

1 身体的拘束等の適正化

(1) 講じなければならない措置

指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を測るため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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、介護職員その他の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。

(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

幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の担当者を決めておく必要があります。事故防止委員会や感染対策委員会と一体的に設置・運営することが可能です。

身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげることが目的であり、決して従業者の懲罰が目的ではないことに留意してください。

- ① 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 身体的拘束等適正化のための指針に盛り込むべき事項

- ① 施設における身体的拘束等適正化に関する基本的考え方
- ② 身体的拘束等適正化のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 身体的拘束等適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他身体的拘束等適正化の推進のために必要な基本方針

(4) 身体的拘束適正化のための従業者に対する研修について

身体的拘束等適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発し、当該施設における指針に基づき適正化の徹底を行う。

施設の指針に基づいて研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず実施することが重要です。

また、研修の内容について記録することが必要です。

(5) 身体拘束廃止未実施減算について

① 要件

(旧) 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しなければならず、記録が無い場合には減算。

(新) 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に加え、上記(1)①～④の体制整備が無い場合には減算。

② 減算幅

＜現行＞ ＜改定後＞
5単位/日減算 ⇒ 10%/日減算

2 緊急時等の対応

(1) 緊急時等における対応方法

指定介護老人福祉施設は、現に指定介護福祉施設サービスの提供を行っているときに入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、**施設の医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかねばなりません。**

(2) 運営規程

指定介護老人福祉施設は、施設の運営についての**重要事項に関する規程（運営規程）に、緊急時等における対応方法を定めておかねばなりません。**

(3) 対応方針に定める規定

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携方法や診察を依頼するタイミング等を規定する必要があります。

3 機能訓練指導員の確保の促進

(1) 機能訓練指導員の対象資格の追加

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。

一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した**事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者**とする。

(2) 個別機能訓練加算の見直し

個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。

Q&A

Q はり師・きゅう師を機能訓練指導員とする際に求められる要件となる、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験」について、その実務時間・日数や実務内容に規定はあるのか。

A 要件にある以上の内容については細かく規定しないが、当然ながら、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導員として実際に行う業務の頻度・内容を鑑みて、十分な経験を得たと

当該施設の管理者が判断できることは必要となる。

Q はり師・きゅう師を機能訓練指導員として雇う際に、実際に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で六月以上機能訓練指導に従事した経験を有することをどのように確認するのか。

A 例えば、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認すれば、確認として十分である。

4 運営推進会議の開催方法の緩和（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ）

運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、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こととされました。

- (1) 利用者及び利用者家族について匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること
- (2) 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
- (3) 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと

5 基本報酬の見直し

ポイント

- 小規模介護福祉施設（定員30名の施設）等の基本報酬の見直し
 - ・ 小規模介護福祉施設（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様の報酬を算定することとする。
 - ・ 既存の小規模介護福祉施設と他の種類の介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から一定の経過措置の後、通常の介護福祉施設の基本報酬に統合することとする。
 - ・ 上記に合わせ、既存の小規模介護福祉施設の基本報酬について一定の見直しを行う。

○ 旧措置入所者の基本報酬の統合

旧措置入所者の基本報酬については、平成30年度から、介護福祉施設等の基本報酬に統合することとする。

＜要介護度5の入所者の場合＞

（単位／日）

サービス区分	平成30年3月以前	平成30年4月以降
ユニット型個室	894	910
従来型個室	814	829
従来型個室（経過的小規模福祉施設）	955	923
従来型個室（旧措置入所者）	〈要介護4又は5〉 781	〈要介護4〉763 〈要介護5〉829

6 配置医師緊急時対応加算の創設

配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）又は深夜（午後10時～午前6時）に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価する。

（１）算定要件【新設】

- 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及び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などについて、配置医師と施設の間で、**具体的な取り決め**がなされていること。
- ② 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、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 上記の内容につき、届出を行い、届出た配置医師が訪問、診察を行っていること。
- ④ 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。
- ⑤ 早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、診察を行う必要があった理由、施設が診療を依頼した時間、配置医師が診察を行った時間、内容について記録すること。
- ⑥ 定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できない。
ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診察終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りではない。
- ⑦ 診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定すること。

（２）単位数【新設】

早朝・夜間の場合	650単位/回
深夜の場合	1300単位/回

7 常勤医師配置加算の緩和

同一建物内でユニット型施設と従来型施設が併設され、一体的に運営されている場合であって、1名の医師により双方の施設で適切な健康管理及び療養上の指導が実施されている場合には、双方の施設で加算を算定できることとする。

8 夜勤職員配置加算（Ⅲ）（Ⅳ）の新設

現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること（この場合、登録喀痰吸引等事業者として県の登録が必要）。

新設された加算の単位数

【広域型】【新設】

夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ	28単位（従来型(30人以上30人以下)）
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ	16単位（従来型(51人以上又は経過的小規模)）
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ	33単位（ユニット型(30人以上50人以下)）
夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ	21単位（ユニット型(51人以上又は経過的小規模)）

【地域密着型】【新設】

夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ	56単位（従来型）
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ	16単位（経過的小規模）
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ	61単位（ユニット型）

9 看取り介護加算（Ⅱ）の新設

施設内での看取りをさらに進める観点から、看取り介護加算の算定に当たって、医療提供体制を整備し、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こととする。

（１）算定要件【新設】

- 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及び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などについて、配置医師と施設の間で、**具体的な取り決め**がなされていること。
- ② 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、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 上記の内容につき、届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 死亡場所が当該施設内であること。

（２）単位数【新設】

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

10 生活機能向上連携加算の創設

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の評価を創設する。

（１）算定要件【新設】

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（200床未満の病院又は当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師（以下「理学療法士等」という。）が、事業所を**訪問**し、事業所の機能訓練員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）と共同で、アセスメントを行い、利用者の身体等の状況等の評価及び**個別機能訓練計画を作成**すること。

その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

- ② 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又は家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう段階的な目標を設定するなど、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が事

業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又は家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

- ⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者など）は、利用者ごとに保管され、常に機能訓練指導員等により閲覧可能であるようにすること。

（２）単位数【新設】

生活機能向上連携加算 200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合 100単位/月

11 排せつ支援加算の創設

排せつ障害等のため、排せつ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。

（１）算定要件【新設】

- ① 排せつに介護を要する利用者（※１）であること
② 適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師が連携した看護師が判断した者（※２）であること。

また、看護師が判断した場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。

- ③ 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

また、国の示す様式を参考に作成すること。

- ④ 計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、改善の見込みの内容、排せつに介護を要する要因の分析、支援計画の内容を説明し、理解した上で支援の実施を希望する場合に行うこと。

及び、いつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断、注視できることを説明し、理解と希望を確認した上で行うこと。

- ⑤ 加算終了時には、その時点の排せつ状態の評価を記録し、改善の見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

（※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。

（２）単位数【新設】

排せつ支援加算 100単位/月

Q&A

Q 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされている

が、１）「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。２）支援を開始した日の属する月から起算して６月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。３）「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中１月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる６月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

A１）排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。

A２）想定される。例えば、６月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

A３）貴見のとおりである。

12 褥瘡マネジメント加算の創設

入所者の褥瘡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。

（１）算定要件【新設】

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とともに記録を整備すること。
- ・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。

（２）単位数【新設】

褥瘡マネジメント加算 １０単位/月

※３月に１回を限度とする

13 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、１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。

ただし、外泊の初日及び最終日は算定せず、外泊時費用を算定する場合には算定しない。

（１）算定要件【新設】

- ① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。

- ② 入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- ③ 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人福祉施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。
- ④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと
- ・ 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
 - ・ 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排せつ訓練の指導
 - ・ 家屋の改善の指導
 - ・ 当該入所者の介助方法の指導
- ⑤ 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。
- ⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、外泊時費用の留意事項通知の一部を準用する。
- ⑦ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、ベッドを短期入所生活介護に活用することは可能。この場合においては、外泊時在宅サービスの費用を併せて算定することはできない。

(2) 単位数【新設】

在宅サービスを利用したときの費用 560 単位/日

14 障害者の生活支援（Ⅰ）の緩和、（Ⅱ）の新設

障害者を多く受け入れている小規模な施設を評価するため、現行の障害者生活支援体制加算の要件を緩和する。・・・①

同加算について、一定の要件を満たす場合、より手厚い評価を行う。・・・②

(1) 算定要件

① 障害者生活支援体制加算（Ⅰ）【緩和】

視覚、聴覚若しくは言語機能に障害がある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者（以下「視覚障害者等」という。）の数が15人以上の施設に加え、入所障害者数が入所者総数の30%以上の施設も対象とする。

② 障害者生活支援体制加算（Ⅱ）【新設】

ア 入所障害者数が入所者総数の50%以上。

イ 専ら障害者支援員としての職務に従事する常勤の職員を2名以上配置（障害者である入所者の数が50名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を2名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で障害者である入所者の数を50で除した数に1を加えた以上配置している。）

(2) 単位数

障害者生活支援体制加算（Ⅰ） 26 単位/日（従前のとおり）

障害者生活支援体制加算（Ⅱ）【新設】 41 単位/日

15 口腔衛生管理加算の見直し

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、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、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うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行います。

- ・ 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。
- ・ 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。

(1) 算定要件

- ① 口腔衛生管理加算が算定されている
- ② 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
- ③ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った
- ④ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した

(2) 単位数

	＜現行＞	＜改定後＞
口腔衛生管理加算	110単位/月	⇒ 90単位/月

16 栄養マネジメント加算の緩和

(1) 算定要件

栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（1施設に限る）との兼務の場合にも算定を認めることとする。

(2) 単位数

	＜現行＞	＜改定後＞
栄養マネジメント加算	14単位	⇒ 変更なし

17 低栄養リスク改善加算の創設

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。

(1) 算定要件【新設】

- ① 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ② 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること。
- ③ 低栄養リスクが「高」の入所者であり、医師又は歯科医師から栄養管理が必要であるとの指示を受けていること。
- ④ 新規入所時又は、再入所時のみ算定可能であること。
- ⑤ 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状

態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成・見直し、入所者・家族に説明し同意を得ること。

- ⑥ 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと。
- ⑦ 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと
- ⑧ 入所者又は家族の同意を得られた日の属する月から起算して6カ月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては原則として算定しないこと。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算を算定していないこと。

(2) 単位数【新設】

低栄養リスク改善加算 300単位/月.

18 再入所時栄養連携加算の創設

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など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について、介護保険施設の管理栄養士が当該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関する調整を行った場合の評価を創設する。

(1) 算定要件【新設】

- ① 経口より食事摂取していた者が、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（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、退院後直ちに再入所している場合に、1回に限り算定できる。
なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性等に配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。
- ② 当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
- ③ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ていること。
- ④ 栄養マネジメント加算を算定していること。

(2) 単位数【新設】

再入所時栄養連携加算 400単位/回

19 療養食加算の見直し

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

	＜現行＞	＜改定後＞
療養食加算	18単位/日	⇒ 6単位/回

Q&A

Q 濃厚流動食のみの提供の場合は、3食として理解してよいか。

A 1日給与量の指示があれば、2回で提供しても3回としてよい。

20 介護ロボットの活用の推進

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、新たに評価する。

＜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

Q&A

Q 見守り機器は、どのようなものが該当するのか。

A ・ 個別の指定はなく、留意事項通知で定める機能を有するものが該当する。

例えば、平成28年度補正予算「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」で実証を行った機器のほか、訪室回数の減少、介助時間の減少、ヒヤリハット・介護事故の減少等の効果が期待できる機器が該当する。

- ・ 介護老人福祉施設等は、訪室回数や介助時間の減少等の実証効果を製造業者等に確認するとともに、少なくとも9週間以上見守り機器を活用し、導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会において、ヒヤリハット・介護事故が減少していることを確認し、必要な分析・検討等を行った上で、都道府県等に届出を行い、加算を算定すること。
- ・ なお、見守り機器をベッドに設置する際には、入所者のプライバシーに配慮する観点から、入所者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ること。

21 介護職員処遇改善加算の見直し

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。

22 主な指導事例等

○ 人員体制について

- （１） 管理者が別の場所にある事業所の職務を兼務していた。
- （２） 生活相談員が介護職員を兼務しており、常勤の生活相談員が配置されていなかった。
- （３） 介護職員及びユニットリーダーを、ユニット単位ではなく2ユニット単位でまとめて配置していた。
- （４） 宿直者が配置されていなかった。

○ 入退所について

- （１） 入所の序列を待機期間のみで判断していた。
- （２） 入所判定会議で入所に至った検討記録や入所を不可と判断した記録を残していなかった。

○ 看護体制加算について

- (1) 併設する短期入所生活介護事業所とは別に 1 名以上の常勤の看護師を配置していなかった。
- (2) 看護職員としての業務以外（機能訓練指導員を兼務）に従事している看護師によって看護体制加算（Ⅰ）を算定していた。

○ 個別機能訓練加算について

- (1) 施設サービス計画に個別機能訓練計画を記載しているため、個別機能訓練の実施方法について記載されていなかった。
- (2) 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）が確認できなかった。

○ 日常生活継続支援体制加算について

- (1) 毎月継続的に所定の割合を維持、確認するための記録がなかった。
- (2) 本体施設とショートステイを兼務している職員を一方のみでカウントしていた。

1 身体的拘束等の適正化について

(1) 講じなければならない措置

指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を測るため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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、介護職員その他の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。

(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

幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の担当者を決めておく必要があります。事故防止委員会や感染対策委員会と一体的に設置・運営することが可能です。

身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげることが目的であり、決して従業者の懲罰が目的ではないことに留意してください。

- ① 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 身体的拘束等適正化のための指針に盛り込むべき事項

- ① 施設における身体的拘束等適正化に関する基本的考え方
- ② 身体的拘束等適正化のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 身体的拘束等適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他身体的拘束等適正化の推進のために必要な基本方針

(4) 身体的拘束適正化のための従業者に対する研修について

身体的拘束等適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発し、当該施設における指針に基づき適正化の徹底を行う。

施設の指針に基づいて研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず実施することが重要です。

また、研修の内容について記録することが必要です。

(2) 算定要件

<現行>		<改定後>	
在宅強化型		在宅強化型	
在宅復帰率	50%超	在宅復帰・在宅療養支援等指標	60以上
退所後の状況確認	要件あり	リハビリテーションマネジメント	要件あり
ベッド回転率	10%以上	退所時指導	要件あり
重度者割合	要件あり	地域貢献活動	要件あり
リハ専門職	要件あり	充実したリハ	要件あり
従来型		基本型	
上記の要件をみたさないもの		在宅復帰・在宅療養支援等指標	20以上
		リハビリテーションマネジメント	要件あり
		退所時指導	要件あり
		地域貢献活動	要件なし
		充実したリハ	要件なし
		その他(新設)	
		上記の要件を満たさないもの	

<算定要件一覧表>

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援 機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援 機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型
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

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

①在宅復帰率	50%超	20	30%超	10	30%以下	0
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点
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
⑧要介護4又は5の割合	50%以上	5	35%以上	3	35%未満	0
⑨喀痰吸引の実施割合	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

評価項目	算定要件	基本型 在宅強化型
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。	
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。	
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。	
充実したリハ	少なくとも週3回以上のリハビリテーションを実施していること。	

3 療養体制維持特別加算（Ⅱ）の新設

介護医療院と介護療養型老人保健施設では重なった機能があることや、報酬体系の簡素化の観点から、「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化する。

ただし、「療養強化型」で評価されていた一定の医療処置及び重度者要件については、質の高いケアを評価する観点から、療養体制維持特別加算において別に評価するとともに、当該加算の期限をなくすこととする。

（1）算定要件【新設】

＜療養体制維持特別加算（Ⅱ）＞

入所者等のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が20%以上及び著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来するような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が50%以上。

（2）単位数【新設】

＜現行＞

療養体制維持特別加算 27単位/日 ⇒ 療養体制維持特別加算（Ⅰ）27単位/日

＜改定後＞

療養体制維持特別加算（Ⅱ）57単位/日

（新設）

4 かかりつけ医との連携に対する評価の創設

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬決定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

（1）算定要件【新設】

次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減

少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。

- ① 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者。
- ② 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少している者。
- ③ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者。
- ④ 入所時において当該入所者が処方されている内服薬のうち、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服薬を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
- ⑤ 錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- ⑥ 主治の医師と合意した内容や調整の要点を診療録に記載すること。
- ⑦ 退所時又は退所後1月以内に主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載すること。

(2) 単位数【新設】

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125 単位/日

5 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の新設

所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことが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。

併せて、専門的な診断などのために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

(1) 算定要件【新設】

＜所定疾患施設療養費（Ⅱ）＞

- ① 所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定要件に加え下記要件を満たすこと。
- ② 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（協力医療機関等と連携して行った検査、処置等の実施内容について情報提供を受け、診療録に記載すること）
- ③ 抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮し、肺炎、尿路感染症、带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。
- ④ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。
- ⑤ 介護給付費明細書の摘要欄に診断、行った検査、治療内容を記載すること。

(2) 単位数

＜現行＞

＜改定後＞

所定疾患施設療養費 305 単位/日 ⇒ 所定疾患施設療養費（Ⅰ）235 単位/日

所定疾患施設療養費（Ⅱ）475 単位/日

（新設）

Q&A

Q 所定疾患施設療養費（Ⅱ）については、介護老人保健施設の医師が、感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症及び带状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していることとされているが、公益社団法人全国老人保健施設協会などの団体が開催する研修において、感染症対策に関する内容として、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌の内容を含む場合は、加算の算定要件に適合すると考えて差し支えないか。

A 差し支えない。

6 排せつ支援加算の創設

排せつ障害等のため、排せつ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。

（１）算定要件【新設】

- ① 排せつに介護を要する利用者（※１）であること
 - ② 適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師が連携した看護師が判断した者（※２）であること。
また、看護師が判断した場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。
 - ③ 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
また、国の示す様式を参考に作成すること。
 - ④ 計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、改善の見込みの内容、排せつに介護を要する要因の分析、支援計画の内容を説明し、理解した上で支援の実施を希望する場合に行うこと。
及び、いつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断、注視できることを説明し、理解と希望を確認した上で行うこと。
 - ⑤ 加算終了時には、その時点の排せつ状態の評価を記録し、改善の見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。
- （※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。

（２）単位数【新設】

排せつ支援加算 １００単位/月

Q&A

Q 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、１）「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。２）支援を開始した日の属する月から起算して６月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。３）「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中１月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる６月の期間を経過する等によっ

て加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

A1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。

A2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

A3) 貴見のとおりである。

7 褥瘡マネジメント加算の創設

入所者の褥瘡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。

(1) 算定要件【新設】

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とともに記録を整備すること。
- ・ 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。

(2) 単位数【新設】

褥瘡マネジメント加算 10単位/月

※3月に1回を限度とする

8 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1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。

ただし、外泊の初日及び最終日は算定せず、外泊時費用を算定する場合には算定しない。

(1) 算定要件【新設】

- ① 外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要性があるかどうか検討すること。
- ② 当該当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
- ③ 外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅におい

て、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮した計画を作成すること。

④ 家族等に対し次の指導を事前に行うことが望ましいこと

- 1 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- 2 当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、規律訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- 3 家屋の改善の指導
- 4 当該入所者の介助方法の指導

⑤ 外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切な居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならないこと。

⑥ 加算の算定期間は、1月につき6日以内とする。また、算定方法は、外泊時費用の留意事項通知の一部を準用する。

⑦ 利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、ベッドを短期入所生活介護に活用することは可能。この場合においては、外泊時在宅サービスの費用を併せて算定することはできない。

(2) 単位数【新設】

在宅サービスを利用したときの費用 800 単位/日

9 口腔衛生管理加算の見直し

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、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、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うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行う。

- ・ 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。
- ・ 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。

	＜現行＞	＜改定後＞
口腔衛生管理加算	110 単位/月	⇒ 90 単位/月

10 栄養マネジメント加算の緩和

(1) 算定要件

栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（1施設に限る）との兼務の場合にも算定を認めることとする。

(1) 単位数

	＜現行＞	＜改定後＞
栄養マネジメント加算	14 単位	⇒ 変更なし

11 低栄養リスク改善加算の創設

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協同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。

(1) 算定要件【新設】

- ① 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ② 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること。
- ③ 低栄養リスクが「高」の入所者であり、医師又は歯科医師から栄養管理が必要であるとの指示を受けていること。
- ④ 新規入所時又は、再入所時のみ算定可能であること。
- ⑤ 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成・見直し、入所者・家族に説明し同意を得ること。
- ⑥ 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと。
- ⑦ 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと
- ⑧ 本人又は家族の同意を得られた日の属する月から起算して6カ月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては原則として算定しないこと。
- ⑨ 経口移行加算若しくは経口維持加算を算定していないこと。

(2) 単位数【新設】

低栄養リスク改善加算 300単位/月

12 再入所時栄養連携加算の創設

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入等、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について、介護保険施設の管理栄養士が当該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関する調整を行った場合の評価を創設する。

(1) 算定要件【新設】

- ① 経口より食事摂取していた者が、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（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、退院後直ちに再入所している場合に、1回に限り算定できる。
なお、嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性等に配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう。
- ② 指定介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
- ③ 当該栄養ケア計画について、二次入所後に入所者又はその家族の同意を得ていること。
- ④ 栄養マネジメント加算を算定していること。

(2) 単位数【新設】

再入所時栄養連携加算 400単位/回

13 療養食加算の見直し

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

	<現行>	<改定後>
療養食加算	18単位/日	⇒ 6単位/回

14 介護職員処遇改善加算の見直し

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。その間、一定の経過措置期間を設けることとする。

15 主な指導事例等

○勤務体制の確保について

- （１）従来型とユニット型を兼務している従業者について、時間按分されていなかった。
- （２）併設事業所と兼務している理学療法士等について、時間按分されていなかった。
- （３）併設する診療所を医師が兼務しており、勤務延時間数が基準を下回っていた。
- （４）ユニットリーダー研修受講者が2名以上配置されていなかった。

○入退所について

- （１）入退所判定会議とサービス担当者会議を同時に開催し、検討していた。
- （２）入退所判定会議の記録がサービス担当者会議の記録と同一になっていた。
- （３）入所継続や退所の判断に至った検討の経過記録が残されていなかった。
- （４）服薬している薬の薬価や薬種、認知症等の一定の状態をもって機械的に入所を拒否していた。

○医療の提供及び通院等の取り扱いについて

- （１）保険医療機関に受診させた際、施設負担の医療費を家族に負担させていた。
- （２）入所期間中の薬を持参させたり、薬価の高い薬を希望する家族等からの入所申込を拒否していた。
- （３）医療機関を受診する際の交通費を入所者の負担としていた。
- （４）入所者が協力病院への緊急搬送が必要なとき、家族に搬送を求めている。

○在宅復帰・在宅療養支援機能加算について

- （１）在宅において介護を受けることになったものの数に、病院への退所者を含んでいた。
- （２）届出の要件である退所者の在宅における生活が継続する見込みが、前6月間において継続の見込みの確認と記録がなかった。

○地域連携診療計画情報提供加算について

- （１）医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料を算定した急性期病院から直接老健に入所した場合に算定していた。

○認知症ケア加算について

- (1) 認知症専門棟の入所者の単位分け、単位ごとに固定した職員の配置を行っていないかった。
- (2) 家族介護教室の部屋が使用不可能な状況になっていた。

○入所・退所時指導等加算等について

- (1) 入所者又は家族から加算の趣旨を説明し同意を得ていることを記録していなかった。
- (2) 入所者と家族の両方に指導を行っていることを診療録等に記録していなかった。
- (3) 病院、施設に入院、入所した者に対して算定していた。
- (4) 指導日、指導内容の要点が診療録等に記録されていなかった。
- (5) 退所前訪問指導を行った後に、退所が見送りになり、退所しなかった場合にも算定していた。

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

- (1) 医師の指示書において指示内容の記載がない事例が確認された。
- (2) 週に2回しかリハビリテーションが実施されていなかった。

○所定疾患施設療養費

- (1) 病名が確定する前に、肺炎や尿路感染症の疑いのある入所者に投薬、検査等を行った日から所定疾患施設療養費を算定していた。
- (2) 前年度の治療の実施状況について、公表していなかった。

1 身体的拘束等の適正化について

(1) 講じなければならない措置

指定介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を測るため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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、介護職員その他の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。

(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

幅広い職種により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の担当者を決めておく必要があります。事故防止委員会や感染対策委員会と一体的に設置・運営することが可能です。

身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげることが目的であり、決して従業者の懲罰が目的ではないことに留意してください。

- ① 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 身体的拘束等適正化のための指針に盛り込むべき事項

- ① 施設における身体的拘束等適正化に関する基本的考え方
- ② 身体的拘束等適正化のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 身体的拘束等適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
- ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他身体的拘束等適正化の推進のために必要な基本方針

(4) 身体的拘束適正化のための従業者に対する研修について

身体的拘束等適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発し、当該施設における指針に基づき適正化の徹底を行う。

施設の指針に基づいて研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず実施することが重要です。

また、研修の内容について記録することが必要です。

(5) 身体拘束廃止未実施減算について

①要件

(旧) 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しなければならず、記録が無い場合には減算。

(新) 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に加え、**上記(1)①～④の体制整備が無い場合には減算。**

②減算幅

<現行>

<改定後>

5単位/日減算 ⇒ 10%/日減算

2 介護医療院へ転換する場合の特例

(1) 基準の緩和

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。

(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 m²/人 以上（内法）で可。

廊下幅：大規模改修するまでの間、廊下幅を 1.2m以上（内法）で可とする。

中廊下：大規模改修するまでの間、廊下幅を 1.6m以上（内法）で可とする。

階段・エレベーター：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。

(2) 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(2021年)3月末までの期限を設ける。

(3) 算定要件

① 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。

② 入所者及び家族等と地域住民との交流が可能となるよう、施設の行事や活動等に積極的に関与していること。

(4) 単位数【新設】

移行定着支援加算 93単位/日

3 医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例

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。

① 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。

② 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。

4 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）

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。

（１）算定要件【新設】

- ① 療養病床を有する病院における介護療養施設サービスにおける入院患者等の数に関する施設基準

- ・ 算定日が属する月の前３月間における入院患者等（指定短期入所療養介護事業所の利用者を含む）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が１５％以上。

又は、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が２０％以上。

（２）単位数【新設】

入院患者の数が上記の要件に満たない場合、所定単位の 100 分の 95 に相当する単位を算定する。

加えて、当該減算の適用となった場合、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のみ算定可能。

5 排せつ支援加算の創設

排せつ障害等のため、排せつ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。

（１）算定要件【新設】

- ① 排せつに介護を要する利用者（※１）であること
- ② 適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師が連携した看護師が判断した者（※２）であること。

また、看護師が判断した場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。

- ③ 医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

また、国の示す様式を参考に作成すること。

- ④ 計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、改善の見込みの内容、排せつに介護を要する要因の分析、支援計画の内容を説明し、理解した上で支援の実施を希望する場合に行うこと。

及び、いつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断、注視できることを説明し、理解と希望を確認した上で行うこと。

- ⑤ 加算終了時には、その時点の排せつ状態の評価を記録し、改善の見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

（※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。

(2) 単位数【新設】

排せつ支援加算 100単位/月

Q&A

Q 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、1)「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。2) 支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。3)「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

A 1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。

A 2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

A 3) 貴見のとおりである。

6 口腔衛生管理加算の見直し

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、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、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うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行います。

- ・ 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。
- ・ 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。

(1) 算定要件

- ① 口腔衛生管理加算が算定されている
- ② 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
- ③ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った
- ④ 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した

(2) 単位数

	<現行>	<改定後>
口腔衛生管理加算	110単位/月	⇒ 90単位/月

7 栄養マネジメント加算の緩和

(1) 算定要件

栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（1施設に限る）との兼務の場合にも算定を認めることとする。

(2) 単位数

	<現行>	<改定後>
栄養マネジメント加算	14単位	⇒ 変更なし

8 低栄養リスク改善加算の創設

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協同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。

(1) 算定要件【新設】

- ① 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ② 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること。
- ③ 低栄養リスクが「高」の入所者であり、医師又は歯科医師から栄養管理が必要であるとの指示を受けていること。
- ④ 新規入所時又は、再入所時のみ算定可能であること。
- ⑤ 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成・見直し、入所者・家族に説明し同意を得ること。
- ⑥ 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと。
- ⑦ 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと
- ⑧ 入所者又は家族の同意を得られた日の属する月から起算して6カ月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては原則として算定しないこと。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算を算定していないこと。

(2) 単位数【新設】

低栄養リスク改善加算 300単位/月.

9 療養食加算の見直し

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

	<現行>	<改定後>
療養食加算	18単位/日	⇒ 6単位/回

10 介護職員処遇改善加算の見直し

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等を踏まえ、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。

11 主な指導事例等

○勤務体制の確保について

- （１）管理者、意思のタイムカードに出勤時の打刻がなく、勤務状況の確認ができなかった。
- （２）勤務表において、常勤・非常勤の別及び職種の兼務状況についての記載がなく確認できなかった。

○退院時指導加算について

- （１）患者又は家族から加算の趣旨を説明し同意を得ていることを記録していなかった。
- （２）患者と家族の両方に指導を行っていることを診療録等に記録していなかった。
- （３）病院、施設に入院、入所した者に対して算定していた。
- （４）指導日、指導内容の要点が診療録等に記録されていなかった。
- （５）退院前訪問指導を行った後に、退院が見送りになり、退院しなかった場合にも算定していた。

○褥瘡対策指導管理

- （１）障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準による自立度ランクがB以上ではない患者に算定していた。

○薬剤管理指導

- （１）薬剤管理指導記録に入院患者の要介護度を記入する欄が設けられていなかった。

○作業療法（特定診療費）

- （１）リハビリテーション実施計画について、内容を入院患者又はその家族に説明して同意を得ることをしていなかった。

○摂食機能療法（特定診療費）

- （１）摂食機能訓練を20分実施したことをもって、加算を算定していた。

○短期集中リハビリテーション（特定診療費）

- （１）介護療養型医療施設を退院した1月後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合に算定していた。

○初期加算

- （１）一般病床に2ヶ月間入院した後に転床してきた患者に対し初期加算を算定していた。
- （２）当該施設から、介護療養型以外の病院に18日間入院し、退院後に再入所した際に算定していた。

1 介護医療院の基準

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こととされていますが、この人員・設備・運営基準等については以下のとおりです。

(1) 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、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとする。ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービス提供を可能とする。

(2) 人員配置

開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、

- 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こととする。

(3) 設備

療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0㎡/人以上とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であっても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。

また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、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。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面の基準との整合性を図ることとする。

(4) 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こととする。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとするが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行うこととする。

(5) 医療機関との併設の場合の取扱い

医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能とする。

(6) ユニットケア

他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でもユニット型を設定することとする。

2 介護医療院の人員基準

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
		指定基準	報酬上の基準	指定基準		報酬上の基準		指定基準	報酬上の基準
				類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)		
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	—	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—	100:1 (施設で1以上)	—
	薬剤師	150:1	—	150:1	300:1	—	—	300:1	—
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】 ^(注9) 看護6:1、 介護6:1～4:1
	介護職員	6:1	5:1～4:1	5:1	6:1	5:1～4:1	6:1～4:1	—	—
	支援相談員							100:1 (1名以上)	—
	リハビリ専門 職	PT/OT: 適当数	—	PT/OT/ST: 適当数		—	—	PT/OT/ST: 100:1	—
	栄養士	定員100以上 で1以上	—	定員100以上で1以上		—	—	定員100以上 で1以上	—
	介護支援専 門員	100:1 (1名以上)	—	100:1 (1名以上)		—	—	100:1 (1名以上)	—
	放射線技師	適当数	—	適当数		—	—		
	他の従業者	適当数	—	適当数		—	—	適当数	—
医師の宿直		医師:宿直	—	医師:宿直	—	—	—	—	—

注1: 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2: 背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3: 基準はないが、想定している報酬上の配分。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

3 介護医療院の施設基準

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	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	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	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤 所	(薬剤師が調剤を行う場合: 調剤所)
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施 設	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	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
	医療の 構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガ スに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガ スに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
構造設備	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部: 耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのう ち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのう ち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

4 介護医療院の基本報酬等

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下の

とおりとなります。

(1) 基本報酬の基準

①介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・Ⅰ型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- ・Ⅱ型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、Ⅰ型、Ⅱ型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、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するとともに、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こととする。

②単位数

単位数						
○ 基本報酬（多床室の場合）（単位／日）						
	（新設）					
	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医療院 サービス費（Ⅰ） （療養機能強化型A相当） （看護6:1介護4:1）	Ⅰ型介護医療院 サービス費（Ⅱ） （療養機能強化型B相当） （看護6:1介護4:1）	Ⅰ型介護医療院 サービス費（Ⅲ） （療養機能強化型B相当） （看護6:1介護5:1）	Ⅱ型介護医療院 サービス費（Ⅰ） （転換老健相当） （看護6:1介護4:1）	Ⅱ型介護医療院 サービス費（Ⅱ） （転換老健相当） （看護6:1介護5:1）	Ⅱ型介護医療院 サービス費（Ⅲ） （転換老健相当） （看護6:1介護6:1）
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。 --8

③算定要件等

i) 基本報酬にかかる医療処置又は重度者要件（Ⅰ型基本サービス費（Ⅰ）の場合）

- ・入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%（注1）以上
 - ・入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%（注2）以上
 - ・入所者等のうち、次のいずれかにも適合する者の占める割合が10%（注3）以上
- ア) 医師が一般に認められている医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した者であること

イ) 入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること

ウ) 医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること

（注1）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では50%

（注2）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では30%

（注3）Ⅰ型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では 5%

ii) 基本報酬にかかる医療処置又は重度者要件（Ⅱ型基本サービス費の場合）

- ・下記のいずれかを満たしていること
- ア) 喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上
- イ) 著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とす

る認知症高齢者の占める割合が20%以上

ウ) 著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が25%以上

- ・ターミナルケアを行う体制があること

(2) 加算その他の取り扱い

介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。

(例) 退院時指導等加算 → 退所時指導等加算

特定診療費 → 特別診療費

(3) 緊急時の医療

介護医療院は、病院・診療所ではないものの、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ことから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。

(4) 重度の認知症疾患への対応

重度の認知症疾患への対応については、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

(5) 主な加算の単位数と算定要件等

- ・初期加算(30単位/日) 入所した日から起算して30日以内の期間
- ・栄養マネジメント加算(14単位/日) 基準に適合する介護医療院の管理栄養士が継続的に入所者ごとの栄養管理をすること
- ・経口移行加算(28単位/日) 医師、歯科医師、管理栄養士等が共同して、入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従って支援が行われること
- ・緊急時施設療養費(緊急時治療管理)(511単位/日) 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合に緊急的な治療管理を行った場合
- ・重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)(100単位/日<要介護5の場合>) 入所者の全てが認知症であり、精神保健福祉士や看護職員が一定数以上配置されていることに加え、精神科病院との連携等の要件を満たすこと

5 介護医療院への転換

(1) 概要

①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こととする。

②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。

③介護療養型老人保健施設の取扱い

介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、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。

(2) 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 m²/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。

(3) 単位数【新設】

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 移行定着支援加算 93単位/日

(4) 算定要件等

①介護療養型医療施設、医療療養病床又は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

②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。

③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。

6 認知症専門ケア加算の創設

(1) 概要

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、現在、介護保険施設に設けられている「認知症専門ケア加算」、「若年性認知症患者受入加算」及び「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を介護医療院にも創設する。

(2) 単位数

・認知症専門ケア加算

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 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）

・若年性認知症患者受入加算

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 若年性認知症患者受入加算 120 単位/日（新設）

・認知症行動・心理症状緊急対応加算

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位/日（新設）

(3) 算定要件等

○認知症専門ケア加算(Ⅰ)

・施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。

・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が二十人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

○認知症専門ケア加算(Ⅱ)

- ・加算(Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。
- ・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

○若年性認知症患者受入加算

- ・受け入れた若年性認知症患者ごとに個別の担当者を定めていること。

○認知症行動・心理症状緊急対応加算

- ・医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入院することが適当であると判断した場合の者に対し、サービスを行った場合に、入院した日から起算して7日を限度として算定。

7 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

(1) 概要

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。

(2) 単位数

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 排せつ支援加算 100 単位／月（新設）

(3) 算定要件等

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。

8 口腔衛生管理の充実

(1) 概要

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、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、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うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行う。

- 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。
- 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。

(2) 単位数

＜現行＞

＜改定後＞

口腔衛生管理加算なし ⇒ 90 単位／月（新設）

(3) 算定要件等

- ・口腔衛生管理体制加算が算定されている場合
- ・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、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言を及び指導を行った場合
- ・歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

9 栄養マネジメント加算の要件緩和

(1) 概要

栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（1施設に限る。）との兼務の場合にも算定を認めることとする。【通知改正】

(2) 単位数

＜現行＞

＜改定後＞

栄養マネジメント加算 なし ⇒ 14 単位／日（新設）

(3) 算定要件等

常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（1施設に限る。）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定を認めることとする。

10 栄養改善の取組の推進

(1) 概要

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。

(2) 単位数

＜現行＞

＜改定後＞

なし ⇒ 低栄養リスク改善加算 300 単位／月（新設）

(3) 算定要件等

- ・栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- ・経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- ・低栄養リスクが「高」の入所者であること
- ・新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- ・月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること

- ・作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- ・当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- ・入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

1 1 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

(1) 概要

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、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について、介護保険施設の管理栄養士が当該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関する調整を行った場合の評価を創設する。

(2) 単位数

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 再入所時栄養連携加算 400 単位／回（新設）

(3) 算定要件等

- ・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（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1 回に限り算定できること。
- ・栄養マネジメント加算を算定していること。

1 2 身体拘束等の適正化

(1) 概要

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施減算を創設する。

(2) 単位数

＜現行＞ ＜改定後＞

なし ⇒ 身体拘束廃止未実施減算 10％／日減算（新設）

(3) 算定要件等

身体的拘束等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こととする。

- ・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。
- ・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。
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・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。

1 3 診断分類（D P C）コードの記載

(1) 概要

慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、療養機能強化型以外の介護療養型医療施設についても、

その入所者の介護給付費明細書に医療資源を最も投入した傷病名を医科診断群分類（DPCコード）により記載することを求めることとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。【通知改正】

14 療養食加算の見直し

(1) 概要

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

(2) 単位数

＜現行＞ ＜改定後＞
療養食加算なし ⇒ 6単位/回（新設）

15 介護職員処遇改善加算の見直し

(1) 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。

(2) 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。

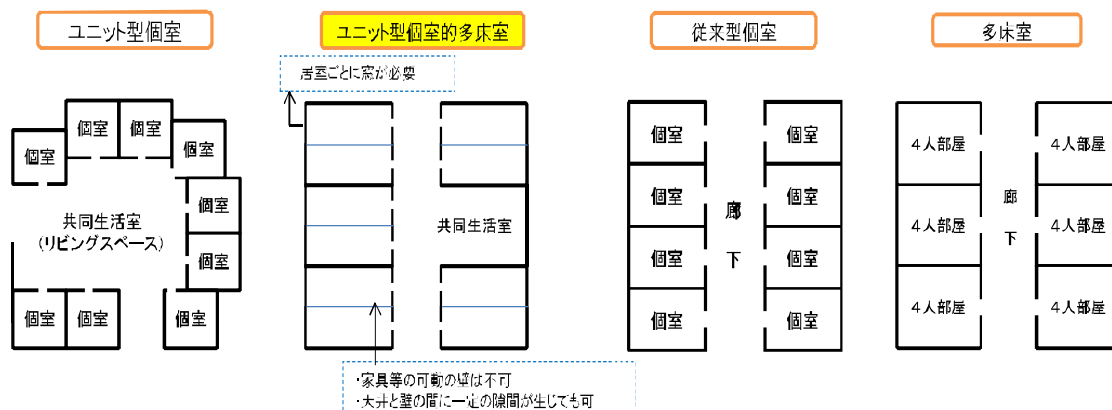
（参考）介護職員処遇改善加算の区分

（注）「キャリアパス要件Ⅰ」…職位・職責・職内内容等に応じた任用要件と賃金体系を確立すること 「キャリアパス要件Ⅱ」…業務向上のための研修を実施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依りて昇給するに類似又は一定の基準に基づき定期昇給を決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 ※就業規則等の明瞭な書きでの整備・全ての介護職員への周知を含む。				
加算（Ⅰ） （月額3万7千円相当）		加算（Ⅱ） （月額2万7千円相当）		加算（Ⅲ） （月額1万5千円相当）
				加算（Ⅳ） （加算（Ⅲ）×0.9）
				加算（Ⅴ） （加算（Ⅲ）×0.8）
算定要件	キャリアパス要件Ⅰ及びⅡ及びⅢ + 職場環境等要件を満たす（平成27年4月以降実施する取組）	キャリアパス要件Ⅰ及びⅡ + 職場環境等要件を満たす（平成27年4月以降実施する取組）	キャリアパス要件Ⅰ又はⅡ + 職場環境等要件を満たす	キャリアパス要件Ⅰ キャリアパス要件Ⅱ 職場環境等要件のいずれかを満たす
				キャリアパス要件Ⅰ キャリアパス要件Ⅱ 職場環境等要件のいずれも満たさず

16 居室とケア

(1) 概要

ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。



17 介護医療院が提供する居宅サービス

(1) 概要

介護療養型医療施設が提供可能であった短期入所療養介護、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションについては、介護医療院においても提供することを可能とする。

(2) 単位数

○短期入所療養介護（多床室の場合）（単位／日）

単位数

○短期入所療養介護（多床室の場合）（単位／日）

	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ) (療養機能強化型A相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅲ) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護5:1)	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ) (転換老健相当) (看護6:1 介護4:1)	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅱ) (転換老健相当) (看護6:1 介護5:1)	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅲ) (転換老健相当) (看護6:1 介護6:1)
要介護1	853	841	825	808	792	781
要介護2	961	948	932	902	886	875
要介護3	1,194	1,177	1,161	1,106	1,090	1,079
要介護4	1,293	1,274	1,258	1,193	1,177	1,166
要介護5	1,382	1,362	1,346	1,271	1,255	1,244

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

○通所リハビリテーション

【例】要介護3の場合

通常規模型 3時間以上4時間未満 596 単位／回（新設）
 4時間以上5時間未満 681 単位／回（新設）
 5時間以上6時間未満 799 単位／回（新設）
 6時間以上7時間未満 924 単位／回（新設）
 7時間以上8時間未満 988 単位／回（新設）

大規模型（Ⅰ）	3時間以上4時間未満	587 単位／回（新設）
	4時間以上5時間未満	667 単位／回（新設）
	5時間以上6時間未満	772 単位／回（新設）
	6時間以上7時間未満	902 単位／回（新設）
	7時間以上8時間未満	955 単位／回（新設）
大規模型（Ⅱ）	3時間以上4時間未満	573 単位／回（新設）
	4時間以上5時間未満	645 単位／回（新設）
	5時間以上6時間未満	746 単位／回（新設）
	6時間以上7時間未満	870 単位／回（新設）
	7時間以上8時間未満	922 単位／回（新設）
○訪問リハビリテーション		290 単位／回

6-5

短期入所生活介護/療養介護

1 特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和（短期入所生活介護のみ）

介護人材が不足する中で、効率的な人員配置を進める観点から、利用者の処遇に支障がなく、一定の要件を満たす場合には、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）が併設している場合の夜勤職員の兼務を認めることとする。

（1）要件

- ・短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されていること。
- ・夜勤職員1人あたりの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）の利用者数の合計が20人以内であること。

※ 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

（2）参考例

（旧）

本体特養 2ユニット ⇒ 夜勤職員1名

本体特養 1ユニット ⇒ 夜勤職員1名

併設SS（多床室（定員10）） ⇒ 夜勤職員1名 合計3名

（新）

本体特養 2ユニット ⇒ 夜勤職員1名

本体特養 1ユニット+併設SS（多床室（定員10）） ⇒ 夜勤職員1名 合計2名

2 機能訓練指導員の確保の促進（短期入所生活介護のみ）

（1）機能訓練指導員の対象資格の追加

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。

一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

（2）個別機能訓練加算・機能訓練体制加算の見直し

個別機能訓練加算、機能訓練体制加算における機能訓練指導員の要件についても、一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。

3 共生型短期入所生活介護

（1）共生型短期入所生活介護の基準

共生型短期入所生活介護については、障害福祉制度における短期入所（障害者支援施設の併設型及び空床利用型に限る。）の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型短期入所生活介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。

（2）共生型短期入所生活介護の報酬

報酬は、報酬設定の基本的な考え方にに基づき所定単位数に92/100を乗じた単位数となるが、生活相談員（社会福祉士、精神保健福祉士等）を常勤換算方法で1名以上配置し、かつ、地域との関わりを持つために地域に貢献する活動（地域の交流の場の提供、認知症

カフェ等）を実施している場合に評価する加算を算定できる。

また、短期入所生活介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合に算定できることとする。

（報酬設定の基本的な考え方）

- ① 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため、本来報酬単価と区分。
- ② 障害者が高齢者（65歳）に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬の水準を担保する。

（3）単位数

基本報酬 所定単位数に 92/100 を乗じた単位数（新設）

生活相談員配置等加算 13単位/日（新設）

（4）算定要件

- ① 生活相談員を常勤換算方法で1名以上。ただし、共生型短期入所生活介護の指定を受ける障害福祉制度における指定短期入所事業所（本体施設が障害者支援施設である併設事業所及び空床利用型事業所に限る。）に配置している従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合、兼務して差し支えない。

なお、1週間のうち特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ加算の算定対象となる。

- ② 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや保育園等との交流会）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の提供」、「地域住民が参加できるイベント・お祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入や活動（清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参画」、「地域住民への健康相談教室・研修会」など、地域や多世代との関わりを持つためのものとするよう努めること。
- ③ 当該加算は、共生型短期入所生活介護の指定を受ける事業所に限り算定できる。

4 有床診療所等が提供する短期入所療養介護

医療ニーズが高い要介護者への支援としてサービス供給量を増やすとともに、地域の医療資源を有効活用する観点から、有床診療所等の短期入所療養介護への参入を進めるとし、以下の見直しを行う。

- ① 療養病床を有する病院又は診療所については、短期入所療養介護の基準をすべて満たしていることから、当該サービスのみなし指定とする。
- ② 一般病床の有床診療所については、「食堂」が医療法上の施設基準とされていないが、サービスの実態を踏まえ、一般病床の有床診療所が短期入所療養介護を提供する場合は、食堂に関する基準を緩和する。

ただし、食堂を有する事業所との間で報酬上のメリハリをつけることとする。（食堂を有しない場合の減算 25単位/日）

Q&A

Q 一般病床を有する有床診療所が提供する短期入所療養介護の施設基準について、機能訓練をする場所については、利用者に必要な機能訓練が提供されることが重要であり、具体的な面積要件はなく、廊下、談話室、待合室や処置室など適度な広さのスペースがあればよい。また、食堂の有無に関する減算の要件については、具体的な面積基準はなく、利用者への食事提供にあたり適度な広さのスペースがあればよい。

A 貴見のとおりである。

5 看護体制の充実（短期入所生活介護のみ）

中重度の高齢者の積極的な受け入れを促進する等の観点から、現行の看護体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定要件である体制要件に加えて、利用者のうち要介護度 3 以上の利用者を 70% 以上受け入れる事業所について、新たに評価することとする。

その際、定員ごとにきめ細かく単位数を認定することとする。

（１）算定要件

	看護体制加算(Ⅲ)		看護体制加算(Ⅳ)	
	イ	ロ	イ	ロ
看護体制要件	看護体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと		看護体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たすこと	
中重度者受入要件	前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること			
定員要件	29人以下	30人以上50人以下	29人以下	30人以上50人以下

（Ⅲ）と（Ⅳ）は同時算定可能

（Ⅰ）と（Ⅲ）及び（Ⅱ）と（Ⅳ）は同時算定不可

（２）単位数

看護体制加算（Ⅲ）イ 12 単位/日（新設）

看護体制加算（Ⅲ）ロ 6 単位/日（新設）

看護体制加算（Ⅳ）イ 23 単位/日（新設）

看護体制加算（Ⅳ）ロ 13 単位/日（新設）

6 夜間の医療処置への対応の強化（短期入所生活介護のみ）

夜間の医療処置への対応を強化する観点から、夜勤職員配置加算について、現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること（この場合、登録喀痰吸引事業者として都道府県の登録が必要）について、これらをより評価することとする。

（１）単位数

従来型の場合 夜勤職員配置加算（Ⅰ）：13 単位/日

ユニット型の場合 夜勤職員配置加算（Ⅱ）：18 単位/日

従来型の場合 夜勤職員配置加算（Ⅲ）：15 単位/日（新設）

ユニット型の場合 夜勤職員配置加算（Ⅳ）：20 単位/日（新設）

7 認知症専門ケア加算の創設

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、現在、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に設けられている認知症専門ケア加算について、短期入所療養介護にも創設する。

（１）算定要件

① 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- 施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤ）の占める割合が2分の1以上。
- 割合の算定方法は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数又は利用延人

員数（要支援者を含む）の平均で算定すること。

- ・ 届出を行った月以降、直近 3 月間の割合を毎月継続的に記録すること。
- ・ 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了している者を、対象者の数が 20 人未満である場合にあっては、1 以上、当該対象者の数が 20 人以上である場合にあっては、1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

② 認知症専門ケア加算（Ⅱ）

- ・ 加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること。
- ・ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を 1 名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・ 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施または実施を予定していること。

（2）単位数

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）

8 生活機能向上連携加算の創設（短期入所生活介護のみ）

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職と連携する場合の評価を創設する。

（1）算定要件【新設】

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（200 床未満のもの又は当該病院を中心に半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師（理学療法士等）が、事業所を訪問し、事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画を作成すること。

その際、理学療法士等は、機能訓練指導員に対し日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

- ② 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又は家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう段階的な目標を設定し、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じて計画的に機能訓練を提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画を 3 月ごとに 1 回以上、理学療法士などが事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。
- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又は家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者の ADL 及び

I ADL の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

- ⑥ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者など）は、利用者ごとに保管され、常に機能訓練指導員等により閲覧可能であるようにすること。

(2) 単位数【新設】

生活機能向上連携加算 200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合 100単位/月

9 療養食加算の見直し

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

＜現行＞

＜改定後＞

療養食加算 23単位/日 ⇒ 8単位/回（(予防)短期入所療養介護の場合）

10 介護ロボットの活用の推進（短期入所のみ）

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、新たに評価する。

＜見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件＞

- (1) 夜勤時間帯の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
- (2) 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。
- (3) 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

11 多床室の基本報酬の見直し（短期入所生活介護のみ）

短期入所生活介護の基本報酬について、特別養護老人ホームの従来型個室と多床室の基本報酬は同じとなっていることとの整合性の観点から、従来型個室と多床室との間の報酬の差を適正化することとする。

12 介護職員処遇改善加算の見直し

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。その間、一定の経過措置期間を設けることとする。

13 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護

平成29年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。

従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。

14 主な指導事例等

○短期入所生活（療養）介護計画の作成及び説明・同意・交付について

- （１）短期入所生活介護計画を生活相談員が作成していた。
- （２）短期入所生活介護を４日以上利用していたにも関わらず、短期入所生活介護計画を作成せずにサービス提供していた。
- （３）短期入所生活介護計画は作成していたが、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていることが確認できなかった。
- （４）短期入所生活介護計画が、サービス提供前に作成されていなかった。

○利用料等の受領

- （１）利用者に対し一律に月額の日常生活用品費を徴収していた。
- （２）介護サービスの提供に必要な消耗品費（排泄介助に使用する介護用手袋）を利用者から徴収していた。

○ショートステイにおける食費の設定について

- （１）食費の設定について１日単位の設定とし、午前中に退所しているにも関わらず、１日の食費を徴収していた。

○入所時間と退所時間について

- （１）事業所でショートステイ利用者について、一律の入所時間と退所時間を設定していた。
- （２）利用者の入所日と退所日の時間帯が重複することにより、日中、一時的に利用者数が利用定員を上回っていた。

○送迎加算について

- （１）事業所で送迎加算を算定する利用者について、入退所時に、家族等に対し、送迎車の同乗及び入所立会いを依頼していた。
- （２）事業所と居宅以外との間の送迎において、加算算定を行っていた。

○機能訓練について

- （１）短期入所生活介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。
- （２）短期入所療養介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。

7-1 介護職員処遇改善加算

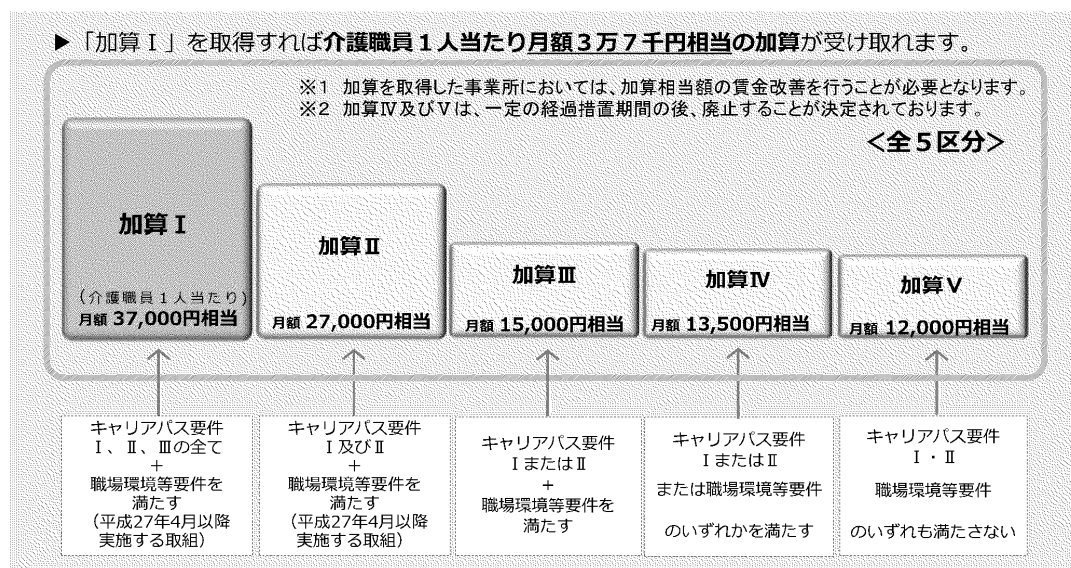
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえこれを廃止することとされました。また、廃止に当たっては、一定の経過措置期間※を設けることとされています。

※一定の経過措置期間については、今後決定されます。

「介護職員処遇改善加算」のご案内

Q1. 「介護職員処遇改善加算」ってどのような制度？

A1. 全5区分からなる、区分ごとに設定された要件を満たした介護事業所で働く介護職員の方の賃金改善を行うための加算です。



Q2. 「キャリアパス要件」「職場環境等要件」とは？

A2. 介護職員処遇改善加算の申請のために必要な要件は以下のとおりです。

申請できる加算の区分は、どの要件を満たしているかによって異なります。

▶キャリアパス要件：Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの3種類の要件があります。

- Ⅰ…職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備をすること
- Ⅱ…資質向上のための計画を策定して、研修の実施または研修の機会を設けること
- 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。

キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みの例

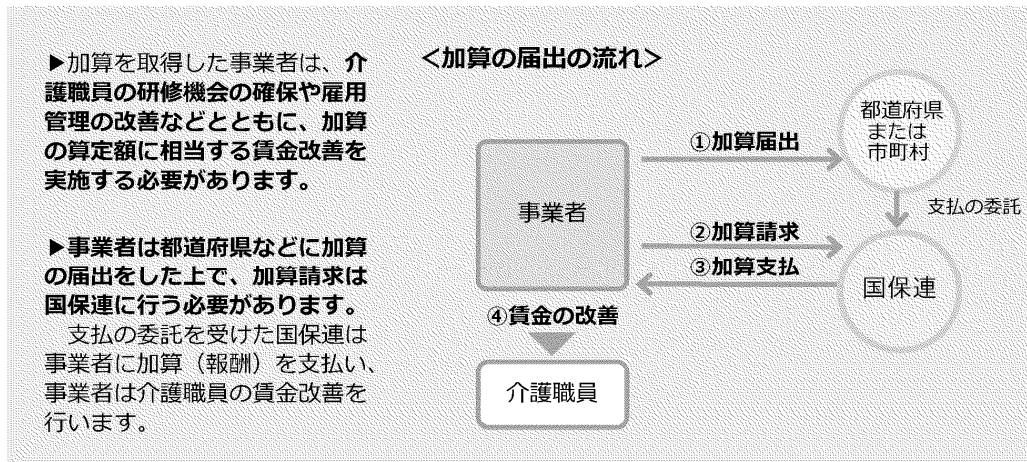
- 「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組み
- 「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組み
- 「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組み

▶職場環境等要件：賃金改善以外の処遇改善（職場環境の改善など）の取組を実施すること。

※ 介護職員処遇改善加算を取得するにあたっては、賃金改善等の処遇改善の内容等について、雇用する全ての介護職員へ周知することが必要です。

Q3. 「介護職員処遇改善加算」の目的は？

A3. 介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備とともに、介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設された加算です。



<介護職員処遇改善加算Ⅱ～Ⅴを取得している場合>

「加算Ⅰ」を取得すると、加算Ⅱに比べ更に月額平均1万円相当、介護職員の方の賃金を上げることができます。

- ◆加算Ⅰを取得するには、キャリアパス要件Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ及び職場環境等要件を全て満たすことが必要となります。
- ◆加算の申請には、介護職員処遇改善計画書と就業規則・給与規程などの必要書類を、都道府県知事などへ届け出る必要があります。



<介護職員処遇改善加算をまだ取得していない場合>

加算の取得によって、これまでよりも介護職員の方への賃金を増やすことができます。あなたの事業所が算定要件を満たしているかどうか確認してみてください。

- ◆加算の算定要件の確認と申請には、介護職員処遇改善計画書と、就業規則・給与規程などの必要書類を、都道府県知事などへ届け出る必要があります。



【加算算定対象外サービス】

- ・（介護予防）訪問看護
- ・（介護予防）訪問リハビリテーション
- ・（介護予防）福祉用具貸与
- ・特定（介護予防）福祉用具貸与
- ・（介護予防）居宅療養管理指導
- ・居宅介護支援
- ・介護予防支援

7-2

介護職員等による喀痰吸引等について

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、平成24年4月1日から、介護福祉士及び一定の研修を終了した介護職員等は、診療の補助として喀痰吸引等の「医療的ケア」を行うことを業とすることが可能になりました。

1 介護職員等による喀痰吸引等

(対象となる医療行為)

- たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- 経管栄養(胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養)

※実際に介護職員等が実施できるのは、県知事の認定を受けた上記行為の一部又は全部です。

(実施できる者)

医師の指示、看護師等との連携の下において、

- 認定特定行為業務従事者

(具体的には、一定の研修(社会福祉士及び介護福祉士法に定める「喀痰吸引等研修」等)を修了し、県知事が認定したホームヘルパー等の介護職員、介護福祉士、特別支援学校教員、経過措置対象者等)

- 介護福祉士

(介護福祉士登録証に実地研修を修了した喀痰吸引等行為が附記されていること)

(実施される場所)

- 特別養護老人ホーム等の施設
 - 在宅(訪問介護事業所等からの訪問)
- などの場において、認定特定行為業務従事者による喀痰吸引等は登録特定行為事業者により、介護福祉士による喀痰吸引等は登録喀痰吸引等事業者(注)により行われる。

【たん吸引等に関するQ&A(その1)】

(Q)現在、介護等の業務に従事している介護福祉士や介護職員(ヘルパー等)は全てたん吸引等の研修(喀痰吸引等研修)を受けて認定されなければならないのですか。

(A)すべての人が受ける必要はありません。ただし、現在勤務している事業者や施設が登録事業者となり、たんの吸引等の業務に従事していく場合には、認定を受ける必要があります。また、認定を受けていなければ、たんの吸引等が行えないことは言うまでもありません。

(Q)介護職員実務者研修等において、医療的ケアの科目を履修しましたが、「実地研修を除く」類型となっています。その場合、認定特定行為業務従事者となることはできますか。

(A)介護職員実務者研修等(社会福祉士及び介護福祉士法第40条第2項第1号から第3号まで若しくは第5号の規定に基づく養成施設若しくは学校又は同項第4号の規定に基づく高等学校若しくは中等教育学校)において医療的ケアの科目を履修した者であっても、実地研修を除く類型で履修を完了した場合、それだけでは認定特定行為業務従事者として認定を受けることや喀痰吸引等業務を行うことはできません。(介護職員実務者研修等実施機関ごとに実地研修を含む類型の受講が可能であるか否か異なりますので、確認することをお勧めします。)その場合、改めて登録研修機関等により必要となる実地研修を履修したのち、認定特定行為業務従事者として認定を受けてください。

2 登録特定行為事業者、登録喀痰吸引等事業者

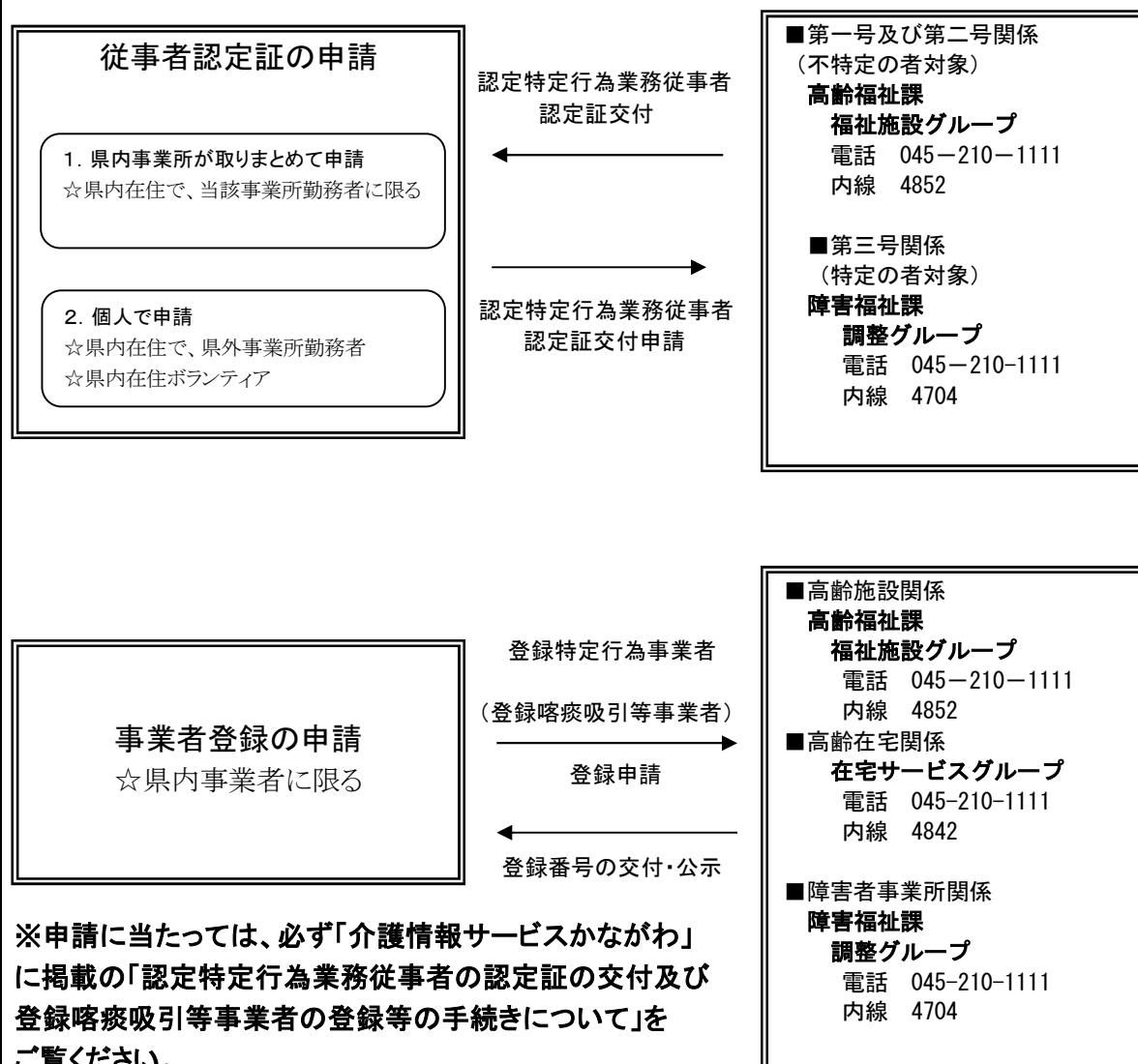
- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに県知事に申請し、登録を受ける必要があります。

<対象となる施設・事業所等の例>

- 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)・特別支援学校
- ※ 医療機関は対象外です。

<認定特定行為業務従事者の認定申請及び登録特定行為事業者の登録申請の流れ>

※平成28年度より申請窓口が変更になりました。ご注意ください。



【たん吸引等に関するQ&A(その2)】

(Q) 事業所は全て登録特定行為事業者(登録喀痰吸引等事業者)となる必要がありますか。

(A) すべての事業所や施設が登録事業者となる必要はありません。ただし、当該事業所等において認定特定行為業務従事者や介護福祉士にたんの吸引等の提供を行わせる場合には登録が必要となります。

3 登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関は県知事に申請し、登録を受ける必要があります。(全ての要件に適合している場合は登録)

【登録の要件】

- ☆基本研修、実地研修を行うこと
- ☆医師・看護師等が講師として研修業務に従事(准看護師は対象外)していること。
- ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合していること
- ☆具体的な要件については省令で定めている

- 『喀痰吸引等研修』のカリキュラムは「講義＋演習＋実地研修」、類型は次の3種類です。
- ・第1号研修(不特定多数の者対象・喀痰吸引等の各行為(5行為)全てについて実地研修を修了する類型)
 - ・第2号研修(不特定多数の者対象・喀痰吸引等の各行為(5行為)のうち、任意の行為について実地研修を修了類型)
 - ・第3号研修(特定の者対象、対象者(行為)ごとに実地研修について再受講が必要)

【たん吸引等に関するQ&A(その3) 研修関係～特定の者対象(省令第3号研修)】

(Q) 特定の者を対象とする研修については、当初、対象となる者(行為)が存在することが前提となるのですか。

また、対象者が存在しない場合においても予め「喀痰吸引等研修の課程のうち、講義及び(評価を伴わない)シミュレーター演習」のみを受講しておいたのち、対象者に対し喀痰吸引等行為が必要である事態が生じた時点で現場演習及び実地研修を受講することは可能ですか。

(A) 登録研修機関(特定の者対象～省令第3号研修)において基本研修のうち、予め8時間の講義＋(評価を伴わない5種類の)シミュレーター演習を受講することは可能です。

ただし、登録研修機関等においては、上記の取扱いを行う場合、次の条件が必要になります。

- ① 相当期間経過したのちの研修(現場演習＋実地研修)受講となるが、研修初回であることから研修時の事故回避の観点からも簡易なシミュレーター等を用いての現場演習は必須であり、指導看護師から現場演習において一連の行為が問題なく行えると評価を受けたのち、対象者に対し直接行為を行う「実地研修」に移ること。
- ② ①の取扱いにより研修を実施する場合においても、初回受講については「講義＋(評価を伴わない5種類の行為)シミュレーター演習」に加え、相当期間経過した後においても「(特定の行為)の簡易なシミュレーター等を用いての評価を伴う現場演習＋対象者に対する特定の行為を直接行う実地研修」までを当初受講した登録研修機関において

責任を持って修了させることとする。(ただし現場演習＋実地研修については受講生の所属する事業所等への委託も可能である。その場合、登録研修機関として実地研修先から研修実施責任者や指導責任者等を記した承諾書を得ておくことが必要)

③ なお、上記①、②の取扱いによらず、登録研修機関等において事故回避等の責任上上記のカリキュラムの分離を認めない取扱いをすることを何ら妨げるものではないことを申し添える。

(Q) 特定の者対象(省令第3号)研修について当初全課程を修了した者が、新たな対象者や行為を行う場合の取扱いについて実地研修からの受講が必要であると承知していますが、現場演習の取扱いにはどのようなになるのですか。

(A) 当初、特定の者対象(省令第3号)研修を全課程修了した者については、国の要綱上、実地研修からの受講が必要となるが、その際に現場演習を行ったうえで対象者に対し直接行為を行う実地研修に移ることは望ましいことといえます。

また、国研修実施要綱では、基本の研修カリキュラムを示していますが、全課程を受講した者であっても、登録研修機関等がその責任上、安全性を担保するうえで現場演習を実施すること及び評価を行うことを妨げるものではありません。

なお、受講生はそれぞれの研修実施先のカリキュラムが国の実施要綱に準拠していることを確認の上、各実地研修先に問い合わせ、受講先を選択することができます。

【登録の要件】

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

(注) 登録特定行為事業者と登録喀痰吸引等事業者では、次のとおり要件に違いがあります。

- ・登録特定行為事業者⇒喀痰吸引等は、実地研修を修了した認定特定行為業務従事者に行わせること。
- ・登録喀痰吸引等事業者⇒喀痰吸引等は、実地研修を修了した介護福祉士に行わせること。また、実地研修を修了していない介護福祉士等に対し、医師・看護師等を講師とする実地研修を行うこと。

※本県では、登録喀痰吸引等事業者の登録を平成29年7月から開始しました。

☆具体的な要件については省令で定めている

※登録特定行為事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備

【各種申請の様式・申請方法等の掲載場所】

「介護情報サービスかながわ」(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)

－ライブラリ(書式／通知)

－14. 介護職員等によるたんの吸引・経管栄養

(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=23>)

4 喀痰吸引等研修支援事業について

- 県では、喀痰吸引等を要する対象者の増加に対応するため、平成27年度より「喀痰吸引等研修支援事業」を実施することにより、医療的ケアを担う介護職員の養成に係る課題を解消し、研修の円滑な実施を図ることになりました。
- 指定都市、中核市を含む県全域を対象としています。
- 事業実施にかかる問い合わせ先

高齢福祉課在宅サービスグループ(電話:045-210-4824)まで

喀痰吸引等研修支援事業の内容

(1) 実地研修先の確保

他法人の受講者の実地研修を受け入れた事業所・施設に対し、協力金を支払います。

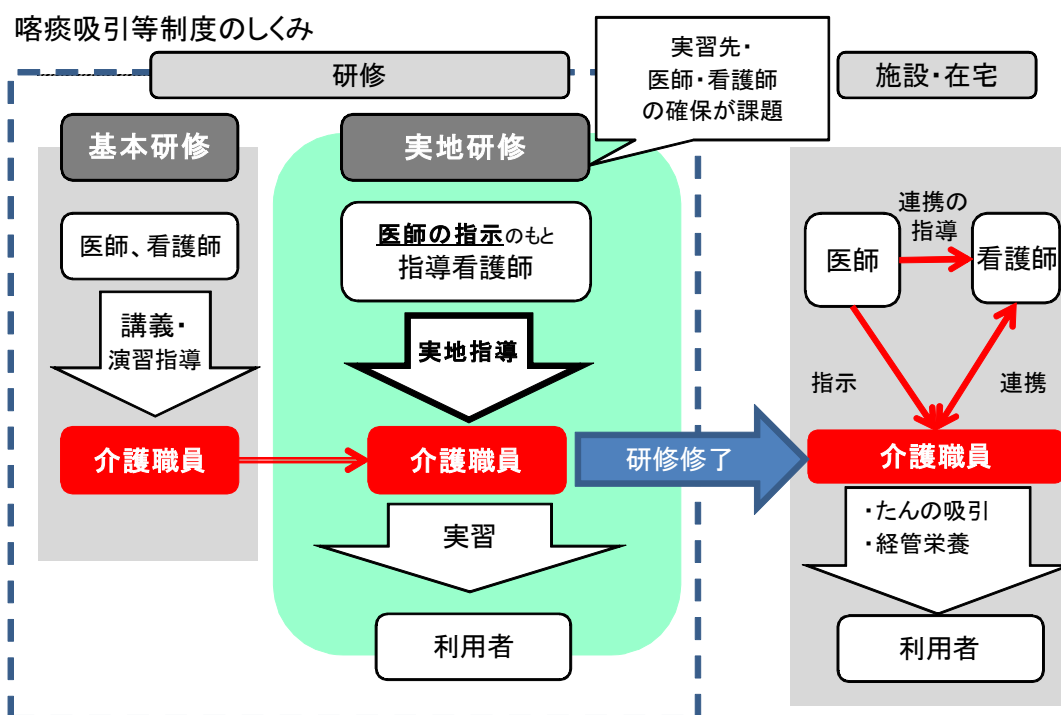
(2) 指導看護師の確保

他法人の受講生を指導する指導看護師に対して、謝金を支給します。

(3) 看護師・介護職員に対する研修の実施

既に喀痰吸引等研修を受けている介護職員等に対して業務の不安解消、技術の向上等を目的としフォローアップ研修を実施します。

<参考>



(県記者発表資料より抜粋)

1 離職介護人材届出制度の開始及び再就職準備金貸付制度について

(1) 離職介護人材届出制度の開始について

平成29年4月から、社会福祉法の改正により、社会福祉事業等に従事していた介護福祉士の資格を有する者が離職した場合には、都道府県福祉人材センターに住所、氏名等の届出をすることが努力義務化されました。

介護福祉士の有資格者の他、次の研修修了の資格を有する職員が退職する際にも、介護福祉士等の届出サイト「福祉のお仕事」から届出を行ってください。また、かながわ福祉人材センターのホームページ「介護福祉士人材バンク」及び「介護人材登録バンク」への登録でも対応できることについて、周知をお願いします。

- ・介護職員初任者研修修了者
- ・訪問介護員養成研修1級課程、2級課程修了者
- ・介護職員基礎研修修了者
- ・介護職員実務者研修修了者

「福祉のお仕事」ホームページ <http://www.fukushi-work.jp/todokede/>

かながわ福祉人材センターホームページ <http://www.kfjc.jp/>

なお、事業者においては、介護福祉士が離職しようとする場合、届出が適切に行われるように促すことが努力義務とされています。

(2) 離職した介護人材の再就職準備金の貸付制度について

介護の実務経験を有する者が、県内の介護職員処遇改善加算を算定した事業所又は施設に介護職員等として再就職が決定（内定を含む）した場合に、再就職のための準備金（上限40万円）を貸付する制度を開始しています。再就職者の採用をした際には、制度の案内をお願いします。

【対象者】介護職員等としての実務経験を1年以上有し、離職後の期間が1年以上の者

【返還免除】県内の介護事業所又は施設に継続して2年間従事した場合、貸付金の返還が免除になります。

問合せ先：かながわ福祉人材センター 電話045-312-4816

2 介護福祉士国家試験の受験資格及び実務者研修受講資金貸付制度について

(1) 実務者ルートによる介護福祉士国家試験の受験資格について

平成28年度の国家試験から、実務者ルートによる介護福祉士国家試験の受験資格に「実務者研修」の修了が加わっています。

実務経験3年以上だけでは受験できませんので、計画的に「実務者研修」を受講し、国家試験に備えるよう、職員に周知をお願いします。

○実務者研修実施機関については神奈川県ホームページに一覧を掲載しています。

「神奈川県の社会福祉士・介護福祉士養成施設及び介護職員実務者研修施設情報」

○介護福祉士国家試験については、社会福祉振興・試験センターにお問合せください。

社会福祉振興・試験センター 試験室 03-3486-7521

(2) 実務者研修受講資金貸付制度について

実務者研修を受講する者で次のいずれかに該当する者を対象に、受講資金の貸付を行っています。職員へ周知いただきますようお願いします。

○県内において介護業務に従事している者

○3年以上の実務経験を有し、県内に住民登録する者

○3年以上の実務経験を有し、県内の実務者研修施設に在学する者

実務者研修修了後、一定期間内に介護福祉士国家試験を受験して介護福祉士の資格を取得し、その後県内で2年間継続して介護福祉士として介護業務に従事した場合、貸付金の返還が免除されます。

問合せ先：神奈川県社会福祉協議会福祉人材センター 電話 045-312-4816

3 介護職員研修受講促進支援事業費補助及び介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助について

(1) 「介護職員研修受講促進支援事業費補助金」について

研修を受講する従業者を支援する介護事業者に補助します。

<平成30年度の変更点>

○従業者が介護福祉士ファーストステップ研修を受ける際の代替職員の費用も補助の対象になりました。

【補助額】

○介護職員初任者研修

・受講料補助 1人につき上限24,000円

・代替職員補助 1人につき上限65,000円

○実務者研修

・受講料補助 1人につき上限40,000円

・代替職員補助 1人につき上限39,000円

○介護福祉士ファーストステップ研修

・代替職員補助 1人につき上限56,000円

(2) 「介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助」について

出産・育児休業等からの復職を支援します。

【補助額】 短時間勤務の介護職員1人当たり 上限額 25万円

【補助対象となる短時間勤務職員】

出産・育児休業後に復職し短時間勤務制度を利用する介護職員の他、出産・育児のために一度退職し、介護職員として短時間勤務の雇用形態で再就職した職員について代替職員配置した場合なども、補助の対象となります。

【代替職員】

新たに雇用した職員、派遣職員の他、既に雇用している非常勤職員等で代替対応する場合も対象となります。

※補助金の申請手続きについては、県ホームページをご覧ください。

[ホームページ](#)

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f533152/> (介護職員研修受講促進支援事業費補助金)

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f536505/> (介護職員子育て支援代替職員配置事業費補助)