

# 平成30年度介護報酬改定等説明会資料 【共通編】

<b>1 平成30年度介護報酬改定について</b>	
(1) 介護報酬改定の概要	1
(2) 介護医療院の創設	3
(3) 共生型サービス	5
(4) 身体的拘束等の適正化の推進	7
(5) 介護職員処遇改善加算の見直し	9
<b>2 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（体制届出）の提出について</b>	<b>10</b>
<b>3 条例の改正等について</b>	<b>19</b>
<b>4 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直しについて</b>	<b>20</b>
<b>5 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて</b>	<b>21</b>
<b>6 居宅介護支援事業所の権限移譲について</b>	<b>23</b>
<b>7 介護サービス事業所関係ホームページについて</b>	<b>24</b>
<b>8 参考資料</b>	<b>25</b>
平成30年度介護報酬改定の主な事項について	

はじめに

- 平成30年度介護報酬改定等の内容は、今後、厚生労働省より省令・告示・通知等で正式に示されることとなります。本日は、その概要（案）を説明します。詳細については、省令・告示・通知等をご参照ください。
- 正式な省令・告示・通知等は、厚生労働省の通知発出後に以下のホームページに掲載予定です。また、新たにQ&A等が発出された場合も、同じく掲載予定ですので、随時、更新内容の確認をお願いします。

熊本県HP※>健康・福祉>介護>介護サービス事業所>報酬改定  
※熊本県HP <http://www.pref.kumamoto.jp/>

平成30年3月

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課  
熊本市健康福祉局福祉部高齢介護福祉課

# 1 平成30年度介護報酬改定について

## (1) 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、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進する。

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

(2) 介護医療院の創設

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
リウエイションルーム	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

【人員基準（詳細）】

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（人員基準）									
	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	報酬上の基準	指定基準		報酬上の基準		指定基準	報酬上の基準	
			類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)			
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	—	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—	100:1 (施設で1以上)	—
	薬剤師	150:1	—	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	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】 <sup>(注3)</sup> 看護6:1、 介護6:1～4:1
	介護職員	6:1	5:1～4:1	5:1	6:1	5:1～4:1	6:1～4:1	—	—
	支援相談員							100:1 (1名以上)	—
	リハビリ専門 職	PT/OT: 適当数	—	PT/OT/ST: 適当数		—	—	PT/OT/ST: 100:1	—
	栄養士	定員100以上 で1以上	—	定員100以上で1以上		—	—	定員100以上 で1以上	—
	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)	—
	放射線技師	適当数	—	適当数		—	—	—	—
	他の従業者	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。

256

【施設基準（詳細）】

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（施設基準）				
	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、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	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
	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	
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

257

### (3) 共生型サービス

#### 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）

第 158 回 社会保障審議会介護給付費分科会資料を加工

#### 5. 共生型サービスの対象サービス

- 下記①及び②を踏まえれば、今般基準・報酬を設定する共生型サービスは、以下のとおりとなる。
  - ① 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を促進する観点から、介護保険優先原則が適用される介護保険と障害福祉両方の制度に相互に共通するサービス
  - ② 現行の基準該当障害福祉サービスとして位置付けられているサービス

	介護保険サービス		障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護
デイサービス	通所介護 (地域密着型を含む)	⇔	生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く） 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く） 放課後等デイサービス（同上）
	療養通所介護	⇔	生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所に限る） 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所に限る） 放課後等デイサービス（同上）
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防を含む)	⇔	短期入所

第 142 回 社会保障審議会介護給付費分科会資料を加工

《参考》

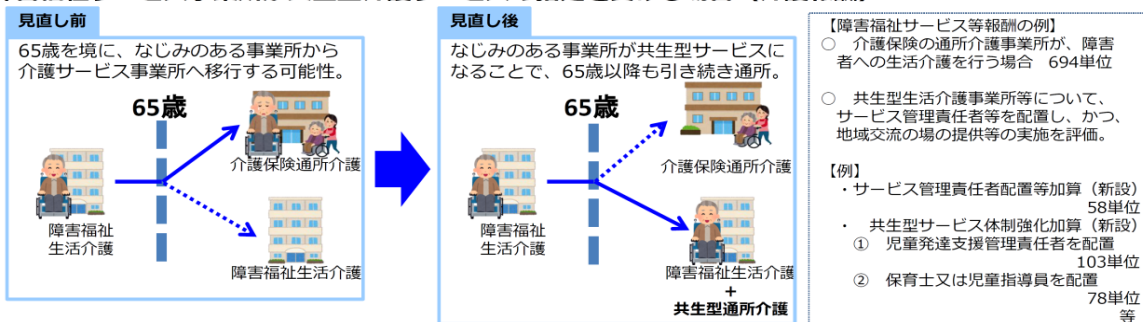
### 共生型サービスの基準・報酬の設定

- 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）



#### ○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）



平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第 17 回）資料

## 障害福祉サービスと介護保険サービスとの比較 (①デイサービス)

		生活介護(障害福祉)＜障害者＞		通所介護(介護保険)		
概要		昼間・入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する		入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行う		
定員		原則20名以上		—		
人員配置	管理者	原則専従(非常勤でも可)		管理者	常勤専従	
	医師	必要数 (医療機関との連携等ができていれば不要)		医師	—	
	サービス管理責任者 (実務経験3～10年 +研修30.5時間)	利用者60人まで:1以上 利用者60人を超える部分:40:1 (常勤1以上)		生活相談員 (社会福祉士、 精神保健福祉士、 社会福祉主事等)	1人	
	看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数	平均障害支援区分4未満 → 6:1	生活支援員	1人 (常勤1以上)	介護職員	5:1 (利用者15人まで、1以上で可) (常勤1以上)
		平均障害支援区分4以上5未満 → 5:1 平均障害支援区分5以上 → 3:1	看護職員	1人	看護職員	1人 (定員10人以下では、不要)
	理学療法士又は作業療法士	必要数	機能訓練指導員 (理学療法士又は作業療法士等)	1人		
設備	訓練・作業室	支障がない広さ		食堂及び機能訓練室	3㎡×利用定員	
事業所数	約1万事業所			約4.3万事業所		

## 障害福祉サービスと介護保険サービスとの比較 (②ホームヘルプサービス)

		居宅介護、重度訪問介護(障害福祉)＜障害児者＞ <small>※重度訪問介護は者のみ</small>		訪問介護(介護保険)		
概要		居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供する				
人員配置	管理者	常勤専従		常勤専従		
	サービス提供責任者	常勤の訪問介護員等のうち1人		常勤の訪問介護員等のうち1人		
	訪問介護員等(※)	常勤換算2.5人 (※)右記+居宅介護職員初任者研修課程修了者 +障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者 (旧3級課程相当) +重度訪問介護従業者養成研修修了者		常勤換算2.5人 (※)介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者		
サービス提供範囲		右記+生活全般にわたる援助として認められる支援(重度訪問介護では社会参加目的の移動支援等も含む)		いわゆる「老計10号」		
事業所数		居宅介護:約2万事業所、重度訪問介護:約0.7万事業所		約3.3万事業所		
		居宅介護、重度訪問介護の訪問介護員等の資格要件 介護福祉士 実務者研修修了者 介護職員基礎研修修了者 介護職員初任者研修課程修了者 居宅介護職員初任者研修課程修了者 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(3級研修) 重度訪問介護従業者養成研修修了者		研修時間 国家資格 450時間 介護職員基礎研修 500時間 介護職員初任者研修 130時間 居宅介護職員初任者研修 130時間 障害者居宅介護従業者基礎研修 50時間 重度訪問介護従業者養成研修 10時間以上	都道府県の判断により、「居宅介護職員初任者研修課程」を修了していれば、「介護職員初任者研修課程」を全部又は一部を免除可能 ・全て免除 12都道府県 ・一部免除 6都道府県 ・免除無し 29都道府県 (平成27年度・振興課調べ)	

## 障害福祉サービスと介護保険サービスとの比較 (③ショートステイ)

		短期入所(障害福祉)＜障害児者＞		短期入所生活介護(介護保険)	
施設類型		併設型・空床利用型 ※ショートの利用者数を本体施設の利用者とみなした上で、障害施設として必要とされる人員・設備基準を満たせばよい		併設型・空床型/単独型 ※空床型は、ショートの利用者数を本体施設の特養の利用者とみなした上で、特養として必要とされる人員・設備基準を満たせばよい	
人員配置	管理者	管理者	専従	管理者	常勤専従
		医師	必要数 (医療機関との連携等ができていれば不要)	医師	1人
		サービス管理責任者 (実務経験3～10年 +研修30.5時間)	40:1 (利用者60人まで、1以上で可) (常勤1以上)	生活相談員 (社会福祉士、 精神保健福祉士、 社会福祉主事等)	100:1 (常勤1以上)
		看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数	平均障害支援区分4未満 → 6:1	介護職員	3:1 (常勤1以上)
			平均障害支援区分4以上5未満 → 5:1 平均障害支援区分5以上 → 3:1	看護職員	
		栄養士	必ず置ではない(配置しない場合、減算)	機能訓練指導員 (理学療法士又は作業療法士等)	1人
		調理員その他の従業者	—	栄養士	1人
	夜勤職員	60:1	調理員その他の従業者	適当数	
居室面積		9.9㎡(定員4人以下)	8㎡(定員4人以下)	10.65㎡(定員4人以下)	
設備		食堂、浴室、洗面所、便所、相談室、訓練・作業室	食堂、浴室、洗面所、便所	食堂、浴室、洗面設備、便所、 機能訓練室、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、 汚物処理室、介護材料室	
事業所数		約0.43万事業所 3,424(78%)		約1万事業所 970(22%) 単独型:1,778(17.7%)、併設・空床型:8,253(82.3%)	

## (4) 身体的拘束等の適正化の推進

### 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。

第158回 社会保障審議会介護給付費分科会資料

施設系サービス：(地域密着型)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  
居宅系サービス：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



## 身体拘束廃止未実施減算について（介護福祉施設サービスの例）

### ○ 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）（抄）

別表 指定施設サービス等介護給付費単位数表

#### 1 介護福祉施設サービス

注4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

### ○ 厚生労働大臣が定める基準（平成18年厚生労働省告示第543号）（抄）

八十六 介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十九号）第十一条第五項及び第六項又は第四十二条第七項及び第八項に規定する基準に適合していないこと。

### ○ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）（抄）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

#### 第十一条

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

5 指定介護老人福祉施設は、前項の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しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 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三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三 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。

### ○ 留意事項通知（平成12年老企40号）（抄）

#### 第二5（5） 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設基準第11条第5項の記録（同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第6項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

## (5) 介護職員処遇改善加算の見直し

### 介護職員処遇改善加算の見直し

#### 概要

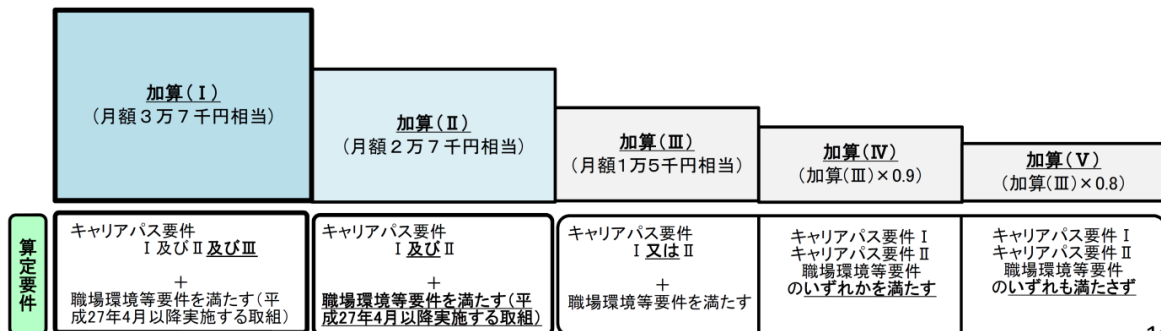
- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。
- その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととする。

#### 算定要件等

- 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)については、別に厚生労働大臣が定める期日(※)までの間に限り算定することとする。

※ 平成30年度予算案に盛り込まれた「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業」により、加算の新規の取得や、より上位の区分の取得に向けて、事業所への専門的な相談員(社会保険労務士など)の派遣をし、個別の助言・指導等の支援を行うとともに、本事業の実施状況等を踏まえ、今後決定。

(参考)介護職員処遇改善加算の区分



12

- (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。

第158回 社会保障審議会介護給付費分科会資料を加工

## 2 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（体制届出）の提出について

### 1 提出が必要な場合

今回の介護報酬改定により、（予防）訪問入浴、（予防）福祉用具貸与、（予防）特定福祉用具販売、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護、を除くサービスについて、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の項目の追加又は見直しが行われております。

つきましては、見直し等が行われたサービス事業所において、別紙「既存のサービス事業所の届出留意事項」（P13～18参照）（以下「別紙留意事項という。」）に該当する場合は、平成30年4月1日現在の状況について届出が必要となります。

※「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載されている項目について、原則、新たな加算の追加や変更がある場合は届出が必要となります。詳細は、別紙留意事項（サービス種類、変更点、既存事業所の取扱い）を必ず確認のうえ、提出漏れがないようお願いします。

### 2 提出書類

以下①～④をサービス毎に作成のうえ、提出してください。新様式は、厚労省から通知後、県・熊本市ホームページ（P24参照）に掲載します。

- ① 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（現行様式では別紙2）
- ② 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（現行様式では別紙1）
- ③ サービス（加算）毎に必要な添付書類
- ④ 自己点検表

※ 様式が変更になったものは、必ず新様式を使用ください。

### 3 提出期限及び提出先

- (1) 熊本市以外の広域型サービス（居宅介護支援を除く）は、平成30年4月1日（日）までに、熊本県高齢者支援課（〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1）まで1部提出ください（郵送のみ、当日の消印有効）。
- (2) 熊本市内のサービスは、平成30年4月1日（日）までに、熊本市高齢介護福祉課（〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号）まで1部提出ください（郵送のみ、当日の消印有効）。
- (3) 熊本市以外の地域密着型サービスは、平成30年4月1日（日）までに、各市町村の担当課まで1部提出ください。
- (4) 熊本市以外の居宅介護支援は、3月中は熊本県高齢者支援課まで、4月以降は各市町村の担当課まで提出してください。

### 4 その他留意事項

- (1) 新設された加算等を4月分から算定予定の場合、提出期限までに届出がないと加算開始月が5月以降となりますので、ご注意ください。
- (2) 地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業等に係る体制届の提出については、それぞれの指定権者（市町村）にご確認ください。

## 留意事項について

### ○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

今回の報酬改定に伴う新たな加算の追加や変更について、介護サービス事業所は「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を都道府県等に提出する必要がある。

さらに、都道府県等は、介護サービス事業所の届出に基づき作成された事業所台帳を国保連合会に提出する必要がある。

都道府県等における事業所台帳の不備や整備の遅れは、不当な請求の返戻及び審査スケジュールの遅延等につながりかねない。

このため、都道府県等は次の事項を参照のうえ、介護サービス事業所に届出の適切な指導を行い、事業所台帳の整備にあたるよう留意されたい。

#### 1. 介護サービス事業所への適切な指導

##### ① 届出様式、届出項目の追加に関する留意点

新たに追加された届出様式、届出項目等について報酬の算定上必要となる届出を行うこと。

なお、場合によっては既存の届出項目であっても届出が必要なものもあるので、留意すること。（詳細は別紙を参照）

##### ② 提出の期限

4 月の報酬算定に係る届出の提出期限は、従来、支給限度額管理対象となるサービスについては 3 月 15 日、その他のサービスについては 4 月 1 日となっているが、すべて 4 月 1 日まで猶予する。

※参考：通常の届出に係る取扱い

サービス種類	通常の届出に係る加算等の算定の開始時期
・ 訪問通所サービス ・ (介護予防)福祉用具貸与 ・ 居宅介護支援 ・ 介護予防支援	・ 届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から ・ 16日以降になされた場合には翌々月から
・ (介護予防)短期入所サービス ・ (介護予防)特定施設入居者生活介護 ・ 施設サービス	・ 届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から

サービス種類	通常の届出に係る加算等の算定の開始時期
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>・ 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）</li> <li>・ 夜間対応型訪問介護</li> <li>・ （介護予防）認知症対応型通所介護</li> <li>・ （介護予防）小規模多機能型居宅介護</li> <li>・ 地域密着型通所介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から</li> <li>・ 16日以降になされた場合には翌々月から</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護</li> <li>・ 地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から</li> </ul>

## 2. 事業所台帳への届出内容の確実な反映

事業所台帳の届出項目の変更等に伴う旧事業所台帳からの移行に当たっては、変更される台帳項目の設定や、旧届出内容からの読み替えを行うとともに様式変更後の介護サービス事業所の体制等に関する届出内容を確実に事業所台帳に反映させること。

なお、今回新設される**共生型サービスの提供に係る届出の取扱いについては別記①のとおり**、また複合型サービスのサテライト体制の取扱いについては、別記②のとおり留意すること。

## 3. 国保連合会への的確な情報提供

事業所台帳の異動情報については、国保連合会において請求情報との突合審査に使用するものであることから、的確かつ遅滞なく国保連合会へ提供すること。

特に、4月サービスに係る事業所台帳の異動情報については、新たなコード体系に基づいて、国保連合会への提供を的確に行うこと。

なお、新規指定事業所の事業所台帳の異動情報については、インターネット請求の準備のために、都道府県から国保連合会へ1ヶ月前に送付していただくようお願いしているところだが（平成26年7月17日開催介護電子請求に関する都道府県・国保連合会合同説明会資料108～109ページ参照）、平成30年4月の新規指定事業所の異動情報については、新たなコード体系に基づく異動情報を送付する必要があるため準備期間を考慮し、4月には送付せず、全て5月に送付すること。

(別紙)

「既存のサービス事業所の届出留意事項」

項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
1	共通	その他該当する体制等の届出項目追加	項番2以降に記載がない新設された項目について、新たな届出がない場合は「なし」、「非該当」、「基準型」又は「対応不可」とみなす。
2	13：訪問看護	「その他該当する体制等」欄の 「看護体制強化加算」  「1：なし」 「2：あり」 を 「1：なし」 「3：加算Ⅰ」 「2：加算Ⅱ」 に変更	「3：加算Ⅰ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。  (注)「2：加算Ⅱ」については、要件の見直しを踏まえ、新しい要件に即して届出を行うよう留意が必要。
3	14：訪問リハビリテーション 64：介護予防訪問リハビリテーション 66：介護予防通所リハビリテーション	「施設等の区分」欄に 「3：介護医療院」 を新設	「3：介護医療院」に該当する場合は、新たな施設等の区分の届出が必要となる。
4	14：訪問リハビリテーション 16：通所リハビリテーション	「その他該当する体制等」欄の 「リハビリテーションマネジメント加算」  「4：加算Ⅲ」 「5：加算Ⅳ」 を追加	「4：加算Ⅲ」又は「5：加算Ⅳ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。  (注)「2：加算Ⅰ」「3：加算Ⅱ」については、要件の見直しを踏まえ、新しい要件に即して届出を行うよう留意が必要。

項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
5	15：通所介護 78：地域密着型通所介護	「その他該当する体制等」欄の 「個別機能訓練体制」  「1：なし」 「2：加算Ⅰ」 「3：加算Ⅱ」 を廃止	なし。
6	16：通所リハビリテーション	「施設等の区分」欄に 「A：通常規模の事業所(介護医療院)」 「B：大規模の事業所(Ⅰ)(介護医療院)」 「C：大規模の事業所(Ⅱ)(介護医療院)」 を新設	「A：通常規模の事業所(介護医療院)」、「B：大規模の事業所(Ⅰ)(介護医療院)」又は「C：大規模の事業所(Ⅱ)(介護医療院)」に該当する場合は、新たな施設等の区分の届出が必要となる。
7	21：短期入所生活介護 51：介護福祉施設サービス 54：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	「その他該当する体制等」欄の 「看護体制加算」  「1：なし」 「2：加算Ⅰ」 「3：加算Ⅱ」 を廃止  「その他該当する体制等」欄の 「夜勤職員配置加算」  「1：なし」 「2：あり」 を 「1：なし」 「2：加算Ⅰ・加算Ⅱ」 「3：加算Ⅲ・加算Ⅳ」 に変更	なし。            「3：加算Ⅲ・加算Ⅳ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。 (注)「2：加算Ⅰ・加算Ⅱ」については、要件の見直しを踏まえ、新しい要件に即して届出を行うよう留意が必要。

項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
8	22：短期入所療養介護 25：介護予防短期入所療養介護 52：介護保健施設サービス	施設等の区分1と2の「人員配置区分」欄  「1：従来型」を 「1：基本型」に変更	「人員配置区分」欄における既存届出内容が「1：従来型」で、新たな届出がない場合は「1：基本型」とみなす。
		施設等の区分5と6と7と8の「人員配置区分」欄  「1：療養型」 「2：療養強化型」を削除	「人員配置区分」欄における既存届出内容が「1：療養型」又は「2：療養強化型」で、新たな届出がない場合は「未設定」とみなす。
		施設等の区分5と6と7と8の「その他該当する体制等」欄 「療養体制維持特別加算」  「1：なし」 「2：あり」を廃止	(注)「人員配置区分」欄における既存届出内容が「1：療養型」の場合は「療養体制維持特別加算Ⅰ」の新たな届出が必要となる。  (注)「人員配置区分」欄における既存届出内容が「2：療養強化型」の場合は「療養体制維持特別加算Ⅱ」の新たな届出が必要となる。
		「施設等の区分」欄に 「9：介護老人保健施設(Ⅳ)」 「A：ユニット型介護老人保健施設(Ⅳ)」を新設	「9：介護老人保健施設(Ⅳ)」又は「A：ユニット型介護老人保健施設(Ⅳ)」に該当する場合は、新たな施設等の区分の届出が必要となる。
9	2A：短期入所療養介護 2B：介護予防短期入所療養介護 55：介護医療院サービス	「提供サービス」欄にサービス種類を新設	算定を行うためには、新たな提供サービスの届出が必要となる。



項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
10	32：認知症対応型共同生活介護 38：認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	「その他該当する体制等」欄の 「医療連携体制」  「1：対応不可」 「2：対応可」 を 「1：なし」 「2：加算Ⅰ」 「3：加算Ⅱ」 「4：加算Ⅲ」 に変更	既存届出内容が「2：対応可」で、新たな届出がない場合は「2：加算Ⅰ」とみなす。  <u>「3：加算Ⅱ」又は「4：加算Ⅲ」の算定を行うためには、新たな加算の届出が必要になる。</u>
11	43：居宅介護支援	「その他該当する体制等」欄の 「特定事業所加算Ⅳ」  「1：なし」 「2：あり」 を新設	なし。（平成31年4月から算定可能） ※異動年月日が平成30年4月1日から平成31年3月31日までは未設定とする。
12	51：介護福祉施設サービス	「施設等の区分」欄の 「2：小規模介護福祉施設」 「4：ユニット型小規模介護福祉施設」 を 「2：経過的小規模介護福祉施設」 「4：ユニット型経過的小規模介護福祉施設」 に変更	「施設等の区分」欄における既存届出内容が「2：小規模介護福祉施設」で、新たな届出がない場合は「2：経過的小規模介護福祉施設」とみなす。 「施設等の区分」欄における既存届出内容が「4：ユニット型小規模介護福祉施設」で、新たな届出がない場合は「4：ユニット型経過的小規模介護福祉施設」とみなす。

項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
13	51：介護福祉施設サービス 54：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	「その他該当する体制等」欄の 「障害者生活支援体制」及び「看取り 介護体制」  「1：なし」 「2：あり」 を 「1：なし」 「2：加算Ⅰ」 「3：加算Ⅱ」 に変更	既存届出内容が「2：あり」で、新たな届出がない場合は「2：加算Ⅰ」とみなす。  <u>「3：加算Ⅱ」の算定を行うためには、新たな加算の届出が必要になる。</u>
14	52：介護保健施設サービス	施設等の区分1と2の「その他該当する体制等」欄 「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」  「1：なし」 「2：あり」 を 「1：なし」 「2：加算Ⅰ」 「3：加算Ⅱ」 に変更	「3：加算Ⅱ」に該当する場合は、新たな加算の届出が必要となる。 (注)「2：加算Ⅰ」については、要件の見直しを踏まえ、新しい要件に即して届出を行うよう留意が必要。
15	61：介護予防訪問介護 65：介護予防通所介護	廃止	なし。
16	72：認知症対応型通所介護 74：介護予防認知症対応型通所介護	「施設等の区分」欄の 「3：グループホーム等活用型」 を 「3：共用型」 に変更	「施設等の区分」欄における既存届出内容が「3：グループホーム等活用型」で、新たな届出がない場合は「3：共用型」とみなす。
17	77：複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） 79：複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）	「施設等の区分」欄の 「1：看護小規模多機能型居宅介護事業所」 「2：サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所」 を新設	<u>従来の届出内容に関わらず、算定を行うためには、新たな施設等の区分の届出が必要となる。</u>

項番	サービス種類	変更点	既存事業所の取扱い
18	77:複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	「その他該当する体制等」欄の 「訪問看護体制強化加算」 「1:なし」 「2:あり」 を 「看護体制強化加算」 「1:なし」 「3:加算Ⅰ」 「2:加算Ⅱ」 に変更	既存届出内容が「2:あり」で、新たな届出がない場合は「2:加算Ⅱ」とみなす。  「3:加算Ⅰ」の算定を行うためには、 <u>新たな加算の届出が必要になる。</u>

(別記①) 共生型サービスの提供に係る届出の取扱いについて

I-資料6

通所介護及び地域密着型通所介護における共生型サービスの提供に係る届出については以下の表のとおり、共生型サービスの提供が一つでも「2 あり」として届け出ている場合について、中重度者ケア体制加算及び認知症加算は必ず「1 なし」として届け出ること留意すること。

例	事業所番号	体制等状況の届出内容					
		共生型サービスの提供				中重度者ケア体制加算	認知症加算
生活介護事業所	自立訓練事業所	児童発達支援事業所	放課後等デイサービス事業所				
1	○○○○○○○	2 あり	1 なし	1 なし	1 なし	1 なし	1 なし
2	×××××××	1 なし	2 あり	1 なし	1 なし	1 なし	1 なし
3	△△△△△△	1 なし	1 なし	2 あり	1 なし	1 なし	1 なし
4	□□□□□□	1 なし	1 なし	1 なし	2 あり	1 なし	1 なし

短期入所生活介護における共生型サービスの提供に係る届出については以下の表のとおり、共生型サービスの提供が「2 あり」として届け出ている場合について、夜勤職員配置加算及び介護ロボットの導入は必ず「1 なし」として届け出ること留意すること。

例	事業所番号	体制等状況の届出内容		
		共生型サービスの提供 短期入所事業所	夜勤職員配置加算	介護ロボットの導入
1	○○○○○○○	2 あり	1 なし	1 なし

(別記②) 複合型サービスのサテライト体制の届出に係る取扱いについて

複合型サービスにおけるサテライト体制の届出については以下の表のとおり、本体事業所とサテライト事業所のどちらか一方でも訪問看護体制減算が「2 あり」として届け出ている場合について、サテライト体制は必ず「2 減算型」として届け出ること留意すること。

例	事業所番号	指定番号	事業所の体系	体制等状況の届出内容	
				訪問看護体制減算	サテライト体制
1	○○○○○○○	01	本体事業所	2 あり	2 減算型
		02	サテライト事業所	2 あり	2 減算型
2	×××××××	01	本体事業所	2 あり	2 減算型
		02	サテライト事業所	1 なし	2 減算型
3	△△△△△△	01	本体事業所	1 なし	2 減算型
		02	サテライト事業所	2 あり	2 減算型
4	□□□□□□	01	本体事業所	1 なし	1 基準型
		02	サテライト事業所	1 なし	1 基準型

※サテライト事業所が2事業所ある(指定番号が03まで存在する)場合も取扱いは同様となる。

### 3 条例の改正等について

- (1) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「基準省令」という。）等については、今般の制度改正等に伴い、一部改正された。

これを踏まえ、条例で定める各種基準について、基準省令の改正内容に準じて、所要の改正を行うこととしている。

なお、主な改正内容については、各サービス資料を参照のこと。

- (2) 平成30年4月1日から「介護医療院」が新たな施設サービスとして創設されることに伴い、介護医療院の各種基準を定める条例を制定することとしている。

条例で定める基準の内容は、以下の独自の基準を除き、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年厚生労働省令第5号）に準じて規定することとしている。

#### (独自の基準)

熊本県	熊本市
① 外部評価等によるサービスの質の向上	① 暴力団員等の排除
② 食事の提供における地産地消の推進	② 外部評価等によるサービスの質の向上
③ 食育の推進	③ 身体的拘束等の報告
④ 非常災害時の対応	④ 記録の整備(保存年限を2年→5年)
⑤ 地域福祉の推進	
⑥ 記録の整備(保存年限を2年→5年)	
⑦ 暴力団員等の排除	

- (3) 平成30年4月1日から、指定居宅介護支援事業者の指定等を市町村が実施するものとする改正に伴い、指定居宅介護支援の各種基準を定める県の条例（熊本県指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（平成26年熊本県条例第56号））を廃止することとしている。

※平成30年4月1日以降は、各市町村が条例で定める各種基準が適用される。

※熊本市内の指定居宅介護支援事業者には、引き続き熊本市が条例で定める各種基準が適用される。

## 4 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直しについて

介護保険を持続可能な制度とするため、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。

施行日：平成30年8月1日

4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し																																		
見直し内容																																		
世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】																																		
【利用者負担割合】		【対象者数】																																
	負担割合	3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)																																
年金収入等 340万円以上 (※1)	2割 ⇒ 3割	<p>現行制度の2割負担者：45万人</p> <p>受給者全体：496万人</p> <p>(単位:万人)</p>																																
年金収入等 280万円以上 (※2)	2割																																	
年金収入等 280万円未満	1割																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>在宅サービス</th> <th>施設・居住系</th> <th>特養</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受給者数(実績)</td> <td>360</td> <td>136</td> <td>56</td> <td>496</td> </tr> <tr> <td>3割負担(推計)</td> <td>約13</td> <td>約4</td> <td>約1</td> <td>約16</td> </tr> <tr> <td>うち負担増(対受給者数)</td> <td>約11 (3%)</td> <td>約1 (1%)</td> <td>約0.0 (0.0%)</td> <td>約12 (3%)</td> </tr> <tr> <td>2割負担(実績)</td> <td>35</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>1割負担(実績)</td> <td>325</td> <td>126</td> <td>54</td> <td>451</td> </tr> </tbody> </table>				在宅サービス	施設・居住系	特養	合計	受給者数(実績)	360	136	56	496	3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16	うち負担増(対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)	2割負担(実績)	35	10	2	45	1割負担(実績)	325	126	54	451
	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計																														
受給者数(実績)	360	136	56	496																														
3割負担(推計)	約13	約4	約1	約16																														
うち負担増(対受給者数)	約11 (3%)	約1 (1%)	約0.0 (0.0%)	約12 (3%)																														
2割負担(実績)	35	10	2	45																														
1割負担(実績)	325	126	54	451																														
<p>※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)</p> <p>※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。</p>																																		
<p>※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当</p> <p>※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当</p>																																		

平成29年7月3日 全国介護保険担当課長会議資料

## 5 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直しについて

### (1) 見直しの趣旨

現行の介護保険制度では、他市町村から介護保険の適用除外施設に入所した者が、その後退所して、介護保険施設等の住所地特例対象施設に移った場合、適用除外施設が所在する市町村が保険者となるため、従来費用負担をしていた市町村等ではなく、適用除外施設の所在市町村がその費用を負担している。

今般の見直しは、適用除外施設から退所して、住所地特例対象施設に入所した者について、適用除外施設の所在する市町村の介護給付費が過度に重くならないよう、保険者の定め方を見直すもの。

### (2) 対象施設及び見直し後の保険者

見直しの対象となる適用除外施設は以下のとおり。

- ① 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する指定障害者支援施設（支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて入所している身体、知的及び精神障害者に係るものに限る。）
- ② 障害者支援施設（生活介護を行うものであって、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の規定により入所している身体障害者又は知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）の規定により入所している知的障害者に係るものに限る。）
- ③ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法（平成14年法律第167号）の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
- ④ 生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する救護施設

上記①から③までの施設については、これらの施設に入所する際に支給決定や措置を行った市町村を保険者とし、④の施設については以下のとおり保険者を定めることとする。

	保護の実施機関等			救護施設の所在地 ※見直し前の住所地特例による保険者	介護保険施設等の所在地	見直し後の住所地特例による保険者
	被保護者（※）の救護施設入所前の居住地	保護の実施機関	保護の費用の負担者			
ケース①	A県a市	A県a市	A県a市	B県b市	C県c市	A県a市 (実施者)
ケース②	A県d村	A県	A県	B県b市	C県c市	A県d村 (居住地)
ケース③	不明 or 無し	A県a市	A県	B県b市	C県c市	A県a市 (実施者)

ケース①：救護施設入所前の居住地が市、特別区又は福祉事務所設置町村である場合

ケース②：救護施設入所前の居住地が福祉事務所を設置していない町村である場合

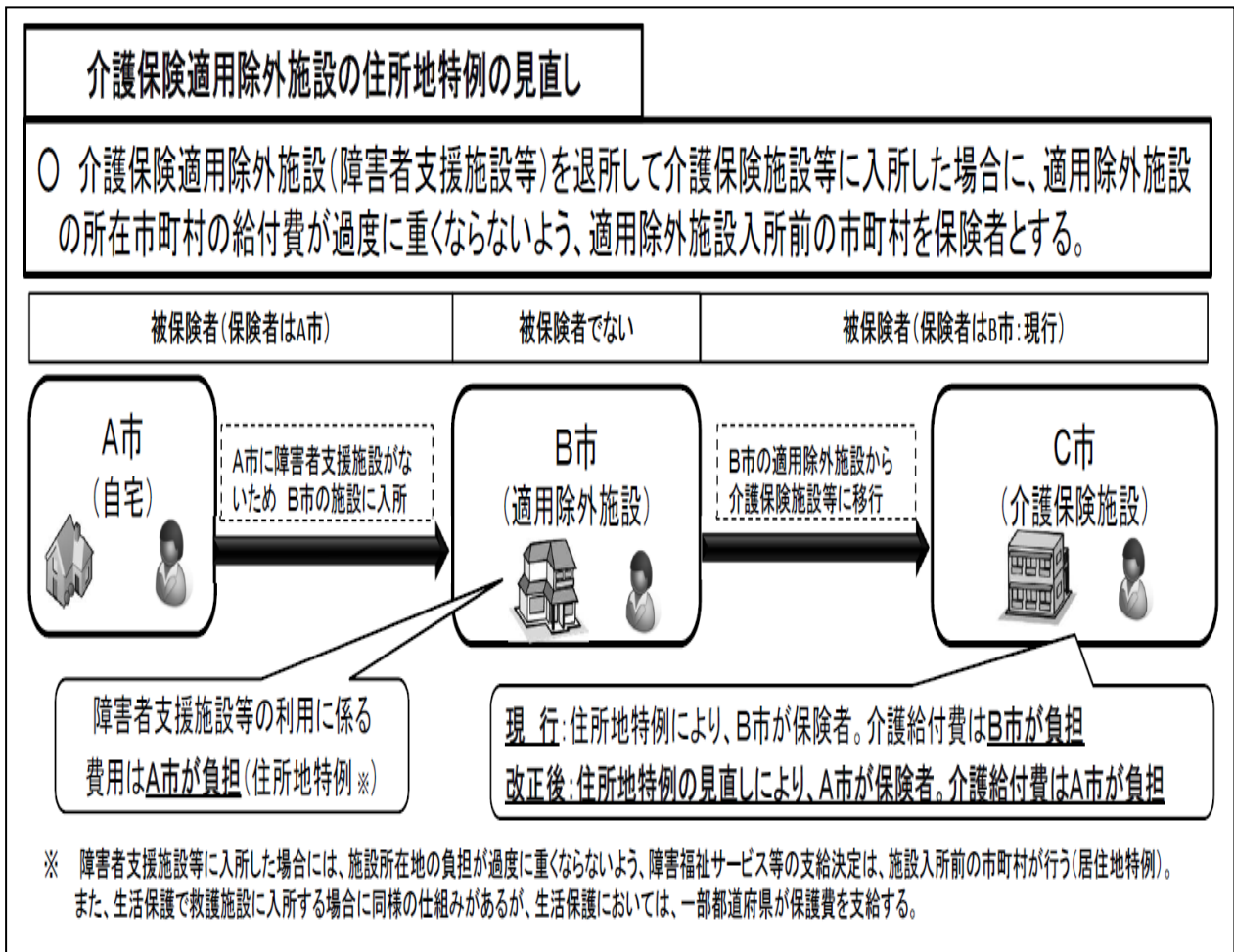
ケース③：救護施設入所前の要保護者の居住地が不明又は明らかでなく、A県a市で保護された場合

※ 「生活保護法による保護の実施要領について」（昭和38年4月1日社発第246号厚生省社会局長通知）第10-2-(6)において被保護者とみなされた者を含む。

(3) 適用時期

平成30年4月1日以降に適用除外施設から介護保険施設等に入所等を行った者から適用（平成30年3月31日以前に適用除外施設から住所地特例対象施設に入所等をし、平成30年4月1日以降も引き続き当該住所地特例対象施設に入所等をしている者については保険者の変更なし）

※具体的な運用については、介護保険最新情報 Vol. 620（平成30年2月2日）「介護保険適用除外施設における住所地特例の見直し of 具体的な運用について」を参照すること。

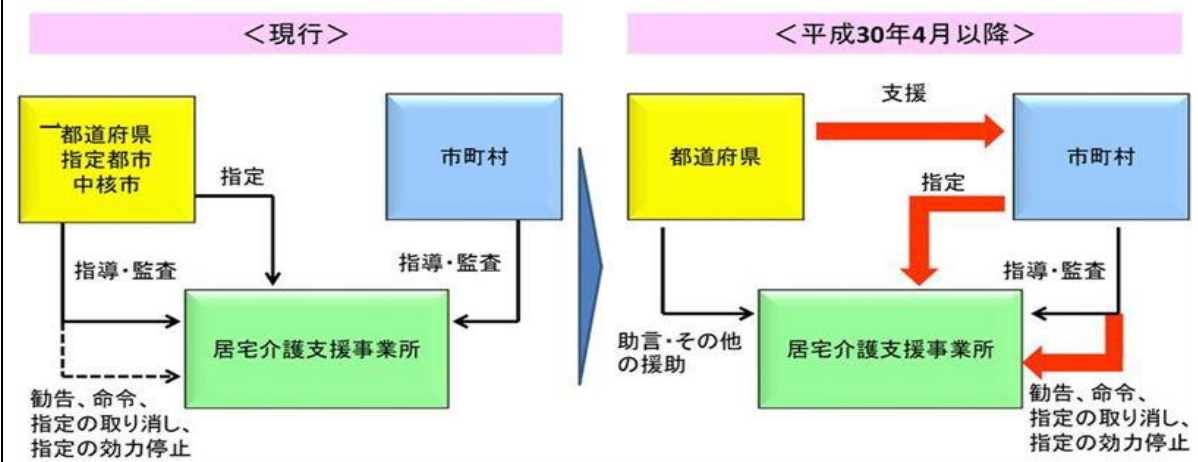


## 6 居宅介護支援事業所の権限移譲について

### 概要

保険者機能の強化という観点から、市区町村による介護支援専門員の支援を充実することを目的として、平成30年4月1日から居宅介護支援事業者の指定権限が都道府県から市町村に移譲されます。

- 事業所所在地の市町村以外の被保険者への居宅介護支援サービスの提供は引き続き可能です。
- 事業者の指定や各種届出の受付は、事業所所在地の市町村が行います。
- 現在、人員及び運営に関する基準は県の条例で定められていますが、平成30年度からは、市町村が定める条例に従い居宅介護支援事業を行うことになります。



### 各種手続きについて

指定権限の移行に伴い、以下のとおり変更となります。提出先にご注意ください。

内容	時期	提出先
新規指定申請	平成30年4月1日指定	県（締切済み）
	平成30年4月2日指定以降 ※1	市町村 （申請受理は平成30年4月1日以降）
指定更新申請	更新日が平成30年4月1日まで	県
	更新日が平成30年4月2日以降	市町村
変更届 ※2	平成30年3月31日までの提出（必着）	県
	平成30年4月1日以降の提出	市町村
休止届・廃止届 （休止・廃止の1か月前まで）	平成30年3月31日までの提出（必着） ※3	県
	平成30年4月1日以降の提出	市町村
体制届	平成30年3月提出	県
	平成30年4月提出	市町村
特定事業所集中減算	平成29年度後期分（平成30年4月1日適用）	県 （平成30年3月15日必着）
	平成30年度前期分以降（平成30年10月1日以降適用）	市町村

※1 平成30年4月2日以降に指定を受ける場合は、指定申請書を市町村へ提出することとなりますが、4月中に指定申請を予定されている場合、申請書の受理は平成30年4月1日以降となり、審査期間が大変短くなってしまいますので、必ず早めに事業所開設予定の市町村の担当窓口にご相談ください。

※2 平成30年4月1日以降、事業所所在地の市町村から別の市町村へ移転する場合は、移転元の市町村に廃止届を提出するとともに、移転先の市町村に新規申請をする必要があります。事業所を移転しようとする場合は、必ず事業所所在地の市町村や移転先の市町村と事前協議を行ってください。

※3 平成30年4月30日までに休止・廃止する事業所が対象となりますが、平成30年4月1日以降に休止・廃止を決定した場合は、事業所所在地の市町村へ届け出てください。



## 7 介護サービス事業所関係ホームページについて

熊本県では、介護サービス事業に係る様々な行政手続の方法や必要な様式などを一元的に集約してホームページに掲載しています。まだ、お気に入り登録をされていない事業者の皆様は、下記のアドレスにアクセスしてお気に入り登録をした上で、定期的に情報をチェックし、活用をお願いします。

[http://www.pref.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c\\_id=3&class\\_set\\_id=1&class\\_id=1230](http://www.pref.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=3&class_set_id=1&class_id=1230)

※下記がホームページ画面の一部です。

今後、制度改正に伴う国からの通知等の最新情報は新着情報に掲載されますので、随時ご確認ください。

平成30年度介護報酬改定関係

集団指導関係

質問票は、こちら

新規指定申請・変更届・体制届等の様式はここに掲載しています。

熊本市の介護サービス事業関係ホームページを確認される方はこちらのアドレスへ。  
 (熊本市 HP>分類から探す>しごと・産業・事業者向け>届出・法令・証明・規制>介護・福祉)

[http://www.city.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c\\_id=5&class\\_set\\_id=2&class](http://www.city.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=5&class_set_id=2&class)

## 8 参考資料

# 平成30年度介護報酬改定の主な事項について

本資料は改定の主な事項をお示しするものであり、算定要件等は主なものを掲載しています。詳細については、関連の告示等を御確認ください。

## 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られる体制を整備

#### 【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専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

### IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

#### 【主な事項】

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

I-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

2

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）

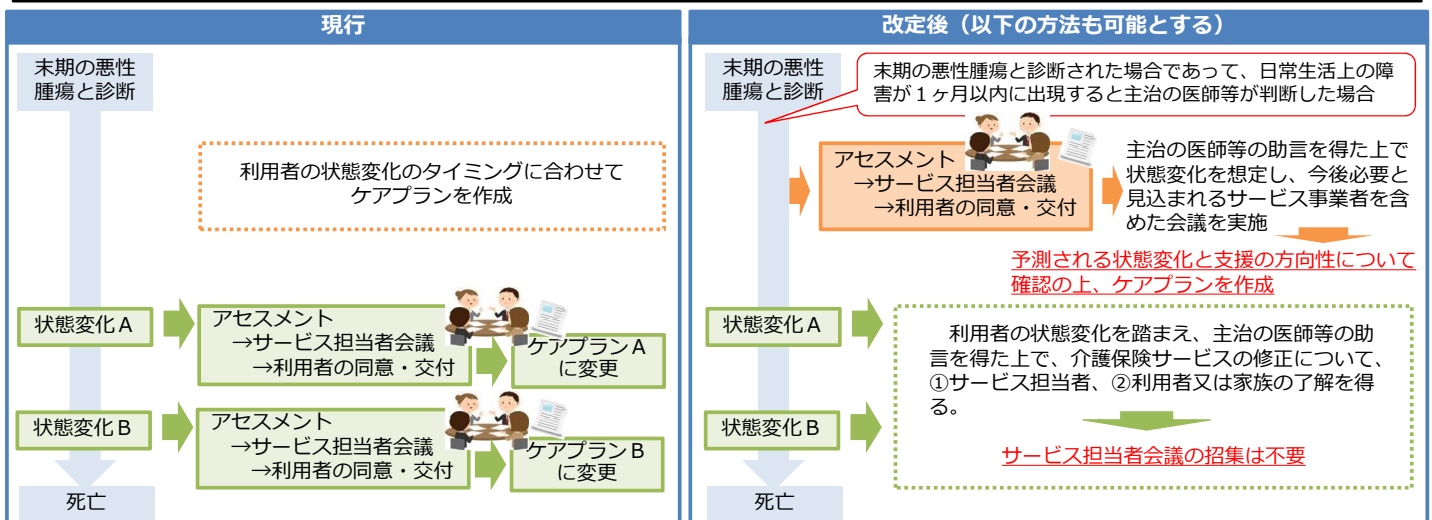
○ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

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)**



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

3

## 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

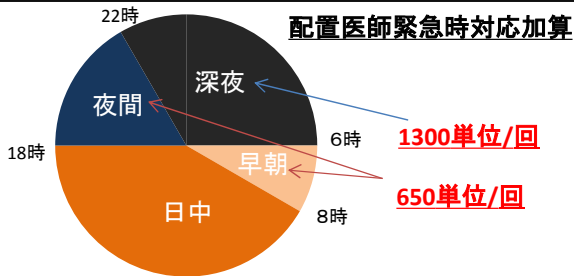
<改定後>

看取り介護加算（Ⅰ）

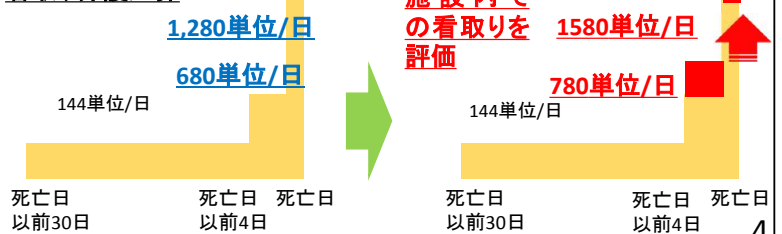
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日  
死亡日の前日又は前々日 680単位/日  
死亡日 1280単位/日

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



看取り介護加算



## 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。

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位/月  
・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供  
入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位/月  
・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位/月  
・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）  
入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位/月  
・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

<現行>退院・退所加算

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

<改定後>退院・退所加算

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

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

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位/月（新設）

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

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

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

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。

6

## I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その3）

○ 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。

### 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

○ 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。

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

#### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

#### 介護保険 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  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

7

## 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。

### 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	-	-	-

- ※ 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

8

## 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。

9

## 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、国や自治体が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)

10

## 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> 110単位/月 → <改定後> 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)

11



## 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

12

## 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<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅰ) 60単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅱ) 150単位/月

<改定案>

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅰ) 230単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅱ) 280単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅲ) 320単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅳ) 420単位/月

**通所リハビリテーション**

<現行>

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅰ) 230単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>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<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅰ) 330単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅱ) 6月以内 850単位/月

6月以降 530単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>ント加算(Ⅲ) 6月以内 1120単位/月

6月以降 800単位/月

リハ<sup>レ</sup>リ<sup>テ</sup>ションマ<sup>ネ</sup>ジ<sup>メ</sup>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）**

13

## 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)  $\geq 0.7$  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か月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率)

事業所評価加算 120単位/月 (新設)

14

## 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。

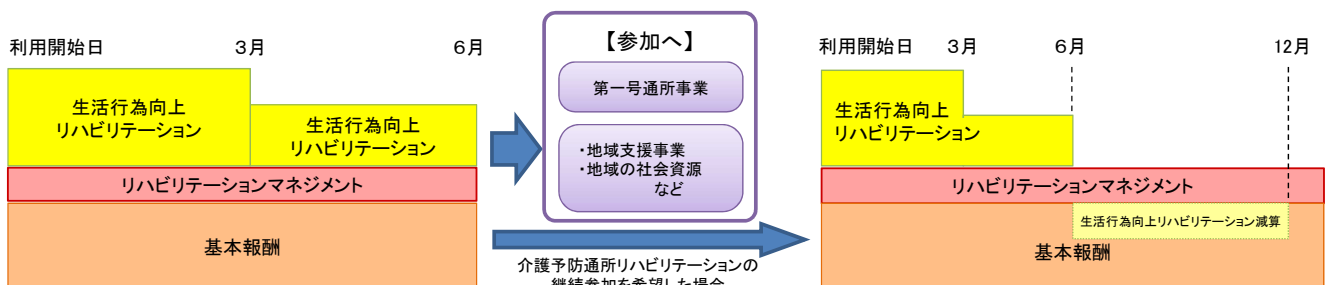
### 通所リハビリテーション

- 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 900単位/月 (新設)  
3月超、6月以内 450単位/月 (新設)

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

【介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



15

## 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

<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

16

## 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2）

○ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

### 訪問介護

【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

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

【身体介護と生活援助の報酬】

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

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

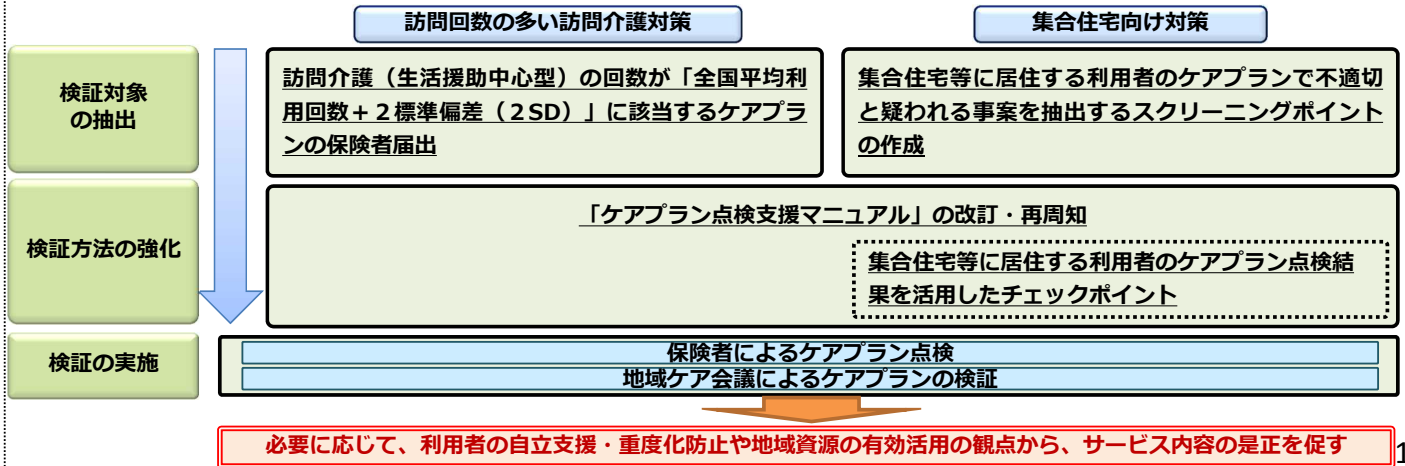
## Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その3）

- 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。 ※「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

### 訪問介護、居宅介護支援

- 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

### 【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



18

## 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)

19

## 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)

20

## II - ⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

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

### 各種の施設系サービス、居住系サービス

- 身体拘束廃止未実施減算について、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率を見直す。

身体拘束廃止未実施減算      <現行>      5単位/日減算            <改定後> (※居住系サービスは「新設」)      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。

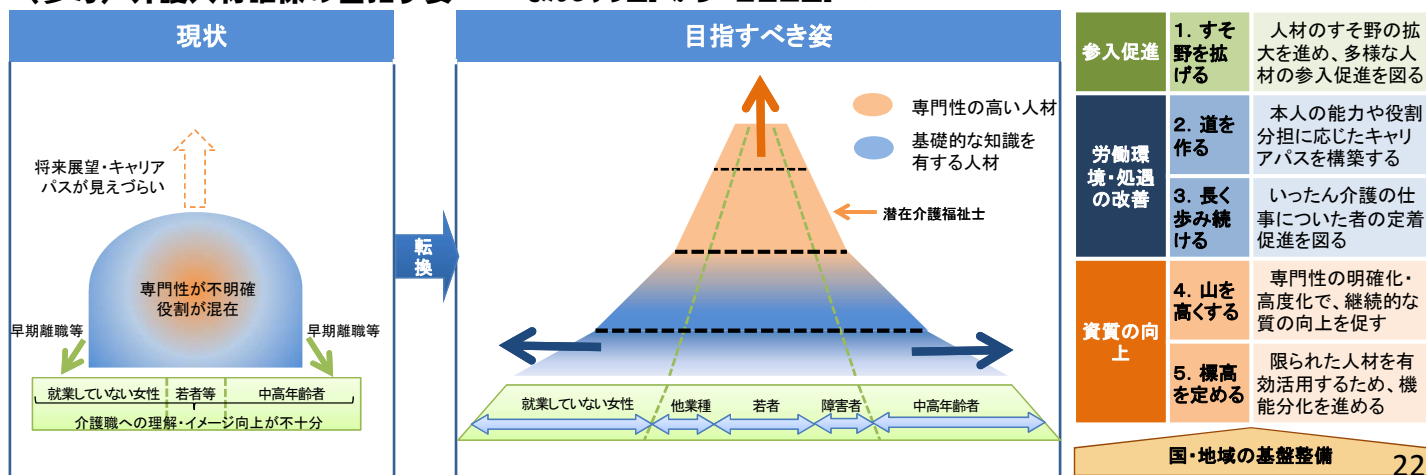
### Ⅲ－① 生活援助の担い手の拡大

○ 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～



### 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	見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件
<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>

### 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。

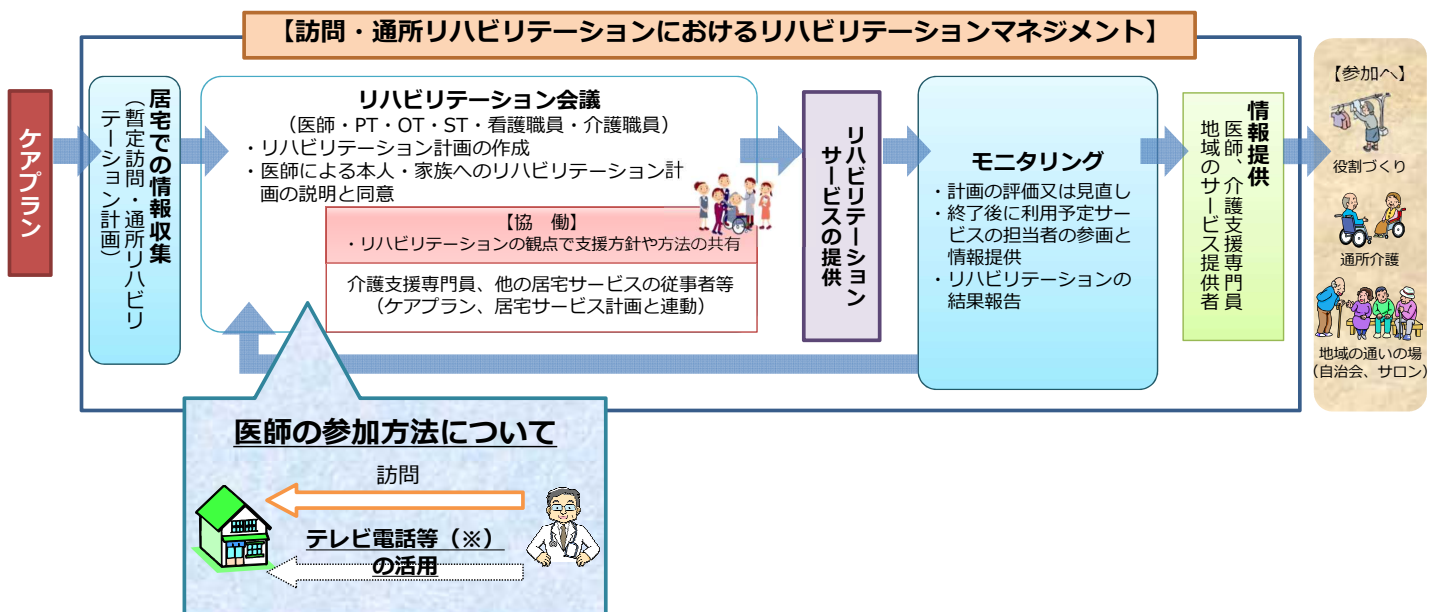
24

### 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。



25

### 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。
  - ・ 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格＋1標準偏差（1SD）」を上限とする。
  - ・ 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
  - ・ 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
  - ・ 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
 なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。
- 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。
  - ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること。
  - ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること。
  - ・ 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付すること。



Ⅳ－② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等（その1）

- 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物について、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合、減算幅を見直す。
- 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

各種の訪問系サービス

- 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について建物の範囲等を見直すとともに、一定の要件を満たす場合の減算幅を見直す。

[訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション]

< 現行 >

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

< 改定後 >

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

[定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

< 現行 >

減算等の内容	算定要件
600単位/月減算	・事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者

< 改定後 >

減算等の内容	算定要件
①600単位/月減算 ②900単位/月減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

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

Ⅳ－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

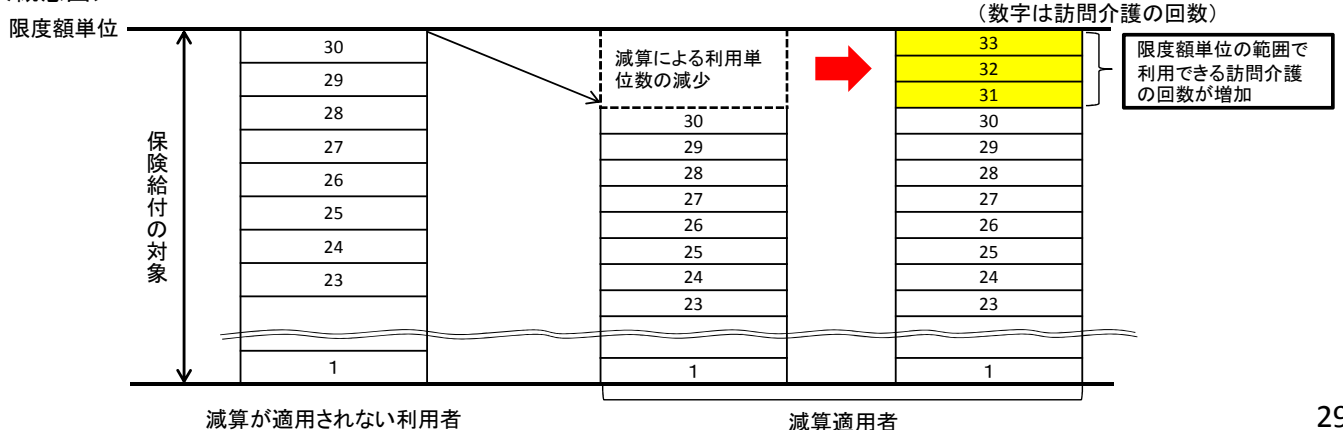
- 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(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。

<p>&lt;現行&gt;</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">訪問看護</td> <td style="width: 30%;">302単位/回</td> </tr> <tr> <td>介護予防訪問看護</td> <td>302単位/回</td> </tr> </table>	訪問看護	302単位/回	介護予防訪問看護	302単位/回	➡	<p>&lt;改定後&gt;</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">訪問看護</td> <td style="width: 30%;">296単位/回</td> </tr> <tr> <td>介護予防訪問看護</td> <td>286単位/回</td> </tr> </table>	訪問看護	296単位/回	介護予防訪問看護	286単位/回
訪問看護	302単位/回									
介護予防訪問看護	302単位/回									
訪問看護	296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。

<p>&lt;現行&gt; 訪問看護及び介護予防訪問看護</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">訪問看護ステーション</th> <th style="width: 25%;">病院又は診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20分未満</td> <td>310単位/回</td> <td>262単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分未満</td> <td>463単位/回</td> <td>392単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分以上</td> <td>814単位/回</td> <td>567単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間未満</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1時間以上</td> <td>1117単位/回</td> <td>835単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間30分未満</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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	30分未満	463単位/回	392単位/回	30分以上	814単位/回	567単位/回	1時間未満			1時間以上	1117単位/回	835単位/回	1時間30分未満			➡	<p>&lt;改定後&gt; 訪問看護</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">訪問看護ステーション</th> <th style="width: 25%;">病院又は診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20分未満</td> <td>311単位/回</td> <td>263単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分未満</td> <td>467単位/回</td> <td>396単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分以上</td> <td>816単位/回</td> <td>569単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間未満</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1時間以上</td> <td>1118単位/回</td> <td>836単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間30分未満</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>&lt;改定後&gt; 介護予防訪問看護</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">訪問看護ステーション</th> <th style="width: 25%;">病院又は診療所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20分未満</td> <td>300単位/回</td> <td>253単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分未満</td> <td>448単位/回</td> <td>379単位/回</td> </tr> <tr> <td>30分以上</td> <td>787単位/回</td> <td>548単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間未満</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1時間以上</td> <td>1080単位/回</td> <td>807単位/回</td> </tr> <tr> <td>1時間30分未満</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		訪問看護ステーション	病院又は診療所	20分未満	311単位/回	263単位/回	30分未満	467単位/回	396単位/回	30分以上	816単位/回	569単位/回	1時間未満			1時間以上	1118単位/回	836単位/回	1時間30分未満				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	30分未満	448単位/回	379単位/回	30分以上	787単位/回	548単位/回	1時間未満			1時間以上	1080単位/回	807単位/回	1時間30分未満		
	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																																																															
30分未満	463単位/回	392単位/回																																																															
30分以上	814単位/回	567単位/回																																																															
1時間未満																																																																	
1時間以上	1117単位/回	835単位/回																																																															
1時間30分未満																																																																	
	訪問看護ステーション	病院又は診療所																																																															
20分未満	311単位/回	263単位/回																																																															
30分未満	467単位/回	396単位/回																																																															
30分以上	816単位/回	569単位/回																																																															
1時間未満																																																																	
1時間以上	1118単位/回	836単位/回																																																															
1時間30分未満																																																																	
	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																																																															
30分未満	448単位/回	379単位/回																																																															
30分以上	787単位/回	548単位/回																																																															
1時間未満																																																																	
1時間以上	1080単位/回	807単位/回																																																															
1時間30分未満																																																																	

30

## 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

<p>&lt;現行&gt;</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">地域密着型</td> <td style="width: 30%;">7時間以上9時間未満</td> <td style="width: 50%;">735単位/日</td> </tr> <tr> <td>通常規模型</td> <td>7時間以上9時間未満</td> <td>656単位/日</td> </tr> <tr> <td>大規模型(Ⅰ)</td> <td>7時間以上9時間未満</td> <td>645単位/日</td> </tr> <tr> <td>大規模型(Ⅱ)</td> <td>7時間以上9時間未満</td> <td>628単位/日</td> </tr> </table>	地域密着型	7時間以上9時間未満	735単位/日	通常規模型	7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	大規模型(Ⅱ)	7時間以上9時間未満	628単位/日	➡	<p>&lt;改定後&gt;</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">7時間以上8時間未満</td> <td style="width: 30%;">735単位/日</td> </tr> <tr> <td>8時間以上9時間未満</td> <td>764単位/日</td> </tr> <tr> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>645単位/日</td> </tr> <tr> <td>8時間以上9時間未満</td> <td>656単位/日</td> </tr> <tr> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>617単位/日</td> </tr> <tr> <td>8時間以上9時間未満</td> <td>634単位/日</td> </tr> <tr> <td>7時間以上8時間未満</td> <td>595単位/日</td> </tr> <tr> <td>8時間以上9時間未満</td> <td>611単位/日</td> </tr> </table>	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	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	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	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
地域密着型	7時間以上9時間未満	735単位/日																												
通常規模型	7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																												
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	735単位/日																													
8時間以上9時間未満	764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																													
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																													
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

32

### 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%

33