

平成30年度介護報酬改定について

平成29年12月22日

社会福祉法人九十九里ホーム

主任研究員 大谷聡

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 短期入所生活介護（特養ショートステイ）
- 短期入所療養介護（老健ショートステイ）
- 通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 通所リハビリテーション
- 訪問看護
- 訪問介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 居宅介護支援
- 口腔・栄養関係
- その他の事項

※本レポートは、社会保障審議会の審議内容と「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」を基に、改定内容をサービス別にまとめたものです。
尚、掲載したサービスは、当法人に係るサービスに限定しています。

※本文中の、「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味しています。

※具体的な報酬額は、2018年1月下旬ごろ決定の予定です。

介護老人福祉施設

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●医療ニーズへの対応

- ・配置医師が早朝・夜間・深夜に施設を訪問し、入所者の診察をした場合に、報酬で評価する。

(算定要件)

- (1)入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、医師と施設の間で具体的な取り決めがなされていること
- (2)複数の配置医師を置いていること、もしくは配置医師と協力病院等の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること
- (3)上記の2つの事項について、届け出を行っていること
- (4)看護体制加算(Ⅱ)を算定していること
- (5)早朝、夜間、深夜に施設を訪問し、診察を行う必要があった理由を記録すること

- ・常勤医師配置加算の算定要件の緩和

同一建物内でユニット型と従来型が併設されて一体的に運営されている場合、1名の医師により双方の施設で適切に健康管理や療養上の指導が実施されている場合には、双方の施設で算定できることとする。

- ・利用者の病状の急変などに備えるため、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めることを義務づける。

- ・夜勤職員配置加算の拡充

現行の要件に加え、以下の要件を満たした場合、更に報酬で評価する。

(算定要件)

夜間時間帯を通じて、看護職員又は認定特定行為業務従事者を配置していること(登録特定行為事業者として都道府県の登録が必要)

●看取り介護加算の拡充

上記の(1)~(4)の配置医師の早朝・夜間・深夜の診察に関する体制を整備し、実際に看取った場合、更に報酬で評価する。

●ユニット型準個室の名称変更

実態を踏まえ、名称を変更する。

●基本報酬

- ・小規模型介護福祉施設（定員30名の施設）について、平成30年度以降に新設される施設については、通常の介護福祉施設と同等の報酬にする→報酬の引き下げ
また、既存の小規模型介護福祉施設及び経過的地域密着型介護福祉施設（平成17年度以前に開設した定員26～29名の施設）の報酬は、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合する（経過措置あり）
→報酬の引き下げ
- ・旧措置入所者の基本報酬は、平成30年度から介護福祉施設等の基本報酬に統合する

●個別機能訓練加算の算定要件

以下の要件を満たす場合にも算定できるようにする。

（算定要件）

- 訪問・通所リハ、リハを実施している医療機関（原則として200床未満）のPT・OT・ST・医師が施設を訪問し、施設の職員と協働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
- 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種が協働して、当該計画に基づき機能訓練を実施すること

●機能訓練指導員

機能訓練指導員の対象資格は、現行のPT、OT、ST、看護職員、柔道整腹師、あん摩マッサージ指圧師に加え、一定の実務経験を有するはり師及びきゅう師を追加する。

●外泊時の在宅サービス利用

入所者に対して居宅での外泊を認め、当該入所者が当該施設より提供される在宅サービスを利用した場合、1か月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき一定の単位数を算定する。
（外泊の初日と最終日は算定できない）

●障害者生活支援体制強化加算の拡充

- ・以下の加算要件の変更により障害者を多く受け入れている小規模な施設でも加算を算定できるようにする。
（算定要件の変更）→下線部
○視覚、聴覚、言語機能に重度の障害のある者、重度の知的障害者、精神障害者の数（以下「入所障害者数」）が、15人以上または入所者総数の30%以上
- ・障害者を、より受け入れている施設について、加算を上乗せする。
（算定要件）
 - 入所障害者数が入所者総数の50%以上
 - 専ら障害者生活相談員として従事する常勤の職員を2名以上配置

●褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を行い、その結果に基づき計画的に管理することを報酬で評価する。→新たな加算

<参 考>

(算定要件案) 変更の可能性あり

(1) 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生リスクについて、「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、施設入所時と共に、少なくとも3か月に1回は評価を行い、その評価結果を提出する。

(2) 上記の評価の結果、褥瘡の発生リスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が協働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
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施
- ・ (1) の評価に基づき、少なくとも3か月に1回、褥瘡ケア計画を見直す

●排泄機能向上への取り組みに対する評価

多職種が協働して、排泄機能向上への支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合に新たに報酬で評価する。→新たな加算

<参 考>

(算定要件案) 変更の可能性あり

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ガイドライン等を参考にして

- ・ 排泄に介護を要する原因等の分析の実施
- ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成、実施

(※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」等

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」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) 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、適宜医師と連携する

●見守り機器の導入

夜勤職員配置加算の見直し

見守り機器の導入により、効果的な介護できる場合において、夜勤職員配置加算の見直しを行う。

●口腔衛生管理加算の要件の見直し

口腔ケアの対象者を増やす観点から、以下の見直しを行う。

(見直し後の要件)

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上（現行4回以上）行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者の口腔ケアについて、介護職員に具体的な技術的助言及び指導を行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者の口腔ケアに関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

●栄養マネジメント加算の見直し

- ・管理栄養士の兼務に関する規定の見直し

栄養マネジメント加算の常勤の管理栄養士の配置規定について、当該介護保険施設と同一敷地内に併設する介護保険施設について、1施設に限り兼務を認める

●低栄養リスクの高い入所者への重点的な栄養管理

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働し、栄養ケア計画を作成し、計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等、重点的に栄養管理を行った場合、新たに報酬で評価する

→新たな加算か

●療養食加算の見直し

1日単位の算定を1食単位に変更する。但し、1日3食まで。

●再入所者に関する医療・介護の連携

入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養または嚥下調整食の新規導入）、施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理について調整した場合に報酬で評価する

→新たな加算か

●身体拘束廃止未実施減算の要件強化

(運営基準)

既定の身体拘束に関する記録に加え、以下の項目を追加する

- 身体拘束の適正化に向けた対策委員会(※)を3か月に1回以上開催し、その結果を介護職員や他の職員に周知徹底すること
- 身体拘束の適正化に向けた指針を整備すること
- 介護職員や他の職員に対して、身体拘束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は、運営推進会議を活用することができる

(減算幅) 5単位/1日 → 〇%/1日へ変更

介護老人保健施設

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●基本報酬

改正介護保険法では、老健の利用者の定義に「居宅での生活を営むことができるようにするための支援が必要である者」が追加された。

↓

老健の役割が、在宅復帰、在宅療養支援であることが、より明確化された。

- ・従来型の基本報酬は、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有したものを基本型として評価し、メリハリをつけた評価とする。→加算型が基本となる
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在は、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標にて評価しているが、入所後の取り組み、リハ専門職の配置等も加えきめ細かく評価する。
- ・在宅強化型については、現行の在宅復帰・在宅療養支援機能に関する基準を上回る取り組みをしている施設については、更に報酬で評価する。
- ・退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算は、老健の退所時の必要な取り組みとして、基本報酬に包括化する。
但し、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、「試行的退所時指導加算」として継続する。

●老健で提供される医療について

- ・所定疾患施設療養費
所定疾患（肺炎、尿路感染症、带状疱疹）の入所者が、介護老人保健施設でできない専門的な検査が必要な場合には、医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- ・専門的な診断等のため医療機関に1週間以内入院する入所者であっても現行では退所扱いになるが、在宅復帰率等の算定に際し配慮する。
→上記入所者は、在宅復帰率の計算において退所者から外すのではないか

●減薬に係る取り組みについて

多剤投薬されている入所者の処方方針を、老健の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その方針に従って減薬する取り組みについて、必要に応じて報酬で評価する。

●褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を行い、その結果に基づき計画的に管理することを報酬で評価する。→新たな加算

<参 考>

(算定要件案) →変更の可能性あり

(1) 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生リスクについて、「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、施設入所時と共に、少なくとも3か月に1回は評価を行い、その評価結果を提出する

(2) 上記の評価の結果、褥瘡の発生リスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が協働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
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施
- ・ (1) の評価に基づき、少なくとも3か月に1回、褥瘡ケア計画を見直す

●排泄機能向上への取り組みに対する評価

多職種が協働して、排泄機能向上への支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合に新たに報酬で評価する。→新たな加算

<参 考>

(算定要件案) →変更の可能性あり

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ガイドライン等を参考にして

- ・ 排泄に介護を要する原因等の分析の実施
- ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成、実施

(※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」等

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」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) 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、適宜医師と連携する

●外泊時の在宅サービス利用

入所者に対して居宅での外泊を認め、当該入所者が当該施設より提供される在宅サービスを利用した場合、1か月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき一定の単位数を算定する。

(外泊の初日と最終日は算定できない)

●口腔衛生管理加算の要件の見直し

口腔ケアの対象者を増やす観点から、以下の見直しを行う。

(見直し後の要件)

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上（現行4回以上）行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者の口腔ケアについて、介護職員に具体的な技術的助言及び指導を行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者の口腔ケアに関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

●栄養マネジメント加算の見直し

- ・管理栄養士の兼務に関する規定の見直し

栄養マネジメント加算の常勤の管理栄養士の配置規定について、当該介護保険施設と同一敷地内に併設する介護保険施設について、1施設に限り兼務を認める。

●低栄養リスクの高い入所者への重点的な栄養管理

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働し、栄養ケア計画を作成し、計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等、重点的に栄養管理を行った場合、新たに報酬で評価する。→新たな加算か

●再入所者に関する医療・介護の連携

入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養または嚥下調整食の新規導入）、施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理について調整した場合に報酬で評価する。→新たな加算か

●療養食加算の見直し

1日単位の算定を1食単位に変更する。但し、1日3食まで。

●身体拘束廃止未実施減算の要件強化

(運営基準)

既定の身体拘束に関する記録に加え、以下の項目を追加する

- 身体拘束の適正化に向けた対策委員会を3か月に1回以上開催し、その結果を介護職員や他の職員に周知徹底すること
- 身体拘束の適正化に向けた指針を整備すること
- 介護職員や他の職員に対して、身体拘束の適正化のための研修を定期的実施すること

(減算幅) 5単位/1日 → 〇%/1日へ変更

●ユニット型準個室の名称変更

実態を踏まえ、名称を変更する。

介護医療院

●介護医療院の機能

- 日常的な医学管理、看取り等の長期療養のための医療の提供
- 日常生活上の介護の提供（住まい）

●介護医療院の類型

- I型…介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス
重篤な身体疾患のある人や身体合併症を有する認知症高齢者等が対象
- II型…老人保健施設相当以上のサービス
容体が比較的安定した高齢者が対象

●介護医療院の基準

- ・サービス提供単位
療養棟単位で提供
但し、小規模の場合は療養室単位での提供も可
- ・人員
介護療養病床と介護療養型老人保健施設（転換型老健）を基準に設定
 - 医師、薬剤師、看護職員、介護職員
 - リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他
- ・設備
 - 療養室は、定員4名以下、1人あたり床面積8.0㎡/人
 - 診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等
- ・運営
 - 基本的には介護療養病床の基準と同様とするが、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も踏まえ設定する。
 - 医師の宿直は必要とする。但し、一定の条件を満たす場合には、一定の配慮をする。
- ・医療機関との併設
医療機関と併設する場合には、宿直の医師を兼任できるなどの人員基準の緩和や設備の共用を可能とする。

- ・ユニットケア

他の介護保険施設と同様に、ユニット型の設定を可能とする。

- 基本報酬等について

- ・基本報酬

- I型…現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考として設定する
→上記病床と同等と思われる
- II型…老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員配置が可能となることを考慮して設定する
→現行の老健の報酬（従来型）をやや上回る程度と思われる

○一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とし、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価する

- ・加算

○現行の介護療養病床と同様にする。但し、加算等の名称は必要に応じて変更する。

○医療提供施設として緊急時の医療に対応する必要があるため、老健と同様に緊急時施設療養費を算定する。

※介護医療院は、介護保険法上の介護保険施設であると同時に、医療法上は病院や診療所ではないものの、医療提供施設である。

※緊急時施設療養費

入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要な場合に、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったとき算定する。

○重度の認知症疾患への対応として、精神保健福祉士、看護職員の手厚い配置や精神科病院との連携に対し加算をつける

○その他、認知症、口腔・栄養関係、排泄、褥瘡予防等の新設される加算を算定する

- 介護医療院への転換支援策

- ・療養病床等から介護医療院への転換を支援するため、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。

- ・介護医療院が、新制度として開始されることから、療養病床等から介護医療院への転換後や転換前後におけるサービスの変更内容を利用者や家族、地域住民などに丁寧に説明する等の取り組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定できる加算を新設する。（平成33年3月末まで）

●提供できる居宅サービス

介護医療院が提供できる居宅サービスは、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護とする。

●身体拘束等の適正化

身体拘束の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならない。

違反した場合、減算する。(身体拘束廃止未実施減算)

- 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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
- 身体拘束の適正化に向けた対策委員会を3か月に1回以上開催し、その結果を介護職員や他の職員に周知徹底すること
- 身体拘束の適正化に向けた指針を整備すること
- 介護職員や他の職員に対して、身体拘束の適正化のための研修を定期的実施すること

●診断分類（DPCコード）の記載

（I型）については、入所者の介護給付費明細書に医療資源を最も投入した疾病名をDPCコードにより記載することとする。但し、一定の経過措置期間を設ける。

●医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例

・療養病床から介護医療院への転換以外に、「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）と医療機関の併設型」が考えられるが、その場合、以下の特例を設ける。

- 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。
- サービスに支障のない場合に、浴室、便所、食堂、機能訓練室の兼用を認める。

短期入所生活介護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●基本報酬

多床室の基本報酬を従来型個室と同等にする。→報酬の引き下げ
入所の報酬が、多床室と従来型個室が同じであることに合わせる。

●看護体制加算の充実

現行の要件に加え、利用者のうち要介護3以上を70%以上受け入れている場合には、新たに報酬で評価する。その際、定員ごとにきめ細かく単位数を設定することとする。

●夜勤職員配置加算の拡充

現行の要件に加え、以下の要件を満たした場合、更に報酬で評価する。

(算定要件)

夜間時間帯を通じて、看護職員又は認定特定行為業務従事者を配置していること（登録特定行為事業者として都道府県の登録が必要）

●生活機能向上連携加算の創設

(算定要件)

- 訪問・通所リハ、リハを実施している医療機関（原則として200床未満）のPT・OT・ST・医師が事業所を訪問し、協働で利用者のアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。
- 上記のリハ職と連携して計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直していく。

●併設型事業所の夜勤職員の配置基準の緩和

短期入所生活介護事業所と特養が併設されている場合、短期入所生活介護事業所（ユニット型以外）と特養（ユニット型）の夜勤職員の兼務を認める。

（但し、職員一人当たり、両事業所の利用者の合計数が20人以内の場合）

逆の場合（短期入所生活介護事業所（ユニット型）と特養（ユニット型以外））も同様の扱いとする。

→現行は、ユニット型同士、ユニット型以外同士は兼務が認められている

●見守り機器の導入

見守り機器の導入により、効果的な介護できる場合において、夜勤職員配置加算の見直しを行う。

●療養食加算の見直し

1日単位の算定を1食単位に変更する。但し、1日3食まで。

●認知症専門ケア加算の創設

(算定要件の概略)

- 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上の者の占める割合が50%以上
- 「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を一定数以上配置

●ユニット型準個室の名称変更

実態を踏まえ、名称を変更する。

短期入所療養介護（老健）

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●基本報酬

改正介護保険法では、老健の利用者の定義に「居宅での生活を営むことができるようにするための支援が必要である者」が追加された。

↓

老健の役割が、在宅復帰、在宅療養支援であることが、より明確化された。

- ・従来型の基本報酬は、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有したものを基本型として評価し、メリハリをつけた評価とする。→加算型が基本か
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在は在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標にて評価しているが、入所後の取り組み、リハ専門職の配置等も加えきめ細かく評価する。
- ・在宅強化型については、現行の在宅復帰・在宅療養支援機能に関する基準を上回る取り組みをしている施設については、更に報酬で評価する。

●認知症専門ケア加算の創設

（算定要件の概略）

- 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上の者の占める割合が50%以上
- 「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を一定数以上配置

●療養食加算の見直し

1日単位の算定を1食単位に変更する。但し、1日3食まで。

●ユニット型準個室の名称変更

実態を踏まえ、名称を変更する。

通所介護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●時間区分の変更

現行の3～5時間未満、5～7時間未満、7～9時間未満の2時間ごとの時間区分を1時間ごとの区分に変更する。

＜変更理由＞

利用時間に偏りがあり、実態に合わせるため

3～5時間未満：全体の82.4%が3時間～3時間半

5～7時間未満：全体の42.4%が6～6時間半

7～9時間未満：全体の60.9%が7時間～7時間半

●基本報酬の減算

大規模型の基本報酬を引き下げる。

＜引き下げの理由＞

大規模型の利益率が大きいため

通所介護平均：4.2% 大規模型（Ⅰ）：7.9% 大規模型（Ⅱ）：10.0%

●生活機能向上連携加算の創設

小規模事業所で機能訓練指導員を配置できず、個別機能訓練加算を算定できない事業所に対して、他の事業所のリハ職との連携により機能訓練のマネジメントをすることにより算定。

（算定要件）

○訪問・通所リハ、医療機関（原則として200床未満）のPT・OT・ST・医師が事業所を訪問し、協働で利用者のアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する

○上記のリハ職等と連携して計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直していく

●栄養改善の取り組みの推進

・栄養改善加算の要件緩和

現行は管理栄養士を1名以上配置する必要があるが、外部の管理栄養士の実施でも算定できるようにする。

・栄養状態に係るスクリーニングの推進

定期的に栄養スクリーニング（※）を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で連絡し共有した場合、報酬で評価する。

→新たな加算

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定

●心身機能の維持にかかるアウトカム評価

※アウトカムとは利用者のADL維持・改善などの成果をいう。

評価期間内に利用者のADLの維持または改善の度合いが一定水準を超えた場合、当該事業所を一定期間報酬で評価する。

→新たな加算

<参 考> 変更の可能性あり

※評価指標として Barthel Index（バーセルインデックス）を用いる。

上記評価期間中、以下を満たしていることを要件とする。

→結果を出しやすい利用者を優先することなどへの対策として

- ・データの信頼性を確保するため、一定以上の利用者数があること
- ・利用者のうち、要介護3以上の者が一定割合以上いること
- ・機能訓練以外のサービスの提供を担保する観点から、利用者の求めに応じて、定期的に食事および入浴介助を提供した実績があること

また、上記を満たした事業所において、評価期間の終了後にもバーセルインデックスを測定、報告した場合、より高く報酬で評価をする。

→加算の上乗せ

※Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からのベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着換え、排便コントロール、排尿コントロールの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。

但し、Barthel Indexの妥当性には疑問もあり、厚労省も完全な指標とは考えていない。とりあえずアウトカム評価を開始することを優先し、「科学的介護に関するデータ蓄積」を進め、3年後の改定時により妥当な指標を目指しているようである。

●延長加算の拡充は見送り

通所介護の長時間化（介護離職防止が目的）のインセンティブとしての延長加算の拡充は見送る。

<見送りの理由>

- 夜間の介護人材の確保が難しい
- 介護職員の働き方改革に逆行する
- 調査研究によると、長時間デイサービスのニーズは比較的低い

●機能訓練指導員

機能訓練指導員の対象資格は、現行のPT、OT、ST、看護職員、柔道整腹師、あん摩マッサージ指圧師に加え、一定の実務経験を有するはり師及びきゅう師を追加する。

●併設事業所との設備共用の明確化

事務所、玄関、廊下、階段などの通所介護の設備は、サービスの提供に支障のない範囲で併設する訪問介護などの他の事業所と共用できることを設備基準で明確化する。但し、認知症対応型通所介護など、通所介護と同じ時間帯・場所を実施することが禁止されているサービスは除く。

認知症対応型通所介護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●時間区分の変更

現行の3～5時間未満、5～7時間未満、7～9時間未満の2時間ごとの時間区分を1時間ごとの区分に変更する。

●生活機能向上連携加算の創設

小規模事業所で機能訓練指導員を配置できず、個別機能訓練加算を算定できない事業所に対して、他の事業所のリハ職との連携により機能訓練のマネジメントをすることにより算定。

(算定要件)

○訪問・通所リハ、医療機関（原則として200床未満）のPT・OT・ST・医師が事業所を訪問し、協働で利用者のアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。

○上記のリハ職等と連携して計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直していく。

●共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直し

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設の一部を利用して行われる共用型認知症対応型通所介護の定員を、以下のように変更する。

現 行	見直し案
1施設当たり 3人	1ユニット当り 地域密着型介護老人福祉施設のユニットの入居者と合わせて12人以下

※認知症対応型通所介護は、単独型・併設型・共用型の3種類ある。

- 単独型：特養などに併設されていない単独の認知症デイサービス
- 併設型：特養などに併設されている認知症デイサービス
- 共用型：グループホームや地域密着型特養の食堂や共同生活室などにて、その事業所の入居者と共に行われる認知症デイサービス

●栄養改善の取り組みの推進

・栄養改善加算の要件緩和

現行は管理栄養士を1名以上配置する必要があるが、外部の管理栄養士の実施でも算定できるようにする。

・栄養状態に係るスクリーニングの推進

定期的に栄養スクリーニング（※）を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で連絡し共有した場合、報酬で評価する。

→新たな加算

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定

●機能訓練指導員

機能訓練指導員の対象資格は、現行のPT、OT、ST、看護職員、柔道整腹師、あん摩マッサージ指圧師に加え、一定の実務経験を有するはり師及びきゅう師を追加する。

●併設事業所との設備共用の明確化

事務所、玄関、廊下、階段などの認知症対応型通所介護の設備は、サービスの提供に支障のない範囲で併設する訪問介護などの他の事業所と共用できることを設備基準で明確化する。（認知症対応型通所介護は、通所介護と同じ時間帯・場所で一体的に実施することが禁止されているので、その場合は除く）

通所リハビリテーション

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●基本報酬

- ・3時間以上は引き下げる。
(通所リハの利益率が5.1%と居宅サービスの中で最も高いことと、短時間デイケアへの誘導のため)
- ・リハ専門職を基準よりも手厚く配置し、リハビリテーションマネジメントに基づいて長時間のサービスを提供している場合には報酬で評価する。

※時間区分6～8時間未満は、報酬の引き下げについて配慮される可能性あり。

(根拠)

- 時間区分6～8時間未満は、利用者の重度者割合が高いことを示すデータや6～8時間のプランを評価する資料が厚労省より審議会に提出されている。
- リハ専門職の厚い配置やリハマネ加算に基づく長時間のサービスは報酬で評価する。

●リハビリテーションマネジメント加算（以下「リハマネ加算」）の算定要件の変更

多職種でのカンファレンスや情報共有・連携、計画の策定、進捗の管理、モニタリング、フィードバック、目標の再設定といった一連のプロセスを実施することにより算定できる加算。

- ・リハマネ加算（Ⅰ）（Ⅱ）→要件の追加

(追加する要件)

- 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示を行う。

(詳細な指示とは)

リハの目的に加え、リハの開始前の留意事項、リハ中の留意事項、中止基準、リハの負荷量のうちの1項目以上の計2項目以上

- 医師は、利用者が3か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等を記載する。

- ・リハマネ加算（Ⅱ）→要件の緩和

- リハビリテーション会議への医師の参加は、テレビ電話等（※）での参加を認める。

(※) テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

- 医師の指示を受けたPT・OT・STが、リハビリテーション計画について利用者の説明することを認める。但し、その場合は加算の報酬を下げる。
- 過去通所リハビリテーション事業所において、一定以上の期間・頻度で介護保険・医療保険のリハに係る報酬の請求がある利用者について、リハビリテーション会議の開催頻度は、算定当初から3か月に1回でよい。

○リハマネ加算等に使用する様式のデータをV I S I Tを用いて提出し、フィードバックを受ける場合には、新たに報酬で評価する。

●介護予防通所リハビリテーションへのリハビリテーションマネジメント加算の創設

(算定要件)

- 医師は毎回のリハビリテーションの実施にあたり詳細な指示(※)を行う。
- おおむね3か月ごとにリハビリテーション計画を更新する。
- 3か月以上サービスを利用する場合には、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を記載する。
- 医師や医師の指示を受けたPT・OT・STが開始日から1か月以内に居宅を訪問し評価する。

(※)上記のリハマネ加算で追加された医師の指示

●社会参加支援加算の「社会参加に資する取り組み」の追加

サービス提供終了者の社会参加等を支援した場合、評価対象期間の次年度に限り算定できる加算

社会参加に資する取り組み(サービス終了後の移行先)に以下を追加する。

○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

●介護予防通所リハビリテーションの生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

生活行為の向上に焦点をあてたりハを実施している場合に算定できる加算

(算定要件)

- 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識もしくは経験を有するOT、または研修を終了したPT・ST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、実施頻度、実施場所等が記載されたりハ計画を定めて、リハを提供していること
- リハ計画で定めたリハの終了前1か月以内にリハビリテーション会議を実施すること
- 新設される「介護予防通所リハビリテーションの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

●栄養改善の取り組みの推進

・栄養改善加算の要件緩和

現行は管理栄養士を1名以上配置する必要があるが、外部の管理栄養士の実施でも算定できるようにする。

- ・栄養状態に係るスクリーニングの推進

定期的に栄養スクリーニング（※）を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で連絡し共有した場合、報酬で評価する。

→新たな加算

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定

- 医療保険から介護保険への移行を促進

- ・医療保険と介護保険のリハを同一スペースで行う場合の面積・人員・器具の共用についての要件を緩和する。
- ・医療保険と介護保険のリハビリテーション計画書について、互換性を持った様式を設け共用化を進める。
- ・医療機関から上記様式をもって情報提供を受けた場合、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。但し、3か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。

訪問看護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●基本報酬

現行は、要支援者と要介護者の基本サービス費に差はないが、これに一定の差を設ける。

●看護体制強化加算の要件の見直し

- ・現行3か月である緊急時訪問看護加算等の算出期間を、より長期間とする。
- ・ターミナルケア加算の算定者数が多い場合には、新たな区分を設ける。

●早朝・夜間・深夜の訪問看護の加算

早朝・夜間・深夜の訪問看護の加算について、現行、2回目以降の緊急時訪問においては、一部の対象者（特別管理加算算定者）に限り算定できることとなっているが、この対象者を拡大する。

●地域医療連携

地域における訪問看護の整備を図るために、医療機関と訪問看護ステーションが連携することを明示する

●複数名訪問加算の同行者追加

同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し役割分担をした場合も、新たな区分を設けて算定できるようにする。

看護補助者とは、医療保険の訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算で示されている者と同様とする。

（看護補助者）

訪問看護を担当する看護師の指導の下に、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、消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者で、資格は問わない。

●ICTを利用したターミナル時の情報提供

在宅での看取りを希望し、医師が立ち会えない場合、ICTを利用して死亡診断書を交付し、利用者が在宅において死亡診断を円滑に受けられることを推進するため、ガイドラインに基づき、ノートパソコン、タブレット、携帯電話などのモバイル端末等のICTを利用したターミナル時の医師への情報提供を報酬で評価する。

→新しい加算またはターミナルケア加算の新区分か

→メールでOKの可能性もある

●ターミナルケアの充実

「人生における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」等の内容に沿った取り組みを行うことを明示する。

●訪問看護からのリハ職の訪問

- ・利用者の状況等や実施した看護(リハ含む)について、看護職員とリハ職との情報共有を図ると共に、訪問看護計画書と訪問看護報告書を連携して作成する。
- ・利用開始時、利用者の状況変化時に、看護職員が定期的に訪問し適切に評価すると共に、リハが中心である場合には、看護職員の代わりに訪問をさせていることを利用者等に説明し、同意を得る。
- ・上記の2項目の仕組みの導入に合わせて報酬を見直す。

●医療保険の精神科訪問看護との併算

医療保険の精神科訪問看護との同一日の併算ができないことを明確化する。

●集合住宅減算の拡大

- ・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、経費老人ホーム以外の一般の住宅も対象にする。
- ・現在の10%減算を拡大
→現行の10%と拡大した減算幅(15~20%程度か)の2種類

算定要件	減算の内容
①事業所と同一敷地内また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)	①・③ 10%減算
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	② 00%減算
③上記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)	

訪問介護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●生活援助の資格要件の変更（緩和）

- ・ 現行の介護職員初任者研修以上を新設される「生活援助中心型の新研修（仮称）」以上に変更する
研修内容は今年度内に策定の予定。研修時間は50時間を想定。
- ・ 人員基準は常勤換算で2.5以上だが、上記の研修修了者もこれに含める。
- ・ 生活援助を行う初任者研修修了者以上と上記研修修了者の報酬は同等とする。

●身体介護・生活援助の報酬

身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける→生活援助の報酬引き下げ

<引き下げの根拠>

自立支援の観点から身体介護に重点を置く

生活援助の資格要件が緩和される

※訪問介護事業所やヘルパーの担い手がなくなるとの否定的意見も多く、調整中。

●生活機能向上連携加算の見直し→自立支援の促進

- ・ サービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、アセスメントを行う訪問リハ、通所リハのPT・OT・STに加え、新たに、リハを実施している医療機関（原則として200床未満）のPT・OT・ST・医師も認める。また、更に報酬で評価する。
- ・ リハ専門職や医師が利用者宅を訪問することが難しい場合、リハ専門職や医師の助言を受け、訪問介護計画を作成することを認める。リハ専門職や医師は、通所リハ等のサービス提供の場またはICTにて利用者の状態を把握すること。

●自立生活支援のための見守りの援助の明確化

生活援助のうち、ヘルパーが自ら行うものではなく、常時介助できる状態で見守りながら行うもので、利用者の生活自立支援に結び付くものを身体介護として明確化する。

具体的には、別紙「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の下2行参照

●サービス提供責任者

- ・ 任用要件

初任者研修終了者、旧2級課程修了者は任用要件からはずす。但し、現に従事している者は1年間の経過期間を設ける

・役割の強化

○訪問介護の現場で利用者の口腔管理や服薬管理の状態等で気づいたことを、サービス提供責任者からケアマネージャー等の関係者に連絡し情報共有することを明確化する。

○サービス提供責任者がケアマネージャーに対して、自身の事業所のサービス利用について不当な働きかけをしてはならないことを明確化する。

○訪問介護の所要時間については、ケアプラン上は実際の時間ではなく標準的な時間で作成される。サービス提供責任者は実際の所要時間を記録すると共に、著しくプラン上の標準時間と異なる場合には、ケアマネージャーに連絡し、ケアマネージャーは必要に応じプランの見直しを行うことを明確化する。

●集合住宅減算の拡大

・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、経費老人ホーム以外の一般の住宅も対象にする

・現在の10%減算を拡大

→現行の10%と拡大した減算幅（15～20%程度か）の2種類

算定要件	減算の内容
①事業所と同一敷地内また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)	①・③ 10%減算
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	② 〇〇%減算
③上記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)	

認知症対応型共同生活介護

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●入居者の医療ニーズへの対応

現行の医療連携体制加算を維持した上で、手厚い看護体制の事業所を評価する新たな区分を設ける。

(算定要件)

<事業所の職員として看護職員を配置している場合>

- 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
- 事業所の職員である看護職員、病院・診療所・訪看の看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保すること
- 看護職員が准看護師のみの場合、病院、診療所、訪看の看護師との連携体制を確保すること
- 痰の吸引などの医療的ケアを提供している実施があること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者または家族等に指針の内容を説明し、同意を得ていること

<事業所の職員として看護師を配置している場合>

- 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
- 事業所の職員である看護師、病院・診療所・訪看の看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保すること
- 痰の吸引などの医療的ケアを提供している実施があること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者または家族等に指針の内容を説明し、同意を得ていること

●入居者の入退院支援の取り組み

- ・入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1か月に6日を限度として一定単位の基本報酬を認める。

(特養の外泊時費用と同じ趣旨のもの)

- ・現行の初期加算は、過去3か月以内に当該事業所に入居したことがあるものは算定できないが、医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認める。

●生活機能向上連携加算の創設

PT・OT・ST・医師がグループホームを訪問して認知症対応型共同生活介護計画を作成する場合
(算定要件)

- 訪問・通所リハ、医療機関(原則として200床未満)のPT・OT・ST・医師が事業所を訪問し、身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を協働して行うこと
- 計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成する

●短期利用認知症対応型共同生活介護（ショートステイ）の算定要件の見直し

- ・居宅介護支援事業所のケアマネージャーが、緊急に利用が必要と認めた場合には、定員を超えて受け入れることを認める。

（上記の場合の要件）

- 定員を超えて受け入れができるのは1名のみ
- 入居者の居室は個室であること
- 短期利用の利用者も含めて人員基準を満たしていること

●口腔衛生管理体制加算の創設

口腔衛生管理を充実させるため、口腔衛生管理体制加算を創設する。

（算定要件）

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

●栄養状態に係るスクリーニングの推進

定期的に栄養スクリーニング（※）を行い、利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で連絡し共有した場合、報酬で評価する。

→新たな加算

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定

●身体拘束廃止未実施減算の創設

以下の運営基準に違反した場合、減算する

（運営基準）

- 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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
- 身体拘束の適正化に向けた対策委員会（※）を3か月に1回以上開催し、その結果を介護職員や他の職員に周知徹底すること
- 身体拘束の適正化に向けた指針を整備すること
- 介護職員や他の職員に対して、身体拘束の適正化のための研修を定期的実施すること

（※）運営推進会議を活用することができる

●代表者交代時の開設者研修の取り扱い

代表者については、認知症対応型サービス事業開設者研修を終了していることが必要であるが、代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、半年後または次回研修日程のいずれか早い日までに終了すればよいこととする。

居宅介護支援

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●特定事業所集中減算

継続する。但し、対象サービスを訪問介護、通所介護、福祉用具貸与に限定。
集中割合については、特に言及がないので80%のままと思われる。

●管理者

主任ケアマネージャーであることを要件とする。但し、3年間の経過期間を設ける。

●医療・介護連携の強化

・利用者が入院する際、担当ケアマネージャーの氏名等を医療機関側へ伝えるよう利用者等へ依頼することを義務化する。

・入院時情報連携加算の見直し

入院後3日以内の情報提供を新たに評価すると共に、情報提供の方法で差を設けないこととする

・退院・退所加算の見直し

○退院・退所時の初回ケアプランの作成の手間を報酬で評価する。

○医療機関等との連携回数に応じた評価とする。

○医療機関のカンファレンスに参加した場合は上乗せで報酬で評価する。

医療機関からの聞き取り事項を整理した様式例を充実させるため、必要な見直しを行う。

・平時の医療との連携

○医療系サービスの利用を検討する際に意見を求める医師にケアプランを交付することを義務づける。

○モニタリングで把握した利用者の状態等、介護事業者等から報告を受けた利用者の口腔、服薬の状況について、必要な情報を医師等に伝達することを義務づける。

・医療、介護連携に総合的に取り組んでいる事業所を評価

特定事業所加算において、医療機関等との連携を総合的に行っている事業所を、更に報酬で評価する。

(算定要件) ※②の年間実績が確認できる平成31年度から算定を開始

① 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所

② ターミナルケアマネジメント加算(仮称)を一定回数以上算定している事業所

③ 特定事業所加算(I~III)のいずれかを算定している事業所

●末期の悪性腫瘍の利用者への対応

- ・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、医師等の助言を得ることを前提に、サービス担当者会議の招集を不要とする。

- ・ターミナルケアマネジメント加算（仮称）の創設

末期の悪性腫瘍の利用者について、利用者または家族の同意を得て通常よりも頻回のモニタリングを行い、利用者の心身の状況等を記録し主治医やサービス事業者へ提供した場合算定する。

●特定事業所加算の見直し

他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行うなど、地域のケアマネジメント機能を向上させる取り組みを評価する。

●ケアマネージャーから利用者・家族への説明事項等の追加

- 利用者は、複数の介護事業所の紹介を求めることが可能であること
- 利用者は、ケアプランに位置付けた事業所を選んだ理由を求めることが可能であること

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。

●訪問回数の多いケアプランの市町村への届け出

ケアマネージャーは、訪問介護（生活援助中心型）の回数が通常よりも著しく多いケアプランを市町村へ届け出ることとする。

具体的には、「全国平均利用回数+2標準偏差」を超えるもの（全体の4.3~6.1%程度）で、届け出の基準は、平成30年4月公表、10月から実施の予定。

届けられたケアプランは地域ケア会議で検証し、解消すべき課題が見つかった場合には、市町村はケアマネージャーにサービス内容の是正を促す。

●障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合において、ケアマネージャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、居宅介護事業者が相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。

口腔・栄養関係について

※加算の対象となるそれぞれのサービスにも記載。

※本文中の「報酬で評価する」とは、基本報酬や加算の増額、加算や加算の区分の新設を意味する。

●口腔衛生管理加算の要件の見直し

(見直し後の要件)

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上行った場合。
- 歯科衛生士が、入所者の口腔ケアについて、介護職員に具体的な技術的助言及び指導を行った場合。
- 歯科衛生士が、入所者の口腔ケアに関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合。

●口腔衛生管理体制加算の対象サービスの拡大

施設サービスに加え、以下のサービスを追加する。

- 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）
- 特定施設入居者生活介護（介護予防含む）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護

(算定要件)

歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。

●栄養マネジメント加算の見直し

・管理栄養士の兼務に関する規定の見直し

栄養マネジメント加算の常勤の管理栄養士の配置規定について、当該介護保険施設と同一敷地内に併設する介護保険施設について、1施設に限り兼務を認める。

・低栄養リスクの高い入所者への重点的な栄養管理

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働し、栄養ケア計画を作成し、計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等、重点的に栄養管理を行った場合、新たに報酬で評価する。

→栄養マネジメント加算の新たな区分か

●再入所者に関する医療・介護の連携

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養または嚥下調整食の新規導入）、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理について調整した場合に報酬で評価する。

●療養食加算の見直し

1日単位の算定を1食単位に変更する。但し、1日3食まで。

●栄養改善加算の要件緩和

現行は管理栄養士を1名以上配置する必要があるが、外部の管理栄養士の実施でも算定できるようにする。

●栄養状態に係るスクリーニングの推進

定期的に栄養スクリーニング（※）を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で連絡し共有した場合、報酬で評価する。

→新たな加算

※介護職員等でも可能なスクリーニングを想定（BMI、体重減少、食事摂取量等）

その他の事項

- 要介護度が改善すると報酬が減るため改善に向けた事業者のインセンティブが働かないという説には十分な根拠がない。要介護度改善によるインセンティブは導入しない。今後も要介護度別の報酬体系を基本に、加算で質の高いサービスを促す報酬体系を維持する。

- 基準費用額
施設系サービスにおける食費、居住費の基準費用額は見直さない。

- 集合住宅に係る減算と区分支給限度基準額の関係
集合住宅に係る減算については、区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、減算の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、減算の適用前の単位数を用いる。
→これまでは減算された場合、受けられるサービスの回数が増えてしまうので、これを防ぐための対応

- 介護職員処遇改善加算
介護職員処遇改善加算の区分（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、報酬体系の簡素化の観点から、一定の経過措置を設けた上で廃止する。

- 運営推進会議、介護・医療連携推進会議の開催方法、頻度の緩和
複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める。
 - 利用者、家族について匿名にするなど、個人情報・プライバシーを保護すること
 - 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
 - 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき回数の半数を超えないこと（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は除く）
 - 外部評価を行う会議は、単独開催を行うこと