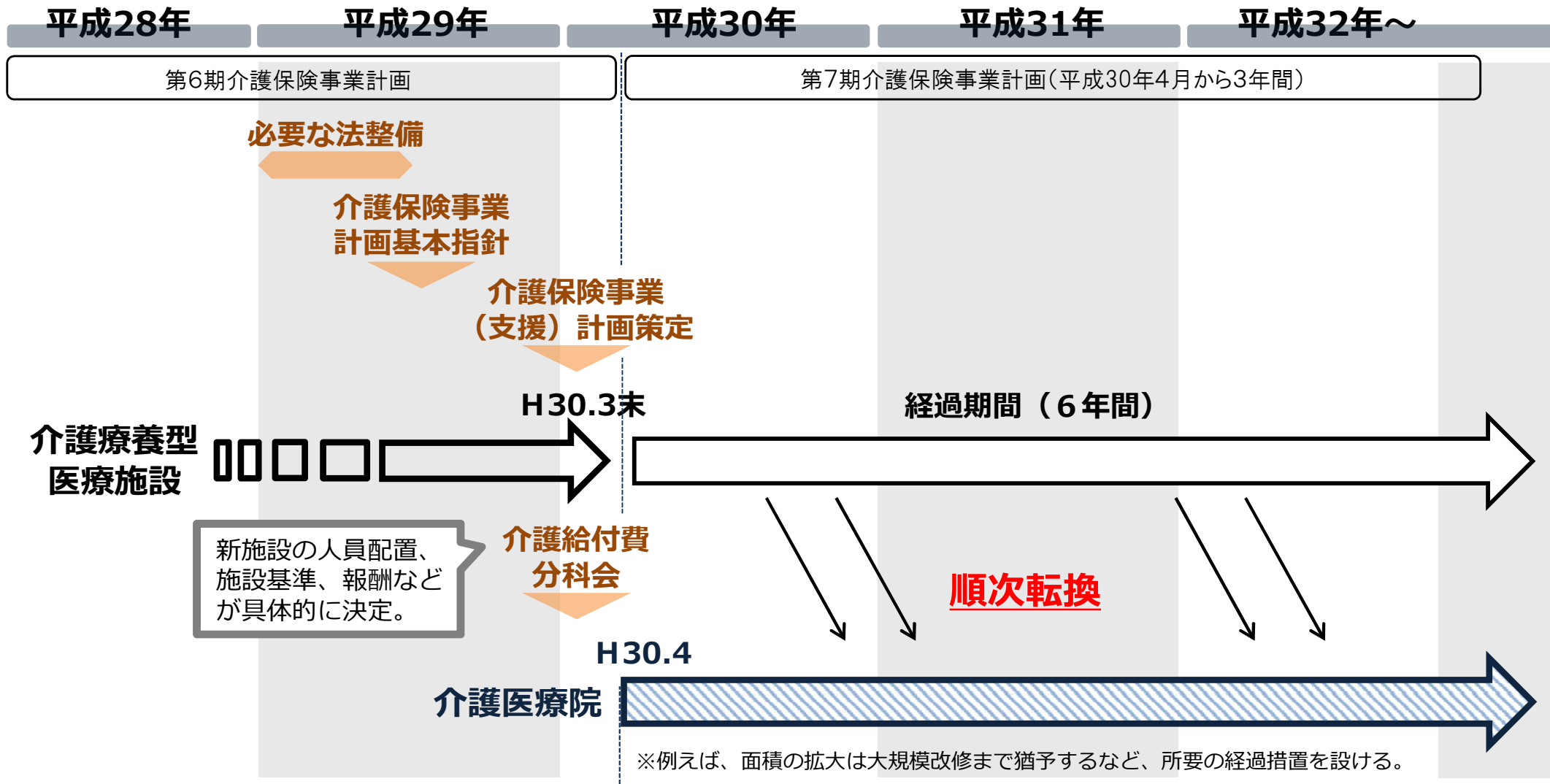
[対応する報酬] 診療情報提供料（I）、退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

中医協 総-1（30.2.7）  
「個別改定項目について」から引用

# 介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



# 次期改定に向けた主な課題



# 今回、見直した項目について、検証が必要な事項

- 生活援助中心型の担い手の拡大による要介護者の生活や人材確保、介護職員の働き方、サービスの質等への影響など（訪問介護）
- 統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の生活援助への対応等によるサービス提供状況、地域ケア会議等におけるケアプランの検証の実態など（訪問介護）
- 同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しによるサービス提供に係る効率性に対する影響など（訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）
- 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブ導入によるサービス利用への弊害など（訪問リハ、通所リハ、通所介護 等）
- 外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止の効果  
（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、通所介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、 等）
- 新たに機能訓練指導員にはり師、きゅう師を追加したことによる機能訓練の質や障害者の雇用等に対する影響  
（通所介護、特定施設入所者生活介護、認知症対応型通所介護、介護福祉施設）
- 各種の人員・設備基準の緩和によるサービスの質の維持の状況（各種サービス）
- 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件の見直しによる人材確保の状況（訪問介護）
- 居宅介護支援事業所の管理者要件の見直しによる人材確保の状況（居宅介護支援）

# 今後とも充実等に向け検討が必要な事項

- ◆ ケアマネジメントの公正中立性の在り方やこれらを判断するための指標
- ◆ 共生型サービスの在り方や共生型サービスを含む介護サービス事業所の利用者が社会に参加・貢献する取組を後押しするための方策
- ◆ 2020年度の本格運用開始を目指すデータベースを活用した科学的な効果が裏付けられた介護サービスについての評価
- ◆ 介護サービスの質の評価・自立支援に向けた事業者へのインセンティブの在り方
- ◆ 介護ロボットの幅広い活用による介護人材の確保の在り方
- ◆ 介護人材の確保・介護サービスの質の向上に資するAIやICTなど最新技術導入の在り方
- ◆ **対象職員や対象費用の範囲を含めた介護職員処遇改善加算の在り方**
- ◆ 多職種協働によるサービス提供をマネジメントできる人材の育成と確保や、介護人材の有効活用・機能分化、キャリアアップの推進策の在り方
- ◆ 新たに創設された介護医療院について、サービス提供の実態や転換状況を把握しつつ、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面を踏まえた対応策の在り方
- ◆ 介護保険施設のリスクマネジメントの在り方
- ◆ 基準費用額、地域区分の今後の在り方
- ◆ 地域包括ケアを推進するための対応方策（医療と介護の役割分担と連携、住宅施策など他の関連施策との連携、高齢者の居場所の確保、健康寿命延伸、認知症の人への対応、都市部や中山間地域等での対応等）
- ◆ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高める観点からの介護サービスの適正化や重点化の在り方
- ◆ 利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業所の事務負担軽減の観点からの報酬体系の簡素化

## 平成29年度介護従事者処遇状況等調査結果のポイント (案)

○ 介護職員処遇改善加算 (I) を取得している施設・事業所における介護職員 (月給・常勤の者) の平均給与額について、平成28年と平成29年を比較すると、13,660円の増となっている。

介護職員の平均給与額 (月給・常勤の者)	平成29年9月	平成28年9月	差額
介護職員処遇改善加算 (I) を取得した施設・事業所	297,450円	283,790円	13,660円
介護職員処遇改善加算 (I) ~ (V) を取得した施設・事業所	293,450円	281,250円	12,200円

※1 調査対象となった施設・事業所に平成28年と平成29年ともに在籍している者の平均給与額を比較している。

※2 平均給与額 = 基本給 (月額) + 手当 + 一時金 (4~9月支給金額の1/6)

※3 平均給与額は10円単位を四捨五入している。

### 給与等の引き上げの実施方法 (複数回答)

給与表を改定して賃金水準を引き上げ (予定)	定期昇給を実施 (予定)	手当の引き上げ・新設 (予定)	賞与等の引き上げ・新設 (予定)
22.5%	66.4%	44.7%	19.1%

※ 給与等の引き上げの実施方法は、調査対象となった施設・事業所に在籍している介護従事者全体 (介護職員に限定していない) の状況

### 加算 (I) の届出が困難な理由 (複数回答)

職種間・事業所間の賃金バランスがとれなくなることが懸念されるため	38.1%
昇給の仕組みを設けるための事務作業が煩雑であるため	33.5%
昇給の仕組みをどのようにして定めたらよいかわからないため	24.3%

※ 加算 (II) を取得している事業所の状況

### 加算 (II) の届出が困難な理由 (複数回答)

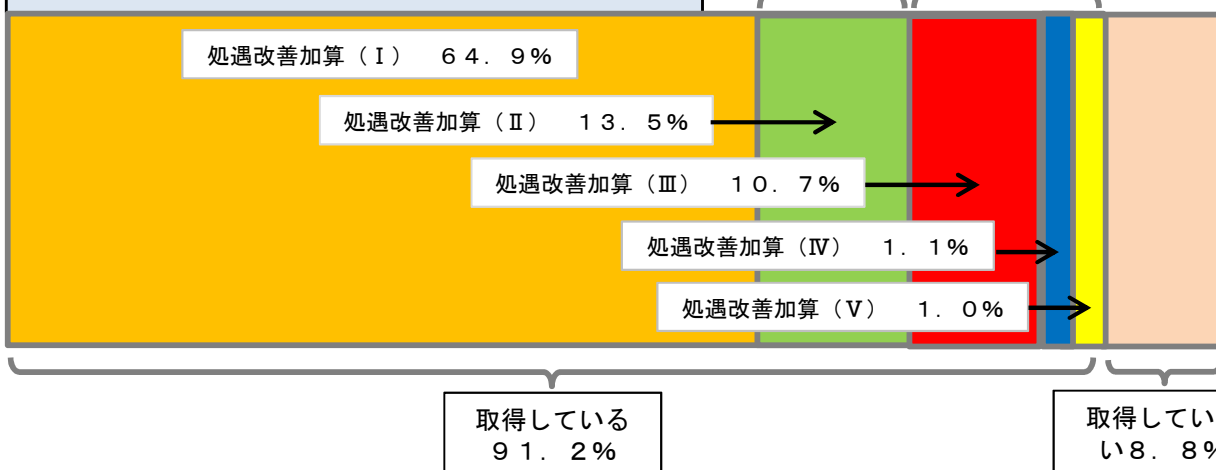
キャリアパス要件 I (賃金体系の整備) を満たすことが困難	57.7%
キャリアパス要件 II (研修の実施) を満たすことが困難	44.7%
職場環境等要件 (賃金引上げ以外の改善) を満たすことが困難	6.7%

※ 加算 (III) ~ (V) を取得している事業所の状況

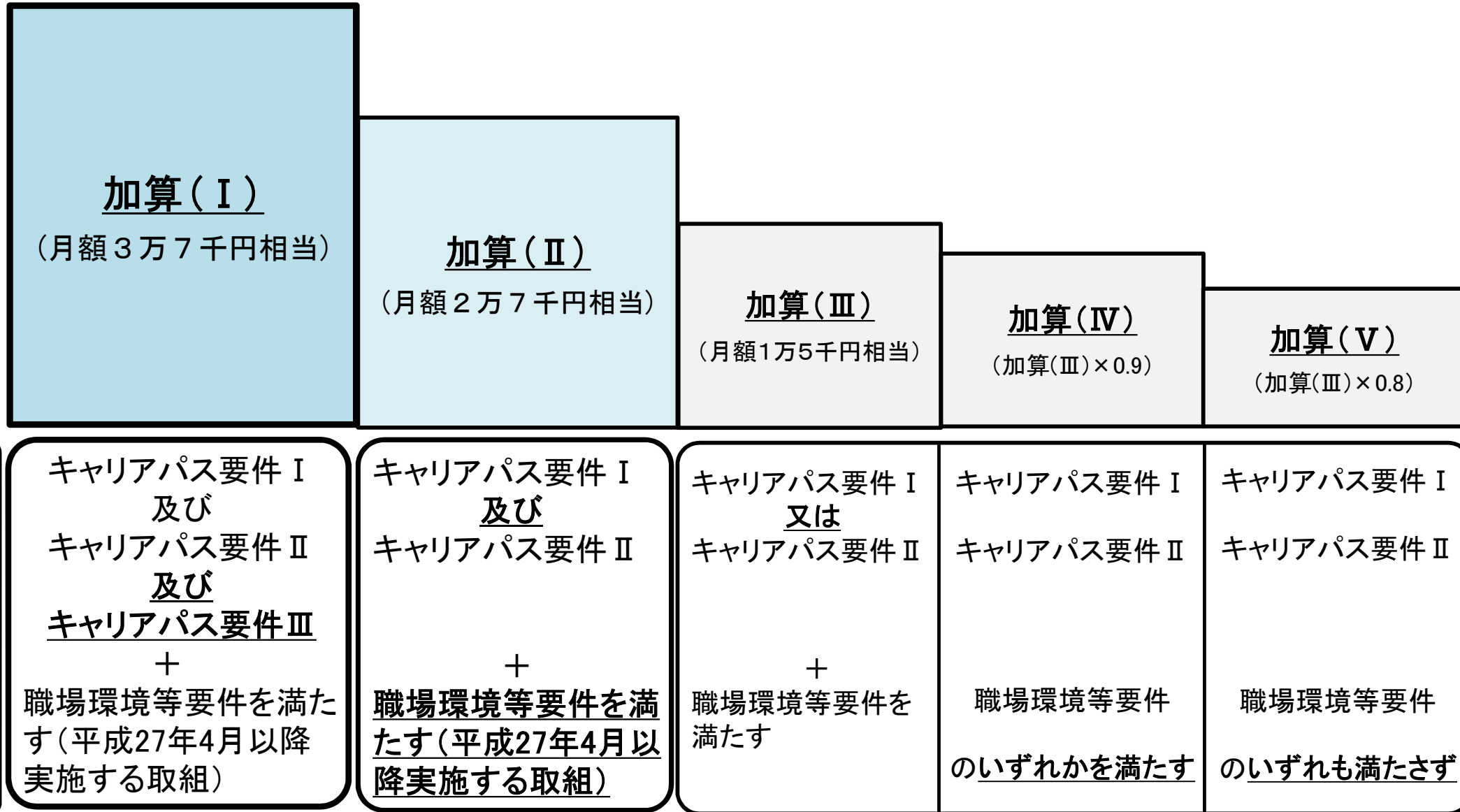
### 加算の届出をしない理由 (複数回答)

事務作業が煩雑	51.3%
利用者負担の発生	39.6%
対象の制約のため	26.8%

### 処遇改善加算の取得状況 (加算の種類別)



# 介護職員処遇改善加算の区分



(注) 「キャリアパス要件Ⅰ」…職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること  
 「キャリアパス要件Ⅱ」…資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること  
 「キャリアパス要件Ⅲ」…経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること  
 「職場環境等要件」…賃金改善以外の処遇改善を実施すること  
 ※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

## Ⅱ－① 処遇改善加算（Ⅰ）を取得（届出）している事業所の状況

### ○ 介護従事者等の平均給与額の状況（月給・常勤の者、職種別）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を取得（届出）している事業所における介護職員（月給・常勤の者）の平均給与額について、平成28年と平成29年の状況を比較すると、13,660円の増となっている。（統計表P55・第44表）

	平成29年9月	平成28年9月	差 (平成29年－平成28年)
介護職員	297,450円	283,790円	13,660円
看護職員	371,430円	364,240円	7,190円
生活相談員・支援相談員	323,690円	313,370円	10,320円
理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士又は機能訓練指導員	344,490円	335,210円	9,280円
介護支援専門員	348,760円	339,400円	9,360円
事務職員	304,740円	297,780円	6,960円
調理員	254,940円	251,420円	3,520円
管理栄養士・栄養士	306,070円	297,540円	8,530円

注1) 平成28年と平成29年ともに在籍している者の平均給与額を比較している。

注2) 平均給与額は基本給(月額)＋手当＋一時金(4～9月支給金額の1/6)

注3) 平均給与額は10円未満を四捨五入している。

介護給付費分科会－介護事業経営調査委員会

第25回 (H30.4.4)

資料2

# 新しい経済政策パッケージ（抜粋）

## （平成29年12月8日閣議決定）

### 第2章 人づくり革命

#### 5. 介護人材の処遇改善

（具体的内容）

人生100年時代において、介護は、誰もが直面し得る現実かつ喫緊の課題である。政府は、在宅・施設サービスの整備の加速化や介護休業を取得しやすい職場環境の整備など、これまでも介護離職ゼロに向けた重層的な取組を進めてきたところである。安倍内閣は、2020年代初頭までに、50万人分の介護の受け皿を整備することとしているが、最大の課題は介護人材の確保である。介護人材を確保するため、2017年度予算においては、介護職員について、経験などに応じて昇給する仕組みを創り、月額平均1万円相当の処遇改善を行うなど、これまで自公政権で月額4万7000円の改善を実現してきたが、介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化を図りながら**、介護職員の更なる処遇改善を進める。

具体的には、**他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用**を認めることを前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを**算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。

また、障害福祉人材についても、介護人材と同様の処遇改善を行う。

（実施時期）

こうした処遇改善については、**消費税率の引上げに伴う報酬改定において対応し、2019年10月から実施**する。

改定に関する詳細資料等は、以下のHPで確認できます。

## 【平成30年度介護報酬改定について】

厚生労働省トップページから

ホーム＞政策について

＞分野別の政策一覧

＞福祉・介護

＞介護・高齢者福祉

＞介護報酬

＞平成30年度介護報酬改定について

### 【掲載項目】

- 介護報酬改定に関する省令及び告示
- 介護報酬改定に関する通知
- 介護報酬改定Q&A