

1. 平成30年度介護報酬改定の主な事項について

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

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

I - ① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その1）

- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

訪問看護

- 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<現行>

看護体制強化加算 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)



<改定後>

看護体制強化加算(I) 600単位/月 **(新設)**
(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)
看護体制強化加算(II) 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保)



<改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保)

医療連携体制加算(II) 49単位/日 **(新設)**
(※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)

医療連携体制加算(III) 59単位/日 **(新設)**
(※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)

特定施設入居者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
- 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日 **(新設)**

退院・退所時連携加算 30単位/日 **(新設)**
※入居から30日以内に限る

I - ① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その2）

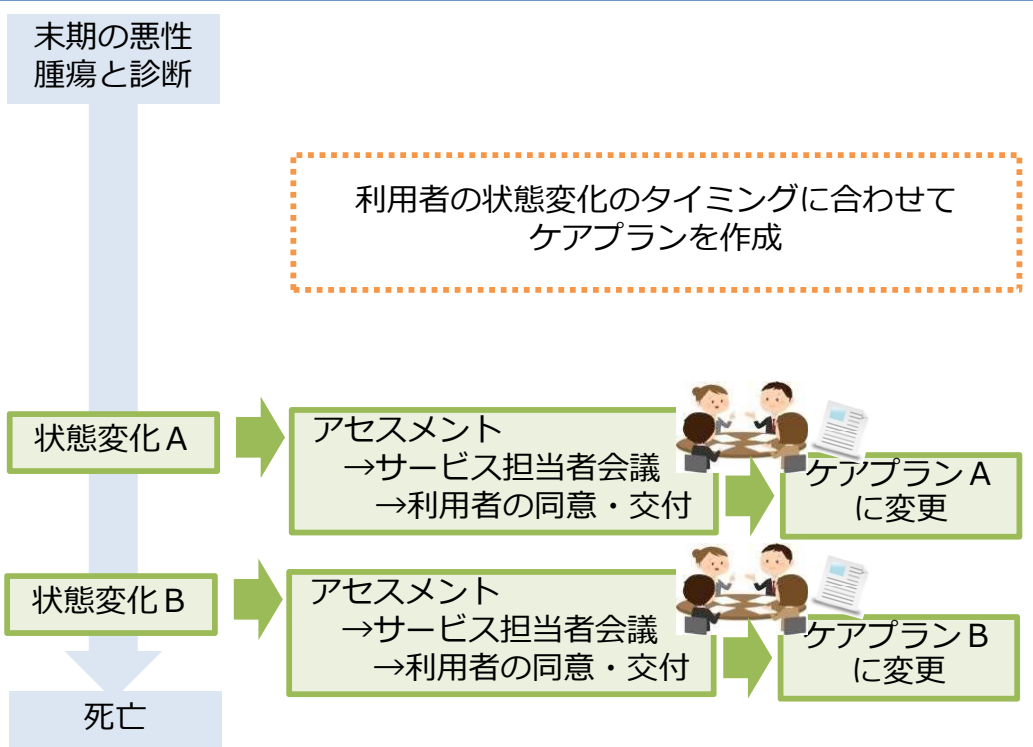
- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

居宅介護支援

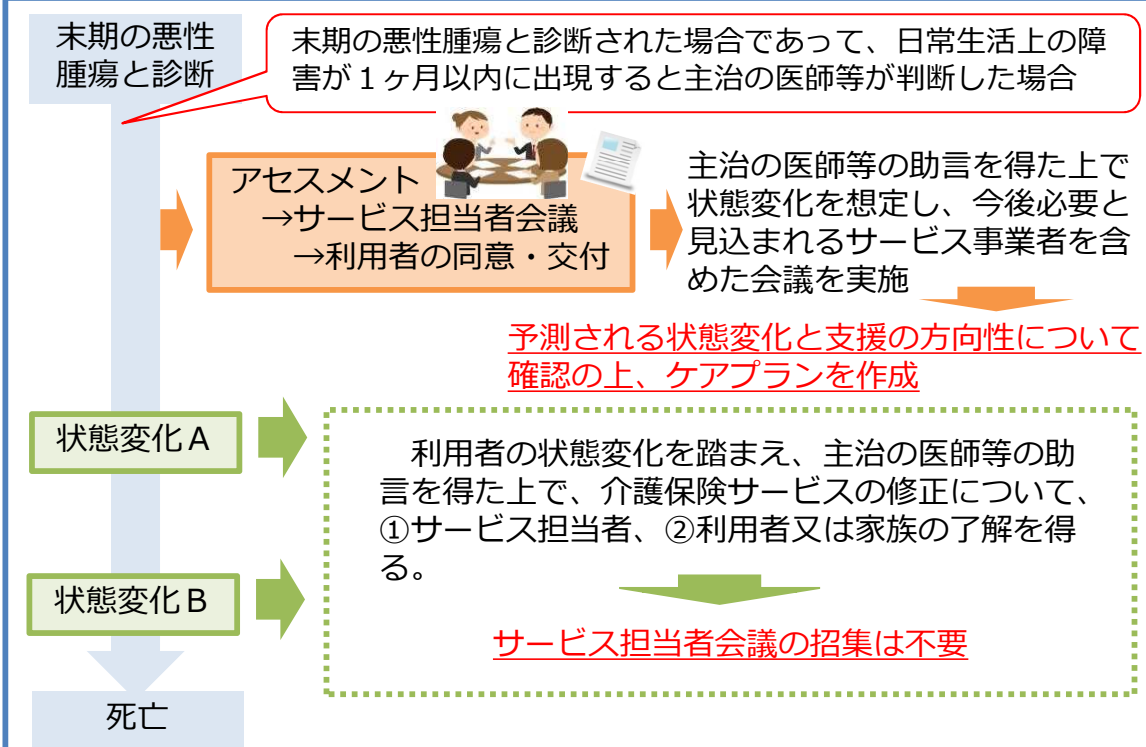
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 **（新設）**

現行



改定後（以下の方法も可能とする）



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

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

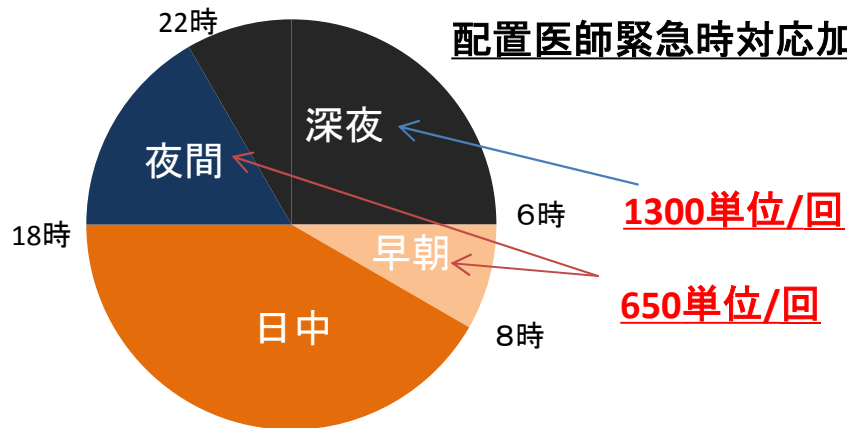


< 改定後 >

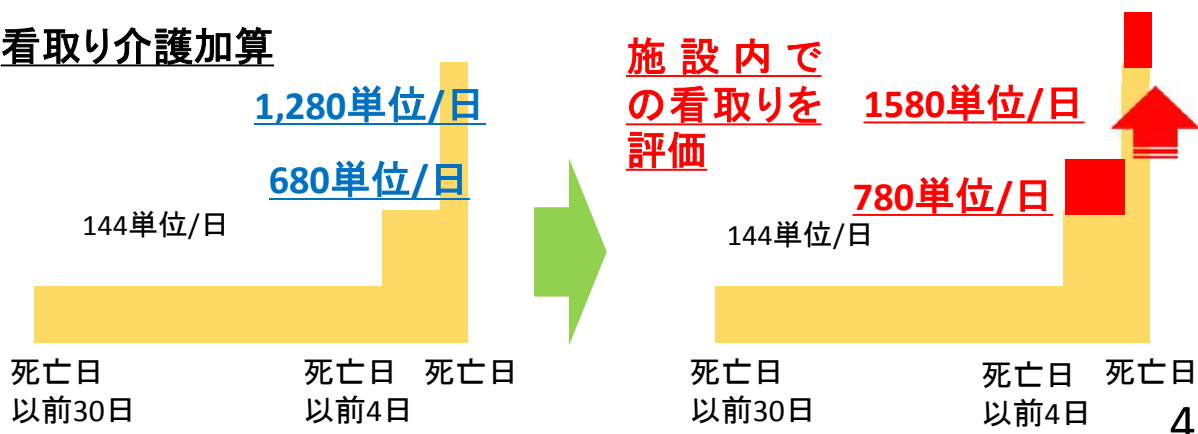
看取り介護加算（Ⅰ）
 死亡日以前4日以上30日以下 144単位／日
 死亡日の前日又は前々日 680単位／日
 死亡日 1280単位／日

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

配置医師緊急時対応加算



看取り介護加算



I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

<現行>

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

<改定後>

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

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

<現行>退院・退所加算

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

<改定後>退院・退所加算

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

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

特定事業所加算(IV) 125単位/月 (新設)

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

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

I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その2）

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	現行	見直しの方向(注1、注2)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共用が認められる。	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。

I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その3）

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

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

介護保険 通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

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

I - ③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

介護医療院

- 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の2つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア サービス提供単位	介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合については、療養室単位でのサービス提供を可能とする。
イ 人員配置	開設に伴う人員基準については、 i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ii リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定する。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

- ※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
- ※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。
イ 転換後の加算	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

介護医療院の人員配置

	指定基準		報酬上の基準	
	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
薬剤師	150:1	300:1	-	-
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビ/専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
栄養士	定員100以上で1以上		-	-
介護支援専門員	100:1(1名以上)		-	-
放射線技師	適当数		-	-
他の従業者	適当数		-	-

介護医療院の施設設備

	指定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

I - ④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

居宅介護支援

- ケアマネ事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設ける。
 - 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額(所定単位数の50/100に相当する単位数(運営基準減算))する。
- ※ なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

I - ⑤ 認知症の人への対応の強化

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕

<改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日

〔※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
看護師1名以上確保〕

医療連携体制加算(II) 49単位/日 **(新設)**

〔※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
看護師との連携体制が必要
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕

医療連携体制加算(III) 59単位/日 **(新設)**

〔※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること〕

短期入所生活介護、短期入所療養介護

- 認知症介護について、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

認知症専門ケア加算(I) 3単位/日 **(新設)** 認知症専門ケア加算(II) 4単位/日 **(新設)**

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護

- 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 **(新設)**

特定施設入居者生活介護：若年性認知症入居者受入加算 120単位/日 **(新設)**

I - ⑥ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進

○ 各介護サービスにおける口腔衛生管理の充実や栄養改善の取組の推進を図る。

各種の居住系サービス

○ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象とする。

口腔衛生管理体制加算 30単位／月 **(新設)**

各種の施設系サービス

○ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、以下の見直しを行う。

① 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。

② 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

口腔衛生管理加算

<現行>	→	<改定後>
110単位／月		90単位／月

各種の通所系サービス、居住系サービス、多機能型サービス

○ 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

栄養スクリーニング加算 5単位／回 **(新設)**
※6月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

○ 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

低栄養リスク改善加算 300単位／月 **(新設)**

I - ⑦ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護

【基準】

- 障害福祉制度の指定を受けた事業所であれば、基本的に介護保険（共生型）の指定を受けられるものとする。

【報酬】

- 介護保険の基準を満たしていない障害福祉制度の事業所の報酬については、
 - ① 障害者が高齢となる際の対応という制度趣旨を踏まえ、概ね障害福祉における報酬の水準を担保し、
 - ② 介護保険の事業所としての人員配置基準等を満たしていないことから、通常の介護保険の事業所の報酬単位とは区別する観点から、単位設定する。

【例】 障害福祉制度の生活介護事業所が、要介護者へのデイサービスを行う場合
所定単位数に93/100を乗じた単位数 **（新設）**

- その上で、共生型通所介護事業所と共生型短期入所生活介護事業所について、生活相談員（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域に貢献する活動（地域交流の場の提供等）を実施している場合を評価する。

生活相談員配置等加算 13単位／日 **（新設）**

療養通所介護

- 療養通所介護事業所において、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施している事業所が多いことを踏まえ、定員数を引き上げる。

<現行>
定員数9名



<対応案>
定員数18名

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)**

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)

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

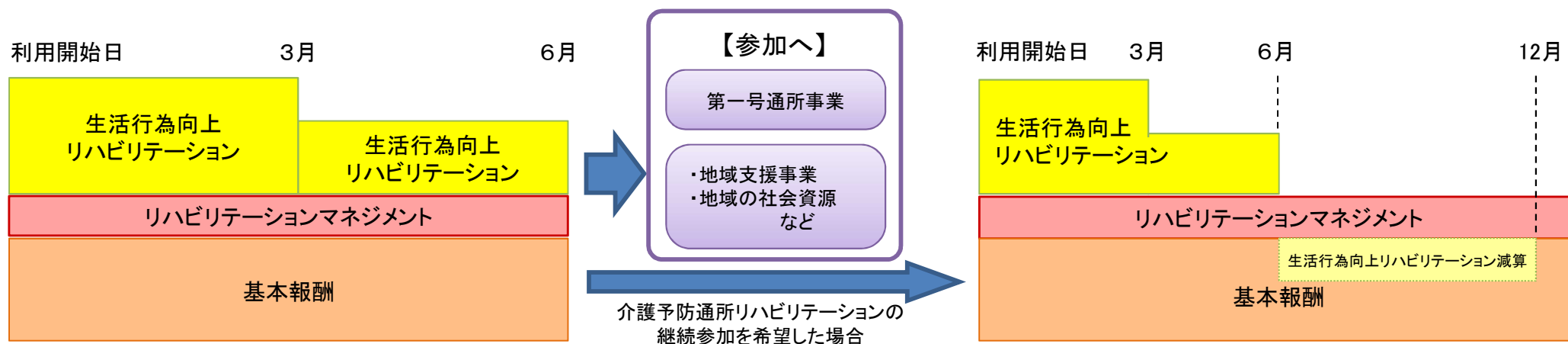
- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。

- 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】



Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その1）

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

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

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

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位／月

<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月 **(新設)**
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月 **(新設)**
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月 **(新設)**

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

生活機能向上連携加算 200単位／月 **(新設)**
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

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

訪問介護

【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

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

【身体介護と生活援助の報酬】

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

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

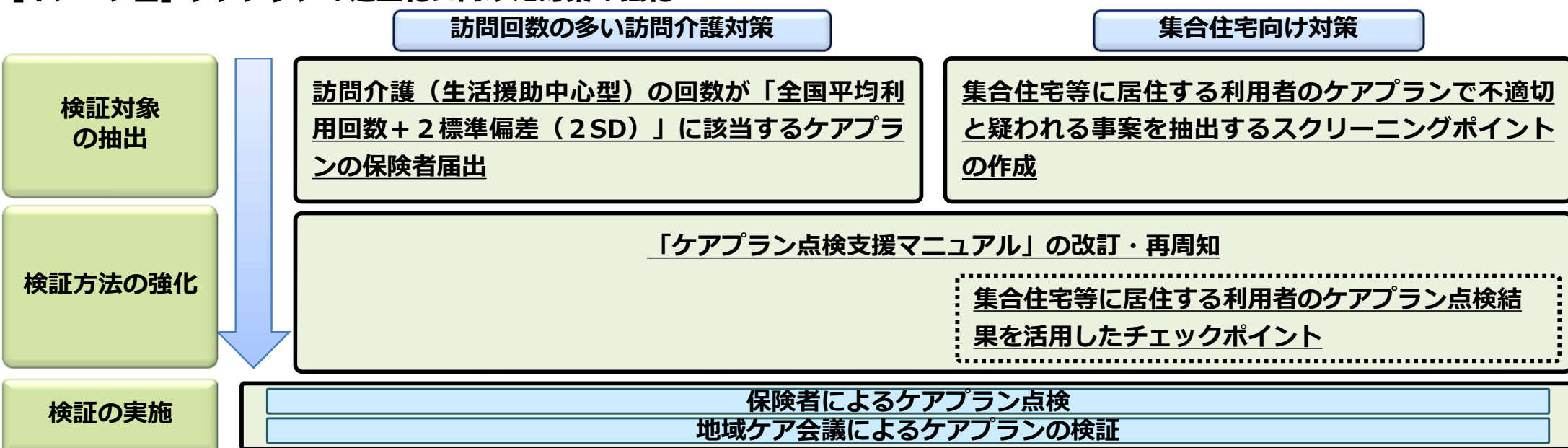
Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その3）

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

訪問介護、居宅介護支援

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

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

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**ADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL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「ADL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、評価対象期間の終了後にも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）

Ⅱ－⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。

① 入所者全員に対する要件

入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。

② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件

- ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
- ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
- ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

褥瘡マネジメント加算 10単位／月 (新設)

※3月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
 - ・ 排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

(※1) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

(※3) 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 100単位／月 (新設)

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。

Ⅲ－① 生活援助の担い手の拡大

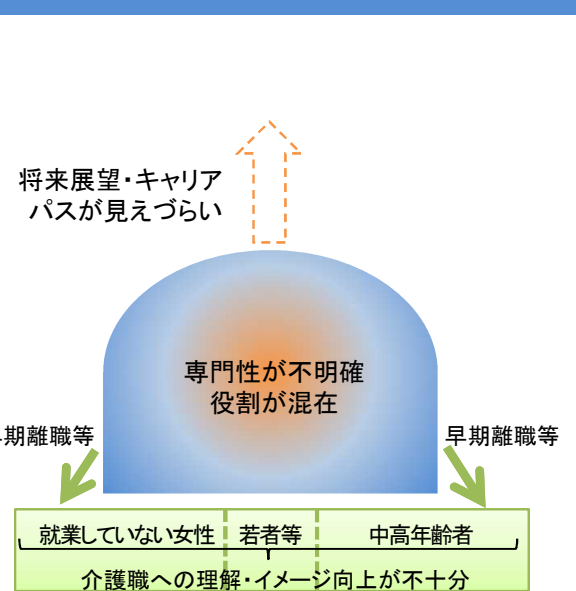
○ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

訪問介護

- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。(カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定)
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

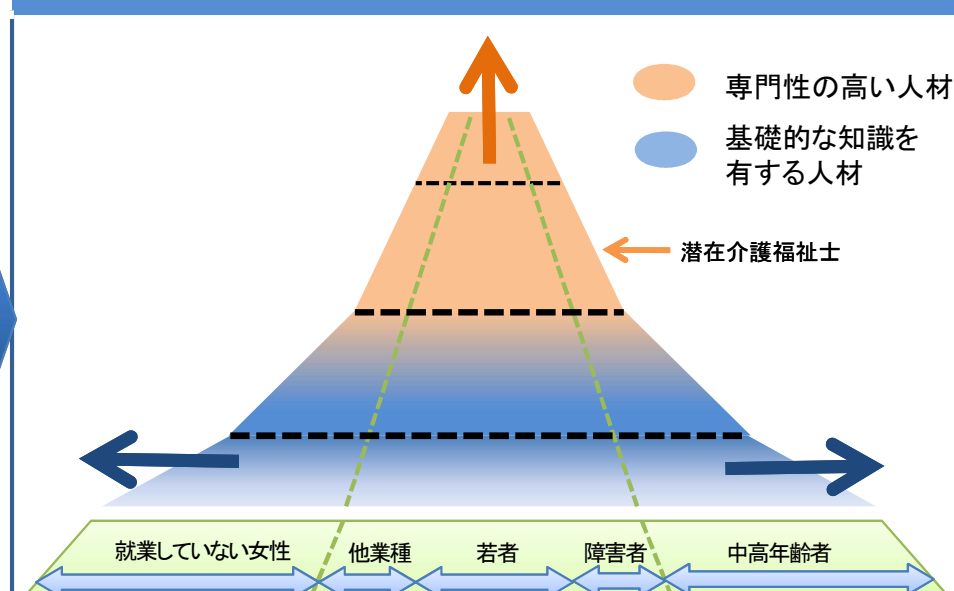
(参考) 介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～

現状



転換

目指すべき姿



参加促進	1. すそ野を広げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参加促進を図る
労働環境・処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての者の定着促進を図る
資質の向上	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

Ⅲ－② 介護ロボットの活用の促進

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

介護老人福祉施設、短期入所生活介護

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について見直しを行う。

現行の夜勤職員配置加算の要件

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

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：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- 入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- 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。

Ⅲ－③ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件等の緩和

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

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護

- 日中（8時から18時）と夜間・早朝（18時から8時）におけるコール件数等の状況に大きな差は見られないことを踏まえ、日中についても、
 - ・ 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認めることとする。
 - ・ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認めることとする。
- ただし、利用者へのサービス提供に支障がない場合とは、
 - ・ ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、
 - ・ 適切なコール対応ができない場合に備えて、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時に対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合を言うこととする。

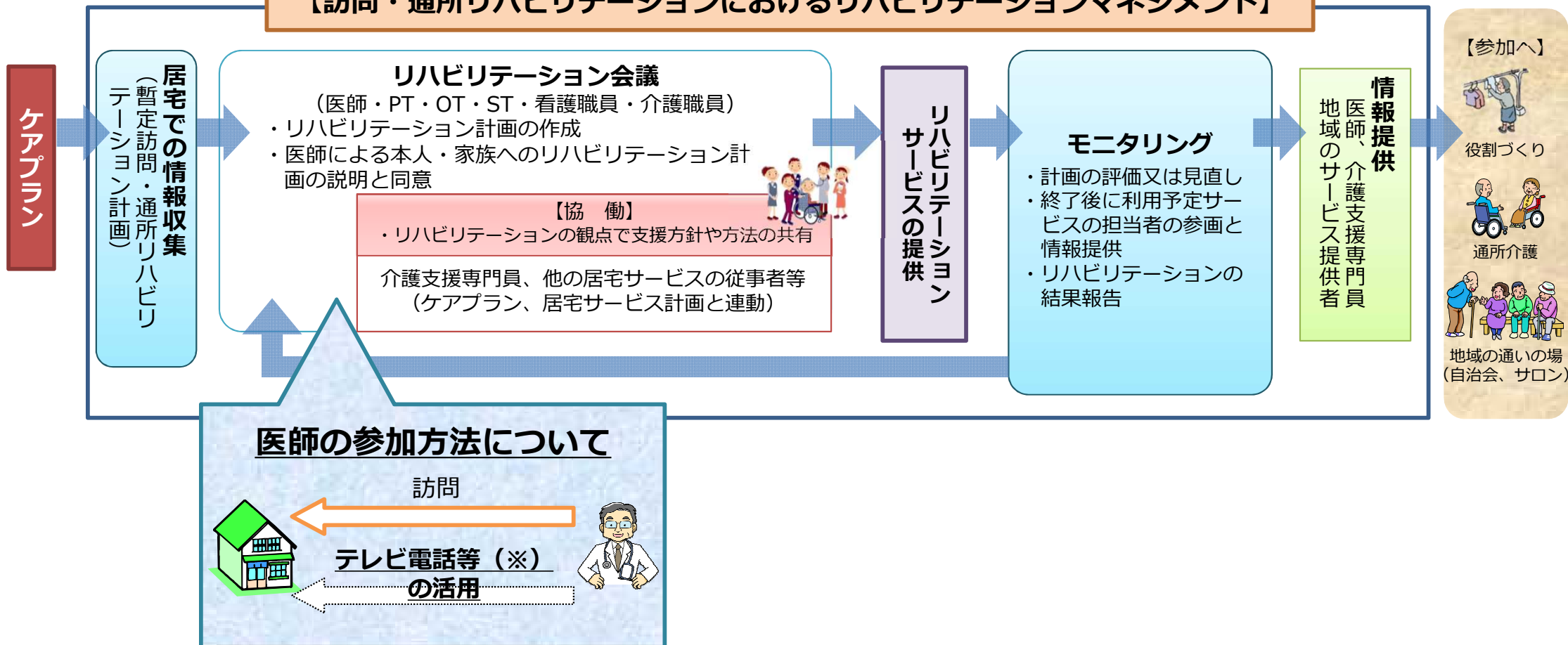
Ⅲ-④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- 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の外、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

Ⅲ－⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

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

各種の地域密着型サービス

- 介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催方法や開催頻度について以下の見直しを行う。
 - ア 現在認められていない複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める。
 - i 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
 - ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
 - iii 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は除く。）
 - iv 外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行うこと。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービス（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護）に合わせて、年4回から年2回とする。

対象サービス (介護予防を含む) (※1)	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型通所介護 療養通所介護(※2) 認知症対応型通所介護
会議の名称	介護・医療連携推進会議	運営推進会議	
開催頻度	概ね3月に1回以上	概ね2月に1回以上	概ね6月に1回以上(※2)

※1 夜間対応型訪問介護は、対象サービスではない。 ※2 療養通所介護の開催頻度は、概ね12月に1回。

Ⅳ－① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- 福祉用具貸与について、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う(平成30年10月)。
- 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

福祉用具貸与

- 福祉用具貸与について、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う。また、詳細について、以下の取扱いとする。
 - ・ 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格＋1標準偏差（1SD）」を上限とする。
 - ・ 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
 - ・ 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
 - ・ 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。
- 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。
 - ・ 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること。
 - ・ 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること。
 - ・ 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付すること。

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

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

各種の訪問系サービス

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

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

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	<ul style="list-style-type: none"> ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、<u>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(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

<改定後>

減算等の内容	算定要件
<ul style="list-style-type: none"> ①・③10%減算 ②15%減算 	<ul style="list-style-type: none"> 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、<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)

[定期巡回・随時対応型訪問介護看護]

<現行>

減算等の内容	算定要件
600単位/月減算	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、<u>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

<改定後>

減算等の内容	算定要件
<ul style="list-style-type: none"> ①600単位/月減算 ②900単位/月減算 	<ul style="list-style-type: none"> ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のうち、<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>

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

Ⅳ－③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

- 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

訪問看護

- 訪問看護ステーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問について、サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うことなどを算定要件に加えるとともに、基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行>		➡	<改定後>	
訪問看護	302単位/回		訪問看護	296単位/回
介護予防訪問看護	302単位/回		介護予防訪問看護	286単位/回

- 訪問看護及び介護予防訪問看護の基本報酬を以下のとおり見直す。

<現行> 訪問看護及び介護予防訪問看護			<改定後> 訪問看護		
	訪問看護ステーション	病院又は診療所		訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	310単位/回	262単位/回	20分未満	311単位/回	263単位/回
30分未満	463単位/回	392単位/回	30分未満	467単位/回	396単位/回
30分以上	814単位/回	567単位/回	30分以上	816単位/回	569単位/回
1時間未満			1時間未満		
1時間以上	1117単位/回	835単位/回	1時間以上	1118単位/回	836単位/回
1時間30分未満			1時間30分未満		
<改定後> 介護予防訪問看護			<改定後> 介護予防訪問看護		
	訪問看護ステーション	病院又は診療所		訪問看護ステーション	病院又は診療所
20分未満	300単位/回	253単位/回	20分未満	300単位/回	253単位/回
30分未満	448単位/回	379単位/回	30分未満	448単位/回	379単位/回
30分以上	787単位/回	548単位/回	30分以上	787単位/回	548単位/回
1時間未満			1時間未満		
1時間以上	1080単位/回	807単位/回	1時間以上	1080単位/回	807単位/回
1時間30分未満			1時間30分未満		

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
				6時間以上 7時間未満	924単位/回
				7時間以上 8時間未満	988単位/回
大規模型(I)	3時間以上 4時間未満	587単位/回	➡	3時間以上 4時間未満	587単位/回
	4時間以上 6時間未満	759単位/回		4時間以上 5時間未満	667単位/回
	6時間以上 8時間未満	1007単位/回		5時間以上 6時間未満	772単位/回
				6時間以上 7時間未満	902単位/回
				7時間以上 8時間未満	955単位/回
大規模型(II)	3時間以上 4時間未満	573単位/回	➡	3時間以上 4時間未満	573単位/回
	4時間以上 6時間未満	741単位/回		4時間以上 5時間未満	645単位/回
	6時間以上 8時間未満	982単位/回		5時間以上 6時間未満	746単位/回
				6時間以上 7時間未満	870単位/回
				7時間以上 8時間未満	922単位/回

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"> ○ 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 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し 	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 	▲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"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価 	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 介護人材確保対策の推進 ○ 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 	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	0.54%

2. 介護療養型医療施設等から介護医療院等への移行状況の把握 のためお願いについて

- 療養病床の転換状況については、これまで、平成 26 年 8 月 29 日付け事務連絡「療養病床再編成の状況に関する厚生労働省への情報提供について」（別紙）でお願いしているとおりに、各都道府県の療養病床の転換状況について、情報提供いただいているところです。
- 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（平成 29 年法律第 52 号）に基づき、平成 30 年 4 月から、今後増加が見込まれる長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の受け皿を確保するため、介護医療院が創設されることに加え、介護療養型医療施設については、平成 29 年度末であった転換期限が、平成 35 年度末まで 6 年間延長となります。介護療養型医療施設等から介護医療院等への移行状況の把握については、介護医療院への円滑な転換の促進や介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当かを検討する上で、大変重要なものとなります。
- 上記を踏まえ、平成 30 年度からは、委託事業である介護医療院開設移行等支援事業の一環として、療養病床の転換状況だけでなく、介護医療院への移行状況も把握することを予定しており、現行の様式を変更した上で、引き続き転換状況に係る情報提供をお願いしたいと考えております。具体的な様式や情報提供いただくスキーム等については、現在予算事業の公募を行っておりますので、詳細が決まり次第、改めて事務連絡等を通じてお願いをさせていただきます。
- なお、介護医療院開設移行等支援事業では、
 - ・ 介護療養病床を有する事業者等を対象とした研修
 - ・ 移行に係る課題の整理やその対応策等の検討等の内容も盛り込んでおり、皆様にもご活用いただけるよう事業を進めてまいりますので、引き続き、各医療機関に対する転換支援に努めていただくとともに、介護医療院等への移行状況についての情報提供にご協力いただけますようお願いいたします。

写

医政総発0829第1号
保連発0829第1号
老老発0829第1号
平成26年8月29日

医療法所管部（局）長
各都道府県 医療保険所管部（局）長 殿
介護保険所管部（局）長

厚生労働省医政局総務課長
（公印省略）
保険局医療介護連携政策課長
（公印省略）
老健局老人保健課長
（公印省略）

療養病床再編成の状況に関する厚生労働省への情報提供について

平素より介護保険行政の推進にご協力いただき、感謝申し上げます。

介護療養病床については、健康保険法等の一部を改正する法律に基づき、平成23年度末までに老人保健施設等へ転換することとしていましたが、転換が進んでいない実態を踏まえ、平成23年に成立した介護保険法等の一部改正法において、転換期限を平成29年度末までの6年間延長したところです。

これまで、平成18年6月30日付け事務連絡「療養病床の再編成に関する相談体制の確保等について」に基づき毎月の療養病床数の推移を情報提供いただき、平成24年4月27日付け事務連絡「療養病床再編成の状況に係る厚生労働省への情報提供について」によって3ヶ月ごとの情報提供をお願いしてきたところですが、各都道府県における療養病床数の推移等を正確に把握するため、今般改めて、本通知に基づき、療養病床再編成の状況に係る情報提供について依頼しますので、よろしくお取り計らい願います。

記

1. 方法

下記の宛先に、所定の様式によりメールで送付してください。なお、当該医療機関の療養病床数の推移のみならず、一般病床と精神病床の病床数についてもあわせて情報提供をお願いいたします。

2. 期限

第1回期限：平成26年 7月25日（実績：4月・5月・6月分）

※第1回の期日は既に過ぎておりますが、未提出の都道府県におかれましては、ご提出をお願いいたします。

第2回期限：平成26年10月27日（実績：7月・8月・9月分）

第3回期限：平成27年 1月26日（実績：10月・11月・12月分）

第4回期限：平成27年 4月27日（実績：1月・2月・3月分）

なお、平成27年度以降も、上記と同様に3ヶ月ごとの情報提供をお願いいたします。

3. その他

提供された情報は、個別の医療機関名や施設名が特定できない形で、社会保障審議会介護給付費分科会等の議論に資するべく用いる予定であることを申し添えます。

<療養病床再編成の状況に関する連絡先>

厚生労働省老健局老人保健課 療養病床転換係：米倉、山田

本件情報提供専用e-mail: kaigo-tenkan@mhlw.go.jp

Tel: 03-3595-2490

Fax: 03-3595-4010

※情報提供に用いる様式は従前の通りですが、本通知の発出にあわせ、改めて担当者より各都道府県宛てにメールで送付します。

3. 平成 30 年 4 月以降の要介護認定等について

平成 29 年 12 月 20 日老健局老人保健課長発事務連絡「平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等について」に記載のとおり、改正等を行う予定である。

【保険者の業務簡素化】

- 更新認定の有効期間の上限を、現行の 24 か月から 36 か月に延長することを可能とするよう、必要な省令改正を行う。
また、長期間状態が安定している者について、介護認定審査会における二次判定の簡素化を可能とするよう、必要な通知改正を行う。

【介護保険総合データベースへの認定データ提出義務化】

- 現在、任意でご提出いただいている要介護認定等データについては、改正後の介護保険法 118 条の 2 の規定に基づき、平成 30 年 4 月 1 日以降に審査を行った要介護認定データの提出を義務化する。
- 現在は認定ソフト 2009 からインターネット経由で提供いただいていたところ、経路を変更し、各都道府県の国民健康保険団体連合会の伝送ソフト経由で提出いただくこととなる。
提出開始は 8 月以降を想定している。
- 認定審査会の簡素化及び有効期間の延長に対応した新たな認定ソフト（認定ソフト 2018）の配布は、平成 30 年 3 月末を想定している。その後、提出経路の変更に対応した認定ソフトの配布を 6 月下旬を予定している。

要介護認定に係る認定審査会の簡素化について

簡素化対象要件

以下の6要件のすべてに合致する者について、認定審査会の簡素化を可能とする。

【条件①】 第1号被保険者である

【条件②】 更新申請である

【条件③】 コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】 前回認定の有効期間が12か月以上である

【条件⑤】 コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者の場合は、今回の状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている

【条件⑥】 コンピュータ判定結果の要介護認定等基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内（重度化キワ3分以内）」ではない

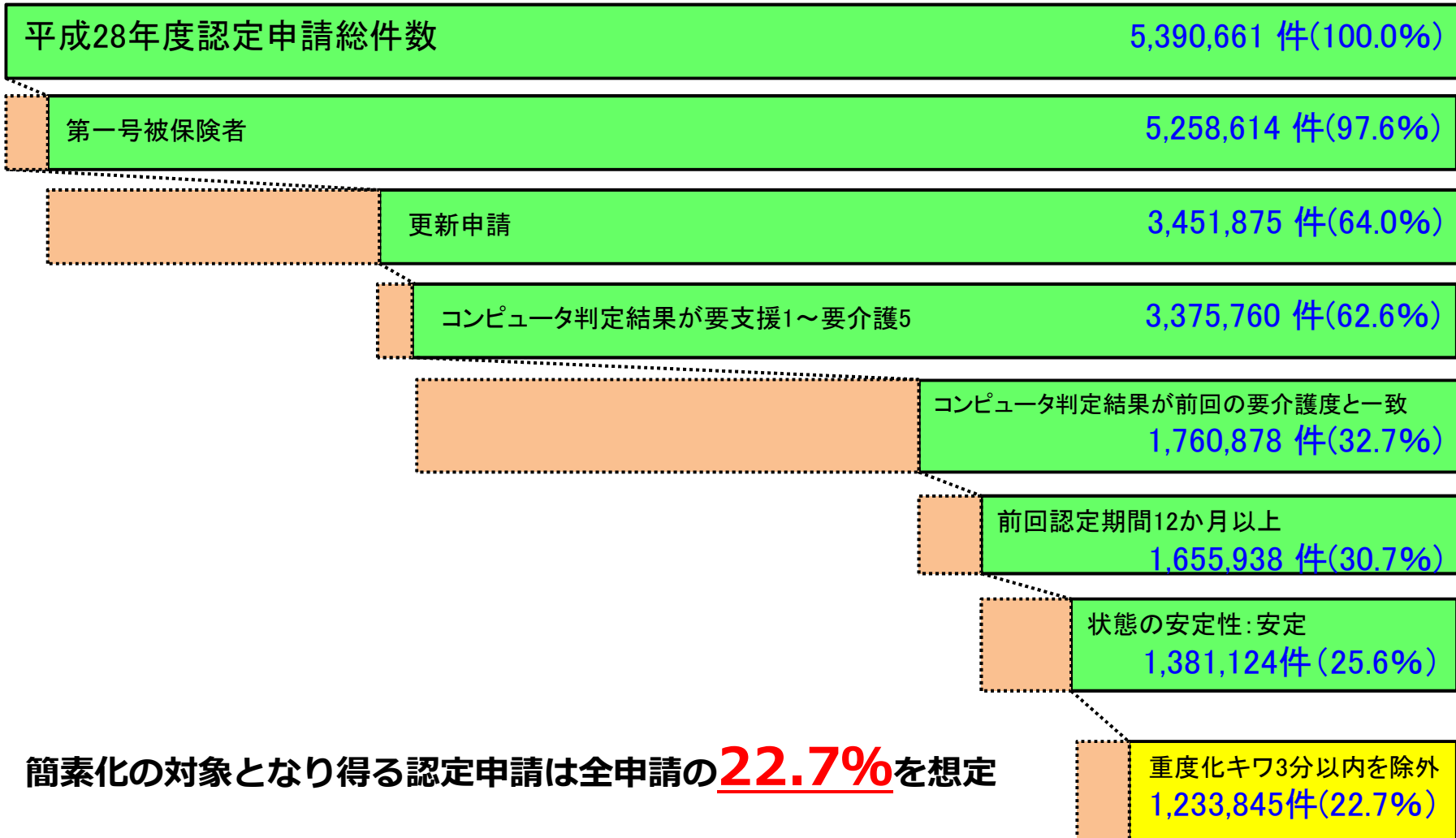
要介護認定に係る認定審査会の簡素化について

簡素化についての考え方

- 簡素化の具体的な方法については、保険者において決定するが、少なくとも審査会の開催自体は実施することが適当。
- ①～⑥の条件に合致する者であっても、各保険者の判断により審査会を簡素化せずに実施することは妨げられない。
また、保険者により①～⑥に加えて新たな要件を設けることも差し支えない。
(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)
- 認定審査会を簡素化して実施した場合も、介護保険法第27条第4項等に定める審査会への審査判定の求め及び同条第5項に定める審査会による審査判定を実施した扱いとなる。

簡素化対象となる認定申請件数

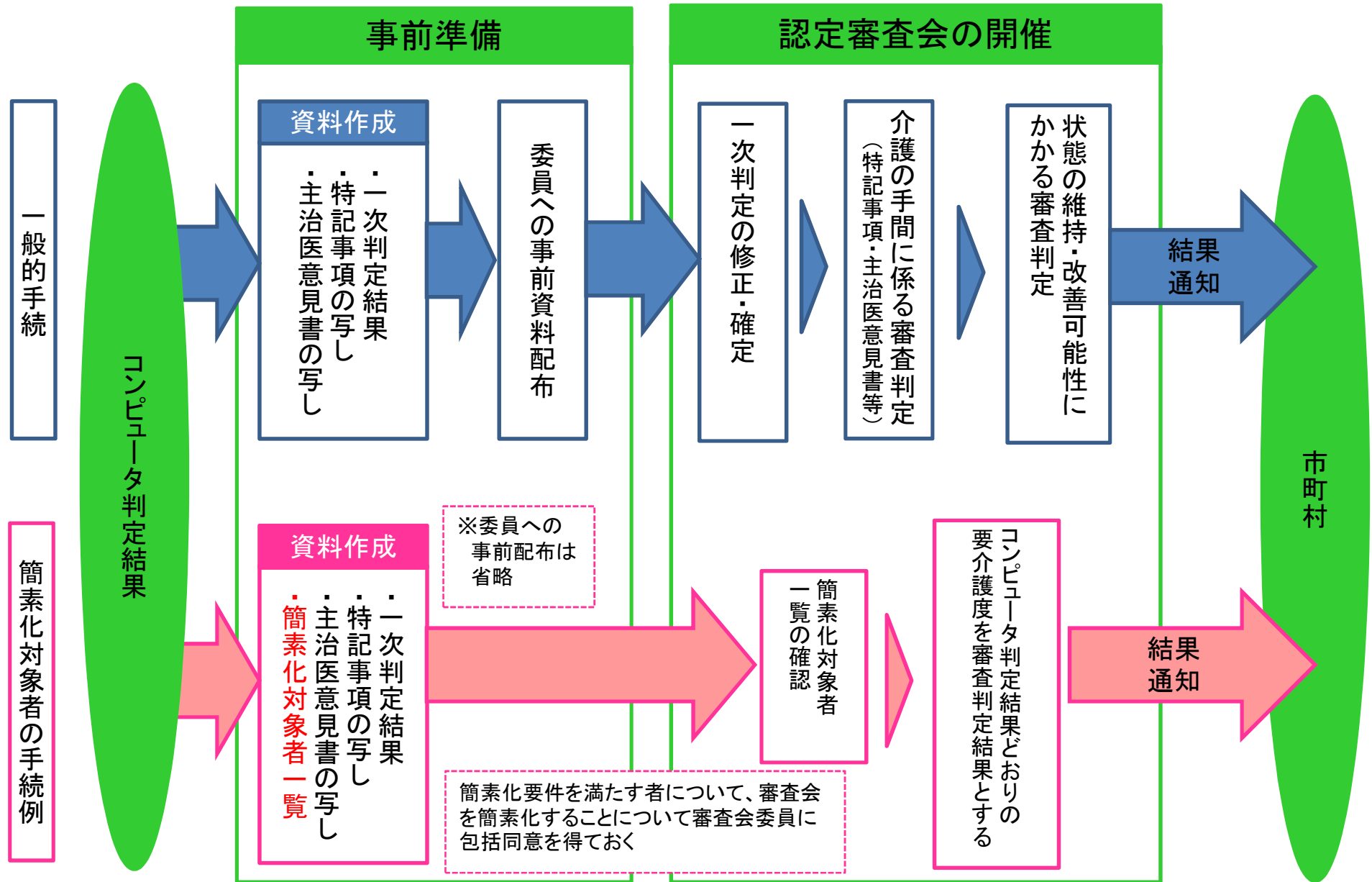
簡素化対象となるケースの全体の申請件数に占める割合は以下の通り。



簡素化の対象となり得る認定申請は全申請の**22.7%**を想定

要件該当者の「コンピュータ判定→二次判定」の要介護度一致率は**97.1%**

認定審査会簡素化の例



※上記は簡素化方式の一例であり、法令上の基本原則を踏まえつつ、各自治体において簡素化方法を決定して差し支えない。

改正事項について

今般の見直しに伴い、3月中に通知等の改正を行う。

○老健局長通知「要介護認定等の実施について」

- ・別添1-1「要介護認定申請書」に転入者向けに転出元自治体の要介護認定結果の記入欄を追加
- ・別添1-1（同上）及び別添1-2「区分変更申請書」の提出代行者名称欄に「介護医療院」を追加
- ・別添2 a「認定調査票（概況調査）」のⅢの「在宅利用」欄の「(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)」を「(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)」に変更、「施設利用」欄に「介護医療院」を追加
- ・別添3「主治医意見書」の3の(3)の項目名「認知症の周辺症状」を「認知症の行動・心理症状（BPSD）」に変更

○老健局長通知「介護認定審査会の運営について」

- ・末尾に新項目「5 認定審査会の簡素化」の項目を設け、簡素化要件を規定

○認定テキスト改訂（認定テキスト2009改訂版 平成30年4月）

- ・認定調査員テキスト2009改訂版158頁の認定調査票（概況調査）について、通知に定める様式改正
- ・介護認定審査会委員テキスト2009改訂版5頁、14頁の末尾に審査会の簡素化について追記
- ・介護認定審査会委員テキスト2009改訂版30頁表7-1の認定有効期間を変更、表7-2を削除

○認定ソフト2009の改修（認定ソフト2018）

- ・簡素化の可否表示機能，簡素化対象者リスト作成機能等簡素化実施に伴う改修
- ・平成30年8月以降、認定データを国保連経由で提出することとなることに伴う改修 等

4. 在宅医療・介護連携の推進について

- 在宅医療・介護連携推進事業は、地域支援事業の包括的支援事業として位置づけられ、平成 30 年度からはすべての市町村において、(ア)～(ク)の事業項目全てを実施することとしている。
- なお、平成 29 年介護保険法改正により「都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第 115 条の 45 第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村支援に対する支援に努めるものとする」と市町村支援が明文化された。
- これを受け、本事業の円滑な実施のために、平成 29 年 10 月 25 日に「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2 (介護保険最新情報 vol. 610)」において、都道府県の役割について充実させたので参考にされたい。
- 昨年 6 月に実施した在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査によると、市町村は、都道府県が把握している在宅医療・介護データの提供や広域的な医療介護連携（退院調整等）についての支援を都道府県に対して求めているとの結果であった。
- 厚生労働省では、特に、都道府県に対して市町村支援に関する技術的支援を目的として、来年度の事業では、
 - ① 都道府県、保健所や市町村単位の分析に基づいた市町村支援を実施できる都道府県職員等を育成するため、在宅医療・介護連携に係るデータ分析手法、活用方法の研修会の実施
 - ② モデル都道府県を募り、入退院時の退院調整ルール作成等の複数市町村による連携の取組を展開するための事業
 - ③ 在宅医療・介護連携推進事業について都道府県・市町村の取組をフォローアップし、当該事業の推進・充実を図るとともに、事業の課題の洗い出しを行うフォローアップ研修を予定しているので、担当職員の参加をお願いする。

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

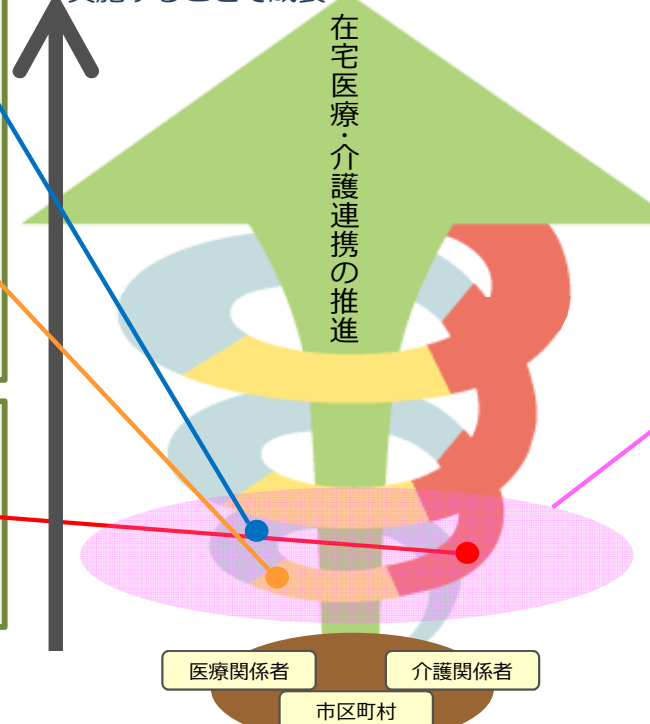
（カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

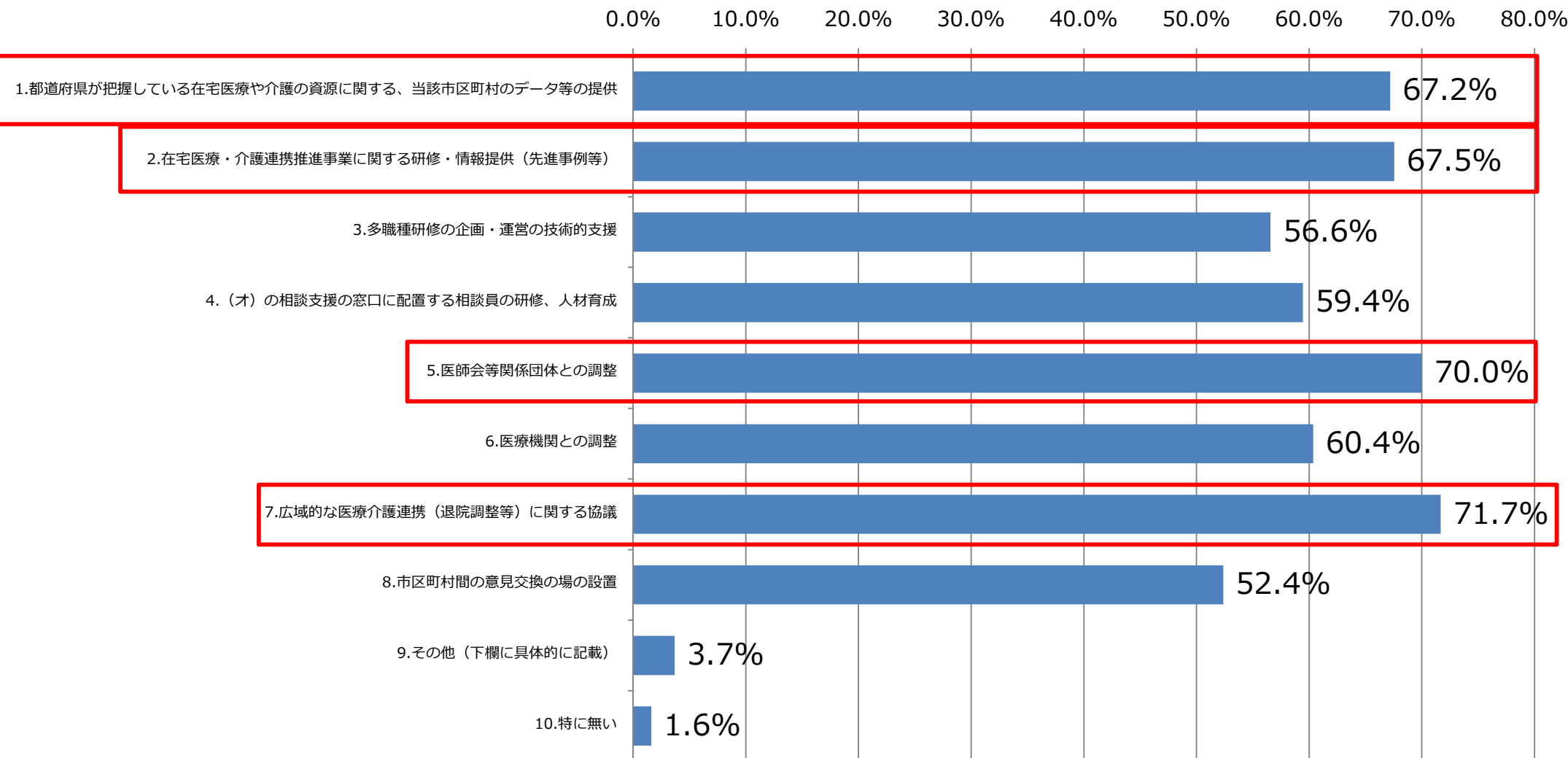
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

在宅医療・介護連携推進事業の都道府県からの支援を希望する取組

○都道府県からの支援を希望する取組

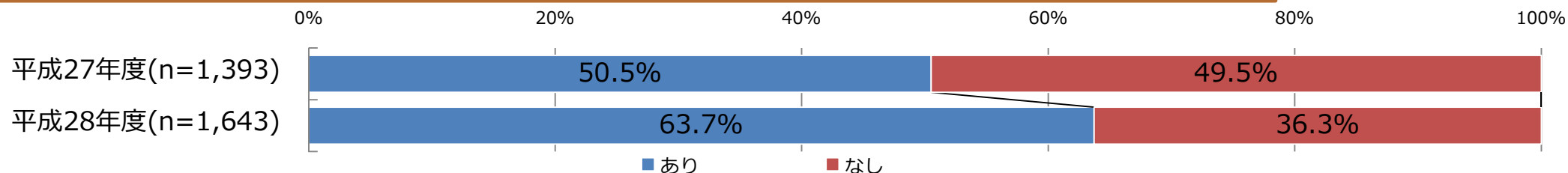
- ・ 医師会等の関係団体との調整、在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供、都道府県が把握している在宅医療・介護のデータ提供、広域的な医療介護連携（退院調整等）を希望する市町村が多かった。
- ・ 支援の希望は年々増加傾向にあるが、特に、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」「在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供」の伸びが大きい。



都道府県における市町村支援の例

(ア)～(ク)の事業項目のうち、都道府県からの支援の有無について

* (ア)～(ク)の事業項目のうち、1つ以上実施している市町村のうち、1事業項目以上支援があるとした市町村数



市町村の取組が進捗している都道府県における市町村支援の取組例

- 市町村の実情を知るために、市町村担当者にヒアリングを実施。市町村においては取組が困難と考えられる事項について、重点的に支援を実施。
- (ア)の事業項目への支援としては在宅医療等の関連指標を一覧表にまとめ、市町村へ提供する他、指標の活用方法についての研修会を実施。
- (ウ)の事業項目への支援では、例えば主治医副主治医制の確保や後方支援病床の確保等に関し、郡市区医師会と市町村の間に入り、議論をするとともに、都道府県医師会・郡市区医師会と共同して事業を実施。
- (オ)の事業項目では実際に都道府県医師会等関係団体と協力し、広域的な相談窓口を設置。
- (ク)の事業項目では、都道府県医師会と協力し、二次医療圏単位や郡市医師会単位で連絡会議の開催等活動の支援や、入退院時の連携を促進するルールの策定・運用・モニタリングを全県的に実施。

市町村の実情に応じた市町村支援を、
都道府県医師会等関係団体と密接に連携して実施していくことが重要

在宅医療・介護連携推進支援事業（案）（H30改要求）

●目的

本事業は、市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図るために、都道府県に対して市町村支援に関する技術的支援を行う。

●事業内容

都道府県・保健所、都道府県医師会等関係団体・関係機関を対象として、在宅医療・介護連携推進事業の「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」における課題分析に対する支援と、「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」における広域的に複数市町村にまたぐ支援に焦点を当て研修を実施する。更に、フォローアップ研修を実施し、研修内容の活用等について継続的に支援する。

1. 在宅医療・介護連携 データ分析研修

在宅医療・介護連携に関係するデータ分析手法、活用方法を研修し、都道府県、保健所や市町村単位の地域分析に基づいた市町村支援を実施できる都道府県職員等を育成する。

- ・対象 都道府県・保健所（政令市含む）職員、地方厚生（支）局、データ分析を担える大学職員等
- ・内容 ・医療・介護レセプト等のデータの収集・分析方法の習得
・データ分析による地域分析および施策立案方法の習得

2. 都道府県入退院時連携促進実証事業

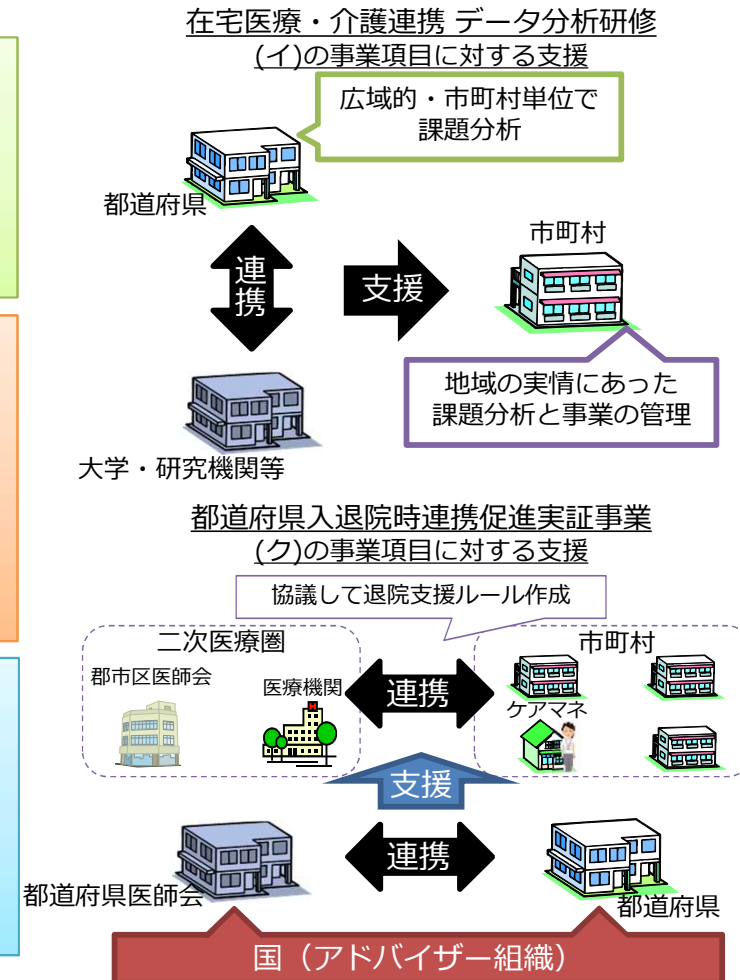
広域的な医療介護連携の取組である入退院時の退院調整ルール作成等についてモデル都道府県を募り、都道府県医師会と連携しながら実践することで、複数市町村による連携の取組を展開する。

- ・対象 都道府県・保健所職員、都道府県医師会等関係団体・医療機関、市町村 等
- ・内容 ・国からアドバイザーを派遣、都道府県が都道府県医師会、市町村等と連携しながら、退院支援ルールを作成
・モデル県の協力を得て、モデル県及び周辺県の担当職員が参加しそのノウハウを習得
・研修プログラム、実践マニュアルの作成

3. 在宅医療・介護連携推進事業フォローアップ研修

在宅医療・介護連携推進事業について都道府県・市町村の取組についてフォローアップを実施し、当該事業の推進・充実を図るとともに、事業の課題の洗い出しを行う。

- ・対象 都道府県・保健所（政令市含む）担当職員、地方厚生（支）局
- ・場所 全国8カ所程度で開催（厚生（支）局単位を想定）
- ・内容 ・29年度の取組のフォローアップ（進捗状況、課題の確認、疑問解消）を実施
・在宅医療・介護連携推進事業の課題の洗い出し



5. 効果的な介護予防手法の横展開について

- 平成 28 年 4 月から、地域ケア会議を通じた高齢者の自立支援を促進するための効果的な取組について、全国に展開していくことを目的として、介護予防活動普及展開事業を実施している。

- 平成 29 年度の事業においては、109 のモデル市町村や都道府県担当者等を対象に高齢者の自立支援のための地域ケア会議を実践するため、
 1. 基礎研修会、2. 司会者養成研修会、3. アドバイザー養成研修会等の研修会を実施した。平成 30 年度は 200 モデル市町村を目標に募集している。都道府県、モデル市町村においては、これら 3 つの研修会等に参加いただき、通じて学んだ考え方や手順について、実践していただく予定である。本事業に参加することで保険者機能の強化につながる取組を実践することができるので積極的にご参加いただきたい。

- 自立支援を促進するため、地域ケア会議にはリハビリテーション専門職等の多職種が参加し協働して実施することが重要である。

しかしながら、市町村においては、派遣を受ける際に、地域リハビリテーション活動支援事業を活用することが可能であるが、市町村によっては、リハビリテーション専門職等の確保が困難との指摘がある。

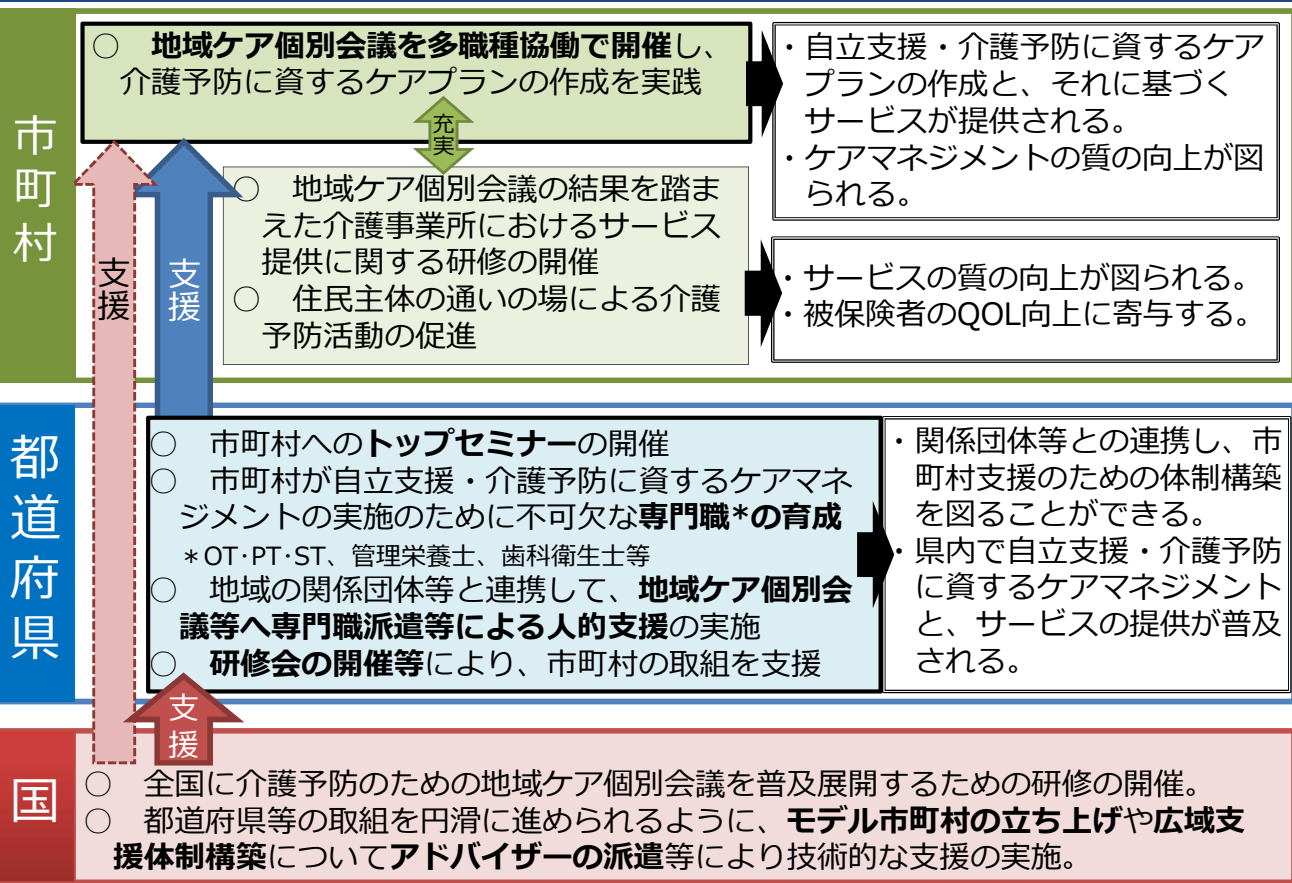
リハビリテーション専門職等の多くは医療機関等に所属していることから都道府県医師会等関係団体と連携しながら、都道府県は、地域におけるリハビリテーション専門職等の広域派遣にかかる連携指針の作成やリハビリテーション専門職等の派遣に関与する医療機関等の指定にかかる調整等を行うリハビリテーション協議会等を通じて、リハビリテーション専門職等を派遣する体制の構築をお願いする。なお、このような体制構築をするために、平成 29 年度までは、介護保険事業費補助金が活用可能であったが、平成 30 年度以降は保険者機能強化推進交付金として、活用可能である。

- また、都道府県によっては、地域リハビリテーションに関して介護保険関係部署に限らず、健康、医療など関係する部署が異なる可能性があるため、関係部署、リハビリテーション協議会等がその役割を果たすものとする間の情報共有を徹底していただきたい。

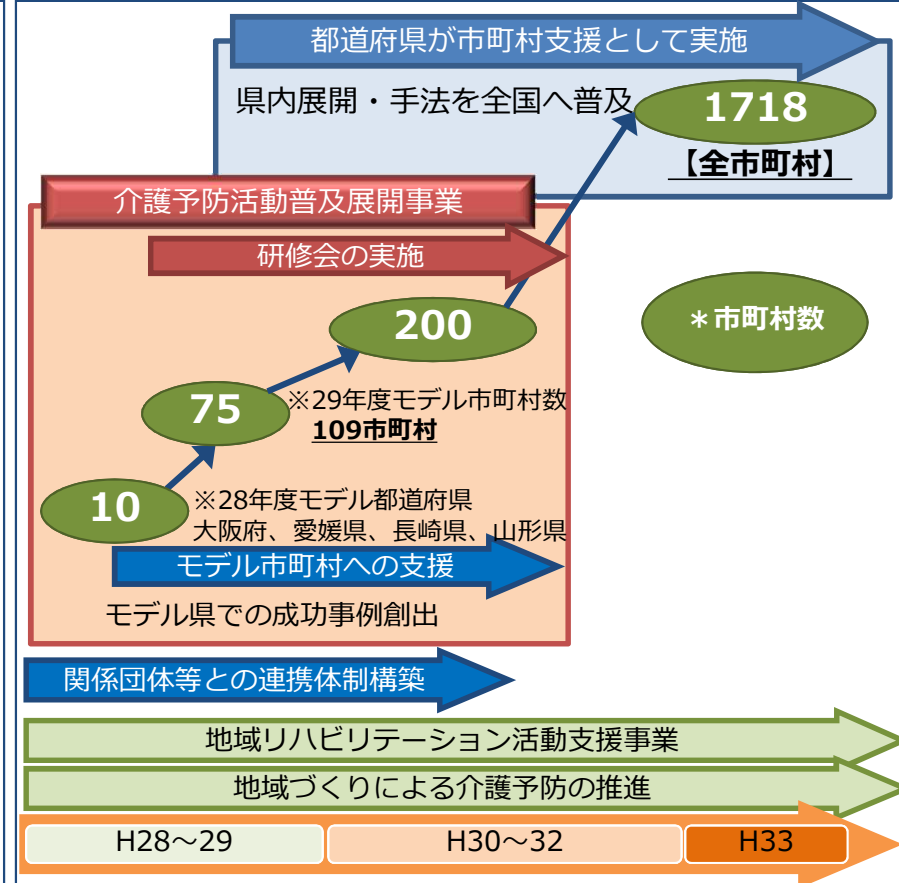
効果的な介護予防等の取組の横展開

- 地域ケア会議は個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域に必要な取組を明らかにして施策や政策の立案・提言を目的とした「地域ケア推進会議」に分類される。
- 地域ケア個別会議では、多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOLの向上を目指している。これからの自立支援・介護予防においては、介護予防等の観点を踏まえて地域ケア個別会議等を活用し、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すことが重要である。
- 上記の様な地域ケア個別会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多職種からの専門的な助言を得ながら実施する必要がある。
- 平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかでも、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、地域ケア個別会議の多職種連携による取組の推進が求められている。
- 国が実施する「介護予防活動普及展開事業」においては、介護予防の観点を踏まえ、多職種が協働して実施している、要支援者等の自立を促すための地域ケア個別会議の手法について、市町村の取組を集約し、そのノウハウを交えながら、実践的な研修等を開催する。

地域ケア個別会議の定着・充実にに向けた役割分担



全国展開へのロードマップ



介護予防活動普及展開事業（平成30年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。
具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げを全国で展開していく。

・介護予防のための地域ケア個別会議

利用者のQOLの向上を目指すために、多職種からの専門的な助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

手引き等の改訂



手引き等の普及

研修会の実施



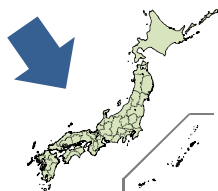
全国で実施



アドバイザー養成



映像教材等



（1）介護予防活動普及調査事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、29年度介護予防活動普及研修事業をとおして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

（2）介護予防活動普及研修事業（国がモデル都道府県、市町村等に実施）

国が平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図る。事業の趣旨・概要、手引きのコンセプトを理解した都道府県が、市町村と協力しながら、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等をし、モデル自治体における横展開を図る。

- **「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会**：国が都道府県、市町村等を対象に実施
都道府県、市町村担当者の介護予防のための地域ケア個別会議の趣旨・概要、手引きのコンセプトの理解を促す。
- **地域ケア個別会議司会者養成研修会**：国がモデル都道府県・市町村等を対象に実施
介護予防のための地域ケア個別会議の司会者に求められるスキルの獲得を目指す。

（3）介護予防活動普及アドバイザー養成事業（国が実施）

- **地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会**：国がアドバイザーになり得る者*を対象に実施
手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の実践を推進するためのアドバイザーを養成。
*都道府県担当者を想定しているが、都道府県が推薦する者でも可（例えば関係団体から推薦される専門職等）。
都道府県を単位に活動することが想定されるため、実際に市町村にアドバイスや実地支援できる者が望ましい。

地域リハビリテーションの体制について

【都道府県】

保険者機能強化推進交付金

- リハビリテーション専門職等の広域派遣調整
 - ・リハビリテーション専門職等の広域的な派遣調整
 - ・派遣にあたり、市町村事業等に必要な知識（活動と参加に焦点を当てたアプローチ）を習得させるための研修会の実施

保険者機能強化推進交付金

【国】

- 国→都道府県
 - ・保険者機能強化推進交付金の活用を想定
- 国→市町村
 - ・地域支援事業交付金の活用を想定

地域支援事業交付金

委託費等

- ・協議会の運営経費（委員の謝金等）
- ・都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センター委託費等

都道府県リハビリテーション協議会

- ・都道府県及び地域における連携指針の作成
- ・都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定に係る調整・協議

関係団体（例）

都道府県医師会、病院協会、老人保健施設協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等

都道府県リハビリテーション支援センター

- ・地域リハビリテーション広域支援センターの支援
- ・リハビリ資源の調査・研究
- ・関係団体、医療機関との連絡・調整

地域リハビリテーション広域支援センター

（二次医療圏等のリハビリ医療機関など）

地域住民の相談の対応支援
①地域住民の相談への対応に関わる支援
②福祉用具・住宅改修等の相談実施に係る支援

地域のリハビリ実施機関の従事者への援助・研修
①施設に出向いて行う従事者への援助
②リハビリ従事者に対する研修

連絡協議会の設置・運営
・地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる協議会

リハ職等の派遣

謝金等（リハ職派遣に係る謝金等）

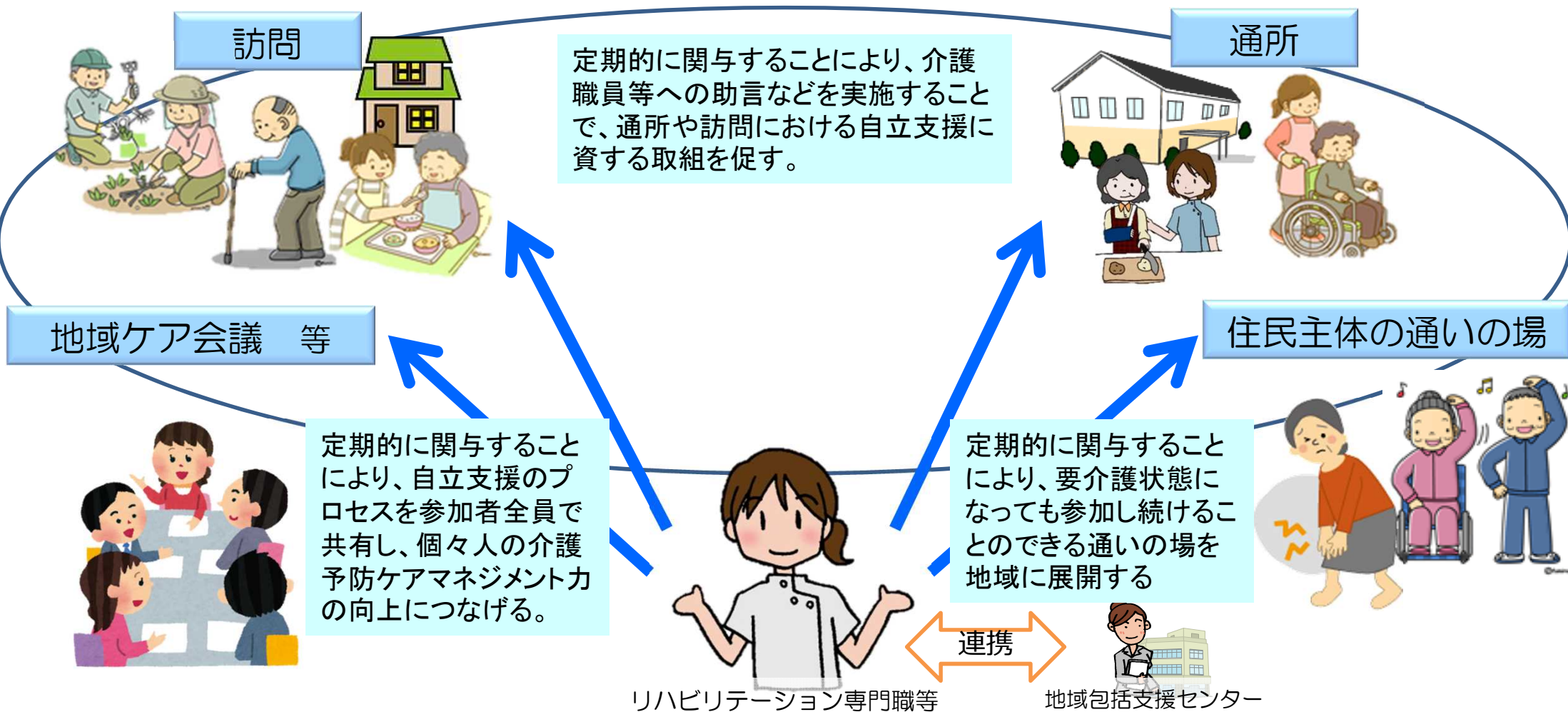
【市町村】

- ・地域ケア会議の実践・充実
- ・地域支援事業の充実・強化
- ・市町村職員、地域包括支援センター職員、介護予防事業所職員の知識の向上やリハビリテーションの視点からの自立支援などに資する支援

※地域リハビリの調整
※地域リハビリテーション活動支援事業の活用

地域リハビリテーションの体制について

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

6. 介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業の実施について

- 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、社会保障審議会介護給付費分科会での議論を踏まえ、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点などから、一定の経過措置期間を設けた上で、廃止することとなった。

本事業は、これを踏まえ、加算の新規取得や、より上位の区分の取得に向けた支援を行うものである。

なお、本事業については、「介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業の実施に係る所要見込み額調の実施について（依頼）」（平成30年2月1日付老老発0201第1号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）で、各都道府県・指定都市あてに事業の実施にかかる協議を依頼しているところであり、本事業の実施について、積極的な検討をお願いしたい。

○ 事業内容

介護施設・事業所における介護職員処遇改善加算の新規取得や、より上位区分の加算取得に向けて、専門的な相談員（社会保険労務士など）を介護施設・事業所に派遣し、個別の助言・指導等を行い、加算の取得を支援する。

- ・平成30年度予算（案）：2.2億円（（目）介護保険事業費補助金）
- ・実施主体：都道府県・指定都市
- ・補助率：10/10

（事業例）

- a. 社会保険労務士など労務関係の専門的知識を有する者に委託し、当該社会保険労務士などが直接、加算未届事業所などを訪問し、加算の取得等にかかる助言・指導・各種書類の作成補助を行う。
- b. 各事業所が加算を取得するにあたり、専門的な相談員（社会保険労務士など）へ相談をした際に生じる相談料に対し、補助金を交付する。

介護職員処遇改善加算の取得促進支援事業

新規

平成30年度予算（案）：2.2億円（（目）介護保険事業費補助金）

実施主体：都道府県・指定都市

補助率：10/10

事業趣旨

介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、介護給付費分科会において、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点などを踏まえ、廃止するが、その際、一定の経過措置期間を設け、介護サービス事業所に対して、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旨の報告書がとりまとめられたところである。

本事業は、これを踏まえ、加算の新規取得や、より上位の区分の加算取得に向けた支援を行うものである。

事業内容

介護職員処遇改善加算について、加算未届事業所及び加算（Ⅳ）・（Ⅴ）取得事業所に対して、加算の新規の取得や、より上位の区分の取得に向けて、専門的な相談員（社会保険労務士など）を介護施設・事業所に派遣し、個別の助言・指導等を行い、加算の取得を支援する。

実施事例

○ **事業例 1**（自治体が委託費として実施する場合の例）

社会保険労務士など労務関係の専門的知識を有する者に委託し、当該社会保険労務士などが直接、加算未届事業所などを訪問し、加算の取得等にかかる助言・指導・各種書類の作成補助を行う。

○ **事業例 2**（自治体が補助金として実施する場合の例）

各事業所が加算を取得するにあたり、専門的な相談員（社会保険労務士など）へ相談をした際に生じる相談料に対し、補助金を交付する。

事業内容

介護職員処遇改善加算の見直し

概要

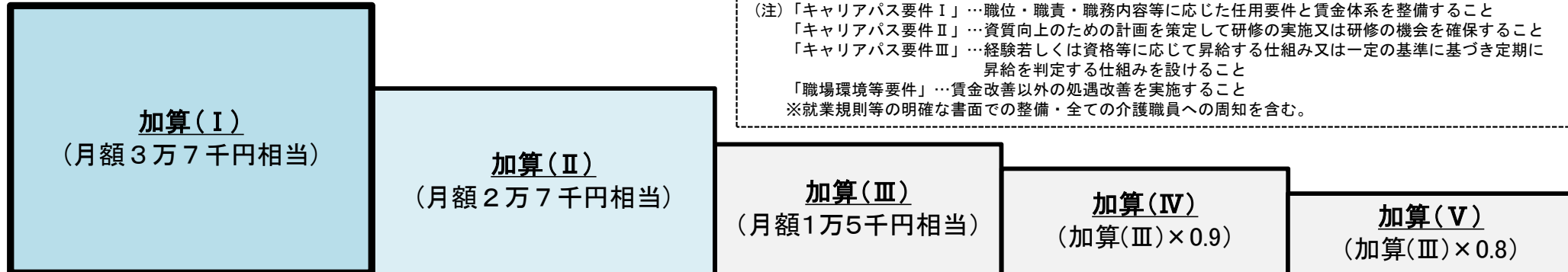
- 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、これを廃止することとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。
- その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行うこととする。

算定要件等

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

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

（参考）介護職員処遇改善加算の区分



（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的に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。

算定要件	キャリアパス要件 Ⅰ 及び Ⅱ <u>及び Ⅲ</u>	キャリアパス要件 Ⅰ <u>及び Ⅱ</u>	キャリアパス要件 Ⅰ <u>又は Ⅱ</u>	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 <u>のいずれかを満たす</u>	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 <u>のいずれも満たさず</u>
	+	+	+		
	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）	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）	職場環境等要件を満たす		

介護職員処遇改善加算の請求事業所数（平成29年11月審査分）

	請求事業所数	加算取得あり												加算取得なし		計（IV+V+未取得）	
		総計		（Ⅰ）		（Ⅱ）		（Ⅲ）		（Ⅳ）		（Ⅴ）		未請求事業所数	未取得率	事業所数	割合
		加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率	加算請求事業所数	取得率				
全 国	198,798	179,896	90.5%	132,529	66.7%	25,889	13.0%	18,306	9.2%	1,520	0.8%	1,652	0.8%	18,902	9.5%	22,074	11.1%
北 海 道	9,454	8,482	89.7%	6,248	66.1%	1,318	13.9%	832	8.8%	54	0.6%	30	0.3%	972	10.3%	1056	11.2%
青 森	2,657	2,419	91.0%	1,699	63.9%	433	16.3%	247	9.3%	27	1.0%	13	0.5%	238	9.0%	278	10.5%
岩 手	2,609	2,404	92.1%	1,536	58.9%	564	21.6%	276	10.6%	11	0.4%	17	0.7%	205	7.9%	233	8.9%
宮 城	3,678	3,364	91.5%	2,465	67.0%	558	15.2%	290	7.9%	32	0.9%	19	0.5%	314	8.5%	365	9.9%
秋 田	2,292	2,156	94.1%	1,544	67.4%	410	17.9%	165	7.2%	21	0.9%	16	0.7%	136	5.9%	173	7.5%
山 形	2,062	1,911	92.7%	1,390	67.4%	294	14.3%	171	8.3%	10	0.5%	46	2.2%	151	7.3%	207	10.0%
福 島	3,071	2,799	91.1%	2,089	68.0%	408	13.3%	281	9.2%	9	0.3%	12	0.4%	272	8.9%	293	9.5%
茨 城	4,249	3,759	88.5%	2,738	64.4%	482	11.3%	430	10.1%	45	1.1%	64	1.5%	490	11.5%	599	14.1%
栃 木	3,163	2,794	88.3%	1,897	60.0%	499	15.8%	337	10.7%	22	0.7%	39	1.2%	369	11.7%	430	13.6%
群 馬	3,469	3,136	90.4%	1,989	57.3%	497	14.3%	599	17.3%	25	0.7%	26	0.7%	333	9.6%	384	11.1%
埼 玉	8,439	7,655	90.7%	5,992	71.0%	958	11.4%	592	7.0%	60	0.7%	53	0.6%	784	9.3%	897	10.6%
千 葉	7,305	6,623	90.7%	5,269	72.1%	772	10.6%	499	6.8%	34	0.5%	49	0.7%	682	9.3%	765	10.5%
東 京	12,478	11,303	90.6%	8,953	71.8%	1,289	10.3%	944	7.6%	60	0.5%	57	0.5%	1,175	9.4%	1292	10.4%
神 奈 川	9,660	8,966	92.8%	7,296	75.5%	1,096	11.3%	523	5.4%	29	0.3%	22	0.2%	694	7.2%	745	7.7%
新 潟	4,078	3,880	95.1%	2,807	68.8%	498	12.2%	523	12.8%	32	0.8%	20	0.5%	198	4.9%	250	6.1%
富 山	2,042	1,893	92.7%	1,541	75.5%	161	7.9%	168	8.2%	0	0.0%	23	1.1%	149	7.3%	172	8.4%
石 川	2,006	1,880	93.7%	1,663	82.9%	126	6.3%	83	4.1%	6	0.3%	2	0.1%	126	6.3%	134	6.7%
福 井	1,564	1,442	92.2%	1,170	74.8%	126	8.1%	110	7.0%	22	1.4%	14	0.9%	122	7.8%	158	10.1%
山 梨	1,411	1,211	85.8%	827	58.6%	212	15.0%	120	8.5%	44	3.1%	8	0.6%	200	14.2%	252	17.9%
長 野	3,660	3,307	90.4%	2,408	65.8%	503	13.7%	339	9.3%	28	0.8%	29	0.8%	353	9.6%	410	11.2%
岐 阜	2,832	2,420	85.5%	1,909	67.4%	257	9.1%	197	7.0%	19	0.7%	38	1.3%	412	14.5%	469	16.6%
静 岡	5,652	5,060	89.5%	3,699	65.4%	712	12.6%	592	10.5%	32	0.6%	25	0.4%	592	10.5%	649	11.5%
愛 知	9,043	8,123	89.8%	6,541	72.3%	916	10.1%	558	6.2%	54	0.6%	54	0.6%	920	10.2%	1028	11.4%
三 重	3,434	3,005	87.5%	2,196	63.9%	350	10.2%	338	9.8%	42	1.2%	79	2.3%	429	12.5%	550	16.0%
滋 賀	2,154	2,028	94.2%	1,509	70.1%	287	13.3%	193	9.0%	31	1.4%	8	0.4%	126	5.8%	165	7.7%
京 都	3,754	3,533	94.1%	2,828	75.3%	450	12.0%	219	5.8%	20	0.5%	16	0.4%	221	5.9%	257	6.8%
大 阪	15,496	13,977	90.2%	10,456	67.5%	1,973	12.7%	1,356	8.8%	97	0.6%	95	0.6%	1,519	9.8%	1711	11.0%
兵 庫	9,740	8,916	91.5%	6,817	70.0%	1,287	13.2%	741	7.6%	38	0.4%	33	0.3%	824	8.5%	895	9.2%
奈 良	2,199	1,985	90.3%	1,583	72.0%	208	9.5%	172	7.8%	19	0.9%	3	0.1%	214	9.7%	236	10.7%
和 歌 山	2,624	2,386	90.9%	1,586	60.4%	358	13.6%	403	15.4%	18	0.7%	21	0.8%	238	9.1%	277	10.6%
鳥 取	1,218	1,063	87.3%	786	64.5%	123	10.1%	136	11.2%	9	0.7%	9	0.7%	155	12.7%	173	14.2%
島 根	1,813	1,715	94.6%	1,242	68.5%	281	15.5%	171	9.4%	13	0.7%	8	0.4%	98	5.4%	119	6.6%
岡 山	4,139	3,697	89.3%	2,547	61.5%	693	16.7%	421	10.2%	17	0.4%	19	0.5%	442	10.7%	478	11.5%
広 島	5,484	5,016	91.5%	3,520	64.2%	879	16.0%	526	9.6%	30	0.5%	61	1.1%	468	8.5%	559	10.2%
山 口	2,924	2,522	86.3%	1,703	58.2%	344	11.8%	295	10.1%	96	3.3%	84	2.9%	402	13.7%	582	19.9%
徳 島	1,491	1,320	88.5%	1,004	67.3%	127	8.5%	154	10.3%	17	1.1%	18	1.2%	171	11.5%	206	13.8%
香 川	1,798	1,624	90.3%	1,194	66.4%	260	14.5%	130	7.2%	4	0.2%	36	2.0%	174	9.7%	214	11.9%
愛 媛	3,006	2,748	91.4%	1,905	63.4%	444	14.8%	280	9.3%	35	1.2%	84	2.8%	258	8.6%	377	12.5%
高 知	1,373	1,162	84.6%	695	50.6%	240	17.5%	194	14.1%	15	1.1%	18	1.3%	211	15.4%	244	17.8%
福 岡	9,212	8,284	89.9%	5,957	64.7%	1,327	14.4%	816	8.9%	62	0.7%	122	1.3%	928	10.1%	1112	12.1%
佐 賀	2,059	1,836	89.2%	1,274	61.9%	252	12.2%	248	12.0%	27	1.3%	35	1.7%	223	10.8%	285	13.8%
長 崎	3,275	2,923	89.3%	1,932	59.0%	439	13.4%	457	14.0%	75	2.3%	20	0.6%	352	10.7%	447	13.6%
熊 本	4,033	3,600	89.3%	2,290	56.8%	600	14.9%	662	16.4%	28	0.7%	20	0.5%	433	10.7%	481	11.9%
大 分	2,298	2,033	88.5%	1,213	52.8%	489	21.3%	283	12.3%	21	0.9%	27	1.2%	265	11.5%	313	13.6%
宮 崎	2,611	2,295	87.9%	1,236	47.3%	419	16.0%	491	18.8%	71	2.7%	78	3.0%	316	12.1%	465	17.8%
鹿 児 島	3,798	3,458	91.0%	2,287	60.2%	601	15.8%	452	11.9%	52	1.4%	66	1.7%	340	9.0%	458	12.1%
沖 縄	1,991	1,783	89.6%	1,099	55.2%	369	18.5%	292	14.7%	7	0.4%	16	0.8%	208	10.4%	231	11.6%

※1 厚生労働省「介護給付費等実態調査」の平成29年11月審査分（10月サービス提供分）の特別集計により算出

※2 請求事業所数は、介護職員処遇改善加算の対象となる介護サービスの請求事業所数である。