

平成30年度介護報酬改定からみる 今後の介護保険制度の動向

日本大学 内藤佳津雄

1

平成29年度介護保険制度改正

- 前回改正による地域支援事業（市町村施策）による地域包括ケアの環境整備

→今回改正：着実な実施を図る

- 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ① 保険者機能強化の促進（自立支援・重度化防止施策の推進）

- ② 医療・看取り＋生活施設（介護医療院の創設）

- 医療介護連携について都道府県の支援

- ③ 地域共生社会の実現：地域福祉計画との関係

- 共生型サービスの創設

- 制度の持続可能性の確保

- ① 利用負担割合の見直し（3割負担の創設）

- ② 介護納付金（2号保険料）の総報酬割の導入（段階実施）

2

地域包括ケアシステムの深化・推進

自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

◎地域支援事業の（着実な）推進

- ・介護予防・生活支援、生活支援体制整備事業の実施状況の把握・検証
- ・地域包括支援センターの「介護への支援部門」の強化

ケアマネジメント支援・・・地域の住民やサービス事業所等

を含めた『地域全体をターゲットとする支援（面的支援）』へ拡大
働きながら介護に取り組む家族や、仕事と介護の両立不安や悩み
を持つ就業者に対する相談支援の充実強化

退院時の調整などへの積極的な関与（ケアマネジャーの選定支援、
退院に向けたサービスの調整等）

3 →市町村による評価の強化

未来投資戦略2017

（平成29年6月9日閣議決定）

▶ 「健康・医療・介護」

▶ 4 自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現

・次期介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行う。

・どのような状態に対してどのような支援をすれば自立につながるか明らかにし、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築する。本年度中にケアの分類法等のデータ収集様式を作成し、来年度中にデータベースの構築を開始し、2019年度に試行運用を行い、2020年度の本格運用開始を目指す。

・データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについては、2021年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を厚生労働省のウェブサイト等で公表し、国民に対する「見える化」を進める。

平成30年度報酬改定の主な方針（全体+0.54%）

■ 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のできる体制を整備

→医療・介護連携、認知症対応、ケアマネジメントの質等

■ 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

→リハビリテーションの強化、褥瘡・排泄へのケア、身体拘束適正化等

■ 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

→人員要件の緩和、介護ロボットの導入、ICTの活用等

■ 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

→福祉用具の価格の適正化、各サービスの報酬改定等

5

共通事項：身体拘束等の適正化（自立支援・重度化防止）

■ 施設サービス（変更）・居住系サービス（新設）

■ 身体拘束廃止未実施減算 5単位/日減算 → 10%/日減算

■ 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に実施すること。

6

共通事項：集合住宅居住者への訪問サービスに関する減算の拡大（適正化）

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

▶ ①10%減算 ②15%減算 ③ 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に居住する者(②に該当する場合を除く)

②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

※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

● 定期巡回随時対応型訪問介護看護には別基準で設定

7

福祉用具貸与（適正化）

▶ 平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う

- ・ 上限設定は商品ごとに行い、「全国平均貸与価格+1標準偏差(1SD)」を上限とする

- ・ 全国平均貸与価格や貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う

▶ 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、福祉用具専門相談員に対して以下の事項を義務づける

- ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること

- ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること

- ・ 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付すること

8

1 中重度の要介護者への対応（医療連携・看取りの評価）

▶ 訪問看護

看護体制強化加算(Ⅱ) 600単位/月(ターミナルケア加算算定者：年5名以上)

▶ 居宅介護支援：ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月(新設)

▶ 認知症グループホーム

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日 医療連携体制加算(Ⅲ) 59単位/日

看護職員配置を評価（たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績）

▶ 介護老人福祉施設

配置医師の早朝夜間診療への評価、施設内看取りの評価

▶ 口腔衛生管理・栄養改善の強化

口腔衛生管理体制加算 30単位/月（居住系サービスに新設）

栄養スクリーニング加算 5単位/回（通所、居住、多機能型）

低栄養リスク改善加算 300単位/月（施設）

9

認知症対応型共同生活介護

● 医療連携の強化・中重度ニーズへの対応

▶ 医療連携加算の増設（喀痰吸引・経腸栄養が1名以上の実績（12か月））

・看護職員の配置（常勤換算1名以上）と病院・訪看STとの連携：（Ⅱ）49単位/日

・看護師の配置（常勤換算1名以上）：（Ⅲ）59単位/日

▶ 入院時の再受入：246単位/日(新設) 1月に6日を限度

・入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者：退院後の再入居の受入体制を整える

▶ 口腔衛生管理体制加算 30単位/月(新設)

▶ 栄養スクリーニング加算 5単位/回(新設)

▶ 生活機能向上連携加算 200単位/月(新設)

▶ 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算(新設)

▶ 代表者交代時の研修受講の規制緩和（半年後又は次回研修日程のいずれか早い日）

10

訪問看護

- ▶ 中重度者・看取りへの対応を評価
- ▶ 看護体制強化加算の見直し（ターミナルケア加算による評価、算定基準期間の延長）
- ▶ 緊急時訪問看護加算の見直し（報酬単位の引き上げ、訪問への評価）
- ▶ 複数名による訪問への加算見直し（看護補助者の動向訪問の加算新設）

- ▶ リハ職による訪問の見直し（単位数減、看護師との連携・利用者承諾の明確化）

- ▶ 同一建物等での提供に関する減算の強化

11

訪問看護の基本報酬 （介護予防訪問看護との区分明確化）

○指定訪問看護ステーションの場合

	<現行> (共通)	➔	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	310単位		311単位	300単位
・ 30分未満	463単位		467単位	448単位
・ 30分以上 1時間未満	814単位		816単位	787単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	1117単位		1118単位	1080単位
・ 理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の場合	302単位		296単位	286単位

(※ 1日3回以上の場合は90/100)

○病院又は診療所の場合

	<現行> (共通)	➔	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	262単位		263単位	253単位
・ 30分未満	392単位		396単位	379単位
・ 30分以上 1時間未満	567単位		569単位	548単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	835単位		836単位	807単位

12

看護体制強化加算

- ・・・中重度・看取りの対応体制の評価

看護体制強化加算(I) 600単位/月(新設)

看護体制強化加算(II) 300単位/月

(I)(II)共通

「緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上」・「特別管理加算の算定者割合30%以上」の実績評価期間：現行の3月間→6月間に

医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

(I)：ターミナルケア加算の算定者5名以上(12月間)

(II)：ターミナルケア加算の算定者1名以上(12月間)

13

複数名訪問加算

- 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合

複数名訪問加算（I）・30分未満の場合:254単位　・30分以上の場合:402単位

- 看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合（新設）

複数名訪問加算（II）・30分未満の場合:201単位　・30分以上の場合:317単位

看護補助者・・・医療保険で示している定義と同様

- 訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者（資格は問わない）
- 秘密保持や医療安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要がある
- 指定基準の人員に含まれない（従事者の変更届の提出は必要ない）

14

居宅介護支援・・・医療連携、地域連携、適正化

●医療との連携

- 入院時情報連携加算の見直し
- 退院・退所加算の見直し
- 悪性腫瘍によるターミナルケアへの参加の評価
- 平時からの医療機関との連携促進

●地域との連携強化

- 管理者：主任介護支援専門員とする（3年の経過措置あり）
- 特定事業所の要件に地域ケア会議への参加や他法人との事例検討への参加（特定事業所加算(I)~(III)共通：地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加、他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を求める）

●給付適正化の強化

- 過剰な訪問サービスへの対応

15

入院時情報連携加算

- 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける
 - より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示す
 - 入院時情報連携加算（Ⅰ）
入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
 - 入院時情報連携加算（Ⅱ）
入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)
- ※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定はできない

16

退院・退所加算

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する
- ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院時カンファレンス等)に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る
- ※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可

＜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

17

ターミナルケアマネジメント加算

- ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月(新設)

対象利用者：末期の悪性腫瘍で在宅で死亡した利用者(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)

算定要件

- ・ 24時間連絡がとれる体制を確保
- ・ 必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・ 利用者・家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

18

平時からの医療との連携強化

■ 平時からの医療機関との連携促進

・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合：利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づけ

・ 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、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

■ 特定事業所加算(IV) 125単位/月(新設)加算が取れるのは3 1年度から

・ 特定事業所加算(I)~(III)のいずれかを取得

・ 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

・ ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定

19

給付適正化の強化

■ 複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや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（運営基準減算の対象）

■ 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

■ 特定事業所集中減算見直し・・・訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のみとする

■ 統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（全国平均利用回数+2標準偏差）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が必要

20 →地域ケア会議で検証、必要に応じて市町村がサービス内容の是正を促す

訪問介護

●自立支援・重度化防止 →身体介護の評価

- ▶ 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(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)の改正)
- ▶ 生活援助中心型については、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担えるようにする(生活援助従事者研修59時間)(訪問介護事業所の訪問介護員の人数に含める)
- ▶ リハビリテーションとの連携の評価

生活機能向上連携加算 (I) 100単位/月(1か月) (II) 200単位/月(3か月)

●連携強化

- ▶ サービス提供責任者の配置要件と役割
- ▶ 共生型訪問介護の創設

●給付適正化

- ▶ 訪問回数が非常に多い、集合住宅での不適切な疑いのあるケアプランの点検、是正
- ▶ 同一建物等での提供に関する減算の強化

21

訪問介護

身体介護中心

所要時間 20分未満	165→165単位
所要時間 20分以上 30分未満	245→248単位
所要時間 30分以上 1時間未満	388→394単位
1時間以上1時間30分未満	564→575単位

生活援助中心

所要時間 20分以上 45分未満	183→181単位
所要時間 45分以上	225→223単位

通院等乗降介助

97→98単位

22

生活援助従事者研修	H	2月19日公表
職務の理解	2	研修修了者が行う職務の範囲及び緊急時の対応について理解するために必要な内容を含めること。必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
介護における尊厳の保持・自立支援	6	介護職が、利用者の尊厳と自立を支える専門職であることを自覚し、介護・福祉サービスを提供するに当たっての基本的視点等を理解することを目的とすること。
介護の基本	4	利用者の介護に当たり、介護職としての倫理及び生じるリスクを十分に理解した上で介護を行うことの必要性を理解することを目的とすること。
介護・福祉サービスの理解と医療との連携	3	介護保険制度や障害者福祉制度を担う一員として最低限知っておくべき制度の目標、サービス利用の流れ及び各専門職の役割と責務について、その概要を理解することを目的とすること。
介護におけるコミュニケーション技術	6	サービス提供の際に必要な観察、記録及び報告を含めたチームでのコミュニケーションの方法を理解することを目的とすること。
老化と認知症の理解	9	加齢・老化に伴う心身の変化及び疾病並びに認知症の利用者を支援する際の基本的な視点を理解することを目的とすること。
障害の理解	3	障害の概念及び国際生活機能分類並びに障害者福祉の基本的な考え方について理解することを目的とすること。
こころとからだのしくみと生活支援技術	24	介護技術の根拠となる人体の構造及び機能に関する知識を習得し、安全な生活援助が中心である指定訪問介護の提供方法等を理解することを目的とするとともに、その習得状況を確認すること。
振り返り	2	必要に応じて、施設の見学等の実習を活用すること。
合計	59	筆記による修了評価（30分程度）を行う

23

サービス提供責任者の役割・任用要件

- サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者・旧2級課程修了者は任用要件から廃止（現に従事している者については1年間の経過措置）
- 初任者研修課程修了者・旧2級課程修了者のサービス提供責任者を配置している場合の減算・・・平成30年度：現に従事している者に限定、平成31年度以降は廃止
- 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有する
- 訪問介護の所要時間について、標準時間と実際の提供時間が著しく乖離している場合に、サービス提供責任者は、提供時間を記録するとともに、ケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをする
- 訪問介護事業者は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対して、自身の事業所のサービス利用に係る不当な働きかけを行ってはならない旨を明確化する

24

生活機能向上のためのリハとの連携

▶ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月

1. 訪問リハ・通所リハ・リハビリテーションを実施している医療提供施設（限定あり）の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成する
2. その訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行う（初回の当該指定訪問介護の月に加算）

▶ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月

1. 訪問リハ・通所リハ・リハビリテーションを実施している医療提供施設（限定あり）の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する
2. 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成する
3. 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と連携し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行う（3か月算定可能）

25

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護

● 自立支援・重度化防止の強化

- ▶ 生活機能向上連携加算の創設
- ▶ ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いによる加算の創設（認知症対応型以外）
- ▶ 栄養スクリーニング加算の創設
- ▶ 個別機能訓練加算には変更なし

● 中重度者・認知症への対応：認知症加算、中重度者体制加算は変更なし

● 効率化・連携・普及

- ▶ 基本報酬の時間区分を1時間ごとに細分化し、規模別に再評価
- ▶ 通所介護と訪問介護が併設されている場合の設備共用の明確化
- ▶ 共用型認知症対応型通所介護の普及促進を図る観点から、ユニットケアを行っている地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における利用定員数を「1ユニット当たりユニットの入居者と合わせて12人以下」に見直す
- ▶ 共生型通所介護の創設（障害福祉制度における生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービス）

26

[例 1] 通常規模型事業所

所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	656単位
要介護2	775単位
要介護3	898単位
要介護4	1,021単位
要介護5	1,144単位

⇒

所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	645単位
要介護2	761単位
要介護3	883単位
要介護4	1,003単位
要介護5	1,124単位
所要時間8時間以上9時間未満	
要介護1	656単位
要介護2	775単位
要介護3	898単位
要介護4	1,021単位
要介護5	1,144単位

通常規模型：実質引き下げ

現在の報酬水準 = 長時間区分
(7-9) (8-9)

7-8 : 1.7 ~ 1.8 %減

[例 4] 地域密着型事業所

所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	735単位
要介護2	868単位
要介護3	1,006単位
要介護4	1,144単位
要介護5	1,281単位

⇒

所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	735単位
要介護2	868単位
要介護3	1,006単位
要介護4	1,144単位
要介護5	1,281単位
所要時間8時間以上9時間未満	
要介護1	764単位
要介護2	903単位
要介護3	1,046単位
要介護4	1,190単位
要介護5	1,332単位

地域密着型：維持

長時間に移行すれば収入増

現在の報酬水準 = 短時間区分
(7-9) (7-8)

8-9 : 3.9 ~ 4.0 %増

[例 2] 大規模型事業所 (I)

所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	645単位
要介護2	762単位
要介護3	883単位
要介護4	1,004単位
要介護5	1,125単位

⇒

所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	617単位
要介護2	729単位
要介護3	844単位
要介護4	960単位
要介護5	1,076単位
所要時間8時間以上9時間未満	
要介護1	634単位
要介護2	749単位
要介護3	868単位
要介護4	987単位
要介護5	1,106単位

大規模型 I : 引き下げ

7-8 : 4.3 ~ 4.4 %減
8-9 : 1.7 %減

[例 3] 大規模型事業所 (II)

所要時間7時間以上9時間未満	
要介護1	628単位
要介護2	742単位
要介護3	859単位
要介護4	977単位
要介護5	1,095単位

⇒

所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	595単位
要介護2	703単位
要介護3	814単位
要介護4	926単位
要介護5	1,038単位
所要時間8時間以上9時間未満	
要介護1	611単位
要介護2	722単位
要介護3	835単位
要介護4	950単位
要介護5	1,065単位

大規模型 II : 引き下げ

7-8 : 5.2 ~ 5.3 %減
8-9 : 2.7 ~ 2.8 %減

生活機能向上連携加算

- ▶ 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

- ▶ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設(許可病床数200床未満または当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない場合に限る)のPT、OT、ST、医師が通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ▶ リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと

29

ADL維持等加算 (Ⅱ) 3単位/月 (Ⅲ) 6単位/月 (測定値の報告)

(1)通所介護事業所を連続して6月以上利用した者で「評価対象利用期間(1月-12月)」において、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者が20人以上

(2) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において要介護3・4・5が15%以上である

(3) 利用者の総数のうち、評価対象利用開始月において、初回の要介護・要支援認定の月から起算して12月以内であった者が15%以下である

(4)利用者の総数のうち、評価対象利用開始月と6か月目において、機能訓練指導員がADLを評価し(Barthel Indexの測定値を用いる)、それぞれの月ごとに厚生労働省に結果が提出されている者90%以上である

(5) 6か月目-評価対象利用開始月(ADL利得)の上位85%(小数点以下切り上げ)の利用者について、(1)ADL利得が+・・・1点、(2)ADL利得が0・・・0点、(3)ADL利得が-・・・-1点として、その合計が0以上となること

Barthel Index (バーセルインデックス)

- ▶ 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0、5、10点で評価し、合計点を100点満点として評価する

30

栄養スクリーニング加算、栄養改善加算

■ 栄養スクリーニング加算

5単位/回 ※6月に1回を限度とする

- サービス利用者に対し、利用開始時と利用中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。

■ 栄養改善加算（150単位/回）

当該事業所の従業者として又は外部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。

31

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の強化と緩和（配置医師の関与の評価と会議参加へのICT利用の緩和）
- 栄養スクリーニング加算 5単位/回(新設：通所介護と同様の要件)
- 介護予防での生活行為向上リハビリテーション実施加算の新設

- 長時間サービスに関する基本報酬の見直し（1時間ごと区分に）
- 3時間以上：リハ職の体制整備とリハビリテーションマネジメントの実施により加算評価

32

○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		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

○介護予防通所リハビリテーション

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

3時間以上のサービス提供の場合の体制加算

- 3時間以上のサービス提供の基本報酬を見直し（減額）
- リハビリテーション専門職の配置が、指定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には「リハビリテーション提供体制加算」として評価する。

所要時間3時間以上4時間未満の場合 12単位

所要時間4時間以上5時間未満の場合 16単位

所要時間5時間以上6時間未満の場合 20単位

所要時間6時間以上7時間未満の場合 24単位

所要時間7時間以上の場合 28単位

- 常時、当該事業所に配置されているPT、OT、STの合計数が、利用者の数が25またはその端数を増すごとに1以上であること。
- リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)まででのいずれかを算定していること。

今後の展望：地域包括ケアに貢献するサービスの評価

医療・介護連携の基盤が整備されている（重度化・看取り対応、リハ）

・・・それに伴い介護サービスと医療の連携が促進されていく

自立支援・重度化防止の「見える化」への評価

・・・科学的に効果が検証できる支援が評価される（特に通所介護）

給付の適正化への強い姿勢（市町村の関与）

・・・地域ケア会議での「適正なサービス」の検討

ケアマネジメントについて「地域での役割」が重視される

・・・ますます公正さ、地域連携（情報共有等）が求められる

総合事業は今回は静観状態となっている

・・・市町村が様子を見ながら方向性を決めていく3年間

介護サービスの包括化が今後の大テーマ（ケアマネジメントのあり方）

・・・既存サービスの連携 vs 小多機、看多機、定期巡回