

診療報酬改訂

在宅医療に係る診療報酬
在宅医療・外来医療・介護保険

平成30年5月12日
於：東名古屋医師会

愛知県医師会理事 野田正治

往診とは

- 患家の求めに応じて患家に赴き診療を行うこと

訪問診療とは

- 計画的な医学管理の下、定期的に患家に出向くこと

往診料の算定要件の変更

これまで往診料の算定要件は「患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できる」



平成30年改訂「患者又は家族等患者の看護・療養に当たる者が、保健医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保健医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できる」

定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

往診料の算定要件の変更の意味するものは何であろうか？

患家の求めに応じてではなく「患者または家族等患者の看護・療養に当たる者が」となったことで「他の医療機関からの依頼でない」ことが明確化された

- 1) ただし「等」が付いているので看護師が依頼したらOKなのか？Q&Aを待ちたい
- 2) 「電話等で直接」ということは誰かを介してはならないということ
- 3) 医師が「誰々先生に頼んでおいてあげるよ」は駄目ということ

必要を認めたときに「可及的速やかに」赴くとなり、速かに赴くので計画的ではないことになる

どの程度を「可及的速やかに」と解するかが問題で「来週いくよ」は駄目で「今日中に行くね」ならいいのか？

素直に読めば、複数の医療機関の訪問診療での問題点を解消するために加えられたと理解できる

関西の一部で問題になった「押し付け往診」の問題事例も関係しているかもしれない

ここは変わらない

訪問できる距離 16Km

- ・医療機関と患者の所在地が直線距離で16km以内

絶対的理由・特殊の事情がなければ
16km以上は認められない

16キロメートルを超えて往診料等の算定が可能な「絶対的な理由」及び「特殊の事情」

絶対的な理由

- ・患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない
- ・患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない等

特殊の事情

- ・冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情が極めて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること等

在宅医療の対象となる患者

在宅医療の対象

- 在宅で療養を行っている患者であって、
疾病、傷病のために通院による療養が困難な者

通院困難

- 少なくとも独歩で家族・介護者等の助けを借りずに通院ができない者

ここも変わらない

在宅医療診療報酬の基本構造

書類関連・連携関連対応報酬

患者の状態に応じた基本報酬の加算

在医総管 施設総管

在宅患者訪問診療料

在宅医療診療報酬の基本構造

在宅患者訪問診療料 or 往診料

在宅時医学総合管理料（在医総管） or 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

患者の状態に応じた基本報酬の加算

- 在宅ターミナルケア加算
- 看取り加算
- 死亡診断時の加算
- 在宅移行早期加算
- 頻回訪問加算 など

患者の状態に応じた報酬

- 在宅療養指導管理料
- 在宅患者訪問点滴注射指導料
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- 検査・処置・注射 など

書類関連・連携関連対応報酬

- 訪問看護指示料
- 退院時共同指導料
- 在宅患者緊急等カンファレンス料 など

在宅がん医療総合診療料

在宅患者訪問診療料

- 同一建物居住者以外の場合
 - 833点
- 同一建物居住者の場合
 - 203点

在宅患者訪問診察料（Ⅰ）

在宅患者訪問診察料 1

従来からの在宅患者訪問診察料で点数に変更なし 833点

在宅患者訪問診察料 2

新設されたもので、依頼によって他科の医師が訪問診療を行うときに設定されたもの 次スライド参照

在宅患者訪問診察料（Ⅱ）

有料老人ホーム等に併設される医療機関の訪問診療

イ 定期的に訪問して診療

ロ 他の医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して計画的訪問診療

在宅患者訪問診療料 1

- 同一建物居住者以外の場合 833点
- 同一建物居住者の場合 203点

在宅患者訪問診療料 2

- 同一建物居住者以外の場合 830点
- 同一建物居住者の場合 178点

なぜ点数が3点低いのかの意味、同一建物だとさらに5点低い

複数の医療機関による訪問

在総管等の算定要件を満たす医療機関の依頼を受けて、他の医療機関が訪問診療を行った場合に、他の医療機関において算定可能な評価を新設する。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 2

他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

同一建物居住者以外 830 点

同一建物居住者 178 点

＊（演者注）往診料は720点でありむしろ高い→往診にしないほうが良い
どちらにせよ患者や家族から直接依頼を受けていないので往診料は算定できない

〔算定要件〕 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月1回を限度として算定

平成30年改訂 往診算定要件

「患者又は家族等患者の看護・療養に当たる者が、保健医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保健医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できる」

（演者注） つまり

同一建物居住者の場合とは、例えば皮膚科や眼科、神経内科の医師に依頼して複数の訪問診察を依頼し、あらかじめ計画して行う場合などが想定される

「同一建物」は在宅患者訪問診療料などを同一日に複数のものに訪問診療を行う場合に使う概念

「単一建物」はその月に算定する患者数をカウントするもので従来、在医総管（在総管）・施設総管算定の時に使う概念

同一患家は同一世帯

- 通常の居宅
- 老人ホームやグループホームで構造上通常の居宅と同じ形態のものも同一患家とみなされる

同一建物居住者

- 同一日に同じ建物に居住する患者に訪問診療を行う
- 在宅患者訪問診療料を算定するときに使う概念
- 往診には同一建物という概念はない

単一建物

- 単一建物在医総管（在総管） ・ 施設総管算定時に使う概念
- 建築物でその医療機関が在宅医学管理を行なっている人数
- 1人
- 2-9人

(注)10人以上で単一建物の概念は他に 精神科重症患者早期集中支援管理料算定の際に使われていたが、今回の改訂で

改訂では

在宅患者訪問薬剤管理指導料

在宅患者訪問栄養食事指導料

介護保険の居宅療養管理指導

にも用いられるようになった

これからこのやり方で抑制をかけるべく増やしていくでしょうね

単一建物診療患者の人数算出の例外

一つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、
(つまり同一患家の場合には)
患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する

在医総管について、
患者数が建物の戸数の10%以下 or
建物の戸数が20戸未満で患者が2人以下の場合
それぞれ「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する

ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設
それぞれのユニットにおいて、
施設総管を算定する人数を、
単一建物診療患者の人数とみなす

重症患者とは

別表第8の2

重要！：これは変わらない

末期悪性腫瘍

指定難病

脊髄損傷

スモン

AIDS

真皮を越える褥瘡

在宅腹膜灌流

在宅血液透析

在宅酸素

中心静脈栄養

成分栄養経管栄養

自己導尿

人工呼吸

植込型疼痛管理

肺高血圧症

気管切開

気管カニューレ

ドレーンチューブ

人工肛門・人工膀胱

まださすがに人口心臓は入らない

改訂でここが大きく変わった

在医総管・施設総管

別表8の2（重症患者）を除き、月2回以上訪問診療を各100点引き下げ

強化型でない在支診・在支病月1回訪問診療を各20点引き上げ

在支診・在支病以外月1回訪問診療を50点引き上げ

しかし、月1回でも2回以上でも
包括的支援加算 150点

〔対象患者〕 以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に処置（簡単な処置を除く）を行っている者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者
- (6) その他、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

つまり末期悪性腫瘍などの重症患者は、月2回以上訪問診療で実質150点引き上げ　その他の手のかかる患者を50点引き上げたことになる

別表 8 の 3 (1)

要介護 2 以上・障害者支援区分 2 以上

ア「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第7条に規定する要介護状態区分における要介護2、要介護3、要介護4若しくは要介護5である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態をいう。

(注) 障害支援区分2以上とは介護保険の要介護1に相当

医師が判断で要介護2相当以上と判断してはダメ

認知症日常生活自立度Ⅱb以上

イ「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態」とは、医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅡb以上と診断した状態をいう。

しかしこれは医師が判断してもいいことになる

(参考)

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判 定 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態が家庭内でもみられる
服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番できない等

別表 8 の 3 (2)

月4回以上の頻回の訪問看護

ウ 「頻回の訪問看護を受けている状態」とは、週1回以上訪問看護を受けている状態をいう。

つまり集中して訪問して4回以上になってもダメということ
運用が微妙となりそう

別表 8 の 3 (3)

エ 「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。）を受けている状態をいう。（つまり喀痰吸引と鼻腔栄養のみ）

	区分番号			区分番号	
ワ	J000	創傷処置	ウ	J118	介達牽引
カ	J001-7	爪甲除去	ヰ	J128-2	矯正固定
ヨ	J001-8	穿刺排膿後薬液注入	ノ	J118-3	変形機械矯正術
レ	J018-3	干涉低周波去痰器による喀痰排出	オ	J119	消炎鎮痛等処置
ソ	J043-3	ストーマ処置	ク	J119-2	腰部または胸部固定帯固定
ツ	J053	皮膚軟膏処置	ヤ	J119-3	低出力レーザー照射
ネ	J060	膀胱洗浄	マ	J119-4	肛門処置
ナ	J060-2	後部尿道洗浄（ウルツマン）			
ラ	J063	留置カテーテル設置			
ム	J064	導尿（尿道拡張を要するもの）			

これはダメ

特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからマまでに規定する処置

	区分番号	
ワ	J000	創傷処置
カ	J001-7	爪甲除去
ヨ	J001-8	穿刺排膿後薬液注入
タ	J018	喀痰吸引
レ	J018-3	干渉低周波去痰器による喀痰排出
ソ	J043-3	ストーマ処置
ツ	J053	皮膚軟膏処置
ネ	J060	膀胱洗浄
ナ	J060-2	後部尿道洗浄（ウルツマン）
ラ	J063	留置カテーテル設置
ム	J064	導尿（尿道拡張を要するもの）
ウ	J118	介達牽引
キ	J128-2	矯正固定
ノ	J118-3	変形機械矯正術
オ	J119	消炎鎮痛等処置
ク	J119-2	腰部または胸部固定帯固定
ヤ	J119-3	低出力レーザー照射
マ	J119-4	肛門処置
ケ	J120	鼻腔栄養

別表 8 の 3 (4)

小児在宅を念頭においた規定

カ「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(イ) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、及び血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者

(ロ) 出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者

(ハ)「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者

(ニ) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからマに規定する処置をいう。）を行っている患者

しかし(ニ)は年齢が書いてない（成人や高齢者でも良い？）

多分ダメでしょうけどね

特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからマまでに規定する処置

なぜかケの鼻腔栄養が除かれている
別に他の項目で含んでいるからいいけれど

	区分番号	
ワ	J000	創傷処置
カ	J001-7	爪甲除去
ヨ	J001-8	穿刺排膿後薬液注入
タ	J018	喀痰吸引
レ	J018-3	干渉低周波去痰器による喀痰排出
ソ	J043-3	ストーマ処置
ツ	J053	皮膚軟膏処置
ネ	J060	膀胱洗浄
ナ	J060-2	後部尿道洗浄（ウルツマン）
ラ	J063	留置カテーテル設置
ム	J064	導尿（尿道拡張を要するもの）
ウ	J118	介達牽引
キ	J128-2	矯正固定
ノ	J118-3	変形機械矯正術
オ	J119	消炎鎮痛等処置
ク	J119-2	腰部または胸部固定帯固定
ヤ	J119-3	低出力レーザー照射
マ	J119-4	肛門処置
ケ	J120	鼻腔栄養

児童福祉法第56条の6第2項

参考)児童福祉法第 56 条の6第2項

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

医療的ケア児の法律上の文言で

1. 人工呼吸器を装着している障害児
2. 日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児

超重症児スコア

- ・ 大島分類に医療ケアを加味
- ・ ADLは座位まで→立てれば適応外

■ 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上

■ 呼吸管理

レスピレーター(10) 気管内挿管、気管切開(8) 鼻咽頭エアウェイ(8) 酸素吸入(5)1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(3) ネブライザーの6回/日以上または常時使用(3)

■ 食事機能

IVH(10) 経口全介助(3) 経管（経鼻、胃瘻）(5) 腸瘻(8) 腸瘻・腸管栄養時に注入ポンプ(3)

■ 他の項目

継続する透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張で発汗し更衣と姿勢修正3回/日以上(3)

③ 小児科療養指導料の見直し

骨子＜Ⅰ－２（３）、Ⅲ－１（８）＞

第１ 基本的な考え方

医療的ケア児への支援を推進する観点から、小児科療養指導料の対象疾患に医療的ケア児を追加するとともに、患児が通学する場合には学校と情報共有・連携を行うことを明確化する。

小児科療養指導料に
医療的ケア児を加えた

学校との連携も

援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する医療的ケア児に該当する状態

（６歳未満の患者）

（略）

〔算定要件〕

必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行っ

【診療情報提供料（Ⅰ）】

【在宅患者緊急時等カンファレンス

料】

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪

【介護支援等連携指導料】

【退院時共同指導料2 注3加算（3

者以上共同指導）】

【入退院支援加算1】

相談支援専門員

40歳以下にはケアマネはいない
小児在宅と精神障害に
目が向け始められた

今回の改訂では相談支援専門員と
管理栄養士が脚光を浴び始めた

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

がん末期の患者に行う在宅酸素療法の評価

在宅ターミナルケア加算（在宅患者 訪問診療料）

がん患者の在宅療養の質を充実させる観点から、末期のがん患者に対するターミナルケアとして行われる酸素療法について、診療報酬上の評価を新設する

在宅ターミナルケア加算 酸素療法

がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

しかし、これの意味するところは微妙で、ターミナルケア加算を算定する月だけであって、その前の月のがん患者に対する在宅酸素療法は認めていないともとれる
評価して良いのか悪いのか不明

退院時共同指導料

入院中の患者・家族に、退院後の在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同指導した際の報酬

在宅医・看護師等・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・訪問看護師が入院医療機関に赴き、

入院医療機関の医師・看護師等・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士と共同で、退院後の在宅療養上必要な説明や指導し、その内容を文書で情報提供

退院時共同指導料 1 在宅側の算定

在宅療養支援診療所 1500点
それ以外 900点
特別管理指導加算（200点）別表第8

入院中 1 回算定
表2の「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は入院中に2回算定可
表3にも該当すれば同加算も入院中に2回算定可。

退院時共同指導料2 入院先の医療機関算定

退院時共同指導料2 400点
医師共同加算 300点

「医師共同指導加算」(300点) は、入院中の医療機関の医師と退院後の在宅医療を担う医療機関の医師が共同指導した場合に算定

4者共同指導加算として2000点

特別管理指導加算（200点）別表第8

別表第8

- | | |
|--|---|
| <p>1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>2 以下のいずれかを受けている状態にある者</p> <p>在宅自己腹膜灌流指導管理</p> <p>在宅血液透析指導管理</p> <p>在宅酸素療法指導管理</p> <p>在宅中心静脈栄養法指導管理</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法指導管理</p> <p>在宅自己導尿指導管理</p> | <p>在宅人工呼吸指導管理</p> <p>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理</p> <p>在宅自己疼痛管理指導管理</p> <p>在宅肺高血圧症患者指導管理</p> <p>3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>4 真皮を超える褥瘡の状態にある者</p> <p>5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p> |
|--|---|

退院時共同指導 2回算定可 別表第3の1の2

- 1 末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く)
- 2 ①であって、②または③の状態である患者
- | | | |
|----------------------------|------------------|----------------|
| ① ・在宅自己腹膜灌流指導管理 | ・在宅血液透析指導管理 | ・在宅酸素療法指導管理 |
| ・在宅中心静脈栄養法指導管理 | ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | ・在宅人工呼吸指導管理 |
| ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理 | ・在宅自己疼痛管理指導管理 | ・在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| ・在宅気管切開患者指導管理 を受けている状態にある者 | | |
- ②ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している状態
- ③人工肛門または人工膀胱を設置している状態
- 3 高度な指導管理を必要とするもの(2の①に掲げる指導管理を2つ以上実施)

いわゆる4者共同指導加算

入院医療機関の医師が、
在宅医、 看護師（准看護師）、
歯科医師・歯科衛生士、
薬剤師、 訪問看護ステーションの看護師、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
介護支援専門員

のうち3者以上と共同で指導を行った場合、

4者共同指導加算として2000点 算定できる

ただし、 同一職種が2者以上いる場合、 1者とカウント

初診料 機能強化加算 新規 80点

かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設

算定要件 以下の届け出

地域包括診療加算 地域包括診療料
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料
小児かかりつけ診療料

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

平成30年改定、

24時間の往診等の体制を確保していること。
在宅療養支援診療所以外の医療機関については、連携
医療機関の協力を得て行うものを含む。

地域包括診療料・地域包括診療加算

常勤2名



常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち
1名以上が常勤の医師であること。

各々1と2ができた

地域包括診療料・地域包括診療加算1

訪問診療を提供した患者のうち、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上

直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満

地域包括診療料・地域包括診療加算2

訪問診療を提供した患者のうち、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上

在宅療養支援診療所以外の24時間往診体制

継続診療加算

216点

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療が一定数あることから評価することになったと考えられる

在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制と連絡体制を構築した場合について、在総管及び施設総管の加算を新設

〔算定要件〕

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者
- (2) 算定患者ごとに、当該医療機関単独又は連携する医療機関との協力のもと、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者については、当該保険医療機関、連携する医療機関又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供していること。

在宅ターミナルケア加算（在宅患者 訪問診療料）

各500点増点し有料老人ホーム等も新設

訪問診療における「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件として追加し、居住先に応じて評価を充実する。

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。

ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

訪問後搬送され24時間以内に死亡した場合でも算定できる

看取りの実績に要件の変更

当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。

なお、6月以上の訪問診療を実施した患者であって、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又は才における受入医療機関で7日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）

機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）

機能強化型在宅療養支援病院（単独型）

機能強化型在宅療養支援病院（連携型）

しかし、在宅療養実績加算には書き込まれていない

在宅療養実績加算1

- 緊急の往診 10件以上
- 看取りの実績 4件以上

在宅療養実績加算2

- 緊急の往診 4件以上
- 看取りの実績 2件以上
- 緩和ケアに係る研修

しかし、看取の実績に
訪問後搬送され24時間以内の死亡をカウントすると書かれていない

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

医療・ケアチームで支える

強い医師の考えを追認するだけのチームにしない

患者の状態は変化しうる

話し合いは繰り返し行う

患者が信頼できる家族等を含める

ソーシャルワーカーやケアマネも参加

積極的安楽死は、対象としない

方針の決定手続き

患者の意思が確認できる場合

医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明

患者と医療・ケアチームとが十分話し合い

患者の状態は変化しうる

話し合いは繰り返し行う

話し合った内容は文書にまとめる

患者の意思が確認できない場合

家族等が患者の意思を推定できるか

意思を推定できない場合十分に話しあう

家族等がない場合患者にとって最善の治療方針

話し合った内容は文書にまとめる

複数の専門家からなる話し合いの場の設置

医療・ケアチームで決定困難

患者と医療・ケアチームで合意が得られない場合

家族の中で意見がまとまらない場合

専門家とは医療倫理に精通した専門家
国が行う「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」終了者
などが想定される
愛知県でもアドバンスドケアプランニングの研修が予定されている

認知症サポート医

認知症サポート指導料

厚生労働大臣が定める施設基準

- ・ 認知症サポート医研修
- ・ 認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること

認知症初期集中支援チーム

認知症に関する講演会、研修会の講師や企画立案

認知症家族支援プログラムへの参加

認知症対応病院実地指導等の講師やファシリテーター

自治体の認知症対策の会議の委員 等が想定される

その他に認知症疾患医療センターとの連携もありうる

依頼により療養上の指導・療養方針の助言

6ヶ月に1回

認知症療養指導料

認知症疾患医療センターから

これは従前

認知症療養計画書に基づいた治療

認知症疾患治療センターに診療情報を提供

認知症サポート医から

新規

認知症療養計画書に基づいた治療

認知症疾患治療センターに診療情報を提供

認知症サポート医から

新規

新たに認知症と診断された患者

認知症の病状変化により療養計画の再検討

歯科医療機関への「診療情報共有料」 新規

B010-2 診療情報連携共有料 120点

慢性疾患を有する患者で歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の情報を特に必要とする場合

120点

歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

歯科医師の求めに応じて検査結果・投薬内容
を提供する
3ヶ月に1回

注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限り。)を算定した同一月においては、別に算定できない。

紹介状を送った月には算定できない

表1◎医療保険・介護保険における退院時共同指導加算

医療保険	介護保険
退院時共同指導加算 (退院または退所につき1回)	退院時共同指導加算
6000円	600単位/回
【主な算定要件】 ・医療機関または老健施設からの退院・退所に当たり、看護師などが、主治医または医療機関、老健施設の職員とともに利用者本人またはその看護者に対して在宅療養に必要な指導を行った場合、初日の訪問看護実施時に算定できる ・文書の提供が必要となる ・「厚生労働大臣が定める疾病等」(第1章8項参照)と「厚生労働大臣が定める状態等」(第1章12項参照)の該当者は、複数日に指導を実施した場合に限り2回まで算定可 ・准看護師は算定できない	【主な算定要件】 医療機関または老健施設に入院・入所中の者に対して、主治医などと連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提出した場合に算定する。「厚生労働大臣が定める状態等」(第1章12項参照)の利用者の場合、2回算定できる。 ※初回加算を算定する場合は算定できない ※准看護師による指導では算定できない
特別管理指導加算	2000円
【主な算定要件】 ・「厚生労働大臣が定める状態等」(第1章12項参照)の場合に加算できる ・特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、もしくは当該保険医の指示を受けた看護師、または訪問看護ステーションの看護師が退院時共同指導を行った場合に加算する	

(4) 訪問診療の主治医とケアマネージャとの連携強化

診療報酬改定における対応

- 末期がんの患者について主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進(在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加)

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

留 p 275, 279

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、提示情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

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。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

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。

③ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

骨子＜Ⅰ－６（４）＞

第１ 基本的な考え方

末期のがん患者に対し円滑に医療・介護サービスを提供する観点から、訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援事業者への情報提供について、在宅時医学総合管理料等の要件に追加する。

第２ 具体的な内容

末期のがん患者については、在宅時医学総合管理料等の要件に、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援事業者に対し病状や予後等について情報提供することを追加する。

現 行	改定案
【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 （略） <u>（新設）</u>	【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 （略） <u>悪性腫瘍の患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、情報提供すること。</u>

外来における妊婦加算

初診料に加算 新規

時間害加算 新規

再診料に加算 新規

県医師会に最も問い合わせの多い項目
不思議に産婦人科からの問い合わせが多い

本人が妊娠していると申告すれば検査しなくて良い

本人が妊娠していると申告すれば検査しなくて良い

妊婦人科からの問い合わせが多い項目

小児抗菌薬敵性仕様支援加算

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。

感染症の研修会等に定期的に参加していること。

再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する

5 小児抗菌薬適正使用支援加算

Q 急性気道感染症又は急性下痢症などに抗菌薬を投与せず、対象病名以外の病名に対し抗菌薬（外用薬）を投与した場合は加算できるのか

軟膏や点眼薬などの概要の抗菌薬を処方した場合は、当該加算を算定できる。

医療安全地域連携加算

- 1) 特定機能病院以外の医療機関
- 2) 届出していること
- 3) 3年以上の経験あるいは適切な研修を受けた専任医師
- 4) 地域で連携して年1回以上内容報告し評価を受ける

地域で連携しなければならないので診療所でも研修会を開いてくれる筈なので診療所で研修会を開いてもらえる

これは今回病院だけの加算であるが
将来的に診療所も加算が付き
広く普及すれば加算がなくなり義務になるであろうと
読む

平成30年度介護報酬改定



愛知県医師会

Aichi Medical Association



2018年3月18日21日26日
公益社団法人愛知県医師会
理事 野田 正治

平成30年度介護報酬改訂のまとめ

介護医療院の創設

住居であり医療である場所

デイサービスにアウトカムの導入

Barthel Indexバーセルインデックスを用いる

介護ロボット

見守りセンサーの設置で人員配置緩和

ケアマネの中立公正化

特定の事業者のサービス利用が入居条件等

複数の事業所を紹介する

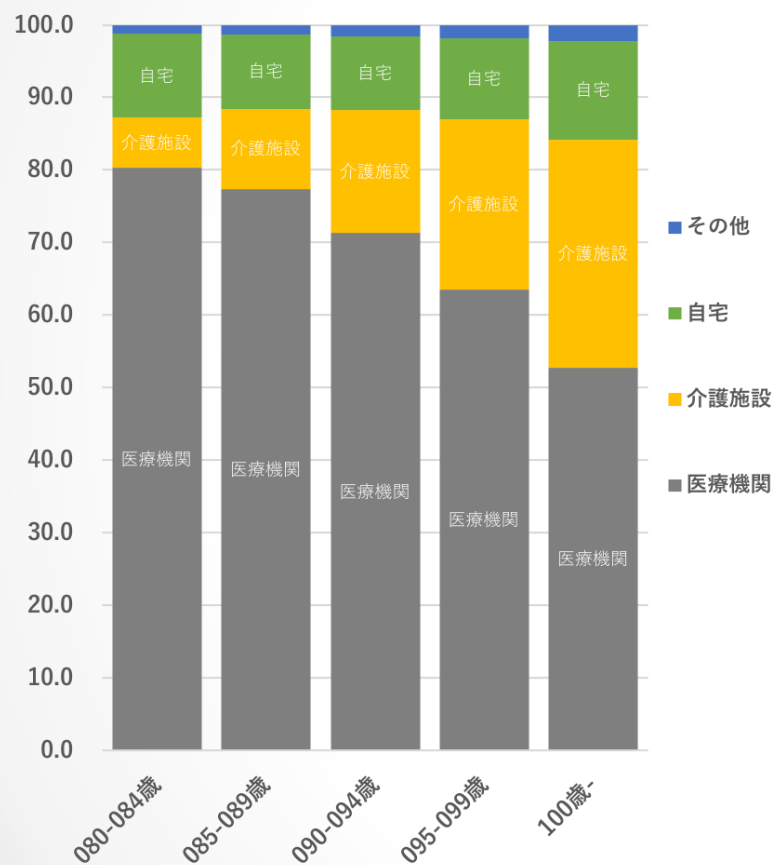
福祉用具の価格の適正化

全国平均価格調査と+SDを上回る場合契約全体の無効化

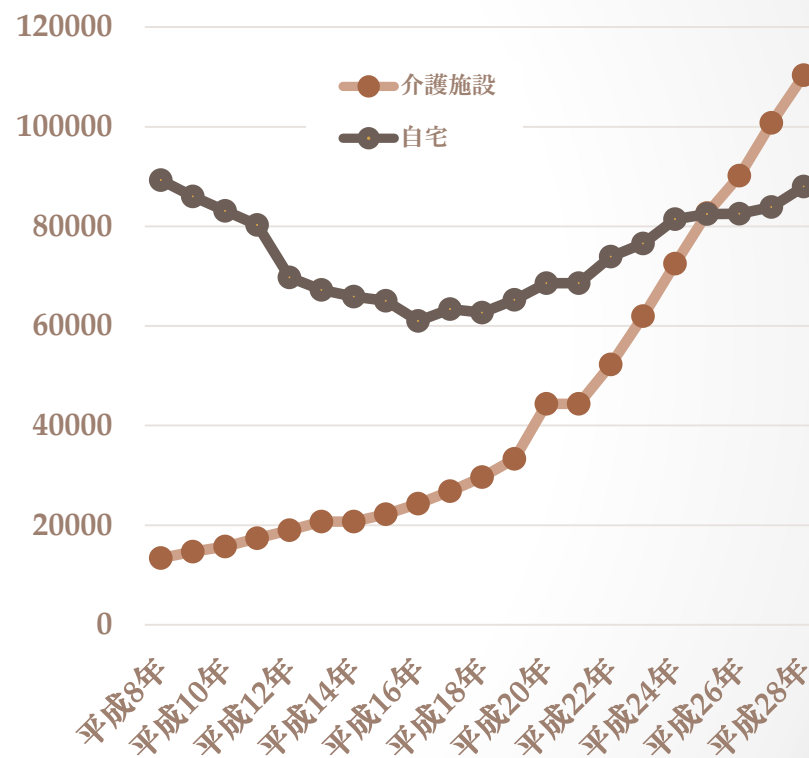
身体拘束適正化・委員会の設置

要介護認定審査会の簡素化

80歳以上の死亡場所割合



80歳以上介護施設・自宅死亡数



介護医療院の創設への対応

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

1 介護医療院は「生活施設」としての機能を有する施設であるため、在宅復帰・在宅移行に係る取組を評価する項目においては「居住系介護施設等」と同様の取扱いとする。

2 介護医療院は医療提供が内包されている施設であるため、退院時の情報提供等に係る取組を評価する項目においては「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする。

また、医療提供の内容に応じて、介護療養型医療施設又は介護老人保健施設と同様の給付調整を行う。

介護報酬改定における対応

（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）

- 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 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、各種の転換支援・促進策が設けられる。



介護療養型医療施設と介護医療院のポイント

介-10

○介護医療院の基本報酬は、介護療養型医療施設の基本報酬と比べ25単位高い。

○介護医療院における療養室の床面積基準は8.0㎡ /人。

○介護医療院における療養室の床面積については、大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可。

○介護医療院において療養環境の基準（療養室）を満たさない場合は25単位減算。



・床面積6.4㎡/人の介護療養型医療施設がそのまま介護医療院に転換した場合、療養環境基準（療養室）減算として25単位減算されるが、介護療養型医療施設の基本報酬と同単位になる。

※介護療養型医療施設の基本報酬は、平成30年度介護報酬改定では変更なし。

介護医療院（移行定着支援加算）のポイント

- 介護療養型医療施設、医療療養病床または介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院の加算。
- 「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。
- 平成33年3月末までの期限を設ける。



・「移行定着支援加算」は、既存の療養病床等が1床でも転換をするとその時期を起算日に1年間に限って算定可能であることから、当該加算を算定する上では、一度にすべて転換した方が有利であり、さらに、平成33年3月までの時限措置であることから、2年以内に転換した方が有利。

2. 介護療養型医療施設 ①介護療養型医療施設の基本報酬

概要

○ 介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、この要件を介護療養型医療施設の基本報酬の要件とし、メリハリをつけた評価とする。

なお、施設の定員規模が小さい場合には処置を受けている者の割合の変動が大きく評価が困難であること等から、有床診療所等については配慮を行うこととする。

単位数

基本報酬（療養型介護療養施設サービス費）（多床室、看護6:1・介護4:1の場合）（単位／日）

	療養機能強化型A	療養機能強化型B	その他
要介護1	7 7 8	7 6 6	7 4 5
要介護2	8 8 6	8 7 3	8 4 8
要介護3	1, 1 1 9	1, 1 0 2	1, 0 7 1
要介護4	1, 2 1 8	1, 1 9 9	1, 1 6 6
要介護5	1, 3 0 7	1, 2 8 7	1, 2 5 1

変更なし
転換させるために引き下げるかと思われたが下げなかった

＜現行＞ 設定なし ⇒ ＜改定後＞ 一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算（新設）
所定単位の100分の95。加えて、当該減算の適用となった場合、一部の加算※のみ算定可とする。

※ 若年性認知症患者受入加算、外泊時費用、試行的退院サービス費、他科受診時費用、初期加算、栄養マネジメント加算、療養食加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算

介護老人福祉施設のポイント

○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。



- ・配置医師が訪問した場合は介護報酬（配置医師緊急時対応加算）を算定する。
- ・協力医療機関が訪問した場合は診療報酬（往診料）を算定する。

○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。



- ・特養において介護報酬の看取り介護加算を算定している場合でも、訪問診療を提供する外部の医療機関が診療報酬の在宅ターミナルケア加算（訪問診療料の加算）を算定できるよう、平成30年度診療報酬改定で見直し。

2. 介護療養型医療施設 ⑧介護医療院へ転換する場合の特例

概要

ア 基準の緩和等

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、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こととする。

イ 転換後の加算

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

基準

(例) 療養室の床面積：大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可とする。
廊下幅（中廊下）：大規模改修するまでの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上（内法）で可とする。
直通階段・エレベーター設置基準：大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。

単位数

<現行>

設定なし

⇒

<改定後>

移行定着支援加算 93単位/日（新設）

- 介護療養型医療施設又は医療療養病床から、「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（有料老人ホーム等）と医療機関の併設型」に転換する場合について、以下の特例を設ける。【省令改正】
 - ア サービスが適切に提供されると認められる場合に、生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者の兼任を認める。
 - イ サービスに支障がない場合に限り、浴室、便所、食堂、機能訓練室の兼用を認める。

3. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

				超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
				在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）		（左記以外）
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値：90)				70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等				要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント				要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動				要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ				要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	
在宅復帰・在宅療養支援等指標：					評価項目		算定要件	
下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値 （最高値：90）					退所時指導等		a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。	
①在宅復帰率		50%超 20	30%超 10	30%以下 0			リハビリテーションマネジメント 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。	
②ベッド回転率		10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0				
③入所前後訪問指導割合		30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0				
④退所前後訪問指導割合		30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0				
⑤居宅サービスの実施数		3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 0	地域貢献活動 地域に貢献する活動を行っていること。		
⑥リハ専門職の配置割合		5以上 5	3以上 3	3未満 0				
⑦支援相談員の配置割合		3以上 5	2以上 3	2未満 0	充実したリハ 少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。			
⑧要介護4又は5の割合		50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0				
⑨略痰吸引の実施割合		10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0				
⑩経管栄養の実施割合		10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0				

※要介護4・5については、2週間。

3. 介護老人保健施設 ⑬介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換の取扱い

概要

ア 基準の緩和等

介護療養型老人保健施設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、現行の介護療養型老人保健施設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こととする。

その際、転換前の介護療養型医療施設又は医療療養病床では有していたが、**転換の際に一部撤去している可能性がある設備等**については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととする。【省令改正】

イ 転換後の加算

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

基準

(例) 療養室の床面積：大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可とする。(基準は8.0㎡/人 以上)
廊下幅(中廊下)：大規模改修するまでの間、廊下幅(中廊下)を、1.2(1.6)m以上(内法)で可とする。
直通階段・エレベーター設置基準：大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。

単位数

<現行>
なし

→

<改定後>

移行定着支援加算 93単位/日(新設)

算定要件等

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

地域共生社会の実現の推進（新たに共生型サービスを位置付け）

見直しの方向性

- 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。

（注）具体的な指定基準等の在り方は、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にあわせて検討。

現行

サービスを提供する場合、
それぞれ指定基準を満たす必要がある

障害児者

高齢者

障害福祉サービス事業所等

介護保険事業所

【課題】

- 障害福祉サービスに相当するサービスが介護保険法にある場合は、介護保険サービスの利用が優先されるため、従来から障害福祉サービス事業所を利用していた障害者が高齢者となった場合に、馴染みの事業所を利用し続けられないことがある。
- 高齢化が進み人口が減少する中で、サービスの提供に当たる人材の確保が難しくなる。

改正後

障害児者

高齢者

障害福祉サービス事業所等

介護保険事業所

新たに共生型サービスを位置付け

新

共生型サービス事業所

障害福祉サービス事業所等

介護保険事業所

障害福祉サービス事業所等であれば、介護保険事業所の指定も受けやすくする特例を設ける。
※逆も同じ

※対象サービスは、①ホームヘルプサービス、②デイサービス、③ショートステイ等を想定

文書のICT化、文書量の半減に向けた取組の推進

取組の具体的内容(平成28年度当初予算、第二次補正予算)

介護人材の確保が緊喫の課題となる中で、介護職員の負担軽減を行う観点から、

- ・ 行政が求める文書の整理を行うことと併せて、**ICT化による効率的なサービス提供モデルの実証**を行う。
- ・ その成果を踏まえて、ICT等を活用している事業者に対する人員・設備基準の緩和等の見直しを、平成30年度の介護報酬改定に併せて検討する。

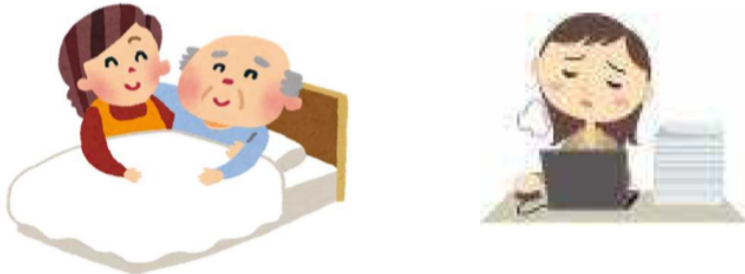
現行制度と課題

- 介護職員はサービス提供に係る日々の記録等を手書きで作成しているケースが多く、介護職員が直接処遇に係る業務に多くの時間を割けない、残業時間が増えているといった実態がある。
- このため、
 - ・ 日々のサービス提供に係る**記録等のICTの活用による事務の効率化を図り、生産性の向上を推進**する。
 - ・ 行政が事業所に求める帳票等の実態を把握し、**事業所において作成する文書量の半減に向けた取組を推進**することで、職場の魅力向上を図る。

文書のICT化による効率化のイメージ

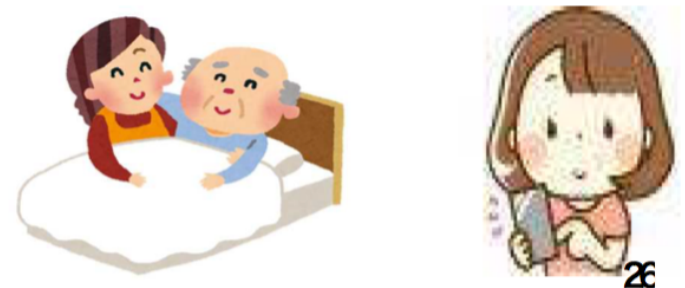
【現行】

利用者宅でサービス提供 ⇒ 事業所での記録



【見直し後】

利用者宅でサービス提供＋その場で記録



介護ロボット開発等加速化事業

○ 平成29年度予算（案）
3. 0億円

概要

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

事業内容

○ ニーズ・シーズ連携協調のための協議会の設置

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

○ 福祉用具・介護ロボット実用化支援事業

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

○ 介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業

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

着想
段階

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

開発
段階

モニター調査

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

上市
段階

効果的な介護ロボットを活用した介護方法の開発

※開発企業、介護現場、福祉機器等に精通した専門家により、導入から実証まで総合的に実施

実証成果等の普及啓発

※研修、普及啓発イベント等の実施

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

見守りセンサーが有効

- 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
夜勤時間帯の夜勤職員数： <u>夜勤職員の最低基準＋1名分の人員を多く配置</u>していること。	- 夜勤時間帯の夜勤職員数： <u>夜勤職員の最低基準＋0.9名分の人員を多く配置</u>していること。 <u>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</u>していること。 <u>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。</u>

利用者負担のあり方

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、

- ① 高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。ただし、1割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定。(37,200円×12か月:446,400円)(3年間の時限措置)【平成29年8月施行】
- ② 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。【法案提出予定。成立した場合、平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

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

【高額介護サービス費】

	自己負担限度額(月額)
現役並み所得相当(※3)	44,400円
一般	37,200円 ⇒ 44,400円 + 年間上限額の設定 (1割負担者のみの世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

【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

受給者全体：496万人

※3 世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であって、世帯年収520万円以上(単身世帯の場合は383万円以上)

1割負担者に対する年間上限額の設定

1割負担者(年金収入280万円未満)のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。(3年間の時限措置) 年間上限額：446,400円 (37,200円×12)

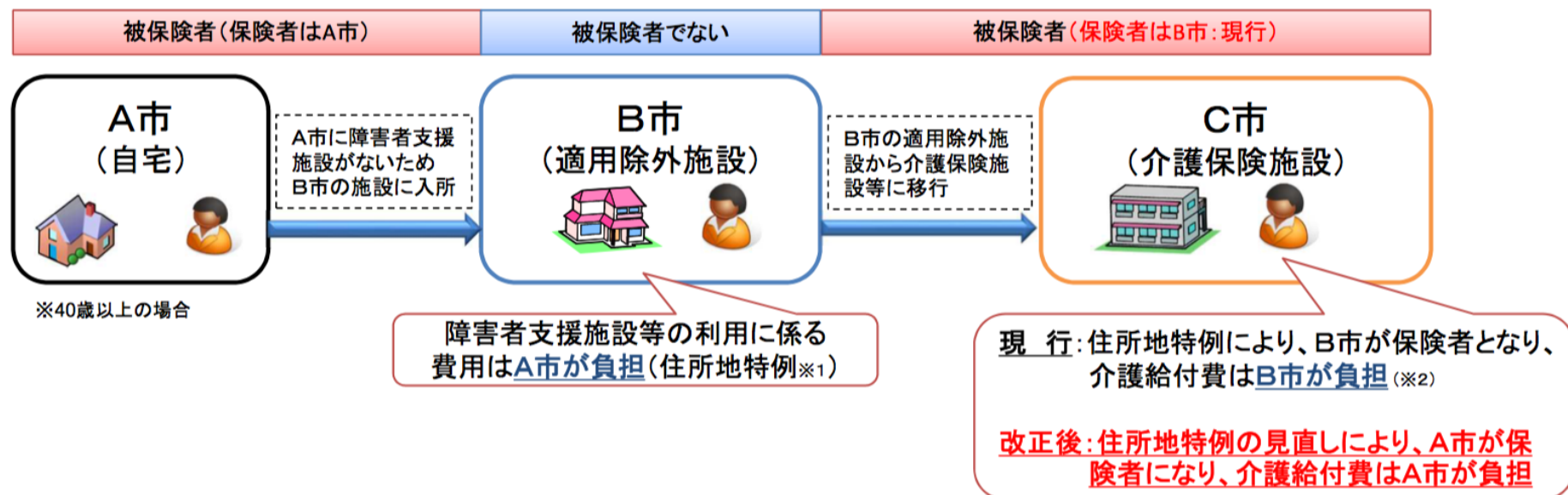
※1 具体的な基準は今後政令で定めることとなる。現時点では、合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上を想定している。これは、年金収入プラスその所得ベースにすると340万円以上に相当する。(年金収入だけの場合は344万円となる。)

※2 合計所得金額160万円以上だが、年金収入ベースにすると280万円以上に相当する。

介護保険適用除外施設の住所地特例の見直し

見直し内容

- 障害福祉制度や生活保護制度においては、障害者支援施設や救護施設に入所することにより居住地を変更した場合、変更前の市町村がその入所に係る費用を負担する仕組みがある。
- 現行の介護保険制度では、他市町村から障害者支援施設等の介護保険の適用除外施設に入所した者が退所して、介護保険施設等に移った場合、適用除外施設所在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に代えて、介護保険適用除外施設の所在市町村が介護給付費を負担することになっている。
- これに関し、適用除外施設から退所して、介護保険施設等に入所した場合について、介護保険適用除外施設の所在市町村の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。



※1 障害者支援施設等に入所した場合には、施設所在地の負担が過度に重くならないよう、障害福祉サービス等の支給決定は、施設入所前の市町村が行う(居住地特例)。

また、生活保護で救護施設に入所する場合に同様の仕組みがあるが、生活保護においては、一部都道府県が保護費を支給する。

※2 定員が29名以下の地域密着型特定施設は住所地特例対象外なので居住地であるC市が保険者。

特養での看取り

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、
看取り加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費 1
25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費 2
10,000円

往診料 720点



協力医療機関



訪問ST

看取り
実施

看取り
実施

特別養護老人ホーム

看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

診療報酬で対応

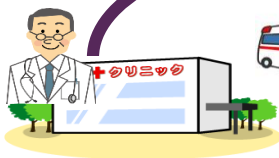
介護報酬で対応

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費 1
25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費 2
10,000円

往診料 720点



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



訪問ST

施設看護師や訪問STによる24時間対応できる体制
(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り
実施

看取り
実施

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

特別養護老人ホーム

看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 780単位/日
死亡日 1580単位/日

連携

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

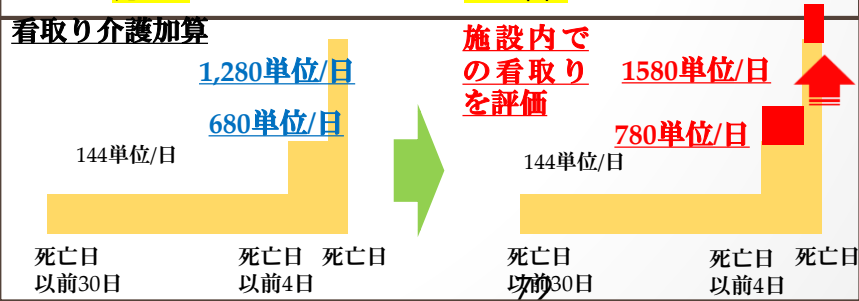
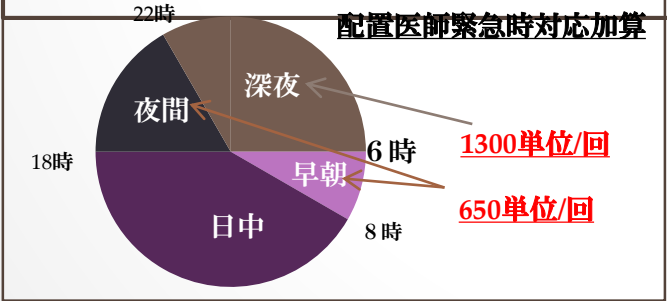
<改定後>

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



介護老人福祉施設

- 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

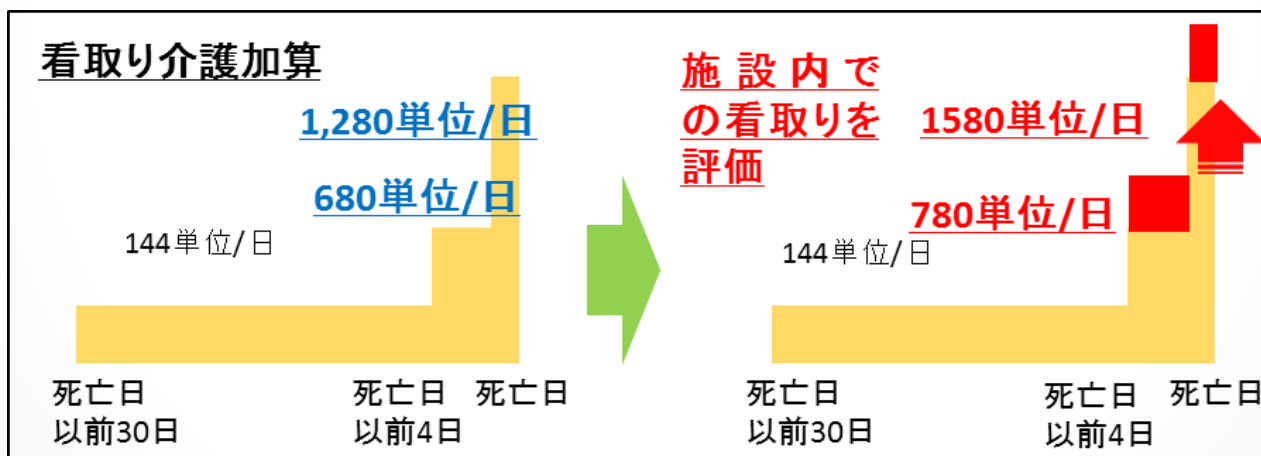
<改定後>

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



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
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日以内に限り

5. 訪問介護 ②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

概要

- 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（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。【通知改正】

具体例を示した

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」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身体介護（抜粋）

- 1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）
- 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
 - 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
 - ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
 - 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
 - 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選ぶよう援助
 - 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
 - 認知症の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

- 生活援助のうち、訪問介護員等が代行するのではなく、安全を確保しつつ常時介助できる状態で見守りながら行うものであって、日常生活動作向上の観点から、利用者の自立支援に資するものは身体介護に該当するが、身体介護として明記されていないものがあり、取扱いが明確でないため、明確化する。
- 具体的には、利用者と一緒に手助けしながら行う掃除（安全確認の声かけ疲労の確認を含む）その他利用者の自立支援に資するものとして身体介護に該当するものについて、身体介護に該当することを明確にする。

生活援助（抜粋）

- 2-0 サービス準備等
サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。
- 2-0-1 健康チェック
利用者の安否確認、顔色等のチェック
- 2-0-2 環境整備
換気、室温・日あたりの調整等
- 2-0-3 相談援助、情報収集・提供
- 2-0-4 サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除
○ 居室内やトイレ、卓上等の清掃
○ ゴミ出し
○ 準備・後片づけ
- 2-2 洗濯
○ 洗濯機または手洗いによる洗濯
○ 洗濯物の乾燥（物干し）
○ 洗濯物の取り入れと収納
○ アイロンがけ
- 2-3 ベッドメイク
○ 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修
○ 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
○ 被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳
○ 配膳、後片づけのみ
○ 一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り
○ 日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
○ 薬の受け取り

5. 訪問介護 ③身体介護と生活援助の報酬

概要

- 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。

単位数

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
	生活援助加算※	67単位		66単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位
通院等乗降介助		97単位		98単位

※ 引き続き生活援助を行った場合の加算（20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度）

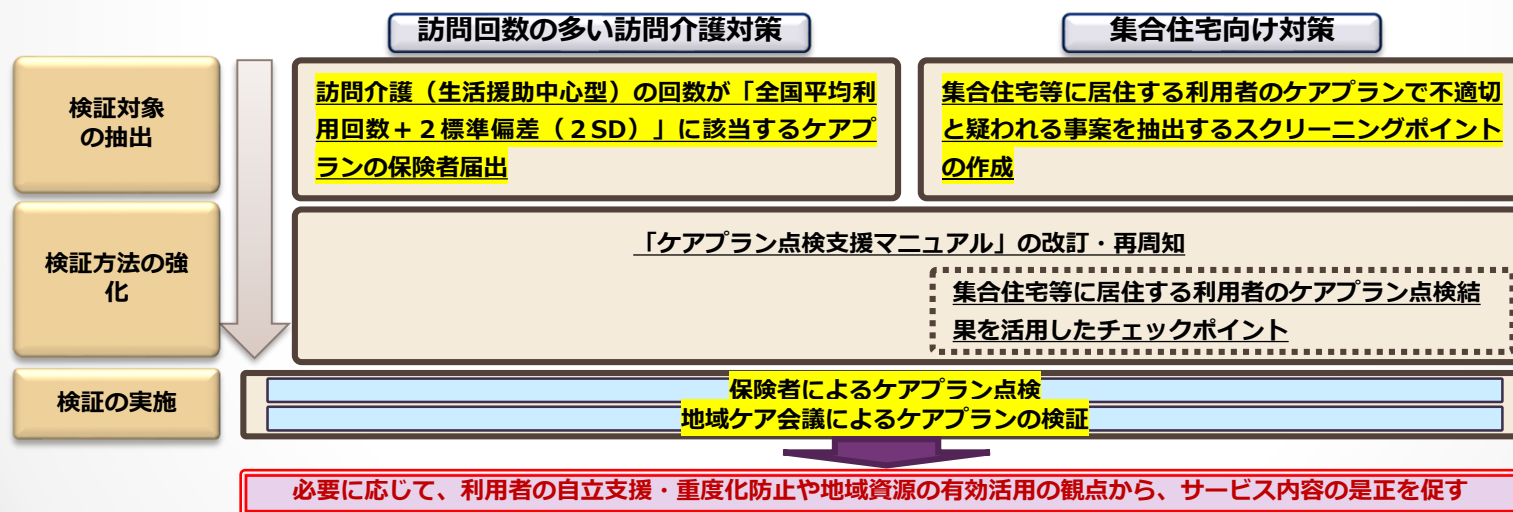
生活援助中心型をもっと下げると言われていたが若干だけ下げた

概要

ア **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。【省令改正】**

（※）「**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、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 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。【省令改正】

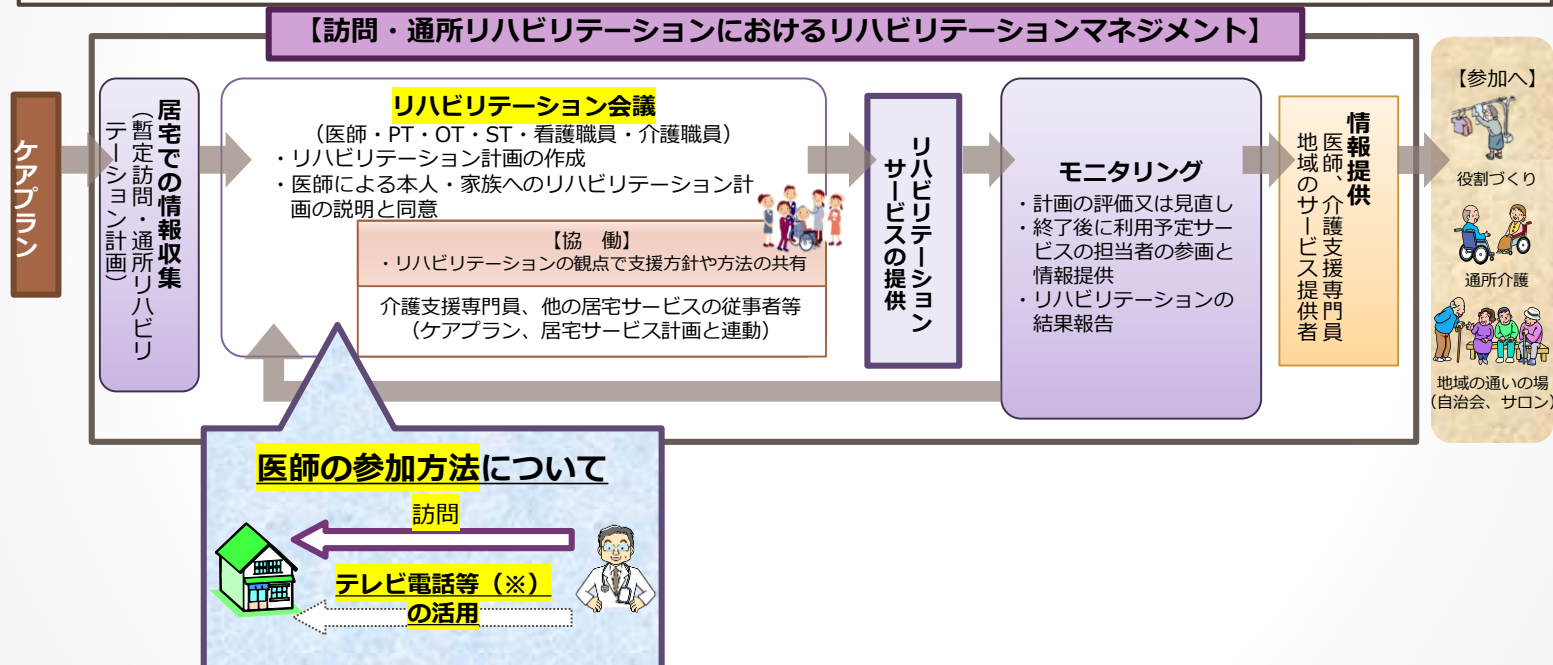


Ⅲ－④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

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

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

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



※ テレビ電話会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

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

加算（Ⅰ） （60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

加算（Ⅱ） （150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）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

共通

加算（Ⅰ）
現行の加算（Ⅰ）の要件 （1）（2） 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

1 2. 通所介護・地域密着型通所介護 ②心身機能に係るアウトカム評価の創設

概要

- 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。

単位数

<現行>	⇒	<改定後>
なし		ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月(新設)
		ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月(新設)

算定要件等

- 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
- 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。）。

Barhtel Index バーセルインデックス

ADLを評価する
日常生活動作を把握するための評価で、全10項目を100点満点で採点

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、更衣、排便、排尿の全10項目で構成され、各項目を自立度に応じて15点・10点・5点・0点で採点

バーセルインデックス（Barthel Index；基本的生活動作）

設問	質問内容	回答	得点
1	食事 * 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える * 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） * 全介助	10 5 0	
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む） * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能	15 10 5 0	
3	整容 * 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） * 部分介助または不可能	5 0	
4	トイレ動作 * 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能	10 5 0	
5	入浴 * 自立 * 部分介助または不可能	5 0	
6	歩行 * 45m以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外	15 10 5 0	
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能	10 5 0	
8	着替え * 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える * 上記以外	10 5 0	
9	排便コントロール * 失禁なし、洗腸、坐薬の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、洗腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	
10	排尿コントロール * 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	
合計得点			/ 100

注）代表的なADL 評価法である。100 点満点だからといって独居可能というわけではない

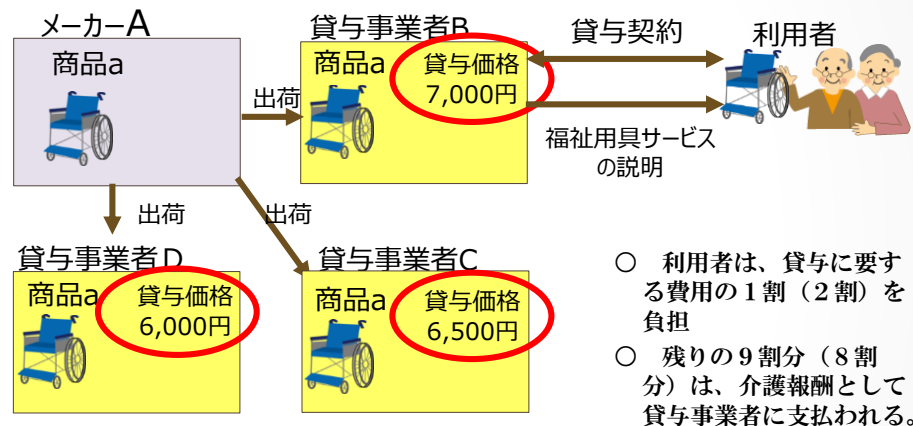
福祉用具貸与の見直し

見直しの方向性

徹底的な見える化等を通じて貸与価格のばらつきを抑制し、適正価格での貸与を確保する。
【平成30年10月施行】

福祉用具貸与の仕組み

- 福祉用具は、対象者の身体状況等に応じて交換ができるように原則貸与
- 福祉用具貸与は、市場価格で保険給付されており、同一商品（例：メーカーAの車いすa）でも、貸与事業者ごとに価格差がある。
- これは、貸与事業者ごとに、仕入価格や搬出入・保守点検等に要する経費に相違があるためである。
* 福祉用具…車いす、うえ、特殊寝台など



見直し内容

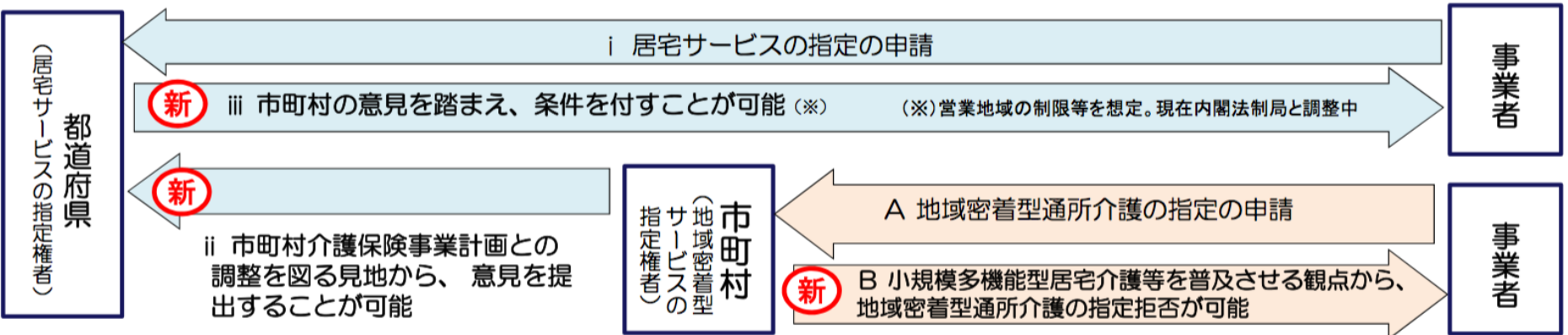
- 国が商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握。当該商品の全国平均貸与価格を公表
- 貸与事業者（福祉用具専門相談員）は、福祉用具を貸与する際、当該福祉用具の全国平均貸与価格と、その貸与事業者の貸与価格の両方を利用者に説明。また、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示。（複数商品の提示は30年4月施行） 82
- 適切な貸与価格を確保するため、貸与価格に上限を設定
※ 貸与価格の上限は商品ごとに設定する（当該商品の全国平均貸与価格＋1標準偏差）。

居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化

見直し内容

○ 地域マネジメントを推進するため、保険者である市町村が居宅サービス等の供給量を調整できるよう、指定拒否や条件付加の仕組みを導入する。

- ① 都道府県による居宅サービス事業者の指定に関して、市町村が都道府県に意見を提出できるようにするとともに、都道府県はその意見を踏まえて指定をするに当たって条件を付すことを可能とする。(i ~ iii)
- ② 小規模多機能型居宅介護等を更に普及させる観点から、地域密着型通所介護が市町村介護保険事業計画で定める見込量に達しているとき等に、事業所の指定を拒否できる仕組みを導入する。(A・B)



【関与の観点】	対象となる都道府県指定のサービス	対象となる市町村指定のサービス
市町村介護保険事業計画との調和	施設・居住系サービス → 指定拒否(現行) 居宅サービス ⇨ 条件付加(新設①)	施設・居住系サービス → 指定拒否(現行)
小規模多機能型居宅介護等の普及	通所介護・訪問介護 → 指定拒否・条件付加(現行) ※省令でショートステイを追加予定	地域密着型通所介護 ⇨ 指定拒否(新設②) ・条件付加(現行)

公正中立なケアマネジメントの確保 (契約時の説明等)

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア 契約時の説明等

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。【通知改正】**

単位数

運営基準減算	＜現行＞ 所定単位数の50／100に相当する単位数	⇒	＜改定後＞ 変更なし
--------	------------------------------	---	---------------

算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

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
- ・ 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の説明を行わなかった場合。

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）】

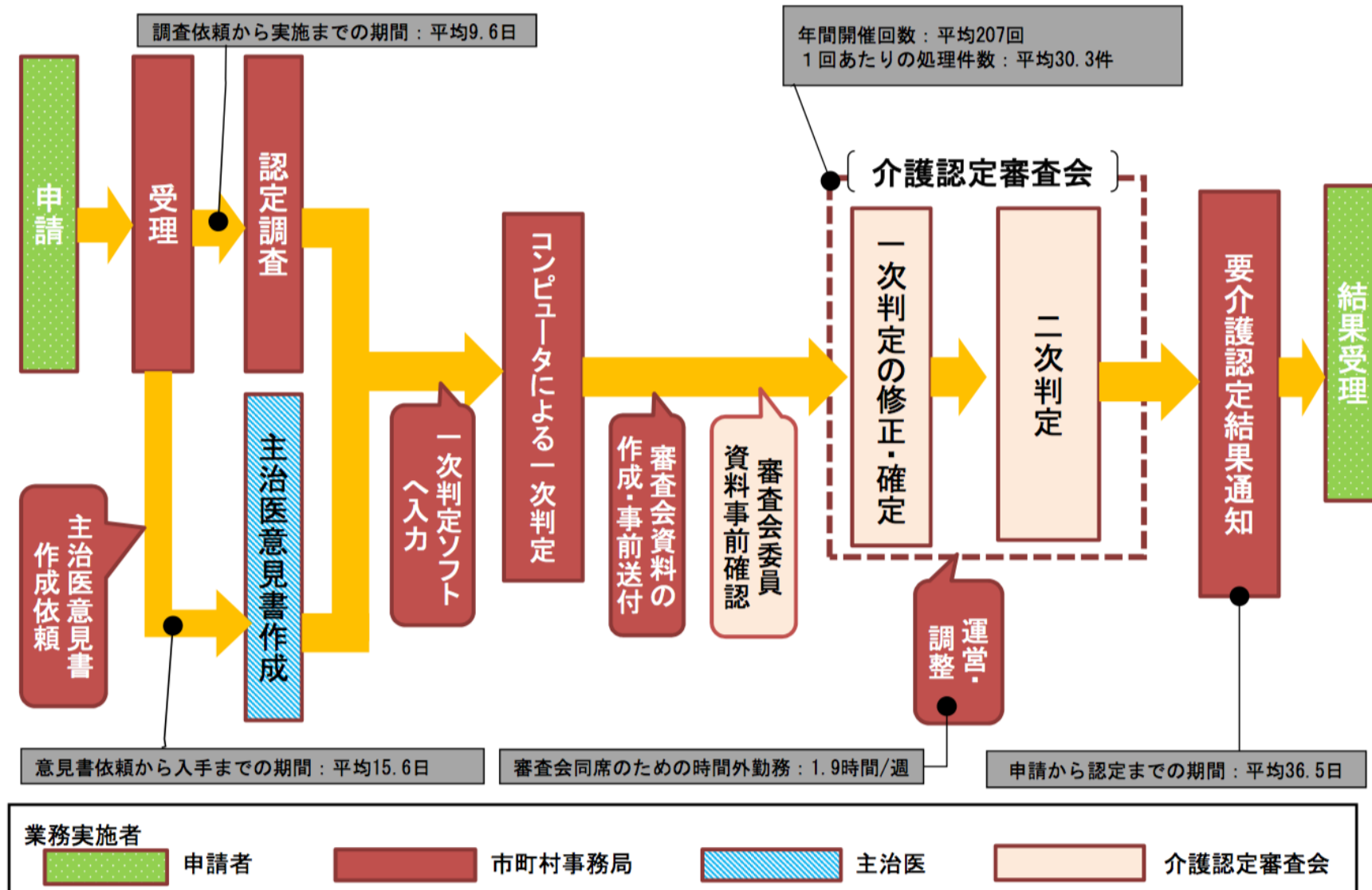
身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

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。

要介護認定事務の流れと業務量

出典(事務処理日数): 認定支援ネットワーク(H26.4～H26.12送信分)
出典(その他): 平成25年要介護認定業務の実施方法に関する調査研究



要介護認定の見直し等について

対応案

要介護認定に係る事務負担の軽減について

①更新認定の有効期間のさらなる延長

- 新規・区分変更申請において、12か月経過時点で要介護度が不変である者の割合が4～5割であることとの均衡を鑑み、認定事務の処理件数の減に伴う事務職員等の負担軽減を図るため、更新認定有効期間の上限を36か月に延長することを可能とする。

	要介護度が変わらない者の割合			
	6か月後	12か月後	24か月後	36か月後
新規認定	81.3%	45.7%	34.0%	24.9%
区分変更認定	84.7%	48.2%	36.9%	26.4%
更新認定	93.7%	86.0%	61.0%	40.7%

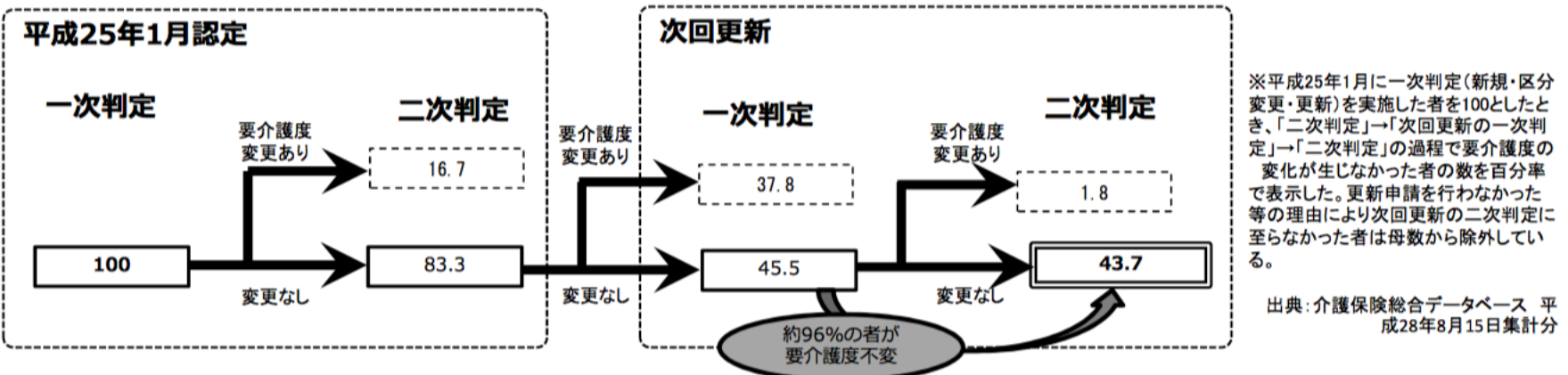
※転出等により要介護認定データの経過を突合できない者を除く
※有効期間が満了していない者については、直近の認定結果を使用

出典：介護保険総合データベース 平成28年7月15日集計分

②介護認定審査会における審査の簡素化

- 認定調査等の内容が長期に渡り状態が変化していない（状態安定）者については、要介護度もまた不変である蓋然性が高いことが想定されることから、審査会委員等の事務負担の軽減を図るため、状態安定者について二次判定の手続きを簡素化することを可能とする。

※状態が安定しているかどうかを確認する際の具体的な要件については、要介護認定の実態研究を実施し、その結論等を踏まえ設定することとする。



平成30年4月1日以降の要介護認定制度等について

1. 認定審査会の簡素化について

以下の（１）から（６）の全ての要件に合致する認定申請について、認定審査会を簡素化して実施することを可能とします。

- （１）審査対象者が、介護保険法第７条第３項第１号又は同条第４項第１号に定める者（１号被保険者）であること。
- （２）要介護（要支援を含む。以下同じ）更新申請であること。
- （３）認定調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定（以下、「コンピュータ判定」という。以下同じ。）における要介護度が、現在の要介護度と一致していること。
- （４）前回の審査結果の認定有効期間が１２か月以上であること。
- （５）コンピュータ判定における要介護度が「要支援２」又は「要介護１」である場合は、状態の安定性判定ロジックの判定結果が「安定」であること。
- （６）コンピュータ判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと。
 - ・ ２２分以上２５分未満 ・ ２９分以上３２分未満 ・ ４７分以上５０分未満 ・ ６７分以上７０分未満 ・ ８７分以上９０分未満
 - ・ １０７分以上１１０分未満

なお、保険者の判断により、上記に加えてより詳細な要件を設定することも差し支えありません。

（例：コンピュータ判定結果が要支援２／要介護１の者については状態の安定性に関わらず簡素化しないこととする等）

2. 認定有効期間の延長について

要介護更新認定の有効期間の上限について、現行の２４か月から３６か月に延長します。

平成３０年４月１日以降に申請のあった更新認定申請が対象となります。

平成29年12月20日 厚生労働省老健局老人保健課長 事務連絡 「平成３０年４月１日以降の要介護認定制度等について」より