

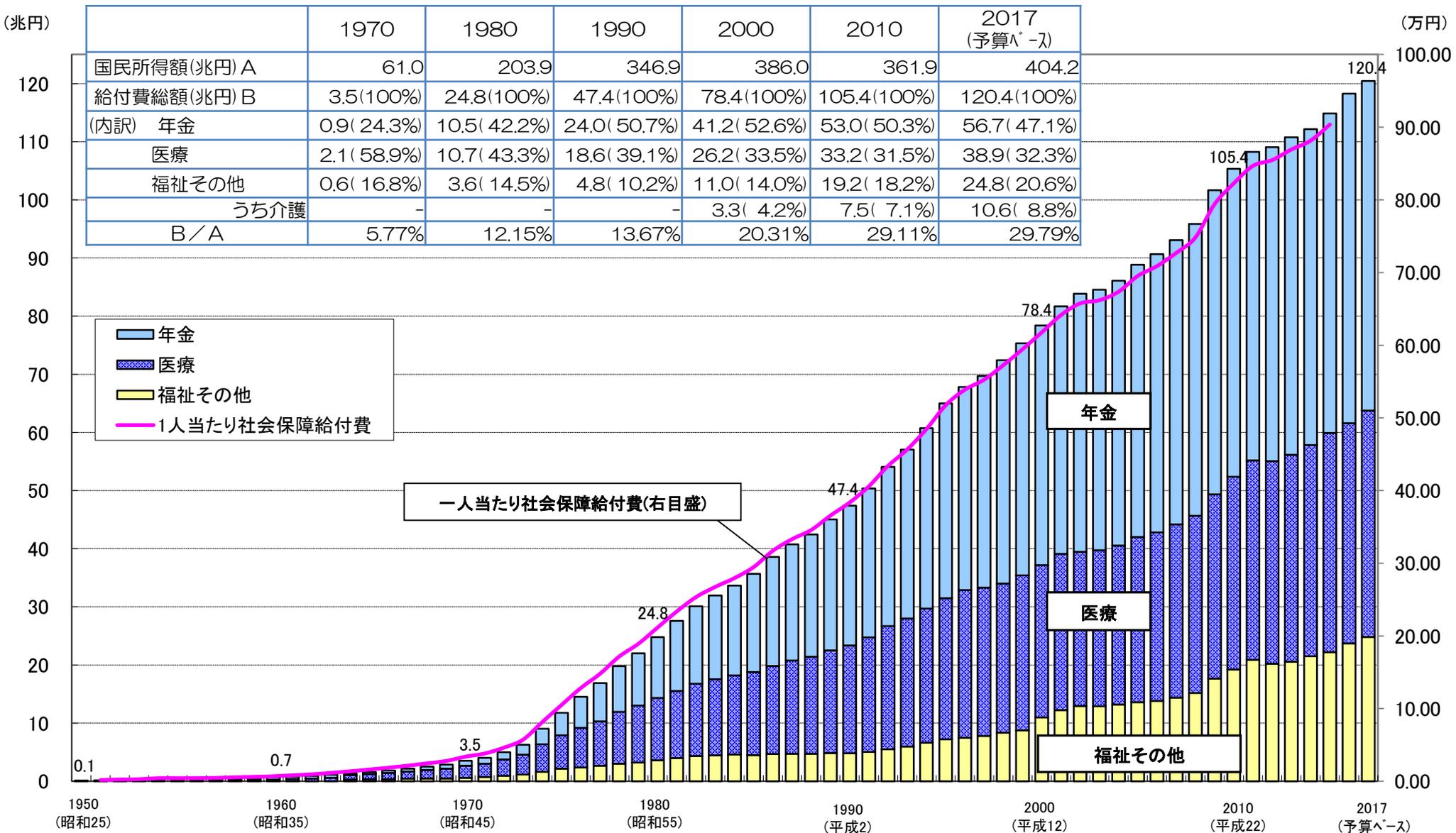
# 地域包括ケアシステムに向けた同時改定 (介護保険を中心に)

厚生労働省老健局老人保健課

井口 豪

# 1. 介護保険をとりまく状況

# 社会保障給付費の推移



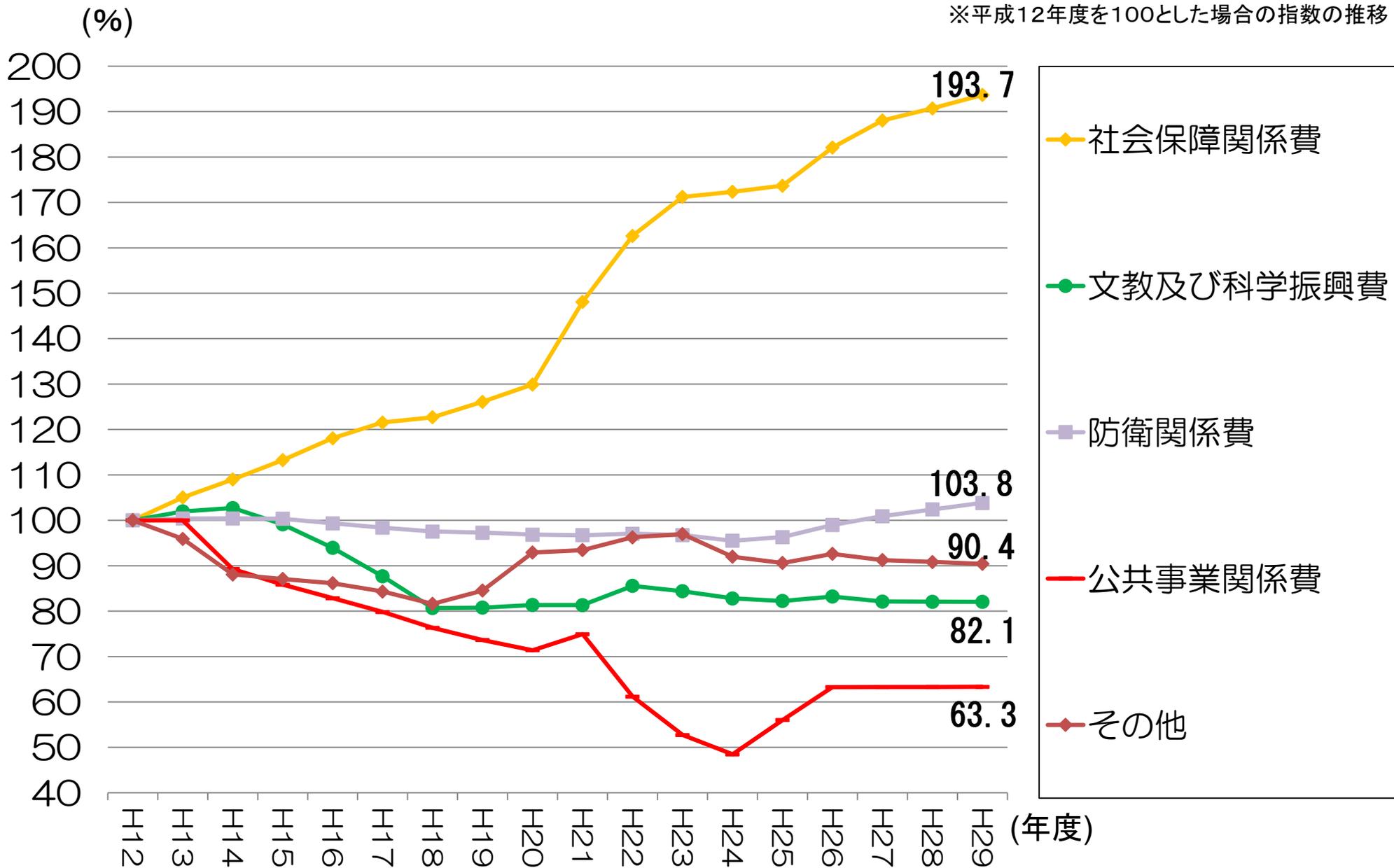
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」

(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 一般歳出に占める項目別 指数推移(平成12年度～平成29年度)

※平成12年度を100とした場合の指数の推移



# 介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。  
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画		給付(総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ▲0.5%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +3.0%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度				10.4兆円		
2017年度				10.8兆円		
2020年度					6,771円(全国平均)	
2025年度					8,165円(全国平均)	

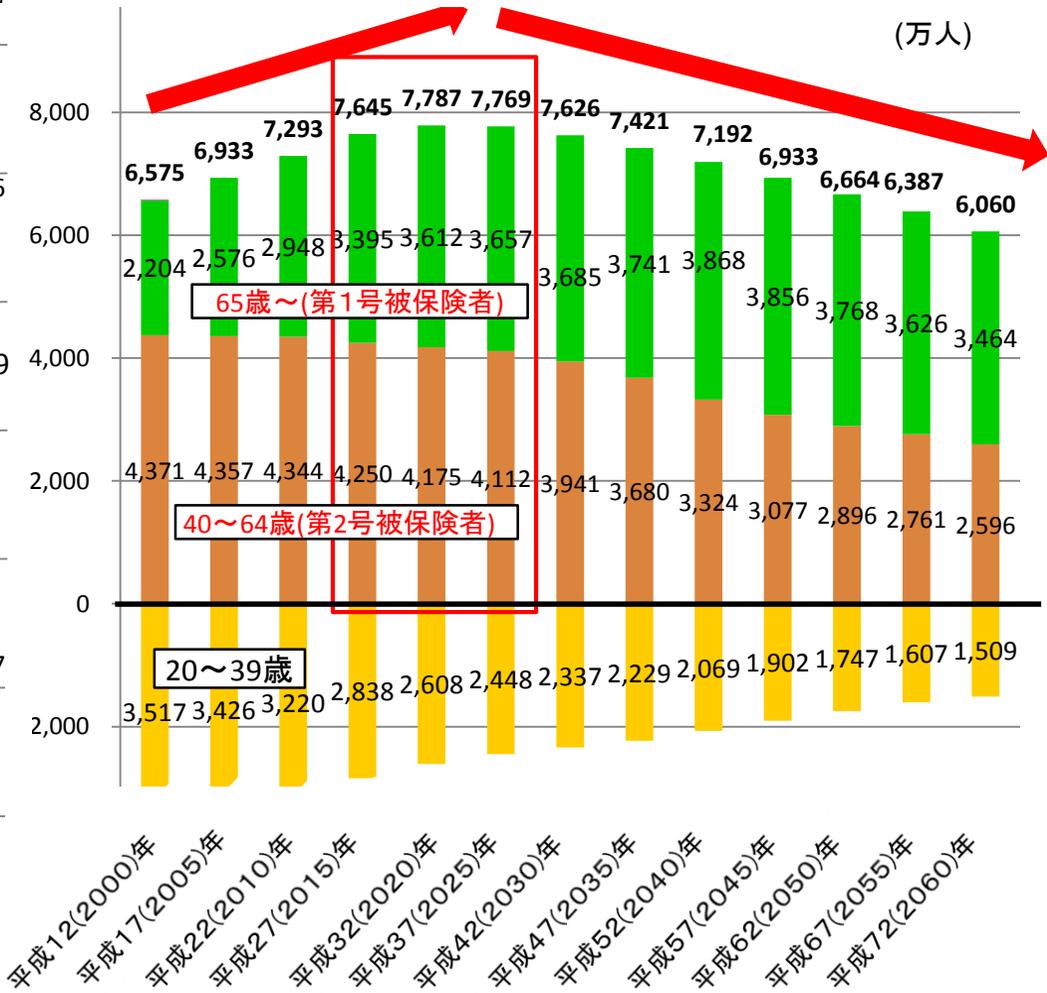
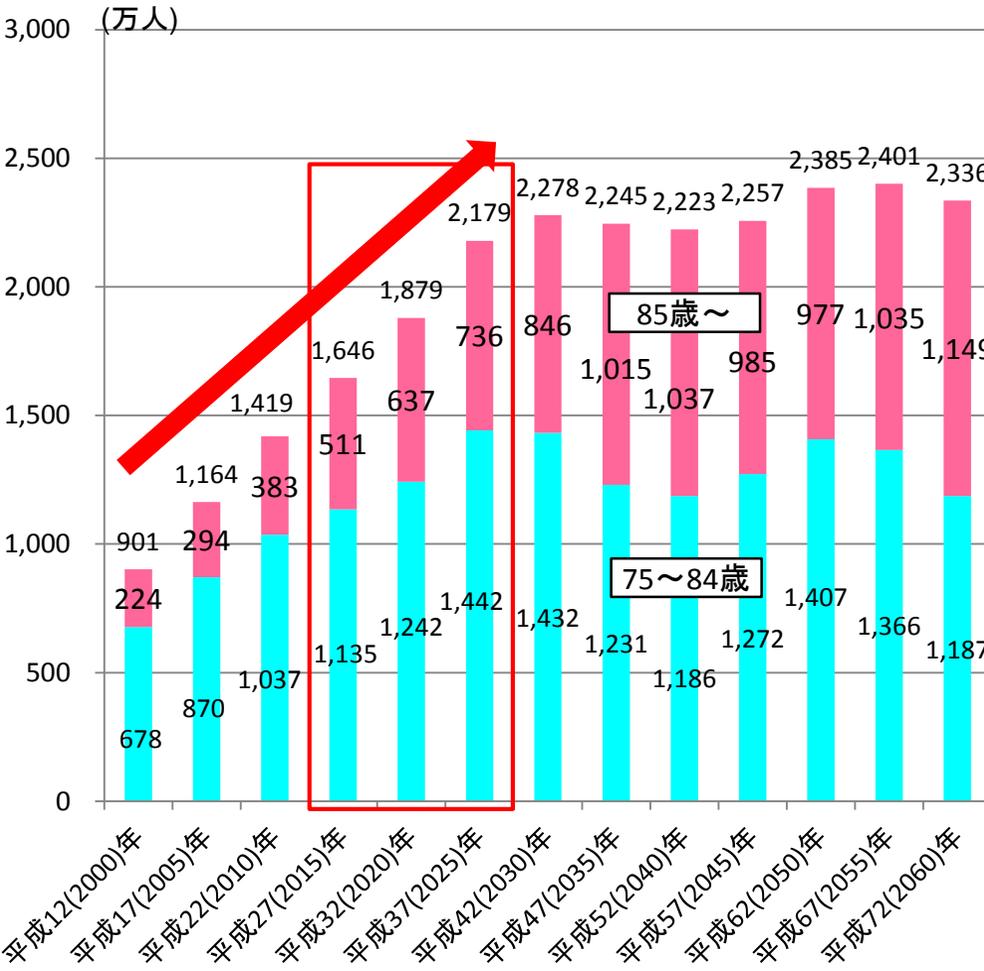
※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。  
 ※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

# 要介護度が高くなる75歳以上人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

# 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 介護費の伸び率の要因分解

○ この10年間で、介護費は年平均5%強で増加。そのうち高齢化による伸びは4~5%程度。

	平成18 (2006)	平成19 (2007)	平成20 (2008)	平成21 (2009)	平成22 (2010)	平成23 (2011)	平成24 (2012)	平成25 (2013)	平成26 (2014)	平成27 (2015)
介護費の伸び率	-0.2%	4.9%	4.2%	7.3%	4.8%	5.4%	6.5%	4.6%	4.6%	2.3%
うち高齢化の影響	4.9%	4.8%	4.3%	4.3%	3.2%	4.2%	4.2%	3.9%	3.8%	2.9%
うち高齢化の影響以外	-4.9%	0.1%	-0.2%	2.9%	1.6%	1.2%	2.1%	0.7%	0.8%	-0.6%
うち介護報酬改定	-1.45%	-	-	3.0%	-	-	1.2%	-	0.63%	-2.27%
うち介護報酬改定以外	-3.5%	0.1%	-0.2%	-0.1%	1.6%	1.2%	0.9%	0.7%	0.1%	1.8%

10年間

↓  
5.4%増

高齢化

↓  
4.9%増

【資料】 介護給付費実態調査(厚生労働省)、国勢調査、人口推計10月1日現在人口(総務省)

(注1) 介護費には、償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修費等)及び地域支援事業に係る費用は含まれていない。

(注2) 平成18年4月の介護報酬改定は▲0.5% [平成17年10月改定分を含めると▲2.4%] であり、平成17年10月改定分は平成18年度前半まで影響することから、平成18年度の介護報酬改定の影響を平成18年4月改定分(▲0.5) + 平成17年10月改定分の半年分の影響((▲2.4 - ▲0.5) / 2)とした。

(注3) 高齢化に起因する伸びは、前年度の利用状況を基に人口の違いによる影響を推計したものである。したがって、“高齢化以外のその他”に下記が含まれることに留意が必要

- ・ 施策の影響(制度改正等の影響)
- ・ 施設給付の見直し(平成17年10月)
- ・ 新しい予防給付の導入、地域密着型サービスの創設(平成18年4月) ※新予防給付導入による経過措置は平成20年度末まで
- ・ 定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設(平成24年4月)
- ・ 家族形態の変化(高齢単身世帯の増加等)に伴うサービス利用構造の変化等
- ・ 医療から介護への流れに伴う介護ニーズの増等

# 介護保険サービス種類別の状況

サービス種類		介護費		受給者数		事業所数
在宅	訪問介護	5.1兆円	0.9兆円	359万人	134万人	3.3万事業所
	訪問看護		0.2兆円		41万人	1.0万事業所
	通所介護		1.7兆円		190万人	4.3万事業所
	通所リハビリテーション		0.5兆円		56万人	0.8万事業所
	短期入所		0.5兆円		37万人	1.4万事業所
	福祉用具貸与		0.3兆円		187万人	0.7万事業所
	居宅介護支援		0.5兆円		349万人	4.4万事業所
	その他		0.6兆円		—	—
居住系	認知症対応型共同生活介護	1.1兆円	0.6兆円	40万人	19万人	1.3万事業所
	特定施設入居者生活介護		0.5兆円		21万人	0.5万事業所
施設	介護老人福祉施設	3.6兆円	2.0兆円	97万人	56万人	1.0万事業所
	介護老人保健施設		1.3兆円		35万人	0.4万事業所
	介護療養型医療施設		0.3兆円		6万人	0.1万事業所
全体			9.8兆円		496万人	20.5万事業所

平成27年度(年額)

平成28年4月分

平成28年4月分

## 【出典】

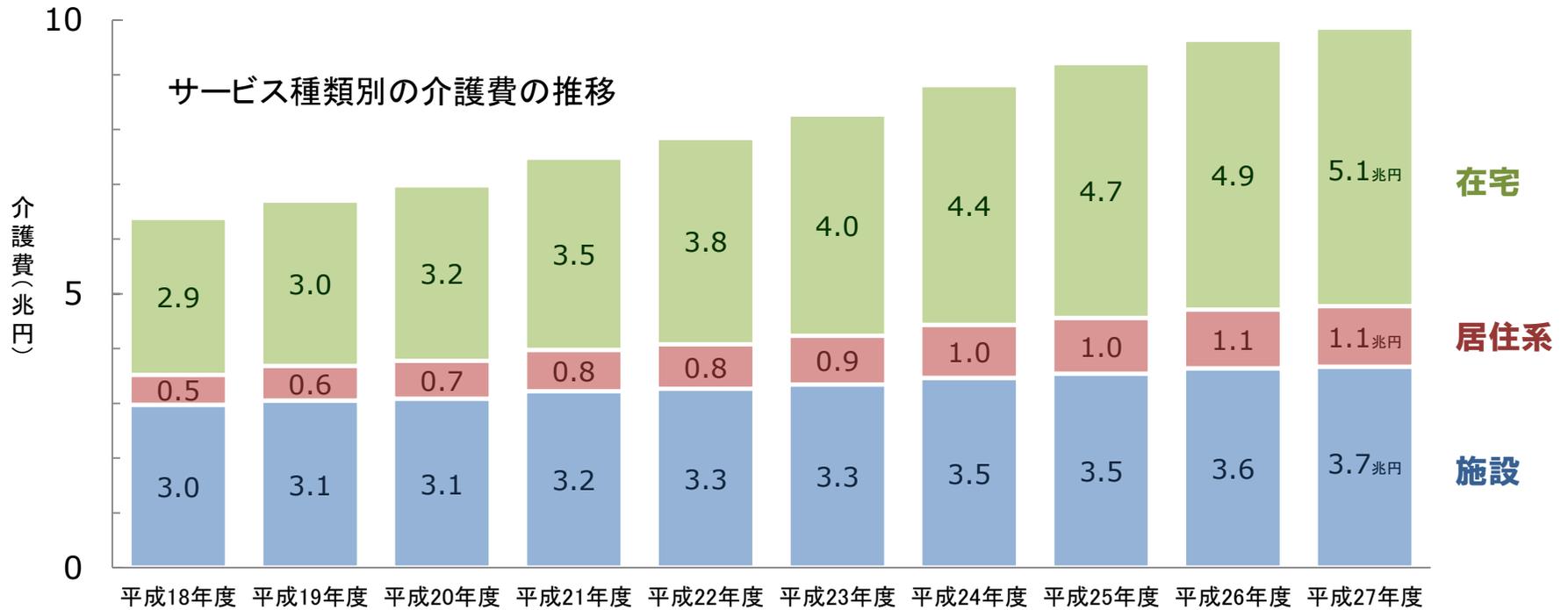
介護費、受給者数:「介護保険事業状況報告月報(暫定版)」(厚生労働省老健局)を基に老健局が作成

事業所数:「介護給付費等実態調査月報(平成28年5月審査分)」(厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室)

## 【注】

- ・介護費は、平成27年3月～平成28年2月サービス分について各月分合計した費用(年額)であり、介護予防サービス及び特定入所者介護サービス(補足給付)を含むが、地域支援事業に係る費用は含まない。
- ・受給者数は、平成28年4月サービス分(平成28年6月月報)であり、介護予防サービス受給者は含むが、地域支援事業に係る受給者は含まない。また、「全体」は、在宅、居住系、施設の受給者数を合計した人数である。ここで、「在宅」の受給者数は、介護予防支援・居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの受給者数を合計した人数であり、概念上、福祉用具購入、住宅改修、居宅療養管理指導のみの受給者及び自身でケアプランを作成する受給者は含まれない。なお、「通所介護」には、地域密着型通所介護の受給者数を合算している。
- ・事業所数は、平成28年5月審査分(平成28年4月サービス提供分)であり、審査月に保険請求のあった事業所数(介護サービス分)である。ただし、「居宅介護支援」については、介護予防支援と居宅介護支援の請求事業所数の合計としている。さらに、平成28年4月から地域密着型通所介護が創設され、通所介護の請求事業所数が安定しないため、通所介護のみ前月分の事業所数を示している。また、「全体」の事業所数は、2種類以上のサービス(介護予防サービスを含む)を提供した場合でも1と計上した事業所数である。なお、福祉用具販売、住宅改修のサービス及び総合事業サービスは含まない。
- ・「短期入所」は、短期入所生活介護、短期入所療養介護の合計値である。また、「特定施設入居者生活介護」及び「介護老人福祉施設」には、それぞれ地域密着型サービス分を合算している。
- ・在宅「その他」には、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具購入、住宅改修、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護<sup>8</sup>複合型サービスが含まれる。

# サービス類型別介護費の動向(平成18~27年度)



## ■伸び率(対前年度)の推移

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
施設	2.6%	1.1%	4.4%	1.4%	2.5%	3.5%	2.2%	2.7%	0.9%
うち高齢化	5.2%	4.6%	4.5%	3.0%	4.5%	4.4%	4.1%	4.0%	3.0%
うち高齢化以外	▲ 2.5%	▲ 3.4%	▲ 0.1%	▲ 1.6%	▲ 1.9%	▲ 0.9%	▲ 1.8%	▲ 1.2%	▲ 2.0%
居住系	16.3%	9.6%	9.0%	7.5%	9.1%	9.1%	5.3%	5.3%	2.5%
うち高齢化	4.9%	4.5%	4.5%	3.5%	4.5%	4.5%	4.2%	4.1%	3.1%
うち高齢化以外	10.9%	4.9%	4.4%	3.8%	4.3%	4.5%	1.1%	1.1%	▲ 0.5%
在宅	5.2%	6.1%	9.6%	7.4%	7.2%	8.3%	6.4%	5.9%	3.3%
うち高齢化	4.4%	4.0%	3.9%	3.2%	3.8%	4.0%	3.7%	3.6%	2.7%
うち高齢化以外	0.7%	2.0%	5.5%	4.1%	3.3%	4.1%	2.6%	2.2%	0.5%

【資料】介護給付費実態調査(厚生労働省)、人口推計、国勢調査(総務省)を基に作成

○施設 : 介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設

○居住系 : 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

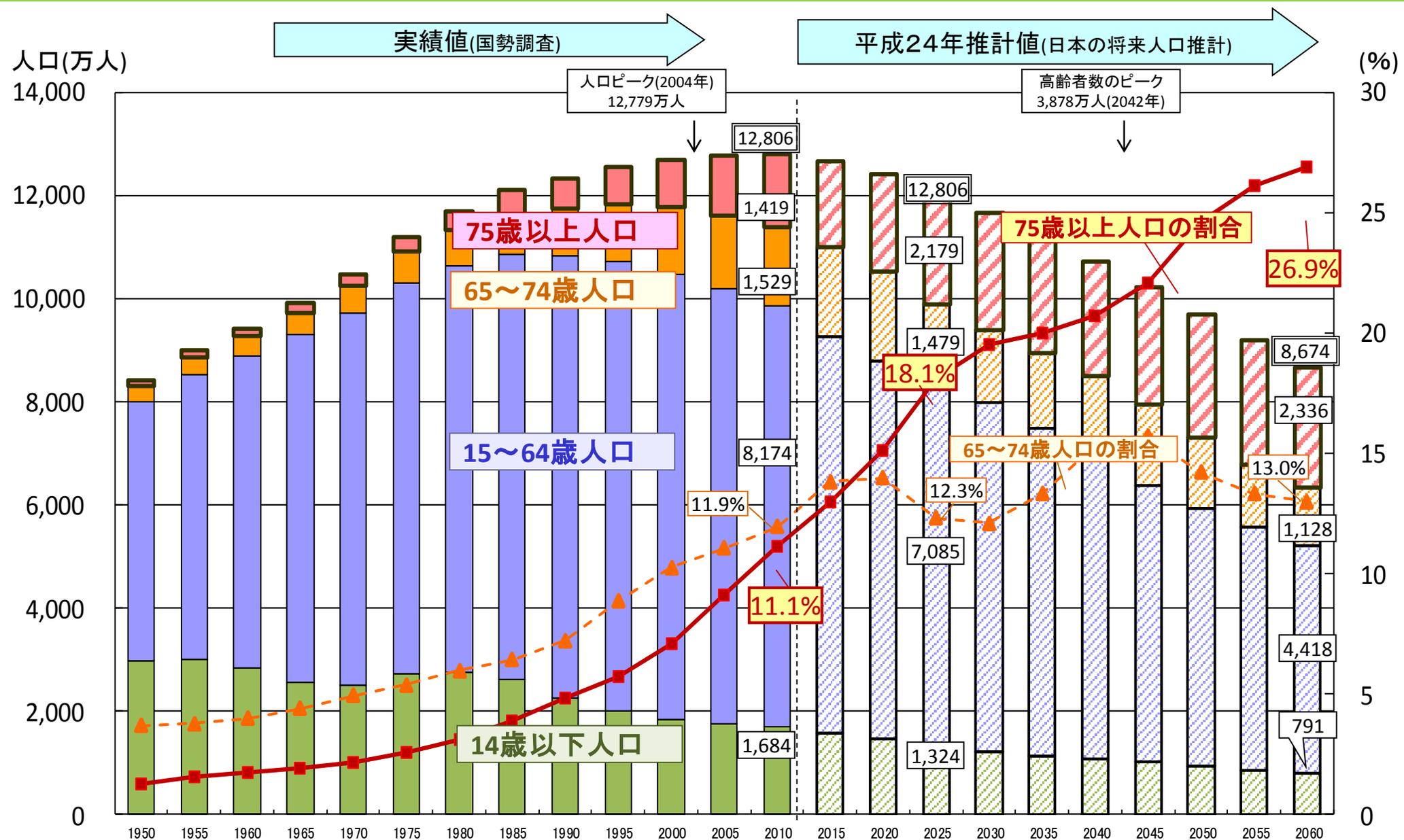
○在宅 : 上記以外のサービス

(注1)予防サービス、補足給付を含む。市区町村が直接支払う償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修費等)及び地域支援事業に係る費用は含まない。

(注2)高齢化の伸びは、年齢階級別の1人当たり費用を固定して、人口構成の変化のみを反映させた場合の伸びをあらわす。

(注3)高齢化以外の伸びには、介護報酬改定の影響、制度改正効果、医療から介護への移行に伴う影響などが含まれる。

# 75歳以上の高齢者数の急速な増加



(出典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

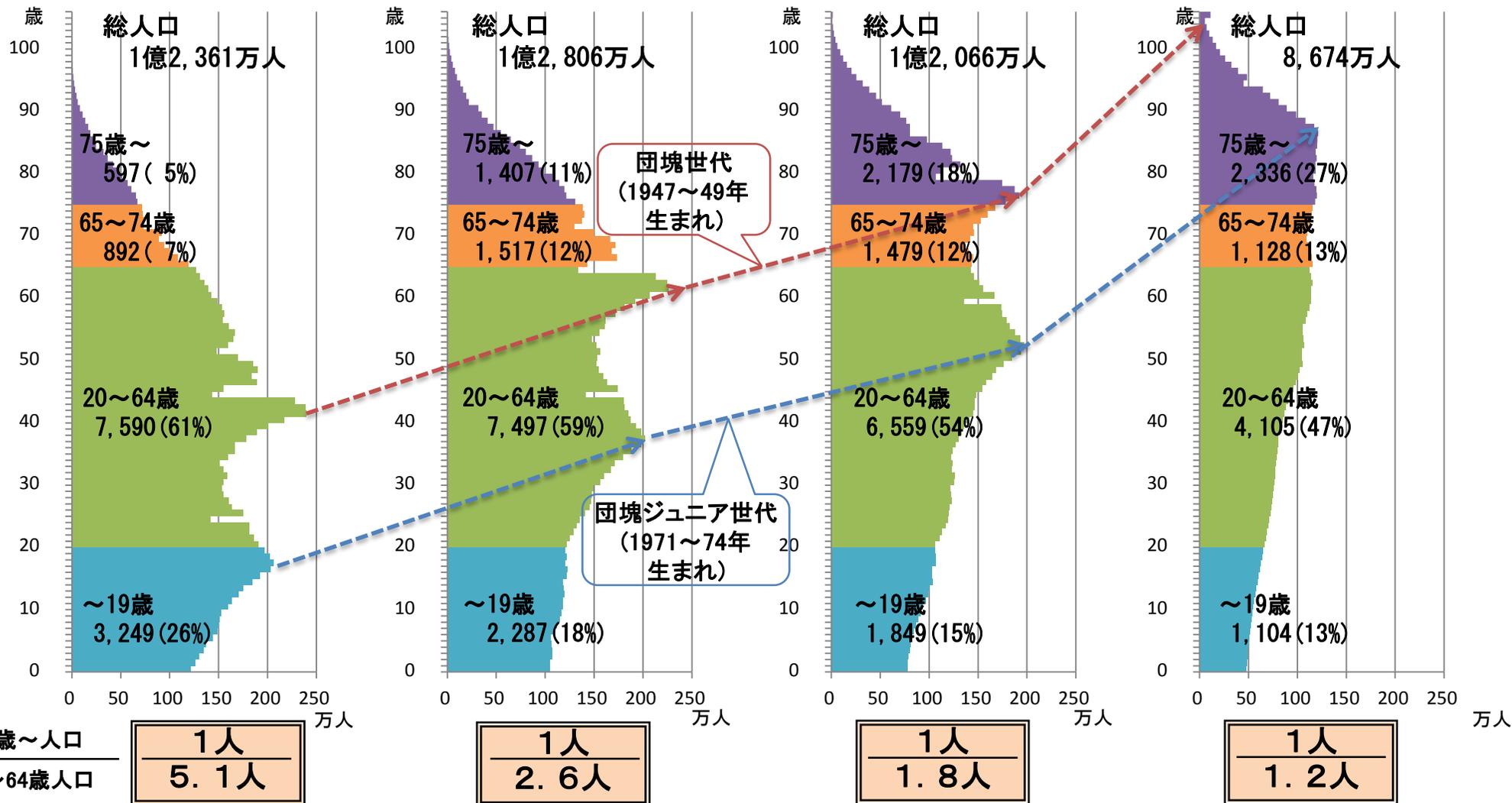
日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



(出典)総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計): 出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

# 次期介護保険事業計画の始まる2015年から2025年までの各地域の高齢化

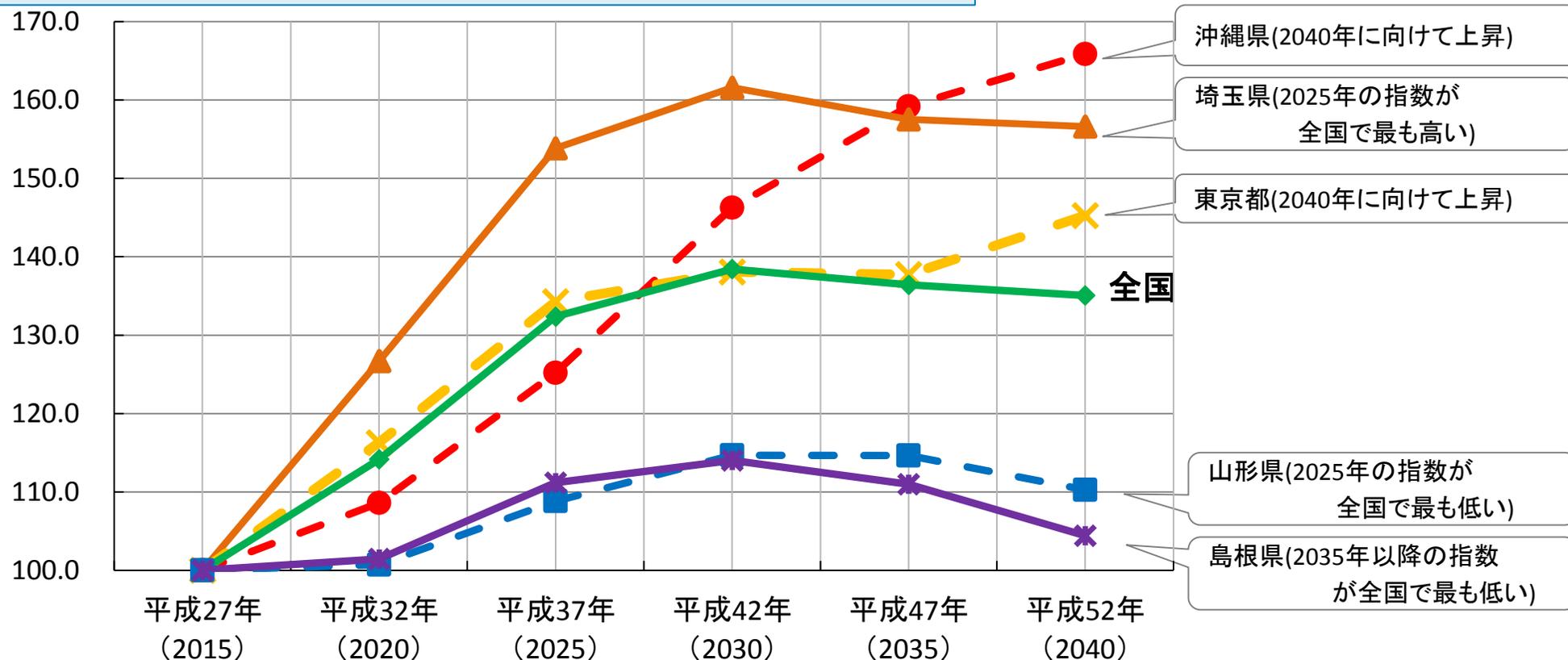
75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

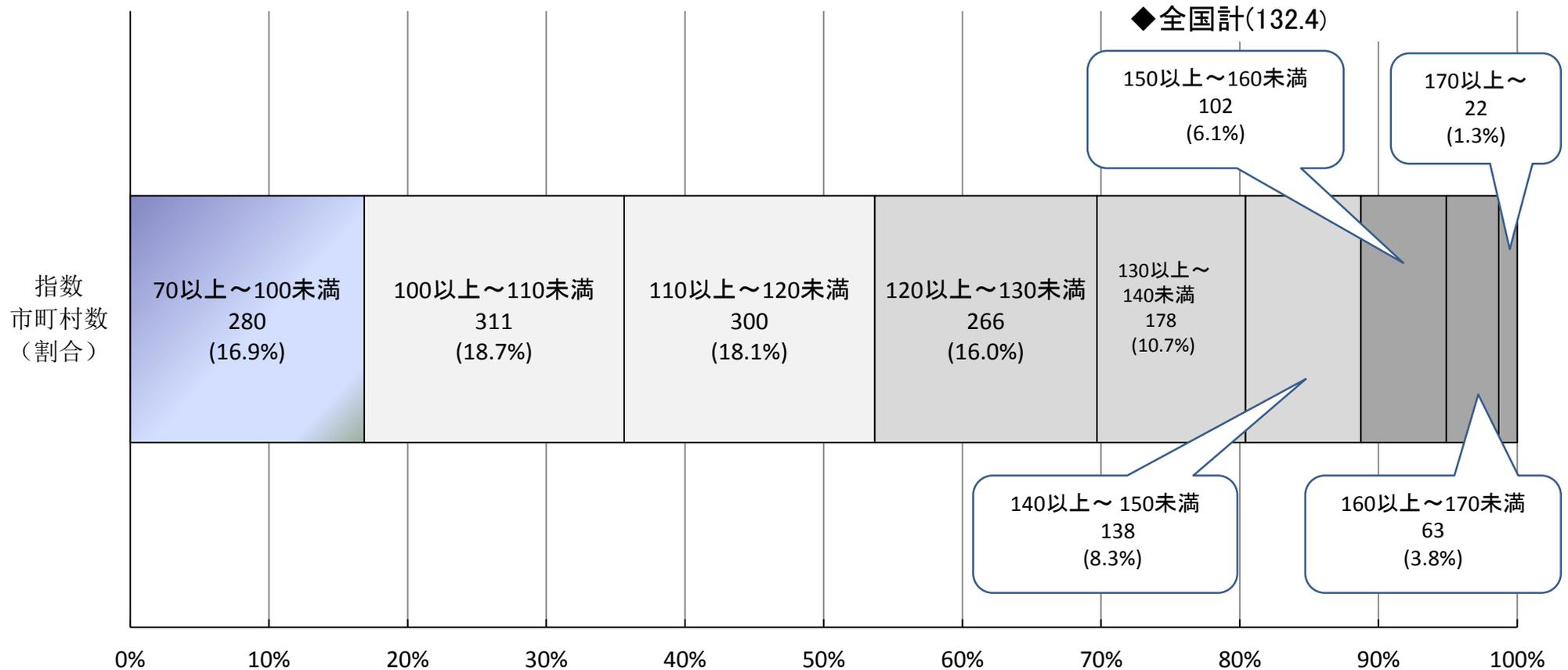
## 75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



# 75歳以上人口の伸びの市町村間の差

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、**全国計で1.32倍**であるが、市町村間の差は大きく、**1.5倍を超える市町村が11.3%**ある一方、**減少する市町村が16.9%**ある。

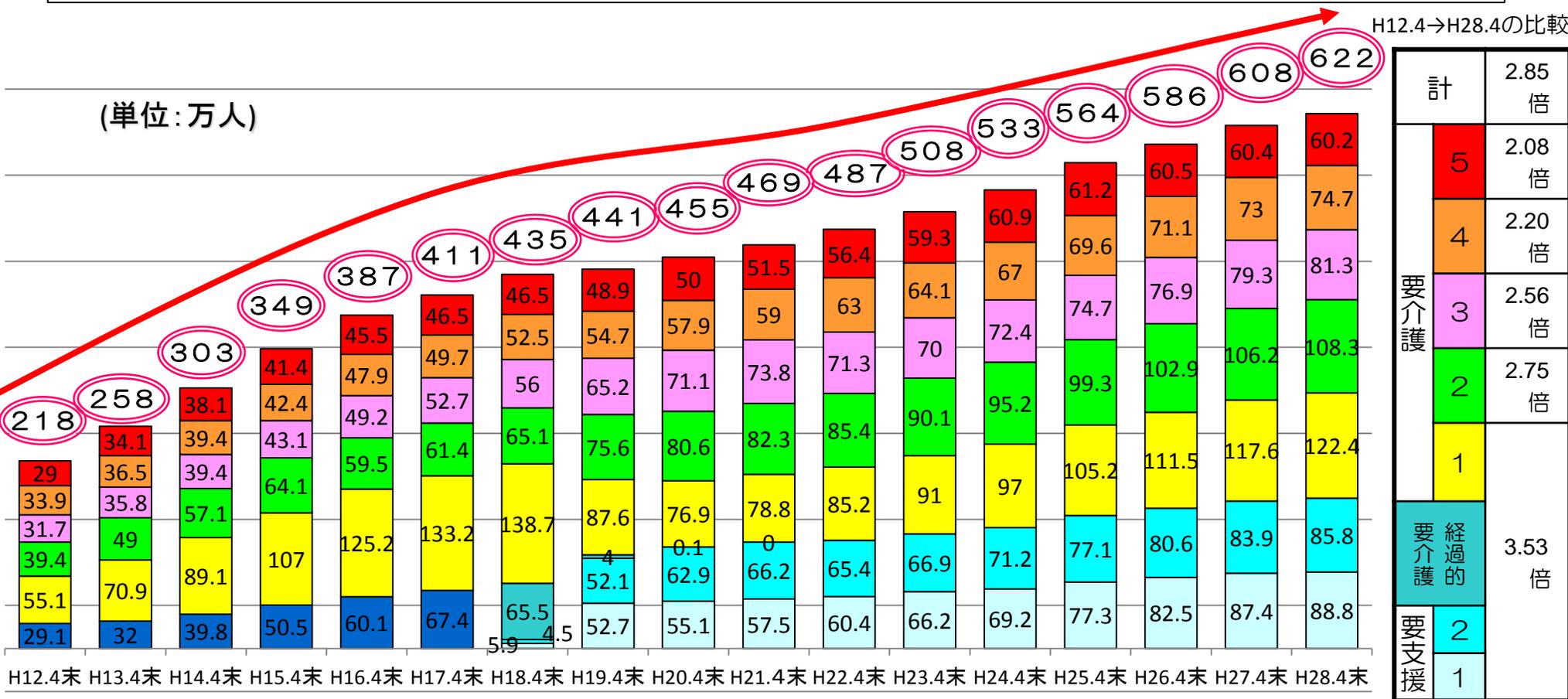
## 75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

# 要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



(注1) (注2)

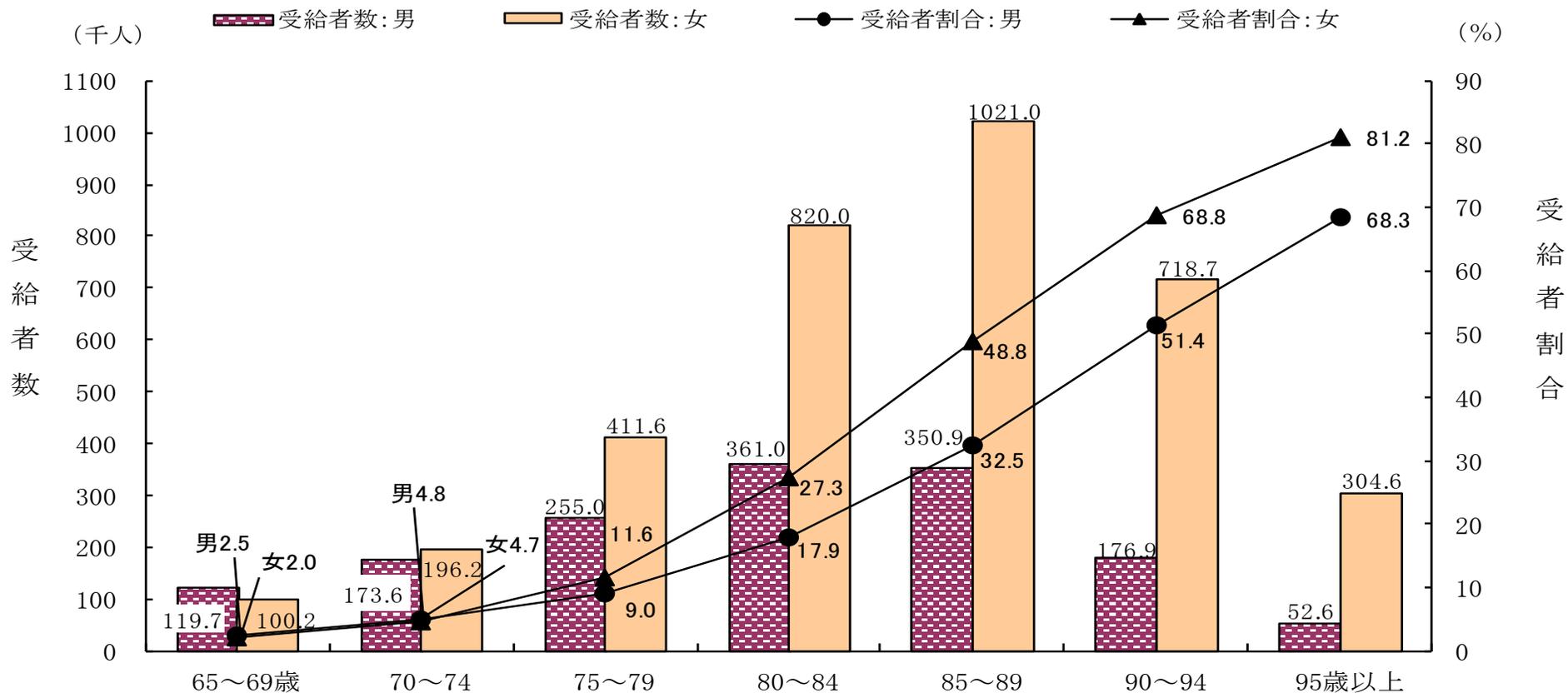
■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

注1)陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2)檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

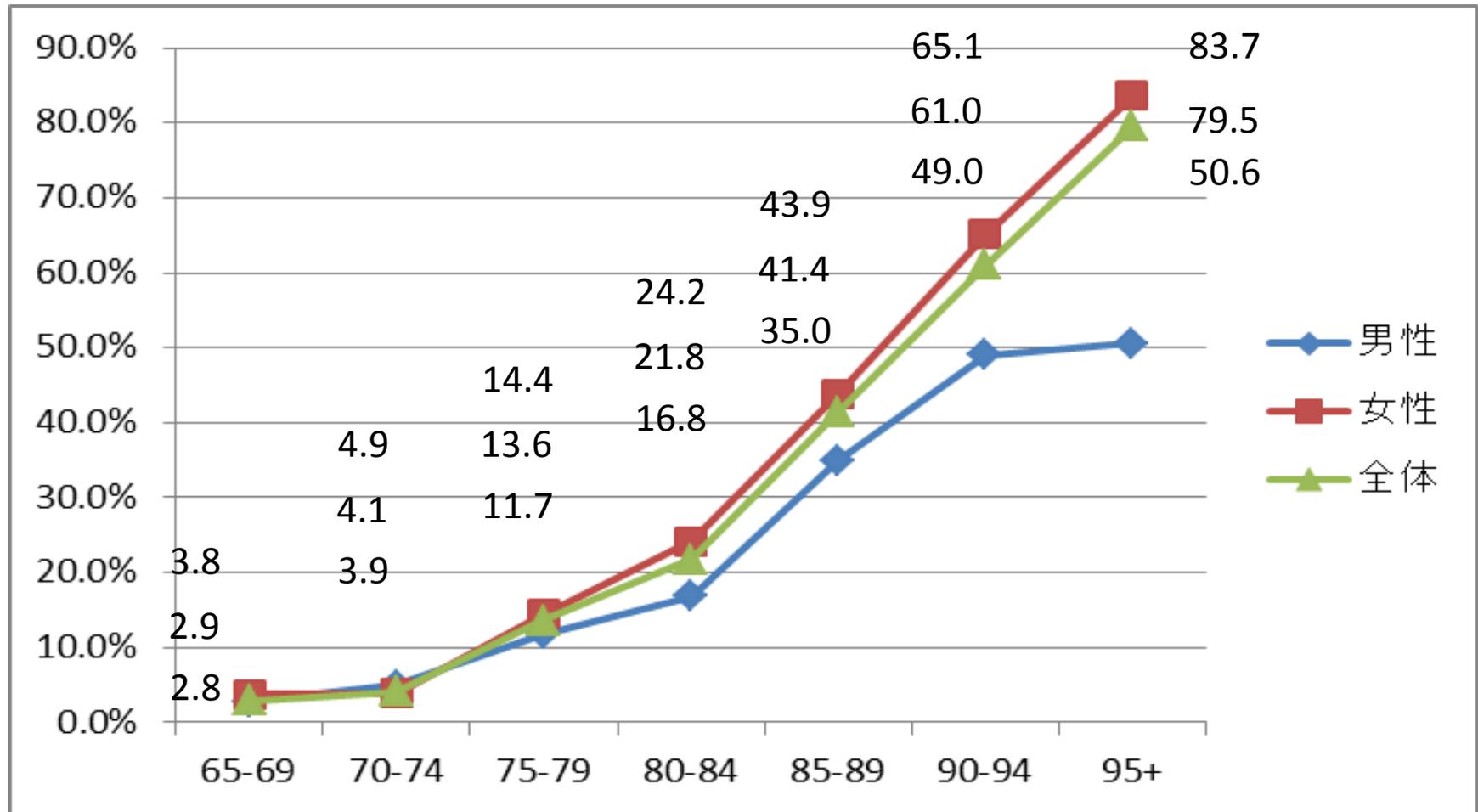
# 6 5歳以上における性・年齢階級別にみた受給者数及び人口に占める受給者数の割合

- 浮 75歳を過ぎると、男女ともに、受給者数の割合が増える。
- 浮 男性では、80歳～84歳をピークに、受給者数は減少。
- 浮 女性では、85歳～89歳をピークに、受給者数は減少。
- 浮 受給者のうち**高齢の女性の占める割合が大きい**。



注：各性・年齢階級別人口に占める受給者割合(%) = 性・年齢階級別受給者数 / 性・年齢階級別人口 × 100  
 人口は、総務省統計局「人口推計(平成27年10月1日現在)」の総人口を使用した。

# 年齢階級別の認知症有病率



厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業  
 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)  
 総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

## 2. 地域包括ケアの推進と制度改革

# 介護保険制度の基本理念

## 第一章 総則

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

## 介護保険法第5条3項

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

- 2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、被保険者が、**可能な限り、住み慣れた地域で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**、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、**医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう**努めなければならない。

# 介護保険制度の改正の経緯

第1期  
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

第2期  
(平成15年度～)

平成17年改正(平成18年4月等施行)

- 介護予防の重視**(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施)
- 施設給付の見直し**(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付)(平成17年10月)
- 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など

第3期  
(平成18年度～)

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など

第4期  
(平成21年～)

平成23年改正(平成24年4月等施行)

- 地域包括ケアの推進**。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日)
- 介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
- 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し など

第5期  
(平成24年～)

平成26年改正(平成27年4月等施行)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実**(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)
- 全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む**地域支援事業に移行し、多様化**
- 低所得の第一号被保険者の**保険料の軽減割合を拡大**
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月) など

第6期  
(平成27年～)

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

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

## I 地域包括ケアシステムの深化・推進

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

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

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

（その他）

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

### 2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

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

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

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

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

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

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

## II 介護保険制度の持続可能性の確保

### 4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

### 5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

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

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

# 1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

## 見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

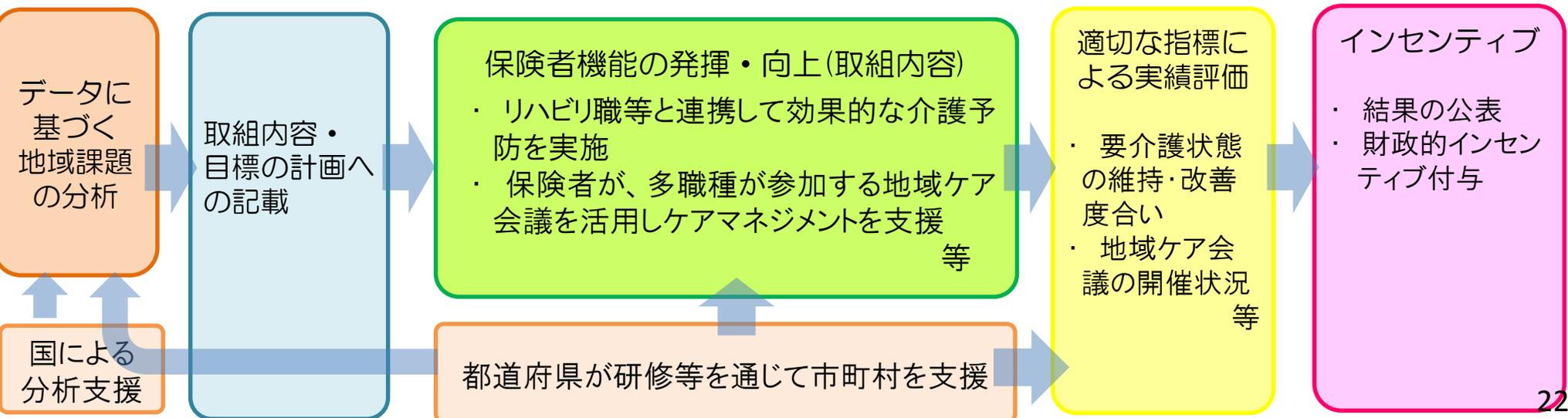
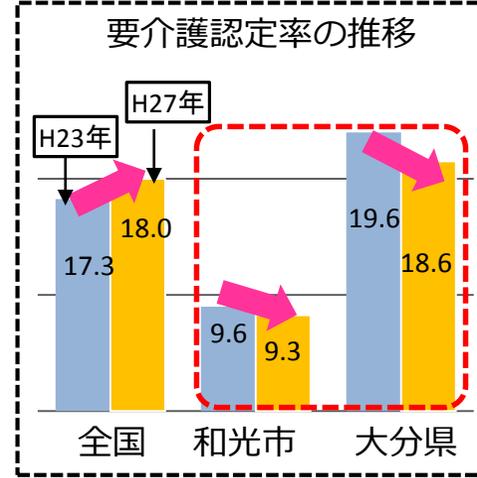
- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
  - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
  - ② 適切な指標による実績評価
  - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

### ※主な法律事項

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

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制



## 2. 新たな介護保険施設の創設

### 見直し内容

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

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

### <新たな介護保険施設の概要>

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

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

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

# 3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## 「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

### 1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

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

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

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

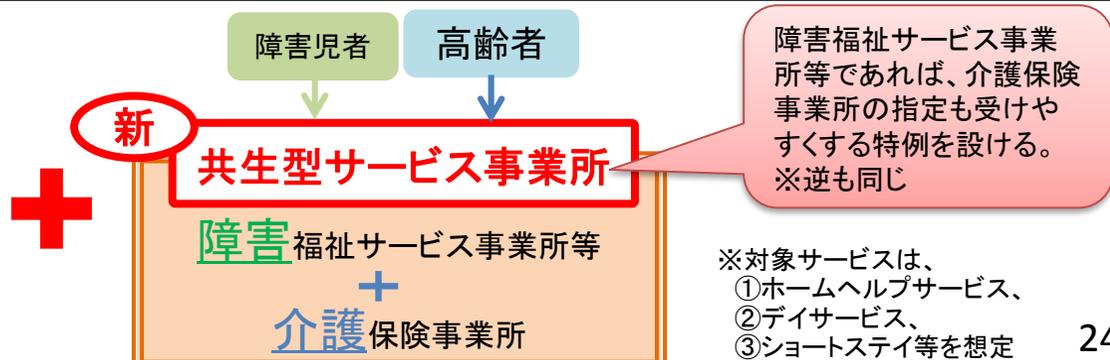
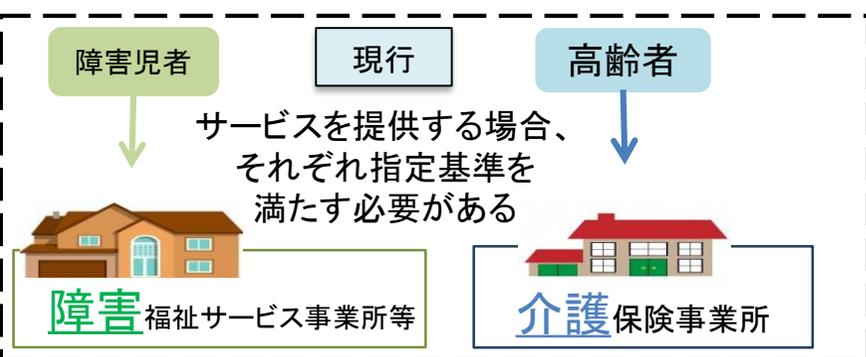
### 3. 地域福祉計画の充実

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

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

## 新たに共生型サービスを位置づけ

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



# 4. 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

## 見直し内容

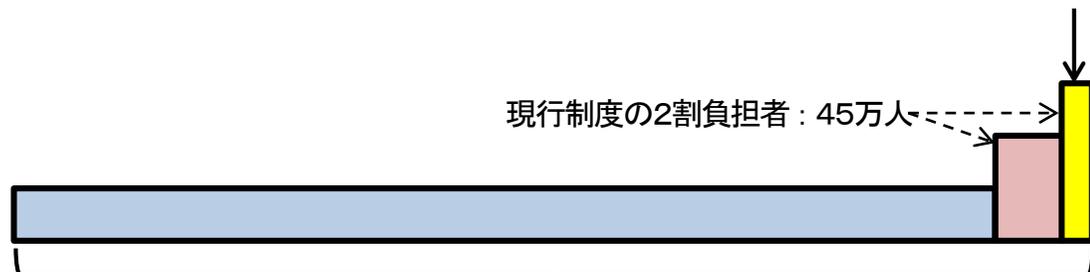
世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

### 【利用者負担割合】

### 【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)

現行制度の2割負担者：45万人



(単位:万人)

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

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

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

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※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。

### 負担割合

年金収入等 340万円以上  
(※1)

2割 ⇒ 3割

年金収入等 280万円以上  
(※2)

2割

年金収入等 280万円未満

1割

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

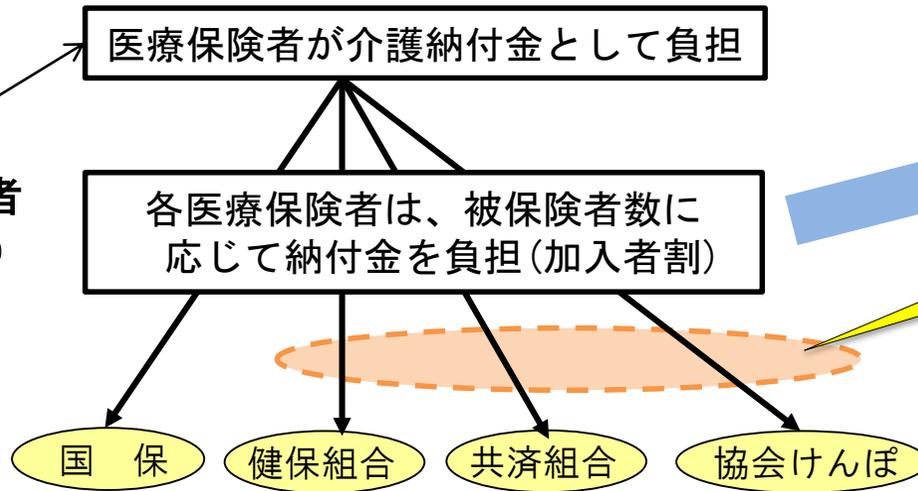
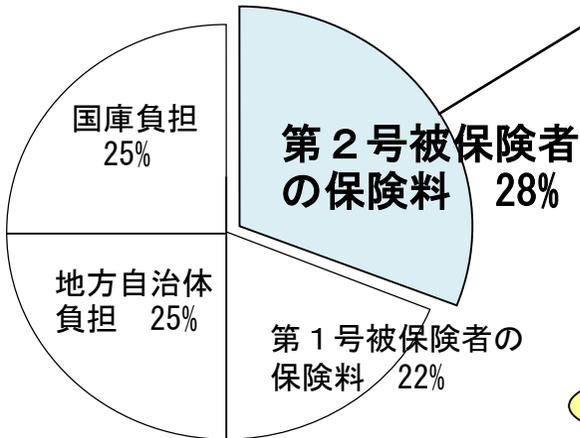
※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

# 5. 介護納付金における総報酬割の導入

## 見直し内容

- 第2号被保険者(40~64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】

【介護給付費の財源】



被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組み(総報酬割)を導入

【総報酬割導入のスケジュール】

	29年度		30年度	31年度	32年度
	~7月	8月~			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

【全面総報酬割導入の際に影響を受ける被保険者数】

「負担増」となる被保険者	約1,300万人
「負担減」となる被保険者	約1,700万人

※ 平成26年度実績ベース

# 3.平成30年度介護報酬改定

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。

# 介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ

## 施設

### 介護老人保健施設

在宅復帰を目的とした継続的・短期集中的なリハビリの提供

入退所

### 訪問リハビリテーション

心身の機能の維持回復を図るために、自宅でリハビリを提供

社会参加支援加算

通所困難

環境整備

## 居宅

### 通所リハビリテーション

心身の機能の維持回復を図るために、病院・診療所・介護老人保健施設でリハビリを提供

社会参加支援加算

生活機能向上連携加算

### 通所介護

- ①利用者の社会的孤立感の解消
- ②心身の機能の維持
- ③利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減

### 住民主体の通いの場

要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進



市町村における地域支援事業

### 地域リハビリテーション活動支援事業

・リハビリテーション専門職の派遣による技術的助言

医療機関からの退院

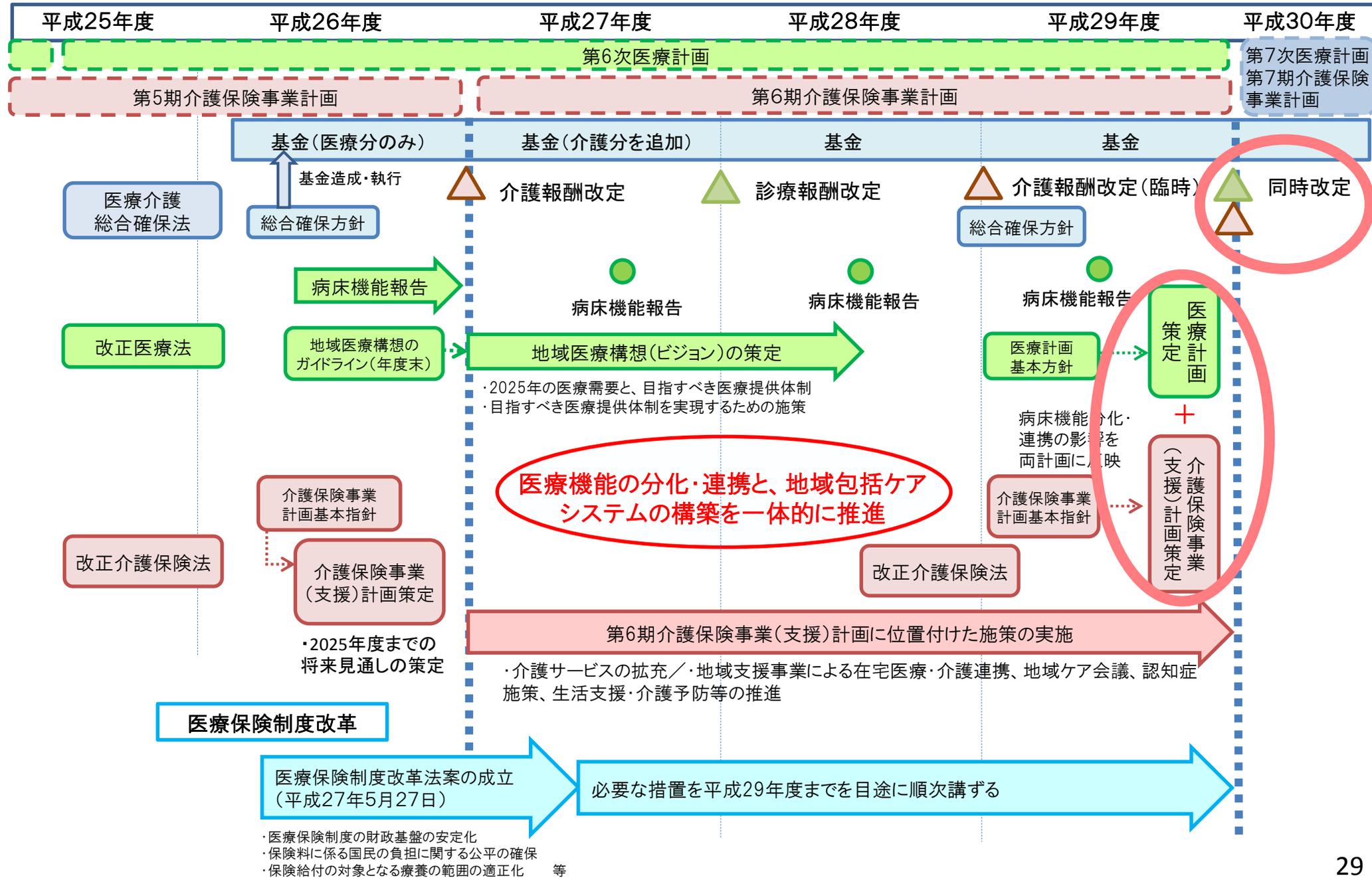
リハビリテーションの必要性

維持回復

維持

日常生活のなかで維持

# 医療と介護の一体的な改革に係る今後のスケジュール



# 平成30年度介護報酬改定に向けた検討

(社会保障審議会介護給付費分科会)

## 【第1R】

- 第137回(4月26日): 今後の検討の進め方
- 第138回(5月12日): 定期巡回、小多機、看多機 等
- 第139回(5月24日): 認知症施策の推進
- 第140回(6月7日): 訪問リハ、口腔・栄養関係 等
- 第141回(6月21日): 通所介護、通所リハ、福祉用具 等
- 第142回(7月5日): 訪問介護、訪問看護 等
- 第143回(7月19日): ケアマネ、特養
- 第144回(8月4日): 特定、老健、介護療養、介護医療院 等
- 第145回(8月23日): 質の評価、自立支援、介護人材 等

## 【団体ヒアリング】

- 第146回(9月6日) ○第147回(9月13日)

## 【第2R(報酬/基準の議論等)】

- 第148回(10/27)
  - ・平成29年度経営実態調査の結果報告 ・地域区分
  - ・今後の改定の基本的な視点の提示 ・福祉用具
- 第149回(11/1)
  - ・定期巡回、夜間対応、小多機、訪問介護
- 第150回(11/8)
  - ・通所介護、通所リハ、訪問リハ、訪問看護、看多機、居宅介護 等
- 第151回(11/15)
  - ・特養、特定施設、認知症GH、認ディ、ショート
- 第152回(11/22)
  - ・ケアマネ、老健、介護療養、介護医療院、短期入所療養介護
- 第153回(11/29)
  - ・口腔・栄養関係、質の評価、共生型サービス、介護人材、等
- 第154回(12/1)
  - ・居宅介護支援②、運営基準に関する事項
- 第155回(12/9)
  - ・訪問介護②、定期巡回②、審議報告のとりまとめに向けて
- 第156回(12/13)
  - ・審議報告のとりまとめに向けて

## 開催実績

## 委員

- ・安部 好弘 (日本薬剤師会常務理事)
- ・井口 経明 (東北福祉大学客員教授)
- ・石田 路子 (高齢社会をよくする女性の会理事)
- ・石本 淳也 (日本介護福祉士会会長)
- ・伊藤 彰久 (日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長)
- ・稲葉 雅之 (民間介護事業推進委員会代表委員)
- ・井上 隆 (日本経済団体連合会常務理事)
- ・大西 秀人 (全国市長会介護保険対策特別委員会委員長(高松市長))
- ・小原 秀和 (一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長)
- ・亀井 利克 (三重県国民健康保険団体連合会理事長(名張市長))
- ・河村 文夫 (全国町村会政務調査会行政委員会委員(東京都奥多摩町長))
- ・小林 剛 (全国健康保険協会理事長)
- ・齋藤 訓子 (日本看護協会副会長)
- ・齋藤 秀樹 (全国老人クラブ連合会常務理事)
- ・佐藤 保 (日本歯科医師会副会長)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (全国老人福祉施設協議会副会長)
- ・武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)
- 田中 滋 (慶應義塾大学名誉教授)
- ・田部井 康夫 (認知症の人と家族の会理事)
- ・東 憲太郎 (全国老人保健施設協会会長)
- ・福田 富一 (全国知事会社会保障常任委員会委員長(栃木県知事))
- ・堀田 聡子 (慶応大学大学院健康マネジメント研究科教授)
- ・本多 伸行 (健康保険組合連合会理事(保健・医療担当))
- ・松田 晋哉 (産業医科大学教授)

(○は分科会長)

(敬称略 五十音順)

# 平成29年度介護事業経営実態調査結果について

- 調査の目的： 各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査の時期： 平成29年5月（平成28年度決算を調査）

## 主な介護サービスの収支差率

サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査		サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査	
	27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減			27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減	
施設サービス				居宅サービス					
介護老人福祉施設	2.5%	1.6%	△0.9%		訪問介護	5.5%	4.8%	△0.7%	
介護老人保健施設	3.2%	3.4%	+0.2%		訪問看護	3.0%	3.7%	+0.7%	
介護療養型医療施設	3.7%	3.3%	△0.4%		通所介護	7.1%	4.9%	△2.2%	
地域密着型サービス				通所リハビリテーション		4.6%	5.1%	+0.5%	
認知症対応型共同生活介護	3.8%	5.1%	+1.3%		短期入所生活介護	3.2%	3.8%	+0.6%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.8%	4.8%	△2.0%		特定施設入居者生活介護	4.1%	2.5%	△1.6%	
小規模多機能型居宅介護	5.4%	5.1%	△0.3%		居宅介護支援	△1.8%	△1.4%	+0.4%	
全サービス平均						3.8%	3.3%	△0.5%	

※1 介護事業経営実態調査については、今回の調査より、調査対象期間を単月分から1年分に変更。

※2 全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値であ

# 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%

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、「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」を図る。

## 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
- 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

# 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

## 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

- ・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。
- ・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。
- ・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。

## ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・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。
- ・リハに関し、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、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

## 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。

## 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。

## 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。

## ⑥ 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。34

# 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

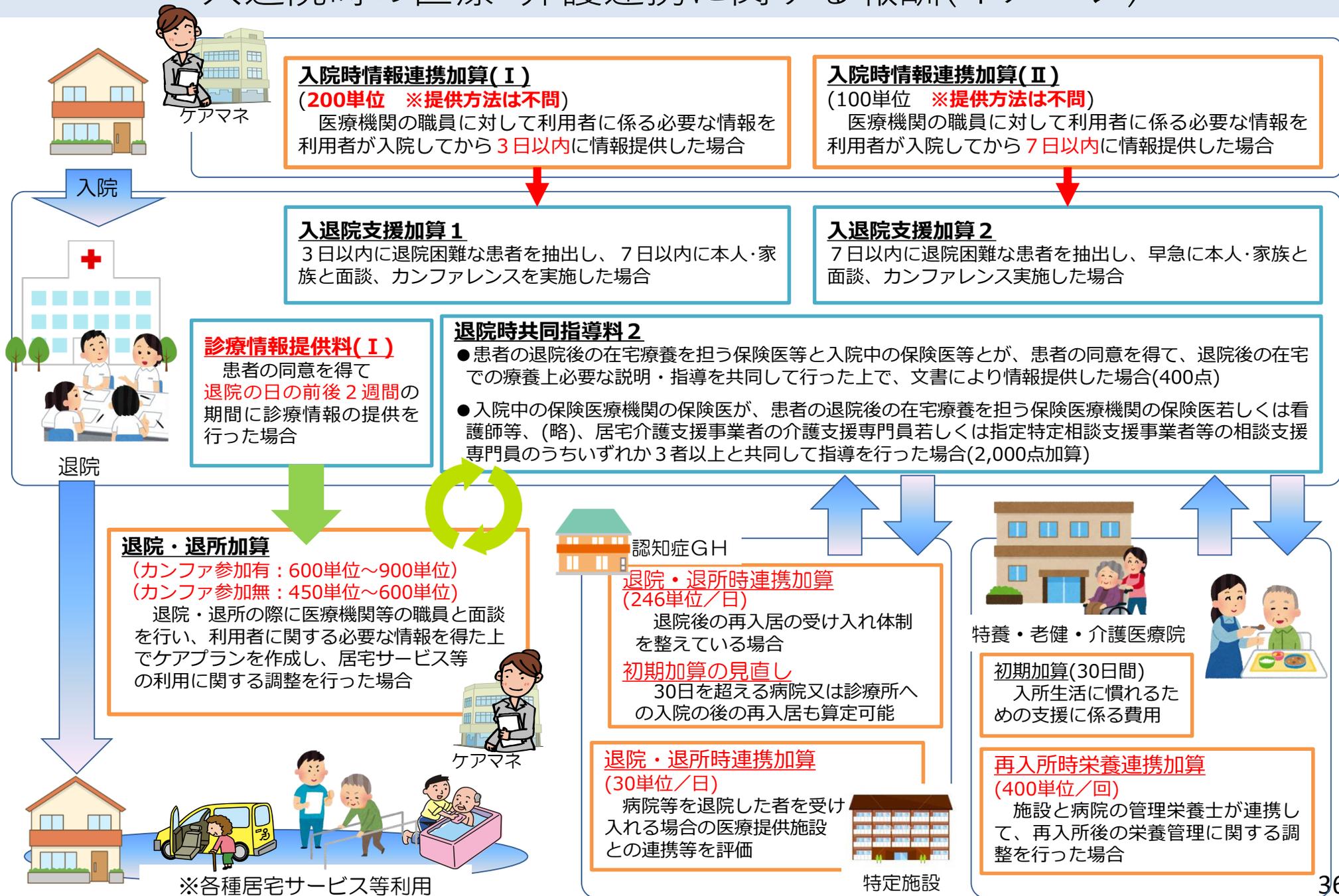
- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所（※）を更に評価する。（平成31年度から施行）

### 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。

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



# 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</b> は、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</b> は、必要な器具の共有が認められる。

## 変 更

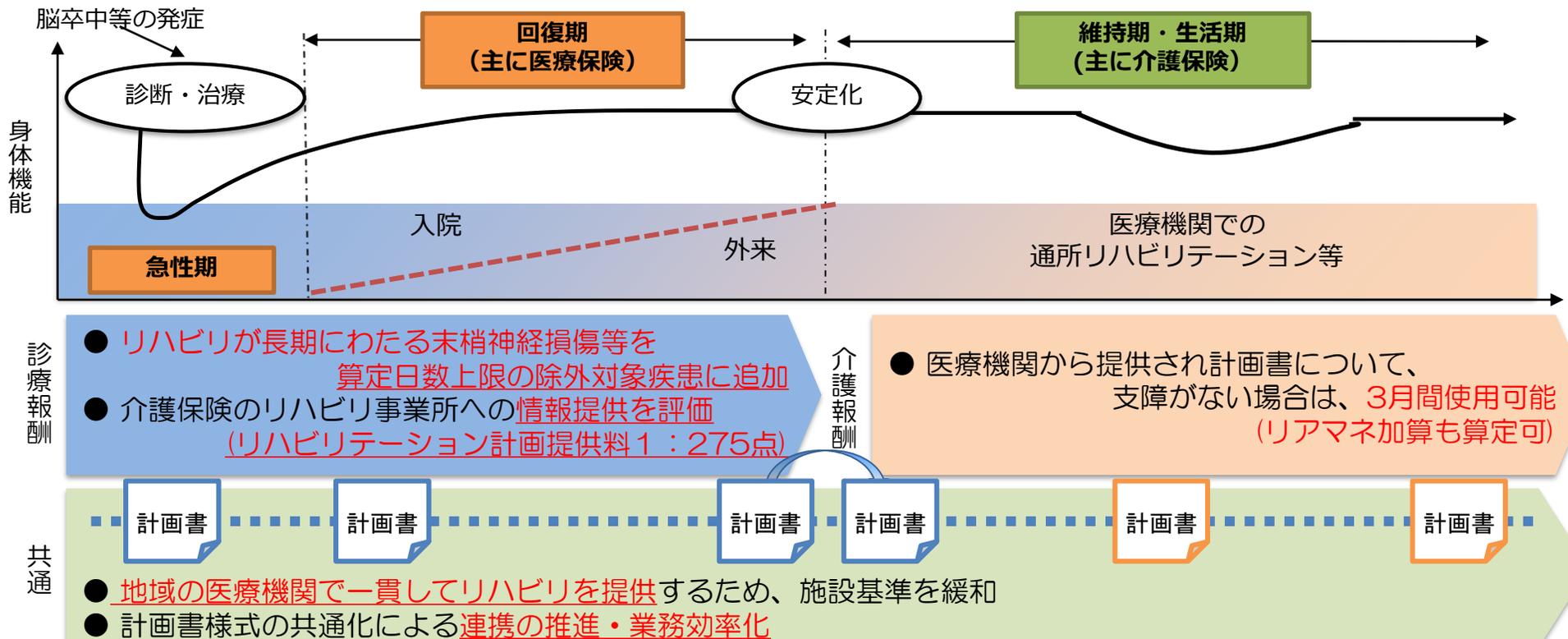
改定案		診療報酬	介護報酬
面積要件	・当該保険医療機関が疾患別リハと <b>指定通所リハ</b> の両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。		・ <b>常時、介護保険の利用者数×3㎡</b> 以上を満たしていること。 ※1時間以上2時間未満の通所リハのみ
人員要件	① <b>以下の要件を満たしている場合、疾患別リハの実施時間中であっても、疾患別リハの専従の従事者が介護保険のリハに従事しても差し支えない。</b> ア 専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハに従事していること。 イ 専従の従事者が、疾患別リハを提供すべき患者がいない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

## ○ 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】



## 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

### 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について、要介護者のリハビリに設けられている、リハビリのマネジメントに関する加算を設ける。

### ② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

- ・ 現在、介護予防通所リハ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にも設ける。
- ・ 現在、通所リハ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、介護予防通所リハにも設ける。

### 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

- ・ 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。
- ・ 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。

### 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。

### 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。

### 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。

## 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>低栄養リスク改善加算(新規)</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>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>低栄養リスク改善加算(新規)</li> <li>経口移行加算、経口維持加算</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

### 加算（Ⅰ）

- (1) リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
- (2) PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること

### 加算（Ⅱ）

- (1) リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- (2) リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- (3) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- (4) PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと
- (5) 以下のいずれかに適合すること
  - (一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
  - (二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- (6) (1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること

＜改定後＞

算定要件

加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）	加算（Ⅳ）
現行の加算（Ⅰ）の要件(1)、(2) + <b>【新】</b> 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う	現行の加算（Ⅱ）の要件(1)～(6) + <b>【新】</b> 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う	現行の加算（Ⅱ）の要件(1)～(6) + <b>【新】</b> 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う	現行の加算（Ⅱ）の要件(1)～(6) + <b>【新】</b> 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う
	<b>【現行の加算（Ⅱ）の(1)の緩和】</b> 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用可	<b>【現行の加算（Ⅱ）の(1)の緩和】</b> 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用可	<b>【現行の加算（Ⅱ）の(1)の緩和】</b> 構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用可
	<b>【現行の加算（Ⅱ）の(2)の緩和】</b> リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告する		<b>【新】</b> VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

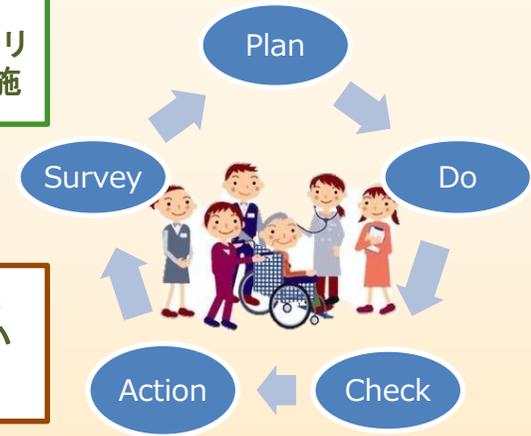
# 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）

## 通所・訪問リハビリテーション事業所

VISITの導入により、

- リハビリテーション計画書の作成支援
- リハビリテーション会議の議事録作成支援
- 生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成支援

SPDCAを用いたリハビリテーションマネジメントの実施



フィードバックされた結果をもとにより質の高いリハビリテーションを提供

リハビリテーションマネジメントに必要な様式を作成し、個人情報以外のデータを伝送

データの分析結果をフィードバック

導入支援

ヘルプデスクの設置  
(事業所のシステム導入・運用支援)



伝送されたデータはデータベースに収集

データベースを用いて分析

リハビリテーションマネジメントの実態と効果の把握



# 科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

## 高齢者個々人に関するデータ

### 高齢者の状態

#### 従来取得していたデータ

- 要介護認定情報
- 日常生活動作 (ADL)
- 認知機能

#### 新たに取得していくデータ

- 身長、体重
- 血液検査
- 筋力、関節可動域
- 骨密度
- 開眼片脚起立時間
- 握力計測
- 心機能検査
- 肺機能検査

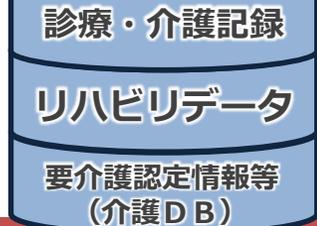
### 提供されたサービス

#### 従来取得していたデータ

- 介護サービスの種別

#### 新たに取得していくデータ

- 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容



保健医療データプラットフォーム

科学的分析に必要なデータを新たに収集

## 科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

(分析のイメージ)

脳卒中に伴う左脚の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



歩行訓練

どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

提供されたサービス

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



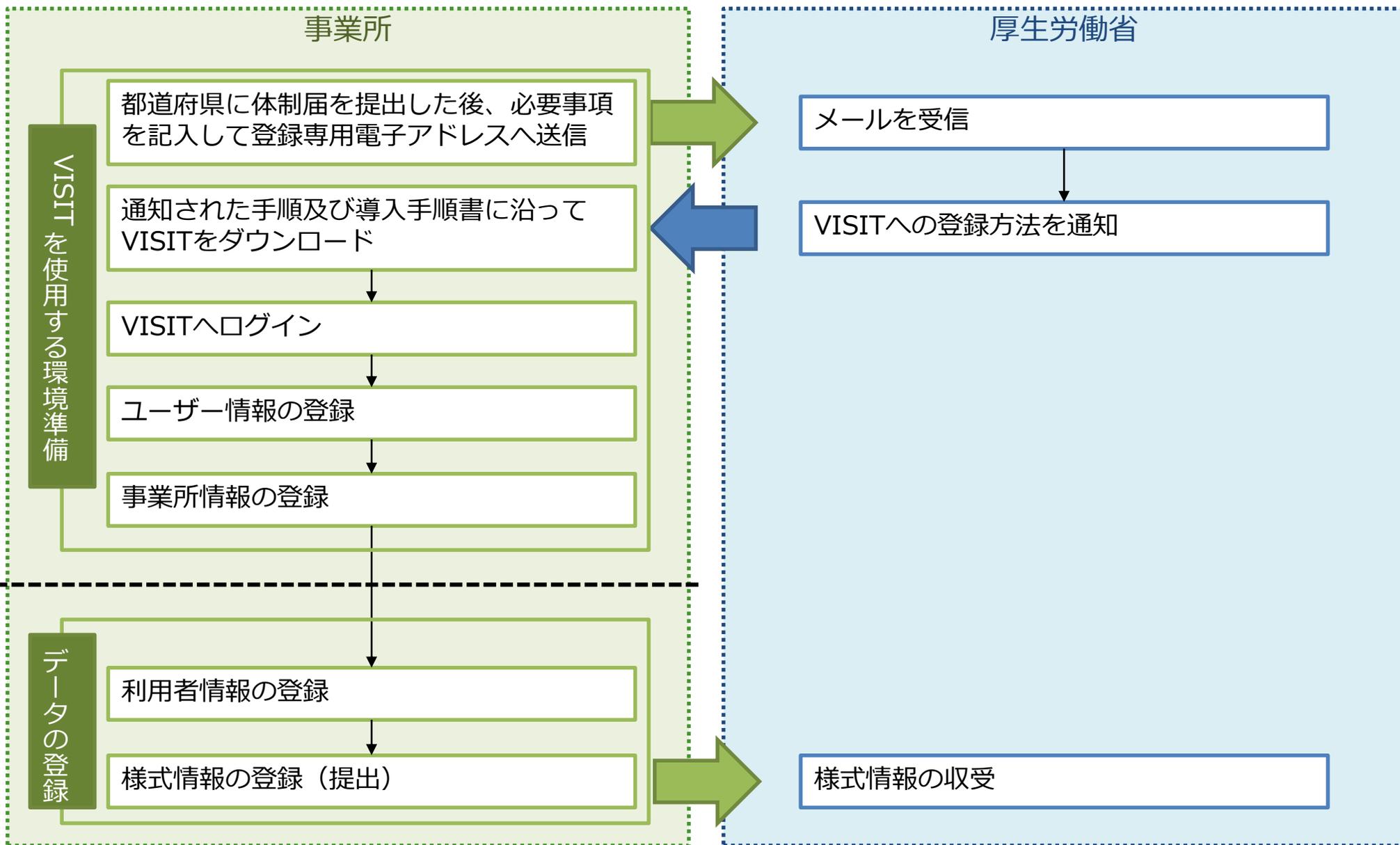
屋内で自由に歩行が可能に

サービス提供後の状態

## 国民に対する見える化

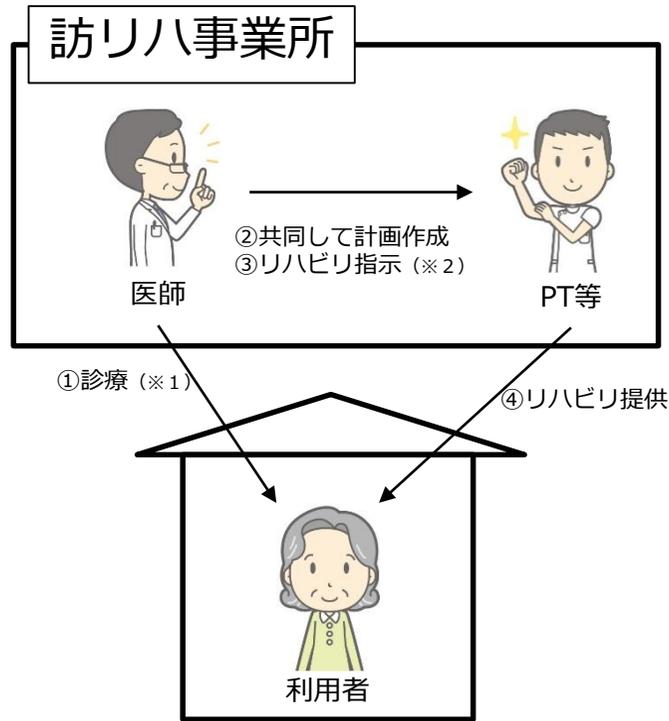
介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

# VISIT参加及び使用、データの登録の流れ

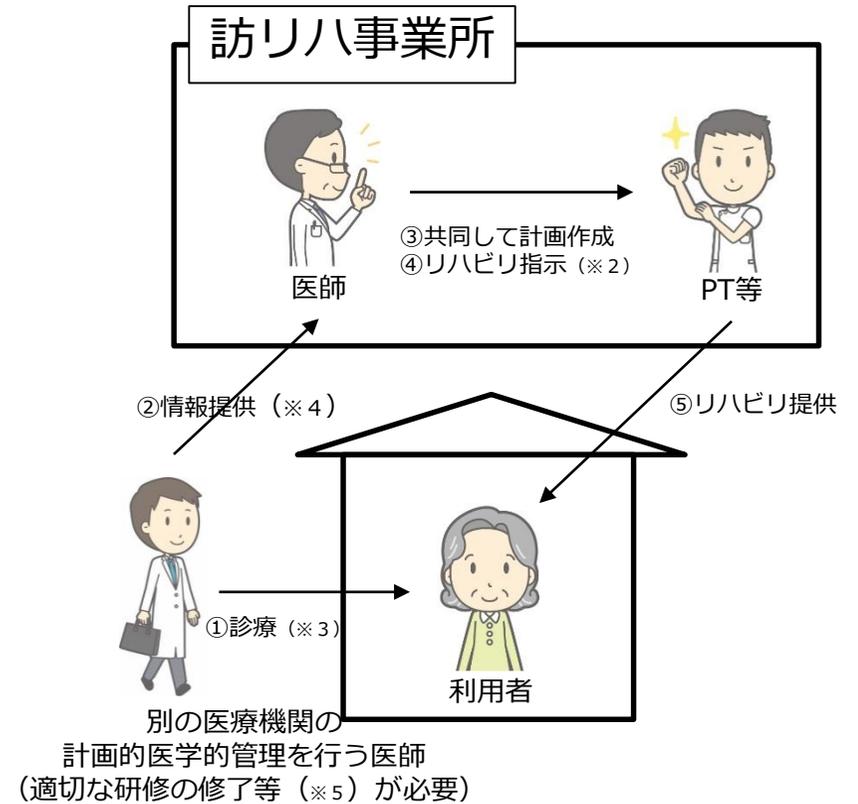


# 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合  
290単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合  
270単位/回

- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 提供すべき内容は追って示す。
- ※5 「適切な研修の修了等」については追って示す。

## 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)**

# 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の経過措置

## 【算定要件（現行案）】

(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

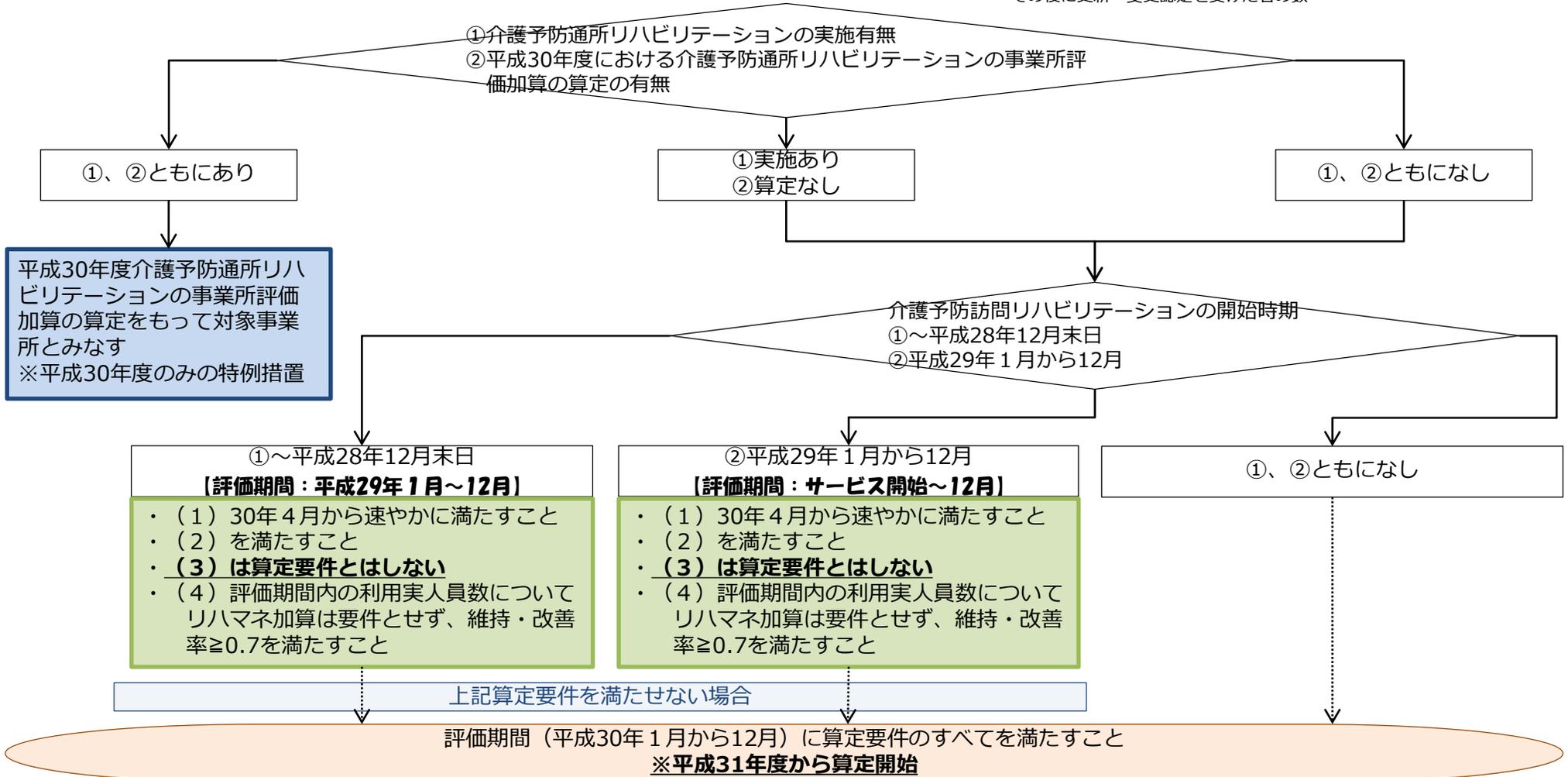
(3) 以下の数式を満たすこと

$$\left[ \frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を算定した者}}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーションを利用した者}} \geq 0.6 \right]$$

(2) 評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること

(4) 以下の数式を満たすこと

$$\left[ \frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を3月以上実施し、その後更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7 \right]$$



※介護医療院に転換する場合、転換前の介護保険のリハビリテーションの実績に基づき、フローチャートで取得可能かどうか判断すること

## Ⅱ - ② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充（その2）

○ 現在、通所リハビリテーションに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算（6月で目標を達成できない場合は減算）を、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

### 通所リハビリテーション

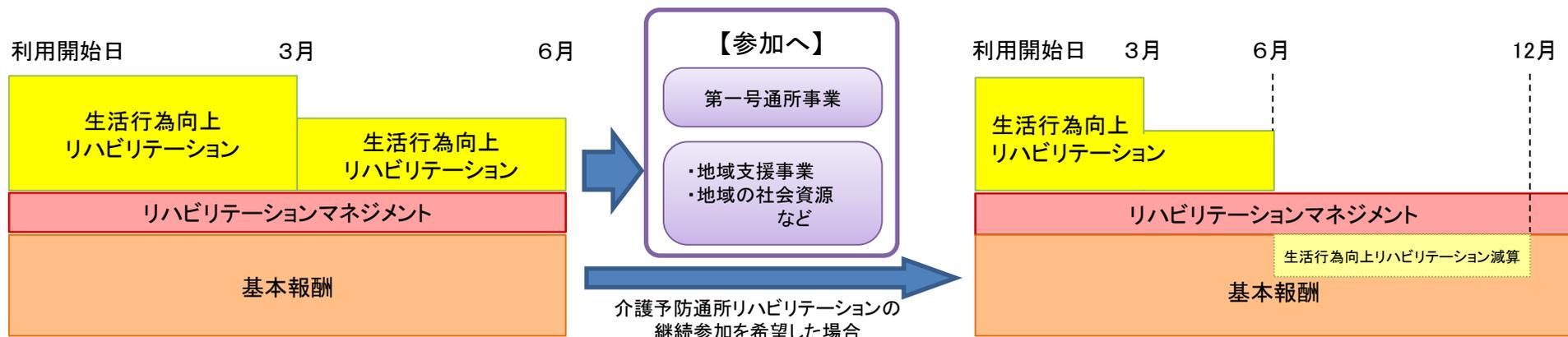
○ 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。

- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
- ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ③ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

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

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

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



○ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

- 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（生活機能向上連携加算(Ⅱ)）。
- 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
  - ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、訪問介護計画を作成すること
  - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（生活機能向上連携加算(Ⅰ)）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位/月

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 - 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

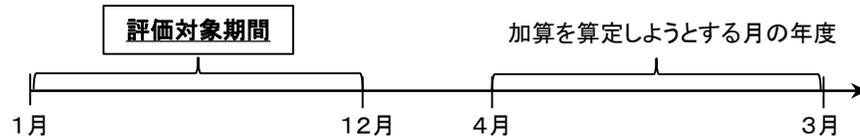
ADL維持等加算（Ⅰ） **3単位／月（新設）**

- 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）**

# 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。



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A D Lを評価（※）して、両月のA D Lの値を提出した割合が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。

※ 評価にはBarthel Indexを用いる。

Step5. A D L維持等加算（I）が算定可能な事業所で、さらに個々の利用者の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。

# A D L 維持等加算の算定要件の考え方（例）

例：2020年4月から2021年3月までの間においてA D L 維持等加算を算定しようとする場合。

Step 1. 評価対象期間は2019年1月から12月。

Step 2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者（図では「カ」以外）、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定。

利用者	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	評価対象利用期間において 5時間以上>5時間未満か	ADL利得
ア	45	—	—	—	—	50					—	—	○	50 - 45 = 5
イ		50	—	—	45	—	60	—	—	70	—	—	○	60 - 50 = 10
ウ		—	50	—	—	—	70	70		—	55	—	○	定義せず
エ		—	—	—		45	—	—	—	—	45		○	45 - 45 = 0
オ	60	—	—	—	50	70	—	—		—	65	—	×	70 - 60 = 10
カ	60	60	—	—	—		70	—	—	65	—		6月以上の連続利用なし。	
キ	60	—	—	—	—	40							○	40 - 60 = -20
ク			—		70	—	—	75	—	65	—	—	○	65 - 70 = -10
・														
・														

数字は当該月に測定・提出したBarthel Index。（「—」はBarthel Indexの測定・提出が行われなかったことを示す。）

緑色のセルは評価対象利用期間、赤字は評価利用対象期間開始月、青字は評価利用対象期間開始月を1月目として6月目。

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。（図では「ア」「イ」「ウ」「エ」「キ」「ク」）

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、2020年4月から2021年3月までの間、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ADLを評価（※）して、両月のADLの値を提出した割合が90%以上（図ではア、イ、エ、キ、ク）。
- ⑤ ④の各者について、6月目のADLの値から1月目のADL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ADLが改善していたものを1（図ではア、イ）、不変だったものを0（図ではエ）、悪化していた場合を-1（図ではキ、ク）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。

- 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)**

# 褥瘡マネジメント加算の算定要件の考え方

**Step1. 加算を算定しようとする事業所の入所者全員に対して、褥瘡の発生と関連のあるリスクを評価する。**

- 施設入所時（※）に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果を報告する。  
※既に入所している者については、届出の日の属する月とする。
- 褥瘡の発生と関連のあることが示されたモニタリング項目（※）を用いてリスクを評価する。  
※ADLの状況（入浴、食事摂取、更衣（上衣・下衣））、基本動作（寝返り、座位の保持、座位での乗り移り、立位の保持）、排せつの状況（尿失禁、便失禁、バルーンカテーテルの使用）、過去3か月以内の褥瘡の既往の有無

**Step2. Step1.においてリスクがあるとされた入所者について、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画の作成を行う。**

- 褥瘡ケア計画の作成は医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して行う。
- 褥瘡管理に係る各種ガイドラインを参考にする。

**Step3. 褥瘡ケア計画に基づいた管理を継続して実施した場合に加算が算定可能。**

- 支援を開始する前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。
- その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録する。
- Step1.の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直す。

# 排せつ支援加算の算定要件の考え方

## Step1. 加算を算定しようとする入所者が次の要件を満たすことを確認する。

### ① 排せつに介護を要すること

- ・要介護認定調査の「全介助」又は「一部介助」であることが目安。

※おむつの使用は必須ではなく、またおむつを使用していれば必ず対象になるとも限らない。

### ② 適切な対応を行うことにより排せつにかかる要介護状態の軽減が見込めること

- ・医師又は医師と連携した看護師が判断。

- ・要介護認定調査の「全介助」から「一部介助」以上に、又は「一部介助」から「見守り等」以上に6月以内に改善する見込みであることが目安。

※おむつを使用している入所者の場合、おむつを外せる見込みであることは必須ではなく、またおむつを外せる見込みであれば必ず対象になるとも限らない。

## Step2. 加算を算定しようとする入所者について、原因分析、支援計画の作成を行う。

- ・原因分析、支援計画の作成は医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して行う。
- ・失禁に係る各種ガイドラインを参考にする。

## Step3. 支援計画に基づいた支援を継続して実施した場合に加算が算定可能。

- ・支援を開始する前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。
- ・支援を継続して実施している間、支援を開始した月を1月目として、6月目まで算定可能。  
例：平成30年6月から支援を開始した場合、支援を継続して実施していれば同年11月までは算定可能。

- ・同一入所期間中、1回まで算定可能。

例：ある入所者に平成30年6月に算定した場合、同年12月以降、退所するまで、当該利用者には算定不可。

### Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

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

##### ① 生活援助の担い手の拡大

- ・ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

##### ② 介護ロボットの活用の促進

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

##### ③ 定期巡回型サービスのオペレーターの特任要件等の緩和

- ・ 定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
  - ア 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認める。
  - イ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認める。

##### ④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- ・ リハビリテーション会議<sup>(※)</sup>への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
  - ※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

##### ⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

- ・ 地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
  - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

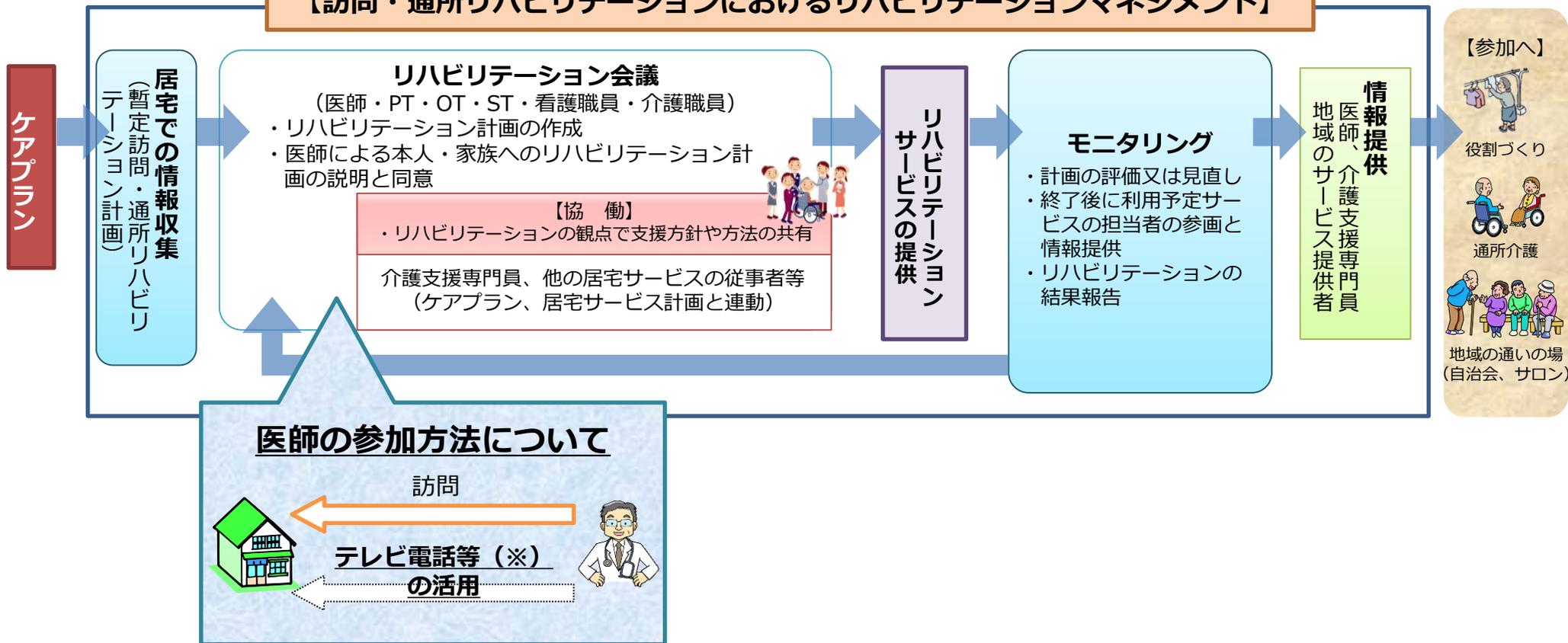
# Ⅲ－④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- 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。

# 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

### 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、商品毎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。

### 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

- ・ 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は、減算幅を見直す。
- ・ 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。
- ・ 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。

### 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。

### 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。

### 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。

## 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。

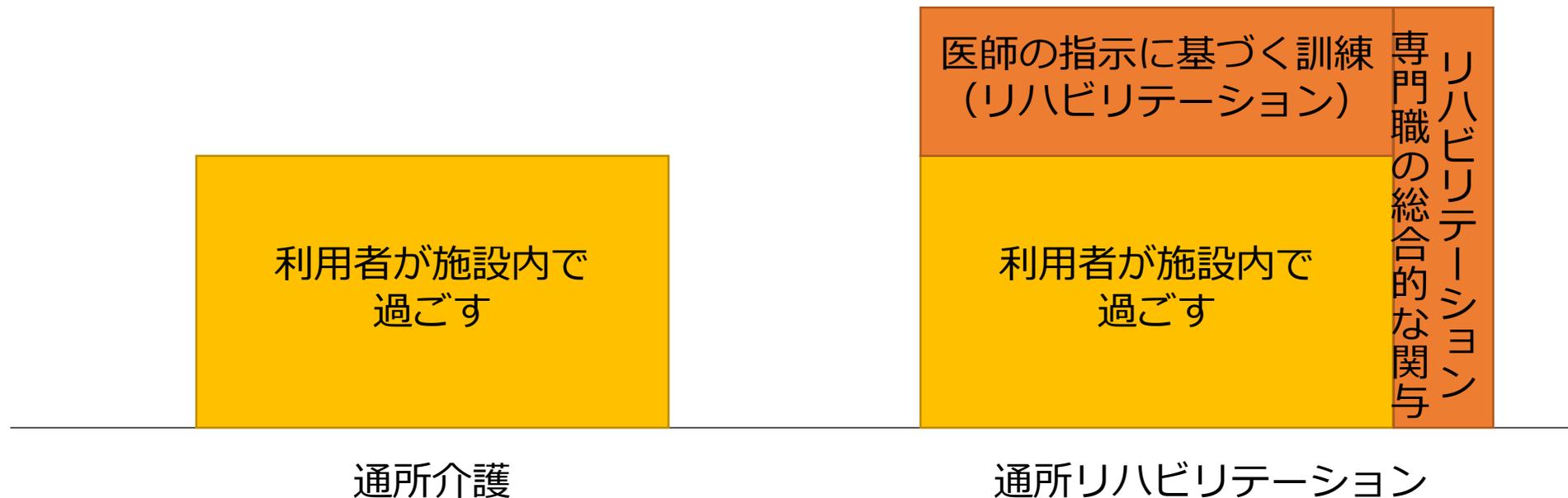
【例】要介護3の場合

	<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
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
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

# 通所リハビリテーションにおける報酬のイメージ

## 概要

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の報酬を、①通所介護と同様に利用者が施設内で過ごすことに関する評価、②利用者に対してリハビリテーション専門職等が医師の指示に基づく訓練（リハビリテーション）を行うことに関する評価、③事業所にいる時間を通じたリハビリテーション専門職の総合的な関与に対する評価の3要素で構築する。
- リハビリテーション専門職の総合的な関与とは、リハビリテーションの観点からの利用者の観察やアセスメント、介護職員等への介護の工夫や日常生活上の留意点に関する助言の実施等を評価している。

今回の各サービス毎の改定内容や各サービス毎の基準については、以下のURLで参照してください。

- **第158回社会保障審議会介護給付費分科会資料**

**<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000192309.html>**

資料1 平成30年度介護報酬改定の主な事項

資料2 介護報酬の算定構造

別紙 平成30年度介護報酬改定介護報酬の見直し案

参考資料1 平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について

**【今後、平成30年度改定に関する専用HPを開設予定】**

(参考資料)  
個別改定項目について  
訪問リハビリテーション

## 6. 訪問リハビリテーション

### 改定事項

- ① 医師の指示の明確化等
- ② リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③ リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④ 介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤ 社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設
- ⑦ 訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化
- ⑧ 基本報酬の見直し
- ⑨ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑩ 離島や中山間地等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供
- ⑪ 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬
- ⑫ 介護医療院が提供する訪問リハビリテーション
- ⑬ その他

## 6. 訪問リハビリテーション ①医師の指示の明確化等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。
- 具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

### 単位数

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	<現行> 60単位／月	⇒	<改定後> 230単位／月
基本報酬（訪問リハビリテーション費）	<現行> 302単位／回	⇒	<改定後> 290単位／回

### 算定要件等

- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。
  - ・ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

## 6. 訪問リハビリテーション ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。
- しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。
- ア 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。【通知改正】
  - ※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。
- イ 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

### 単位数

<現行>		<改定後>
		リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 280単位／月（新設） ※リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明する場合
リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 150単位／月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） 320単位／月 ※医師が説明する場合

### 算定要件等

#### <アについて>

- リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）共通の事項として通知に以下の内容を記載する。
  - ・ 構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等（テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む）を使用してもよいこととする。

#### <イについて>

- 以下をリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件とする。
  - ・ 訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

## 6. 訪問リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

### 単位数

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)  
150単位/月

⇒

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)  
420単位/月(新設)  
※3月に1回を限度とする

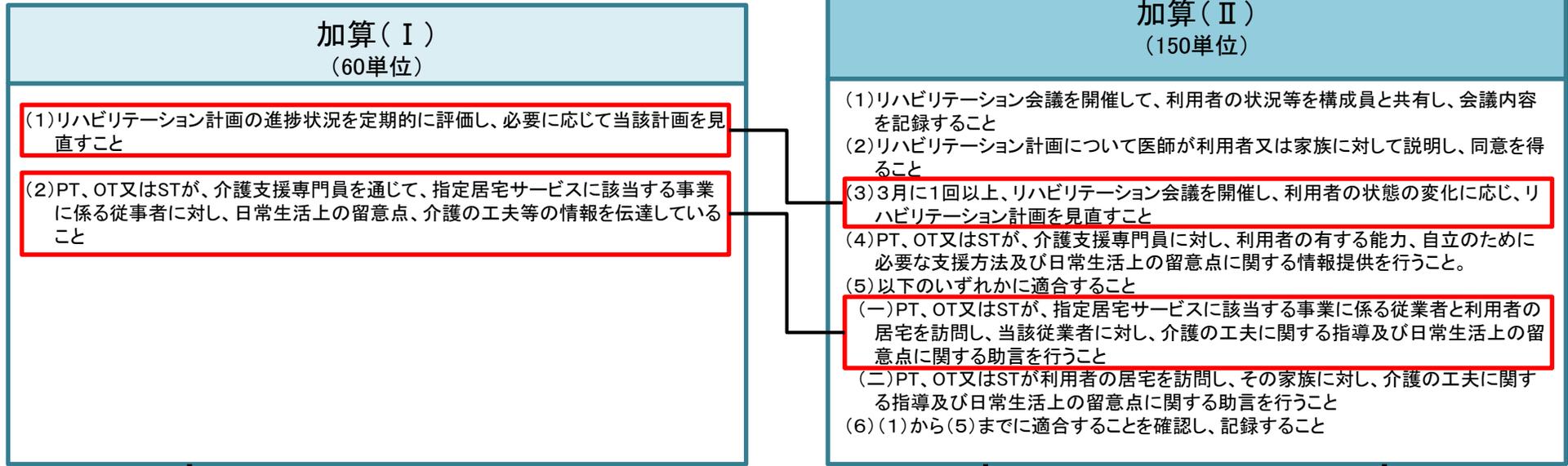
### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
  - ・指定訪問リハビリテーション事業所における訪問リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

# 訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

## <現行>

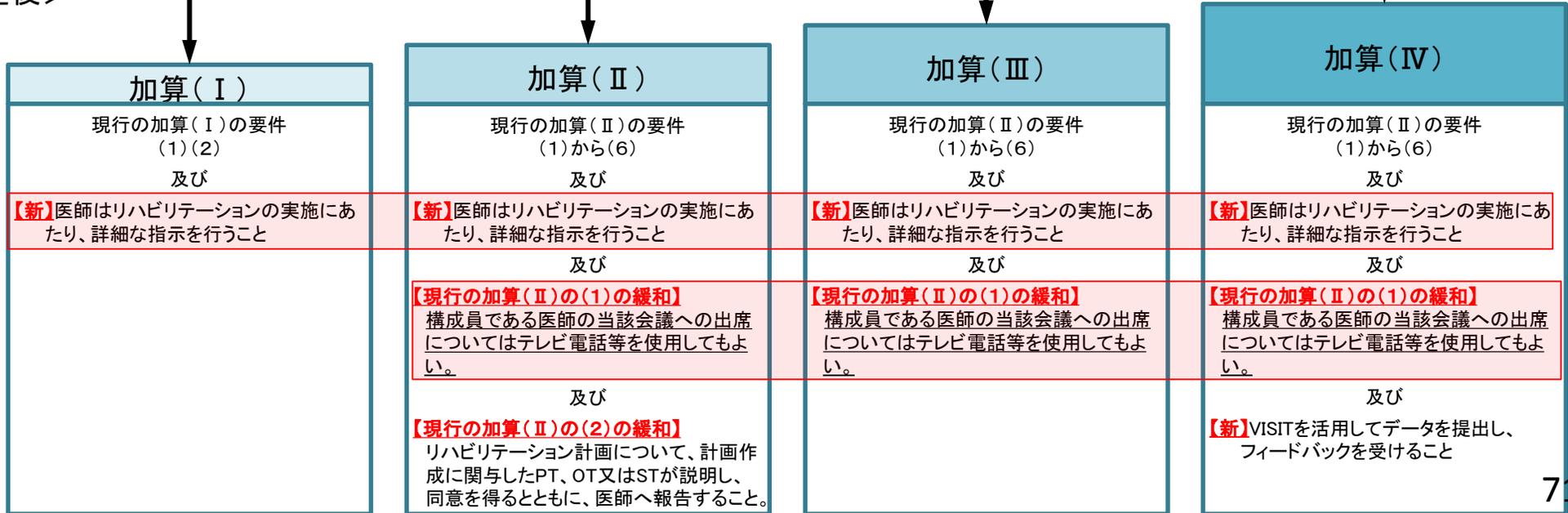
算定要件



## <改定後>

算定要件

共通



## 6. 訪問リハビリテーション

### ④介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメント加算を導入することとする。
- ただし、要支援者が対象となることから、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件を一部のみを導入することとする。

#### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>  
リハビリテーションマネジメント加算 230単位/月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
  - ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
  - ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定介護予防サービスへの移行の見通しを記載すること。

**概要**

※介護予防訪問リハビリテーションは含まない

- 社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。
- また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。
  - ・ 訪問リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合
  - ・ 就労に至った場合【通知改正】

**単位数**

	<現行>	⇒	<改定後>
社会参加支援加算	17単位/日		変更なし

**算定要件等**

○現行の算定要件

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

$$\frac{\text{12月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。} \quad \text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$$

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑥介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 自立支援、重度化防止の観点から、介護予防通所リハビリテーションにおけるアウトカム評価として設けられている事業所評価加算を、介護予防訪問リハビリテーションにおいても創設する。
- その場合の算定要件については、介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算を踏まえて設定することとする。

#### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>  
事業所評価加算 120単位/月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること
  - ・ 利用実人員数が10名以上であること
  - ・ 利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること
  - ・ 以下の数式を満たすこと（リハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

要支援状態区分の維持者数+改善者数×2

≥0.7

評価対象期間内(前年の1月～12月)に、リハビリテーションマネジメントを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- このため、指定訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師の配置を求めることとする。
- この際、事業所である病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の常勤医師との兼務を可能とするほか、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設、介護医療院であって、病院又は診療所と併設されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものとする。医師の診療に係る取扱いについて例外を設けることとするが、この場合の評価は適正化することとする。

#### 単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

＜現行＞  
なし

⇒

＜改定後＞  
20単位／回減算（新設）

#### 算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として下記を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとする。
  - ・ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
  - ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
  - ・ 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されていることから、二重評価にならないように見直しを図ることとする。【通知改正】

### 算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する
  - ・利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を行った日に、訪問リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療を行った場合には、当該診療と時間を別にして行われていることを記録上明確にするものとする。

**概要**

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画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こととする。
- イ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。【通知改正】

**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 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  
「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

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑩離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 指定（介護予防）訪問リハビリテーションにおいて、他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」及び「中山間地域等における小規模事業所加算」を新たに創設することとする。
- その際、他の訪問系サービスの「中山間地域等における小規模事業所加算」においては、小規模事業所について、一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定めているが、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの場合についても同様に定めることとする。
- また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

#### 単位数

- 特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算
  - <現行> なし
  - <改定後> 1回につき所定単位数の100分の15（新設）
- 中山間地域等における小規模事業所加算
  - <現行> なし
  - <改定後> 1回につき所定単位数の100分の10（新設）

#### 算定要件等

- 特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算
  - ・別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合
    - ※1 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域
- 中山間地域等における小規模事業所加算
  - ・別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※3）に適合する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合
    - ※2 豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域
    - ※3 訪問リハビリテーションについては、1月当たりの延訪問回数が30回以下であること  
介護予防訪問リハビリテーションについては、1月当たり延訪問回数が10回以下であること

## 6. 訪問リハビリテーション ⑪同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

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以下の見直しを行う。（訪問介護と同様の見直し）

ア 訪問リハビリテーションのサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等（※）以外の建物も対象とする。

- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者
- ii 上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

イ また i について、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。

※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分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。

### 単位数、算定要件等

#### <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（ <u>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</u> ）に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物（ <u>建物の定義は同上</u> ）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（ <u>②に該当する場合を除く。</u> ） ②上記の建物のうち、 <u>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</u> 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）

## 6. 訪問リハビリテーション ⑫介護医療院が提供する訪問リハビリテーション

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 訪問リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

### 単位数

○介護医療院の場合

	<現行>		<改定後>
訪問リハビリテーション費	なし	⇒	290単位/回（新設）
介護予防訪問リハビリテーション費	なし	⇒	290単位/回（新設）

**概要**

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 平成29年度をもって介護予防訪問介護の地域支援事業への移行が完了することに伴い、介護予防訪問リハビリテーションにおける訪問介護連携加算を廃止することとする。

**単位数**

訪問介護連携加算	<現行> 300単位/回	⇒	<改定後> なし（廃止）
----------	-----------------	---	-----------------

(参考資料)  
個別改定項目について  
通所リハビリテーション

# 1 1. 通所リハビリテーション

## 改定事項

### ○基本報酬

- ①医師の指示の明確化等
- ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設
- ⑦栄養改善の取組の推進
- ⑧3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等
- ⑨短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和
- ⑩医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑪介護医療院が提供する通所リハビリテーション
- ⑫介護職員処遇改善加算の見直し

単位数

○通所リハビリテーション

【例】要介護3の場合

	<現行>		⇒	<改正案>	
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
大規模型（Ⅰ）	3時間以上4時間未満	587単位/回		6時間以上7時間未満	924単位/回
	4時間以上6時間未満	759単位/回		7時間以上8時間未満	988単位/回
	6時間以上8時間未満	1007単位/回		3時間以上4時間未満	587単位/回
大規模型（Ⅱ）	3時間以上4時間未満	573単位/回		4時間以上5時間未満	667単位/回
	4時間以上6時間未満	741単位/回		5時間以上6時間未満	772単位/回
	6時間以上8時間未満	982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
				3時間以上4時間未満	573単位/回
				4時間以上5時間未満	645単位/回
				5時間以上6時間未満	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

○介護予防通所リハビリテーション

	<現行>	⇒	<改定後>
要支援1	1812単位/月	⇒	1712単位/月
要支援2	3715単位/月	⇒	3615単位/月

## 1 1. 通所リハビリテーション ①医師の指示の明確化等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。
- 具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

### 単位数

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

### 算定要件等

- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。
  - ・ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

# 1 1. 通所リハビリテーション ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

## 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。
- しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。
  - ア 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。【通知改正】
    - ※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。
  - イ 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。
  - ウ リハビリテーション会議の開催頻度について、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととする。【通知改正】

## 単位数

<現行>

<改定後>

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

6月以内 850単位／月（新設）

6月以降 530単位／月（新設）

※リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明する場合

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） ⇒

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）

6月以内 1020単位／月

6月以降 700単位／月

6月以内 1120単位／月

6月以降 800単位／月

※医師が説明する場合

## 算定要件等

<アについて>

- リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）共通の事項として通知に以下の内容を記載する。
  - ・ 構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等（テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む）を使用してもよいこととする。

<イについて>

- 以下をリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件とする。
  - ・ 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

# 1 1. 通所リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

## 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

## 単位数

<現行>

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

⇒

<改定後>

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(新設)

6月以降 900単位/月(新設)

※3月に1回を限度とする

## 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
  - ・指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

## <現行>

算定要件

**加算(Ⅰ)**  
(230単位)

- (1)リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
- (2)PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
- (3)新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

**加算(Ⅱ)**  
(6月以内の期間:1020単位)  
(6月を超えた期間:700単位)

- (1)リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- (2)リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- (3)6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- (4)PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5)以下のいずれかに適合すること
  - (一)PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
  - (二)PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- (6)(1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること

## <改定後>

共通

算定要件

**加算(Ⅰ)**

現行の加算(Ⅰ)の要件  
(1)から(3)  
及び

**【新】**医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

**加算(Ⅱ)**

現行の加算(Ⅱ)の要件  
(1)から(6)  
及び

**【新】**医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

及び

**【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】**  
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

及び

**【現行の加算(Ⅱ)の(2)の緩和】**  
リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。

**加算(Ⅲ)**

現行の加算(Ⅱ)の要件  
(1)から(6)  
及び

**【新】**医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

及び

**【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】**  
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

**加算(Ⅳ)**

現行の加算(Ⅱ)の要件  
(1)から(6)  
及び

**【新】**医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

及び

**【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】**  
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

及び

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

## 11. 通所リハビリテーション

### ④介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

#### 概要

※介護予防通所リハビリテーションのみ

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとする。
- ただし、要支援者が対象となることから、以下のとおり、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとする。

#### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>  
リハビリテーションマネジメント加算 330単位/月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
  - ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
  - ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定介護予防サービスへの移行の見通しを記載すること。

**概要**

※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。【通知改正】
- また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。
  - ・ 通所リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合。
  - ・ 就労に至った場合。【通知改正】

**単位数**

	<b>&lt;現行&gt;</b>	⇒	<b>&lt;改定後&gt;</b>
社会参加支援加算	12単位/日		変更なし

**算定要件等**

○現行の算定要件

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

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。 } \quad \text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数+新規終了者数）} \div 2}$$

## 1 1. 通所リハビリテーション

### ⑥介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

#### 概要

※介護予防通所リハビリテーションのみ

- 活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設する。

#### 単位数

<現行>

なし

⇒

<改定後>

生活行為向上リハビリテーション実施加算

3月以内

900単位/月（新設）

3月超、6月以内

450単位/月（新設）

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

#### 算定要件等

- 以下の要件を算定要件とする。
  - ・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
  - ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
  - ・当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
  - ・介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
- 事業所評価加算との併算定は不可とする。

**概要**

※介護予防通所リハビリテーションを含む

**ア 栄養改善加算の見直し**

- 栄養改善加算について、管理栄養士1名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。

**イ 栄養スクリーニングに関する加算の創設**

- 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。

**単位数**

○アについて

<現行>

栄養改善加算 150単位/回

⇒

<改定後>

変更なし

○イについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

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

**算定要件等**

**ア 栄養改善加算**

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

**イ 栄養スクリーニング加算**

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

# 1 1. 通所リハビリテーション ⑧ 3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等

## 概要

※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ、以下の見直しを行う。
  - ア 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直しを行う。
  - イ 一方で、リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価する。

## 単位数

<現行> なし	⇒	<改定後> リハビリテーション提供体制加算	3時間以上 4時間未満	12単位/回 (新設)
			4時間以上 5時間未満	16単位/回 (新設)
			5時間以上 6時間未満	20単位/回 (新設)
			6時間以上 7時間未満	24単位/回 (新設)
			7時間以上	28単位/回 (新設)

※ 基本報酬については、別頁に記載

## 算定要件等

<イについて>

- 以下の要件を算定要件とする。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までのいずれかを算定していること。
  - ・ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

# 1 1. 通所リハビリテーション ⑨短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和

## 概要

※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う観点から、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を緩和することとする。【通知改正】

	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、必要な器具の共用が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共用が認められる。

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。

**概要**

※介護予防通所リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- イ 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者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することとする。【通知改正】

**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

# 1 1. 通所リハビリテーション ⑪介護医療院が提供する通所リハビリテーション

## 概要

※介護予防通所リハビリテーションを含む

- 通所リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

## 単位数

### ○通所リハビリテーション

【例】要介護3の場合

	<現行>	⇒	<改定後>	
通常規模型	なし		3時間以上4時間未満 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上8時間未満	596単位/回 (新設) 681単位/回 (新設) 799単位/回 (新設) 924単位/回 (新設) 988単位/回 (新設)
大規模型 (I)	なし		3時間以上4時間未満 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上8時間未満	587単位/回 (新設) 667単位/回 (新設) 772単位/回 (新設) 902単位/回 (新設) 955単位/回 (新設)
大規模型 (II)	なし		3時間以上4時間未満 4時間以上5時間未満 5時間以上6時間未満 6時間以上7時間未満 7時間以上8時間未満	573単位/回 (新設) 645単位/回 (新設) 746単位/回 (新設) 870単位/回 (新設) 922単位/回 (新設)

### ○介護予防通所リハビリテーション

	<現行>	⇒	<改定後>
要支援1	なし		1712単位/月 (新設)
要支援2	なし		3615単位/月 (新設)

# 1 1. 通所リハビリテーション ⑫介護職員処遇改善加算の見直し

## 概要

※介護予防通所リハビリテーションを含む

- 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

	<b>加算(Ⅰ)</b> (月額3万7千円相当)	<b>加算(Ⅱ)</b> (月額2万7千円相当)	<b>加算(Ⅲ)</b> (月額1万5千円相当)	<b>加算(Ⅳ)</b> (加算(Ⅲ)×0.9)	<b>加算(Ⅴ)</b> (加算(Ⅲ)×0.8)
<b>算定要件</b>	キャリアパス要件 Ⅰ 及び Ⅱ 及び Ⅲ  + 職場環境等要件を満たす(平成27年4月以降実施する取組)	キャリアパス要件 Ⅰ 及び Ⅱ  + 職場環境等要件を満たす(平成27年4月以降実施する取組)	キャリアパス要件 Ⅰ 又は Ⅱ  + 職場環境等要件を満たす	キャリアパス要件Ⅰ キャリアパス要件Ⅱ 職場環境等要件 のいずれかを満たす	キャリアパス要件Ⅰ キャリアパス要件Ⅱ 職場環境等要件 のいずれも満たさず

(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。