

平成29年度集団指導資料 【全サービス共通編】

平成30年3月

岡山県保健福祉部長寿社会課

目 次

	ページ
1 平成30年度介護報酬改定の主な事項について	1
2 介護保険法等に基づく設備及び運営等の基準を定める条例	31
3 介護サービス事業所・施設の指定（許可）更新手続	34
4 介護保険事業者に対する指導監督等	36
(1) 指定居宅サービス事業者等に対する指導及び監査等	
(2) 業務管理体制の整備及び介護保険事業者の法令遵守	
(3) 行政処分案件	
(4) 会計検査院「平成28年度決算検査報告」における不適切に支払われた介護給付費の概要	
5 虐待防止・高齢者の権利擁護	49
6 利用者の安全確保（防災、防犯）対策について	65
7 介護サービス情報の公表制度	79
8 介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針	83
9 介護職員等による喀痰吸引等の実施	86
10 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈	90
11 ストーマ装具の交換	93
12 感染症等の予防対策	96
13 従業者の資格の確認等	115
(1) 医師及び歯科医師の資格確認	
(2) 介護支援専門員の資格管理	
14 特定個人情報（マイナンバー）の取扱い	125
15 介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱い	136
16 特別地域加算及び中山間地域等小規模事業所加算対象地域一覧表	147
17 建築物関連法令協議記録報告	150
18 建築基準法における定期報告制度	155
19 生活保護法による指定介護機関の指定	158
20 障害者差別解消法	160
21 労働法規の遵守	163
22 認知症介護研修の研修体系	177
23 疑義照会等	178

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

2

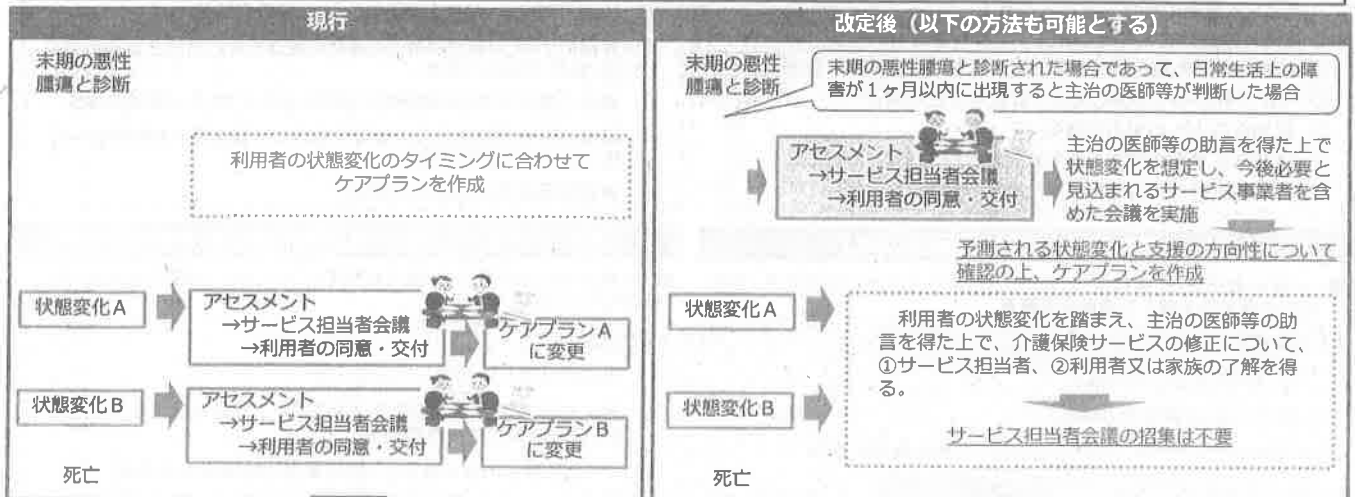
I-① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その2）

- 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態等の情報を記録し、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)



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

3

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）

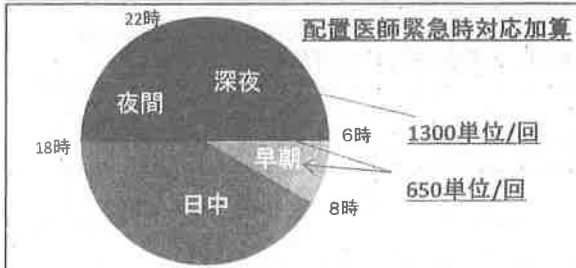
- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<現行>

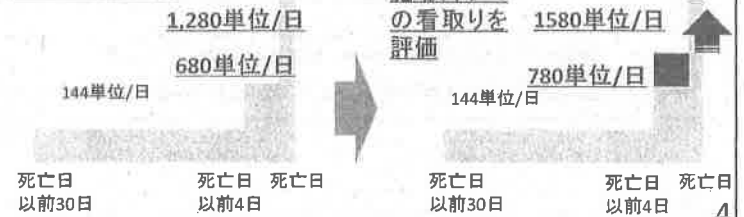
看取り介護加算
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

<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



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、必要な器具の共有が認められる。	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、必要な器具の共有が認められる。

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。

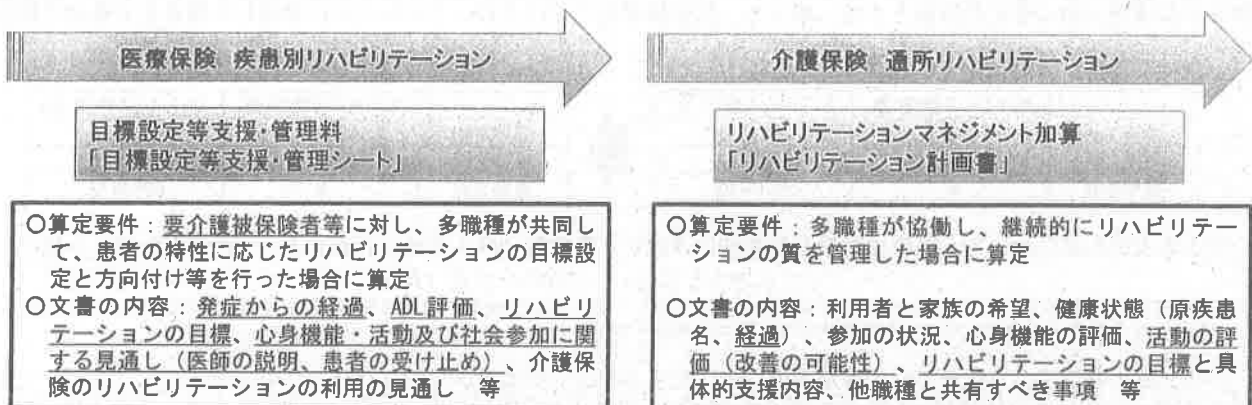
6

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。



7

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

	法定基準		精進上の基準	
	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 うち管理師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ(専門職)	PT/OT/ST:適量数	-	-	-
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	適量数	-	-	-
他の従業者	適量数	-	-	-

介護医療院の施設設備

	法定基準
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、大規模改修で6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
相談室	相談を納めしめる広さ
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
施設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯機、汚物処理室

8

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。

9

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、国や自治体が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)

10

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> 110単位/月 → <改定後> 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)

11

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

12

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^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅰ) 60単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅱ) 150単位/月

＜改定案＞

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅰ) 230単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅱ) 280単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅲ) 320単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^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^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅰ) 230単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^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^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅰ) 330単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅱ) 6月以内 850単位/月
6月以降 530単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^ント加算(Ⅲ) 6月以内 1120単位/月
6月以降 800単位/月

リハビ^レリテーシ^ョンマネジ^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）

13

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)

14

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】



15

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

16

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2）

○ 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

17

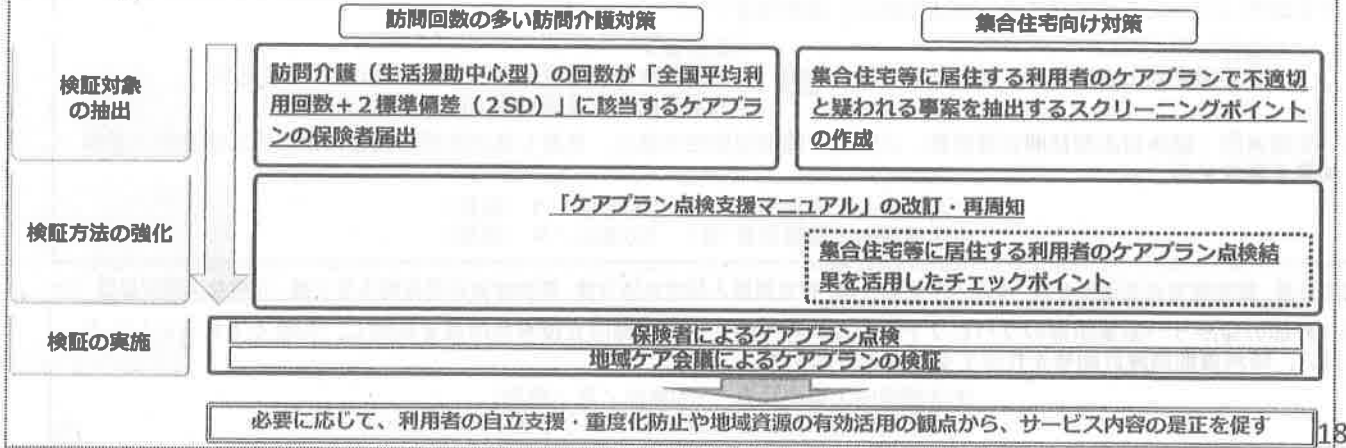
Ⅱ-③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その3）

- 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



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對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)

20

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。

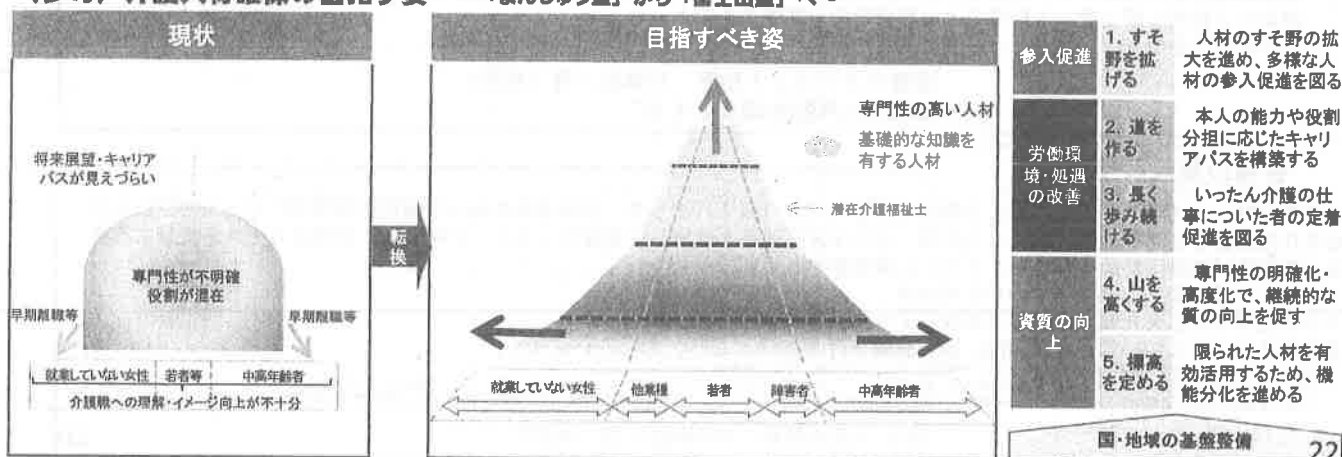
Ⅲ-① 生活援助の担い手の拡大

- 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～



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。

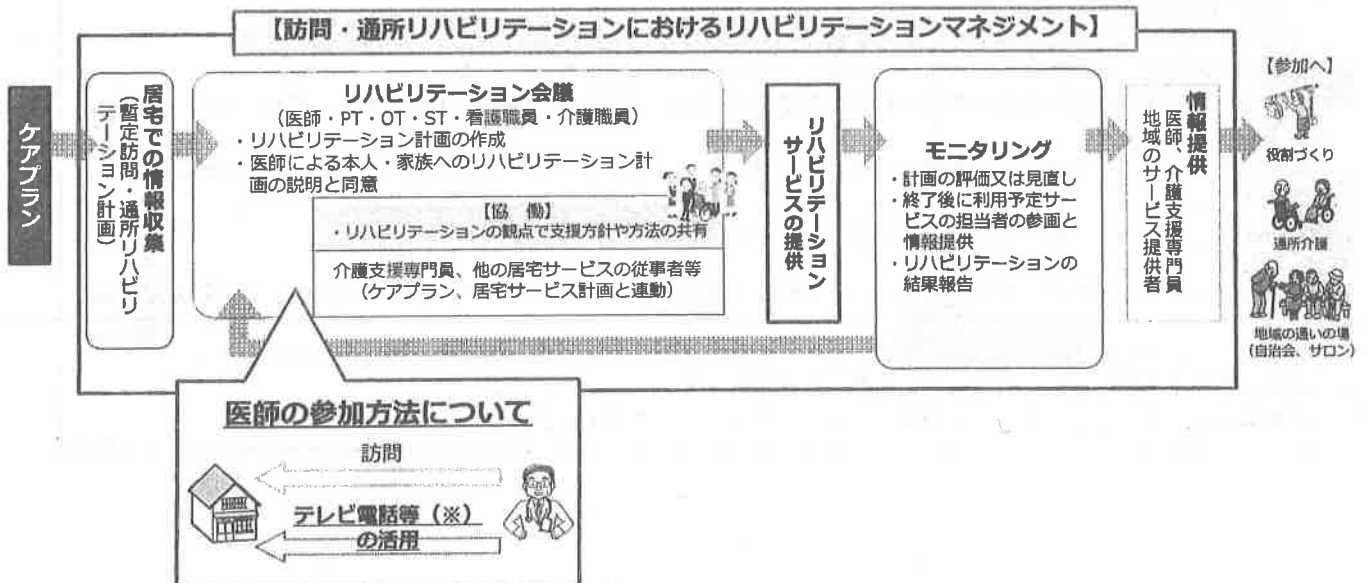
24

Ⅲ－④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

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

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

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



※ テレビ電話会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

25

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。

26

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。

27

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	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(介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)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
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (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	・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(介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①600単位/月減算 ②900単位/月減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ②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、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

- 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-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2）

- 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

各種の訪問系サービス

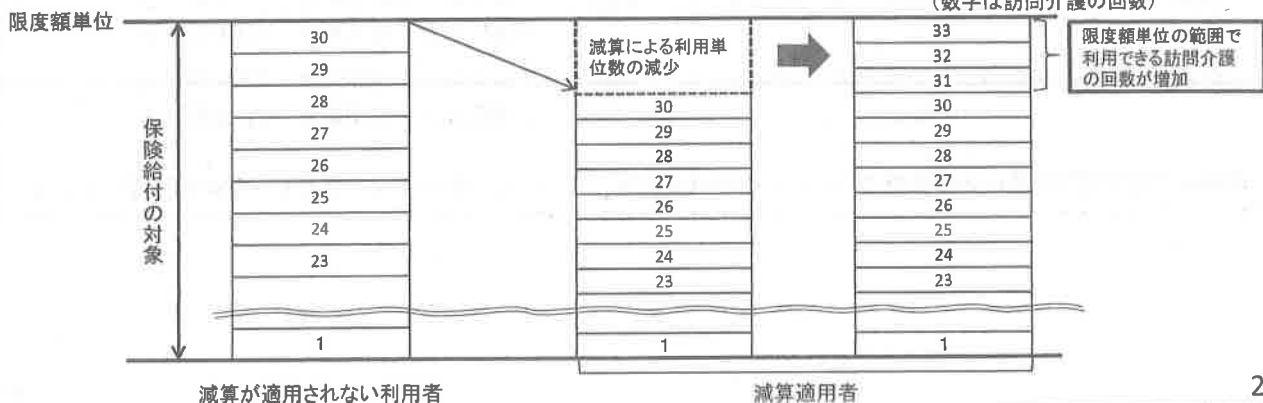
- 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について(抜粋)
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

<会計検査院が表示する意見(抜粋)>

- 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。

<概念図>



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		
	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
30分未満	448単位/回	379単位/回
30分以上	787単位/回	548単位/回
1時間未満		
1時間以上	1080単位/回	807単位/回
1時間30分未満		

30

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。

31

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

32

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%

33

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 のためのお願いについて

- 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、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切かを検討する上で、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

各都道府県
医療法所管部(局)長
医療保険所管部(局)長
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。

これまでも、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いております。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、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、所在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: kai.go-tenkan@hllw.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。

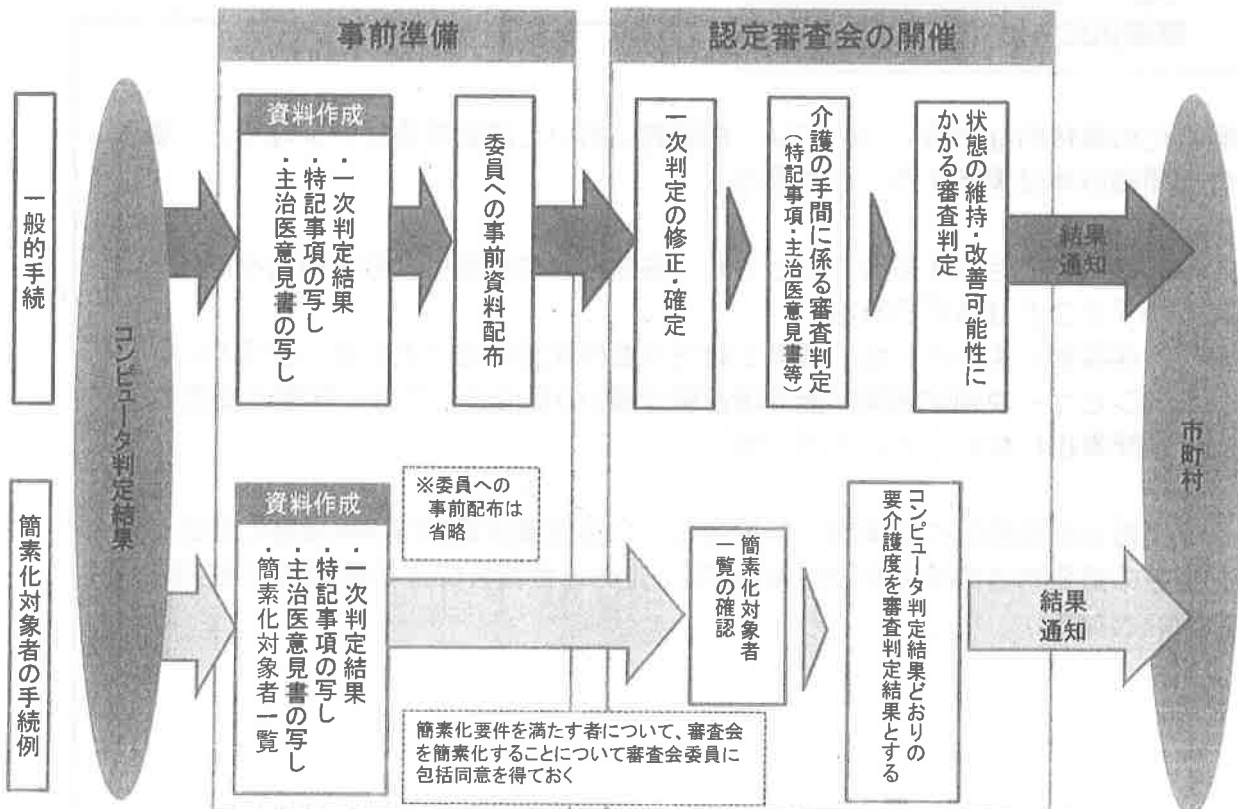
簡素化対象となる認定申請件数

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。

平成28年度認定申請総件数	5,390,661 件(100.0%)
第一号被保険者	5,258,614 件(97.6%)
更新申請	3,451,875 件(64.0%)
コンピュータ判定結果が要支援1～要介護5	3,375,760 件(62.6%)
コンピュータ判定結果が前回の要介護度と一致	1,760,878 件(32.7%)
前回認定期間12か月以上	1,655,938 件(30.7%)
状態の安定性:安定	1,381,124件(25.6%)
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	1,233,845件(22.7%)

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。

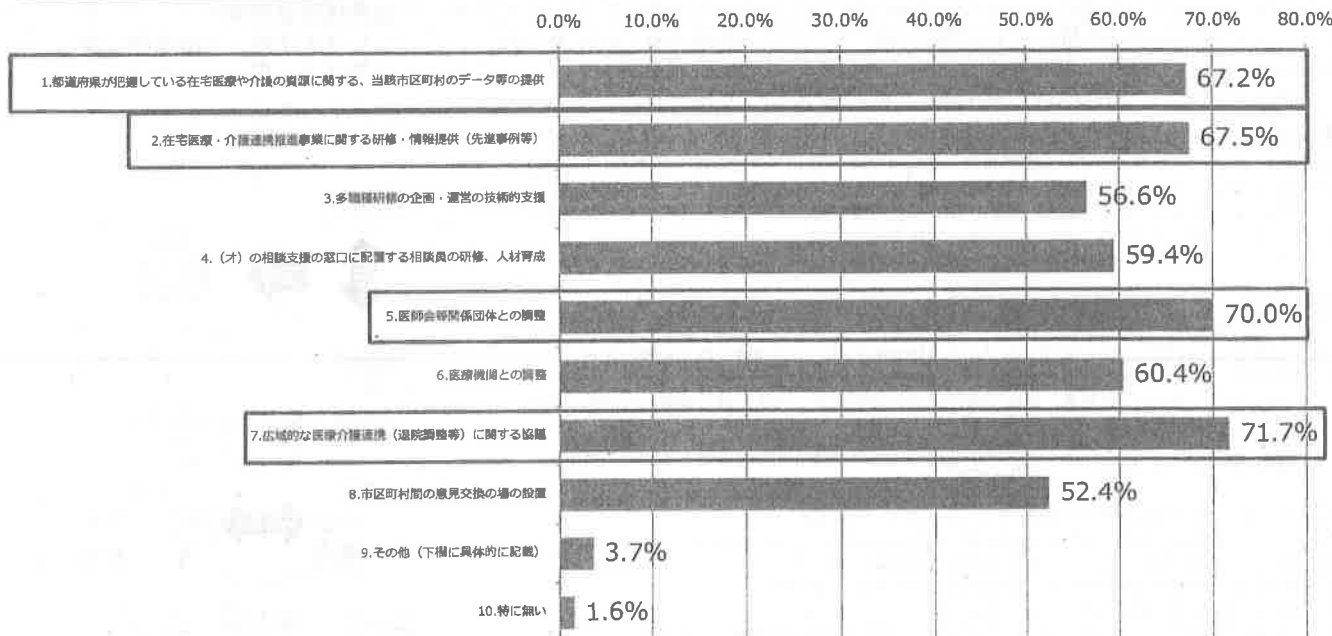
事業項目と事業の進め方のイメージ



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。

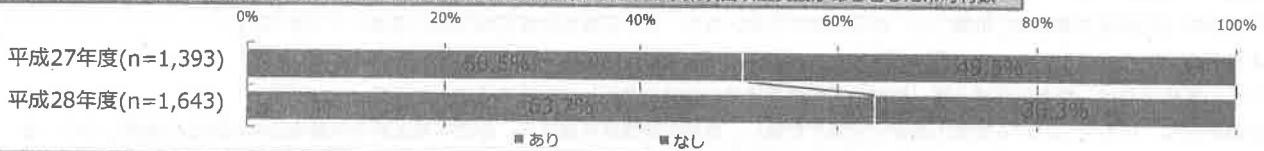


出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報値）

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ったとした市町村数



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。

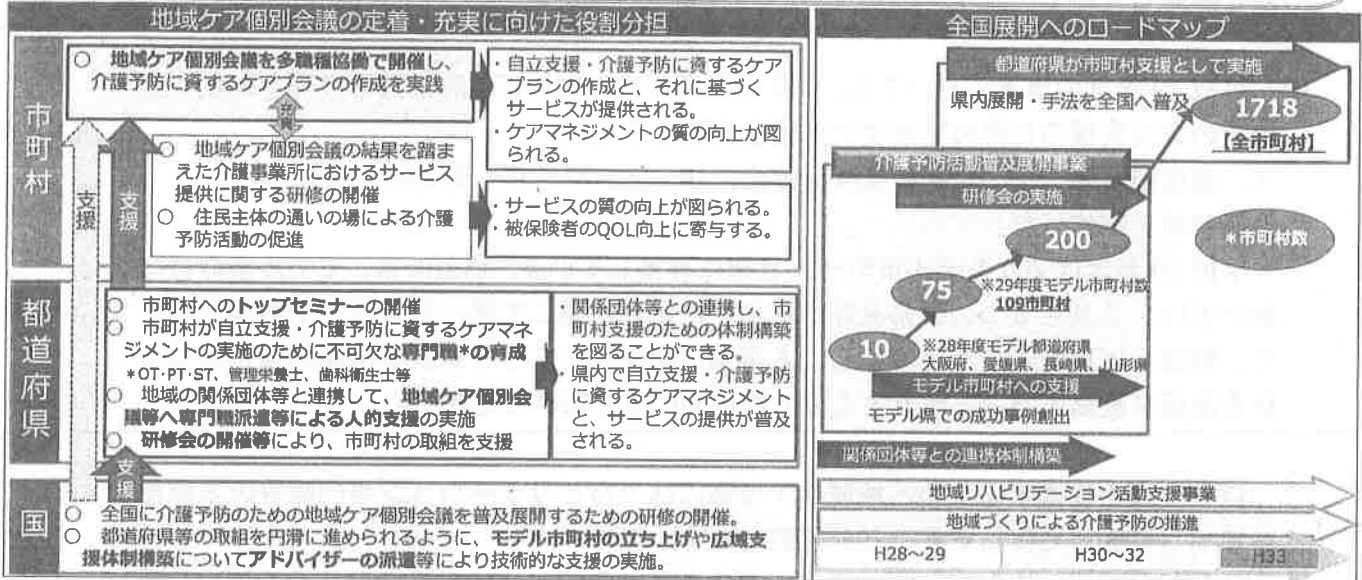
しかしながら、市町村においては、派遣を受ける際に、地域リハビリテーション活動支援事業を活用することが可能であるが、市町村によっては、リハビリテーション専門職等の確保が困難との指摘がある。

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。



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

(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。

手引き等の普及

研修会の実施

(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。

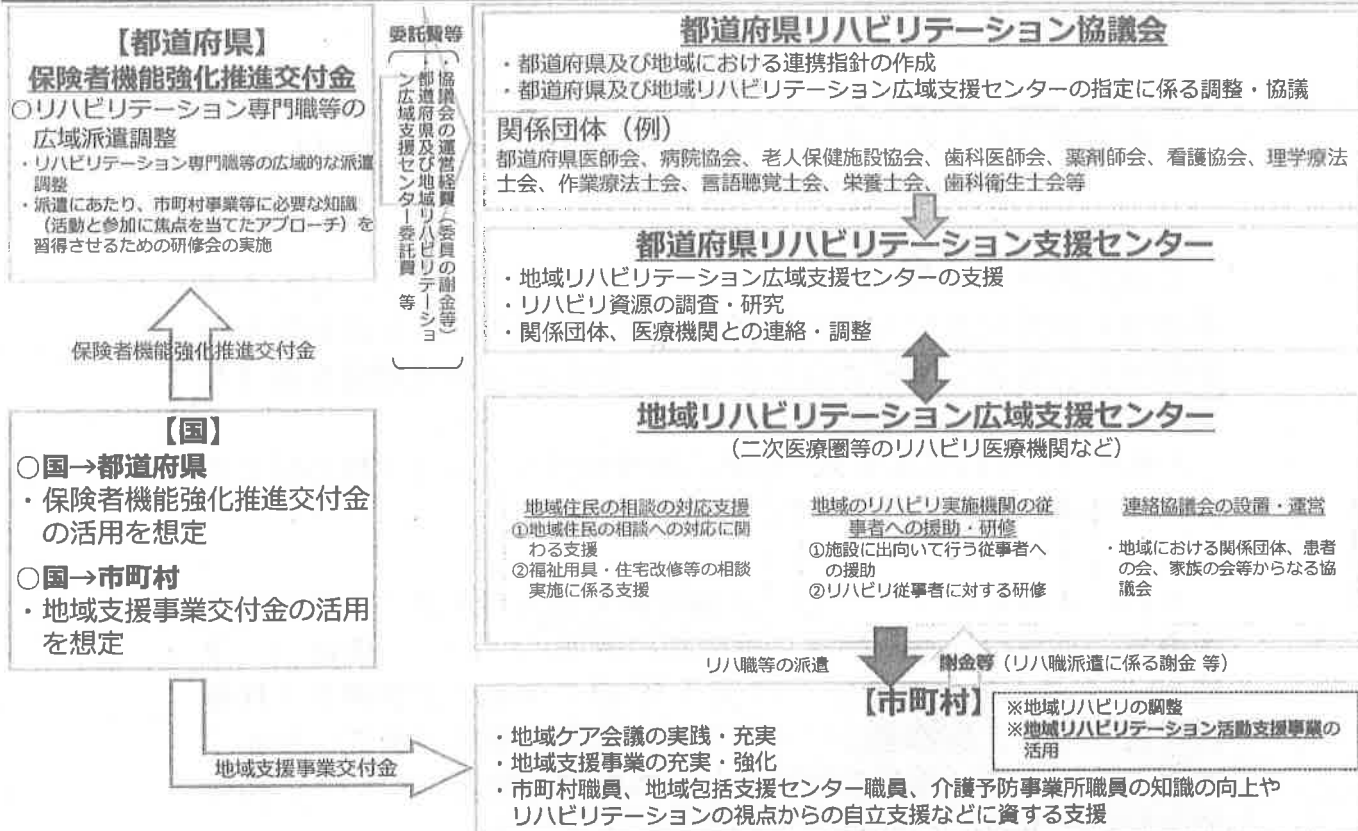
全国で実施

アドバイザー養成 研修教材等

(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。

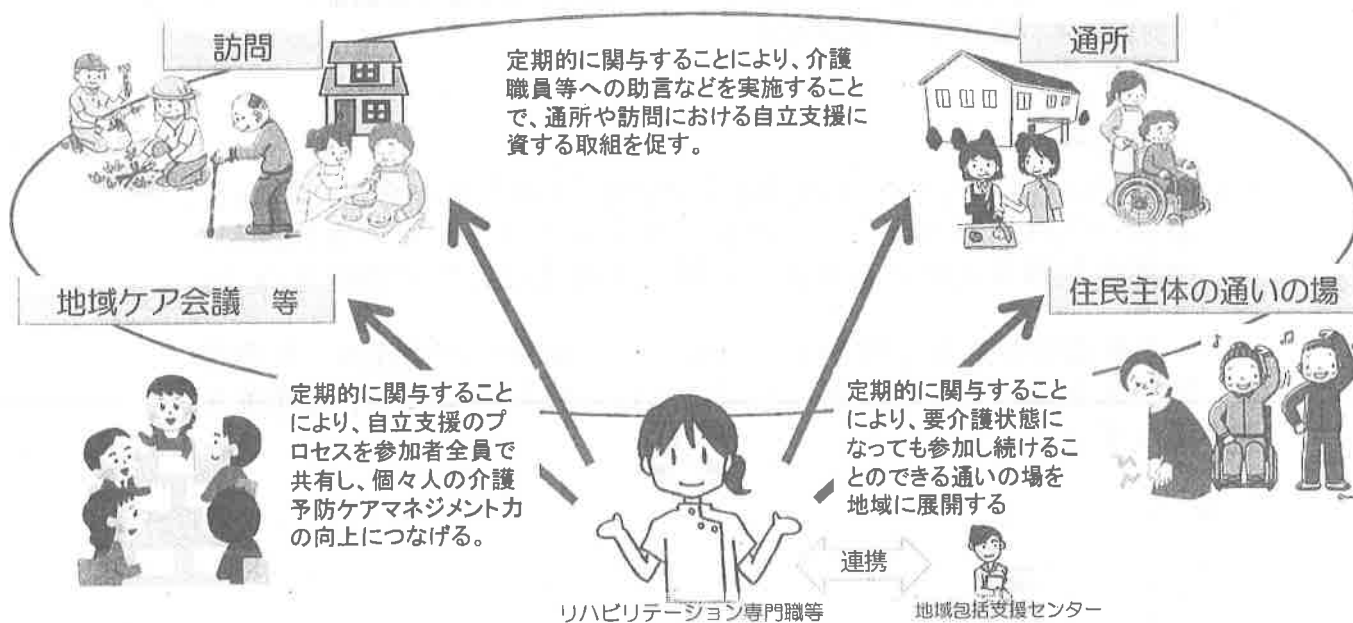
地域リハビリテーションの体制について



厚生労働省作成資料

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。

平成30年度介護報酬改定に伴う体制届等の提出期限等について

印刷用ページを表示する 2018年3月5日更新／長寿社会

平成30年度介護報酬改定に伴い新設される加算等が見込まれることから、平成30年4月1日から算定開始する報酬区分及び加算についての「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」等の提出時期を次のとおりとし、当該期限までに届出された場合は、平成30年4月1日に遡って適用することといたしますので、提出期限を厳守のうえ手続きをお願いします。

なお、提出期限までに提出がされなかった場合は、平成30年4月1日での遡及適用はできません。

その場合、「申請・届出の手引」に記載のとおり、算定開始月の前月の15日（施設系については前月末）までに提出がされた場合は、その提出月の翌月から算定が可能となります。

例：（事業所系の場合）

4月15日までの受理 → 5月からの算定開始

4月16日の受理 → 6月からの算定開始

【対象となる体制届等】

- ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（体制届別紙1）
- ・各種加算届出書等の添付書類

- ・体制届等の各種様式については、『介護サービス事業者の「申請の手引」及び「申請書・各種様式」について』のページからダウンロードすることができます。

<体制届等提出期限等>

関係機関等	事業者→県民局	本庁長寿社会課→事業者
手段等	原本を持参又は郵送	受理通知書の郵送
提出期限等	平成30年4月10日(火) 17時まで必着	平成30年4月27日 (金)までの発送

なお、体制届等の様式については、報酬改定に伴う改訂が必要なことから、改訂後の様式を集団指導（3月19日～23日）以後、平成30年3月30日（金曜日）までに県長寿社会課ホームページのサービスごとの該当ページに掲載する予定です。

お問い合わせ

お問い合わせ課室

保健福祉部 長寿社会課

電話番号：086-226-7325

2 介護保険法等に基づく設備及び運営等の基準を定める条例

1 社会福祉法、老人福祉法及び介護保険法に基づき規定された条例

- 社会福祉法に基づく軽費老人ホームの設備及び運営の基準を定める条例
(平成24年岡山県条例第59号)
- 老人福祉法に基づく養護老人ホームの設備及び運営の基準を定める条例
(平成24年岡山県条例第60号)
- 老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの設備及び運営の基準を定める条例
(平成24年岡山県条例第61号)
- 介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例
(平成24年岡山県条例第62号)
- 介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準等を定める条例
(平成24年岡山県条例第63号)
- 介護保険法に基づく介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準を定める条例
(平成24年岡山県条例第64号)
- 介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例
(平成24年岡山県条例第65号)
- 健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準を定める条例
(平成24年岡山県条例第66号)
- 介護保険法に基づく介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営の基準を定める条例
(平成30年岡山県条例第00号)

2 条例運用に当たっての解釈通知

条例に本県独自に盛り込んだ基準等について、運用上の留意事項を定めています。本県独自基準部分以外については、国の基準省令の運用のために発出された解釈通知において示されている内容が準用されます。

- ◆ 社会福祉法に基づき条例で規定された軽費老人ホームの設備及び運営の基準について
(平成25年1月15日付け長寿第1865号)
- ◆ 老人福祉法に基づき条例で規定された養護老人ホームの設備及び運営の基準について
(平成25年1月15日付け長寿第1866号)
- ◆ 老人福祉法に基づき条例で規定された特別養護老人ホームの設備及び運営の基準について
(平成25年1月15日付け長寿第1867号)
- ◆ 介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について
(平成25年1月15日付け長寿第1868号)
- ◆ 介護保険法に基づき条例で規定された指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準等について
(平成25年1月15日付け長寿第1869号)
- ◆ 介護保険法に基づき条例で規定された介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準について
(平成25年1月15日付け長寿第1870号)
- ◆ 健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法に基づき条例で規定された指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準について
(平成25年1月15日付け長寿第1871号)
- ◆ 介護保険法に基づく介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営の基準を定める条例
(平成30年3月中に発出する予定)

3 条例及び解釈通知等掲載ホームページ

- 【岡山県HP>「組織で探す」>「長寿社会課」>(右側)【関連情報】に掲載
- (1)『社会福祉法、老人福祉法及び介護保険法に基づく設備及び運営等の基準を定める条例』
<http://www.pref.okayama.jp/page/299388.html>
※国の省令と県の条例の対比表形式で掲載。
- (2)『社会福祉法、老人福祉法及び介護保険法に基づく条例で規定された基準の解釈通知』
<http://www.pref.okayama.jp/page/305955.html>
- (3)『指定居宅サービス事業所及び介護保険施設の運営等に関する県発出関連通知』
<http://www.pref.okayama.jp/page/305956.html>
※各サービス別に報酬算定や運営に関して、県が独自に発出した通知を掲載。

4 岡山県独自基準及びその運用

- (1) **内容及び手続の説明及び同意** <介護保険法：全サービス>
利用者及び事業者双方の保護の立場から、サービス提供の内容をお互いが十分に認識できていることを確認するためにも、同意を得る方法は、できる限り書面によることが望ましい。
- (2) **サービスの質の評価** <老人福祉法＋介護保険法：全サービス>
提供されたサービスについて、目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行わなければならない。サービスの質の評価は、自ら行う評価に限らず、第三者評価などの外部の者による評価など、多様な評価方法を広く使い、様々な視点から客観的にサービスの質の評価を行わなければならない。
また、評価の結果を踏まえ、常にサービスの改善を図りながらより良いサービスの提供を行わなければならない。
- (3) **成年後見制度の活用** <社会福祉法＋老人福祉法＋介護保険法：全サービス>
成年後見制度は、認知症、障害等により判断能力が不十分な状態にある方を法律的な面で保護し、支援するための制度である。
事業者は、適正な契約手続等を行うために成年後見制度の活用が必要と認められる場合（利用者自身では、各種契約、不動産・預貯金等の財産の管理等が困難であり、利用者を法律的に支援する必要がある等）は、地域包括支援センターや市町村担当課等の相談窓口を利用者に紹介する等関係機関と連携し、利用者が成年後見制度を活用することができるように配慮しなければならない。
- (4) **虐待防止等に係る研修** <社会福祉法＋老人福祉法＋介護保険法：全サービス>
従業員の資質向上のために計画的に確保するものとされている研修には、高齢者の尊厳を守り、高齢者及び家族等が共に健やかな生活を送ることができるように高齢者の人権擁護や虐待防止等の内容を含めることを義務付けるものである。
事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の趣旨及び内容を十分に踏まえた研修内容となるようにしなければならない。
- (5) **記録の保存年限** <社会福祉法＋老人福祉法＋介護保険法：全サービス>
各サービスごとに掲げられた各種の記録については、完結の日から五年間保存をしなければならないとしたものである。
完結の日とは、利用者との契約の終了日ではなく、それぞれの書類ごとに、その書類を使わなくなった日とする。利用者との契約が継続している間において、当該利用者に関する全ての記録を保存することを求めるものではない。
事業者においては、保存業務の煩雑さを避ける観点から、それぞれの記録の所属する年度（目標期間が設けられているものについては、その期間の満了日の所属する年度）の終了後、五年間保存する等、適正な運用を図るものとする。
なお、他の法令等により、五年間以上の保管期間が義務付けられているものについては、それぞれの規定に従う必要がある。

(6) 非常災害対策

＜社会福祉法＋老人福祉法：全サービス＞
＜介護保険法：通所系及び入所系サービス＞

事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難・救出訓練の実施等の対策に万全を期さなければならないこととしたものである。また、非常災害時には、事業者として、援護が必要となった者への支援協力を求めたものである。

① 事業者は、利用者の状態や当該事業所が所在する地域の地理的実情（津波災害警戒区域であるか、土砂災害警戒区域であるか等）を踏まえ、想定される災害の種類（津波・高潮・土砂災害・地震・火災等）ごとに、その規模（当該事業所の所在市町村全体・所在地域・当該事業所・当該事業所の一部分か等）及び被害の程度（ライフラインが1週間程度で復旧される場合、事業所内給食施設は1ヶ月程度使用不能である場合等）に応じた実効性のある具体的な計画（消防法施行規則第三条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を立てなければならない。

なお、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第八条の規定により防火管理者を置くこととされている事業所にあつてはその者に行わせるものとする。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。

また、非常災害時には、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを努め、全ての従業者がその内容を熟知し、実行できるようにしなければならない。

② ①の計画に従い、避難又は救出に係る訓練等必要な訓練を定期的に行わなければならない。その場合、実際に非常災害が発生した場合に対応できるような実効性の高いものとしなければならない。

③ 事業者は、非常災害時にその利用者の安全の確保が図られるように、事前に市町村や地域住民のほか、医療や福祉に関わる他の事業所等と相互に支援・協力を行うための連携体制の整備に努めることを求めるものである。

④ 非常災害時には、当該事業所の利用者に限らず、地域の高齢者、障害者、乳幼児等の特に配慮を要する者を受け入れる等可能な限り支援をすることを求めるものである。

(7) 地産地消

＜社会福祉法＋老人福祉法：全サービス＞
＜介護保険法：入所系サービス＞

食の安全の確保や地場産品の消費拡大の視点から、地域の旬の食材を活用し、季節や行事に応じた食事の提供をすることでサービスの質の向上を求めるものである。

(8) その他サービスの提供

＜社会福祉法＋老人福祉法：全サービス＞
＜介護保険法：入所系サービス＞

充実した日常生活につながるよう、利用者からの要望を考慮して、個々の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動を幅広く行えるように配慮することを求めるものである。

(9) 設備及び備品等に規定する廊下の幅

＜介護保険法：（介護予防）短期入所生活介護＞

併設型の短期入所生活介護事業所のうち、地域密着型介護老人福祉施設を本体施設としてこれに併設しているものについては、住み慣れた地域における在宅介護を支えるサービス基盤の整備を円滑に進める視点から、廊下の幅は、本体施設に係る廊下の幅以上で足りることとしたものである。

3 介護サービス事業所・施設の指定（許可）更新手続

■ 指定（許可）の更新制度について

平成18年4月1日の介護保険法の改正で、介護サービス事業所・施設の指定（許可）更新の制度が設けられました。

指定（許可）の有効期間満了日後も引き続き事業所・施設の運営を行う場合は、一定期間（6年）毎に介護保険法の規定に基づく指定（許可）の更新を受ける必要があり、当該更新を受けない場合は、指定（許可）の効力を失い、当該満了日の経過をもって事業所・施設の継続をすることができなくなりますので、御注意ください。

■ 対象となる事業所・施設

1 全ての指定介護サービス（指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所※、指定介護予防サービス事業所、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）事業者が対象となります。

※ 指定居宅介護支援事業所の指定権者は、平成30年4月1日から市町村となります。

2 ただし、介護保険法第71条、第72条、第115条の11及び介護保険法施行法第4条の規定により、指定があったものとみなされた次の事業所（予防含む）については、更新手続の必要はありません。

① 病院等において、保険医療機関若しくは保険薬局の指定によるみなし指定の事業所（医療みなし指定の訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーション（診療所・病院））

② 介護老人保健施設の許可によるみなし指定の短期入所療養介護及び通所リハビリテーション

③ 介護療養型医療施設の指定によるみなし指定の短期入所療養介護

* 上記、②、③については、原則として、本体施設（介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の指定（許可）更新手続を行うことで居宅サービス等のみなし指定が行われることとなります。

また、指定を受けない場合は、「指定を不要とする旨の申出書」が必要です。

3 同一事業所で複数のサービスの更新を申請する場合は、サービス毎に指定更新を受ける必要があります。

■ 指定（許可）更新に必要な書類

長寿社会課ホームページに各サービス毎に「申請の手引き」及び「申請書・各種様式」を掲載していますので、御確認の上、必要書類を作成してください。

■ 指定（許可）更新手続のスケジュール

指定の更新申請は、指定日から6年を経過する指定有効期間満了日の前月の末日までに、更新申請書に必要な書類を添付して、事業所の所在地を所管する県民局の健康福祉課（事業者班）へ提出してください。

なお、書類の補正等が必要な場合もありますので、できるだけ早めに県民局へ提出してください。

指定年月日	指定有効期間満了日	「更新のお知らせ」	書類提出期限
平成24年 5月 1日	平成30年 4月30日	平成30年 1月中に発送	平成30年 3月31日
平成24年12月 1日	平成30年11月30日	平成30年 8月中に発送	平成30年10月31日
平成25年 3月 1日	平成30年 2月28日	平成30年11月中に発送	平成31年 1月31日

「更新のお知らせ」についての留意事項

「更新のお知らせ」は、県に届け出ている事業所所在地へお送りしますが、事業所所在地の変更の届出を行っていない等の理由により、届かない場合もあります。

この場合でも、更新の手続を行わないと有効期間の満了により指定の効力を失うこととなりますので、各事業者において十分留意してください。

■ みなし指定を受けている地域密着型通所介護の指定の有効期間

地域密着型通所介護のみなし指定の有効期間は、移行前の通所介護の有効期間が満了するまでとされているため、有効期間の満了日後も事業を継続する場合は、みなし指定を受けた市町村に指定更新の手続を行う必要があります。

なお、平成28年3月31日現在で他の市町村の利用者がいた場合は、当該市町村の指定を受けたものと見なされており、当該市町村へも指定更新の手続を行う必要がありますので、留意してください。

■ 介護予防サービス有効期間満了日の特例

次の1)～4)の条件を満たす場合、居宅サービスの指定有効期間満了日と介護予防サービスの指定有効期間満了日を同一日にすることを可能とします。

- 1) 居宅サービスと介護予防サービスを同一の事業所において一体的に実施していること。
- 2) 当該手続は事業者の希望により行うものであり、居宅サービスの更新申請と同時に行うこと。
- 3) 介護予防サービスを居宅サービスの指定有効期間満了日で廃止する旨の届出（様式第4号）を行うこと。
- 4) 居宅サービスに係る申請書類一式に加え、介護予防サービスに係る指定・許可申請書（様式第1号）に介護給付費算定に係る体制等の届出書、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表、誓約書（参考様式9-1）及び介護予防サービスの更新申請時に添付を求められているもののうち居宅サービスの更新申請に添付したもの以外を添付すること。

■ 岡山市、倉敷市及び新見市に所在する事業所・施設について

平成24年4月1日から、上記3市に所在する事業所・施設の指定等の権限が各市に移譲されています。

3市に所在する事業所・施設の更新手続は、各市の取扱いにより各市へ御提出ください。

4 - (1) 指定居宅サービス事業者等に対する指導及び監査等

1 指導

サービスの内容及び費用の請求等に関する事項について周知徹底を図るとともに、改善の必要があると認められる事項について適切な運用を求めるために介護保険法第24条の規定に基づき実施します。

1) 集団指導

- 原則として、毎年度1回、一定の場所に対象事業者を招集し、講習会方式により指導を行います。
- 平成21年度以降の各年度の集団指導の資料を長寿社会課ホームページに掲載していますので、御活用ください。

2) 実地指導

- 介護サービス事業所において、自己点検シート（岡山県版）により、事業者が自己点検した結果に基づき、ヒアリングを行うことにより実施します。
 - 指導内容
介護サービス事業者のサービスの質の確保・向上を図ることを主眼とし、人員、設備、運営及び介護報酬請求について指導します。（必要に応じて過誤調整を指導する場合があります。）
 - ① 事前に提出を求める書類等
 - ・ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近の1ヶ月又は4週間）
 - ・ 緊急やむを得ず身体的拘束等を行っている入所(利用者)者（入所・通所系サービスのみ）
 - ② 実地指導日に提出を求める書類等
 - ・ 自己点検シート（人員・設備・運営編）
 - ・ 自己点検シート（介護報酬編） 等
- ※ 詳細については実地指導を実施する際に送付する通知文書に記載しますので、これに従って準備をしてください。

2 監査

県が入手した各種情報から人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求等が疑われ、その確認及び行政上の措置が必要であると認める場合に、介護保険法第5章の規定に基づき実施します。

各種情報とは、

- ① 通報・苦情・相談等に基づく情報
- ② 国民健康保険団体連合会、地域包括支援センター等へ寄せられる苦情
- ③ 国民健康保険団体連合会・保険者からの通報
- ④ 介護給付費適正化システムの分析により特異傾向を示す事業者情報
- ⑤ 介護サービス情報の公表制度に係る報告の拒否等に関する情報

等の幅広い情報であり、これらの情報から指定基準違反や不正請求が認められる場合には、厳正かつ機動的な対応を行います。

※原則として、無通告（当日に通知）で立ち入り検査を実施するなど、より実効性のある方法で行っています。

3 報酬請求指導の方法

実地指導等においては、指導担当者が、加算等体制の届出状況並びに介護報酬（基本単位及び各種加算）の請求状況について、関係資料により確認を行いますが、報酬基準に適合しない取扱い等が認められた場合には、加算等の基本的な考え方や報酬基準に定められた算定要件の説明等を行い、適切なサービスの実施となるよう指導するとともに、過去の請求について自己点検の上、不適切な請求となっている部分については過誤調整として返還を指導します。

4 過誤調整の返還指導（※監査における不正請求は、保険者より返還命令）

実地指導等において、過誤調整が必要と思われる場合は、原則として次のとおり取り扱います。

- ① 利用者に係る記録が全くない場合は、サービス提供の拳証責任が果たせていないため返還を指導します。
- ② 基準省令及び告示に明記されている基準・加算要件等を満たしていない場合は返還を指導します。
- ③ 厚生労働省が発出した各種通知類（解釈通知、留意事項通知、Q&A）の内容が遵守されていない場合は是正を指導します。

※ 平成19年3月1日付厚生労働省介護保険指導室事務連絡『報酬請求指導マニュアル』に基づく加算請求指導に関するQ&Aについて』で「解釈通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合」は遡及しての過誤調整が「有」とされていますので、十分御留意ください。

4 - (2) 業務管理体制の整備及び介護保険事業者の法令遵守

I 介護サービス事業者の業務管理体制整備に関する届出について

平成20年の介護保険法改正により、平成21年5月1日から、介護サービス事業者には、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられました。

事業者が整備すべき業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設（以下「事業所等」といいます。）の数に応じ定められています。

また、介護サービス事業者は、業務管理体制整備に関する内容について、介護保険事業への新規参入時、区分の変更及び届出事項に変更が生じた際は、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を遅滞なく関係行政機関に届け出ることとされています。

特に、業務管理体制の整備に関する届出を行っていない介護サービス事業者については、運営する介護サービス事業所等の指定取消等の理由ともなり得るため、至急に届出を行ってください。

1 業務管理体制の整備の基準

（介護保険法第115条の32、介護保険法施行規則第140の39）

指定・許可の事業所等の数※	届出を必要とする業務管理体制整備の内容		
	法令遵守責任者の選任	業務が法令に適合することを確保するための規程（法令遵守マニュアル）の整備	業務執行の状況（法令遵守）に係る監査
1～19	必要	—	—
20～99	必要	必要	—
100以上	必要	必要	必要

※ 事業所・施設数には、介護予防及び介護予防支援事業所を含みますが、「みなし事業所」及び「総合事業における介護予防・生活支援サービス事業所」は除きます。

なお、「みなし事業所」とは、病院等が行う居宅サービス（居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション。介護予防を含む。）であって、健康保険法の指定があったとき、介護保険法の指定があったものとみなされている事業所です。

※ 現在事業を行っている事業所等だけでなく、休止中の事業所等も含みます。

2 業務管理体制の整備に関する事項の届出先（平成27年4月1日以降）
（介護保険法第115条の32、介護保険法施行規則第140の40）

区 分	届 出 先
1 指定事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	
① 指定事業所等が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣 （老健局総務課介護保険指導室）
② 上記①以外の事業者で、主たる事務所（本社）の所在地が岡山県以外の事業者	主たる事務所（本社）の所在地の都道府県知事
③ 上記①以外の事業者で、主たる事務所（本社）の所在地が岡山県の事業者※	岡山県知事 （県民局健康福祉部健康福祉課）
2 事業所等が岡山県内のみ所在する事業者	
① 地域密着サービス（予防含む）のみを行い、その全ての指定事業所が同一市町村内に所在する事業者	市町村長
② 全ての指定事業所等が岡山市内のみ所在する事業所	岡山市長 （岡山市保健福祉局事業者指導課）
③ 上記①、②以外の事業者※	岡山県知事（県民局健康福祉部健康福祉課）

※ 岡山県知事に届け出る場合の届出先

- ① 主たる事務所（本社）の所在地を所管する県民局
- ② 主たる事務所が岡山県外に所在し、岡山県内のみ事業所等が所在
 - 1) 1つの県民局の所管区域のみに事業所等が所在する場合は、所在地を所管する県民局
 - 2) 事業所等所在地が複数の県民局にまたがる場合
 - ア 県民局の所管地域ごとの事業所等数を比較し、最も事業所等数の多い県民局
 - イ 県民局の所管地域ごとの事業所等数が同一の場合、開設時期が最も古い事業所等の所在地を所管する県民局

3 業務管理体制の届出事由と様式

届出が必要となる事由	様式
○業務管理体制の整備に関して届け出る場合（介護保険法第115条の32第2項） *介護保険事業所（みなし事業所を除く）の指定を初めて受けた事業者は必ず届出が必要となります。	様式第1号
○事業所等の指定等により、事業展開地域が変更となり、届出先の行政機関に変更が生じた場合（介護保険法第115条の32第4項） *変更前の行政機関及び変更後の行政機関の双方に届出が必要となります。 （例：市町村→県、県→厚生労働省への変更）	様式第1号
○届出事項に変更があった場合（介護保険法第115条の32第3項） （例：事業者に関する事項（法人の名称、本社所在地、代表者名等）、法令遵守責任者名、届出区分の変更など） *次の場合は変更の届出は必要ありません。 (1)事業所等の数に変更が生じて、整備する業務管理体制が変更されない場合 (2)法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響を及ぼさない軽微な変更の場合	様式第2号

4 提出先の県民局

提出先が岡山県知事となる場合は、所定の様式による届出書を作成し、所管の県民局に郵送又は持参してください。

備前県民局 担当：健康福祉部健康福祉課事業者第1班 住所：〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17 電話：086-272-3915（ダイヤルイン） 所管市町：玉野市、備前市、瀬戸内市、赤磐市、和気町、吉備中央町
備中県民局 担当：健康福祉部健康福祉課事業者第1班 住所：〒710-8530 倉敷市羽島1083 電話：086-434-7054（ダイヤルイン） 所管市町：倉敷市、笠岡市、井原市、総社市、高梁市、新見市、浅口市、早島町、里庄町、矢掛町
美作県民局 担当：健康福祉部健康福祉課事業者班 住所：〒708-0051 津山市椿高下114 電話：0868-23-1291（ダイヤルイン） 所管市町村：津山市、真庭市、美作市、新庄村、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町

II 業務管理体制の整備・運用状況の監督

1 業務管理体制の整備の趣旨

業務管理体制の整備は、単に法令遵守責任者の氏名等を行政に届け出ることが目的ではなく、法令遵守責任者が中心となって事業者自らがコンプライアンス（法令遵守）の向上を図ることが本来の趣旨です。

2 業務管理体制の整備・運用状況の監督

本県では、平成22年度から業務管理体制の整備・運用状況を順次、定期的に報告いただき、確認検査（以下「一般検査」という。）を実施することとしています。（根拠：介護保険法第115条の33）

一般検査は、事業者の業務管理体制の問題点について検証し、事業者が自ら業務管理体制の改善を図り法令等遵守に取り組むよう意識付けすることが目的です。

(1) 一般検査の内容

① 法令遵守責任者の役割及びその業務内容

確認項目：

- ・ 業務管理体制（法令等遵守）の考え（方針）及びその決定のプロセス
- ・ 法令等遵守の方針の周知状況
- ・ 法令遵守責任者の役割と業務内容の定め及びその決定のプロセス
- ・ 法令等遵守の具体的な運用状況
- ・ 業務管理体制の評価・改善活動の状況 等

② 業務が法令に適合することを確保するための規程の内容

③ 業務執行の状況の監査（法令遵守に係る監査）実施状況及びその内容

※②・③については、事業所等の数の区分に応じて実施する。

(2) 一般検査の実施方法

一般検査は、基本的には書面検査で行うこととしています。（報告後、その内容について疑義等があれば電話等により法令遵守責任者に連絡し、内容を確認する場合があります。また、不備が認められたときには、出頭を求め運用状況を聴取する場合があります。）

(3) 特別検査

事業所等の指定等取消処分相当事案が発覚した場合には、業務管理体制の問題点の確認やその要因の検証、取消処分相当事案への組織的関与の有無を検証するために特別検査を実施します。

3 事業者・法令遵守責任者の責務

(1) 事業者の責務

業務管理体制は、事業者自身の自己責任原則に基づく内部管理を前提としたものですから、県が事業者に代わり、指定等取消事案などの不正行為の未然防止を図るものではありません。

「業務管理体制の整備に関する報告」を行うことで、事業者自らが法令遵守の取組状況や法令遵守責任者が適切に機能しているかを自己点検していただき、今後のコンプライアンス向上のための取組を考えていただくきっかけにしてください。

そのため、一般検査は定期的を実施することを予定しておりますが、検査のない年においても毎年、報告事項の自己点検を通じて、自ら法令等遵守態勢を検証し、必要に応じて改善されるように継続的な取組をお願いします。

(2) 法令遵守責任者の役割

法令遵守責任者の役割については、法令等で明確に定められていません。これは、事業者自らが、事業者の実情に応じた取組を真剣に考え、試行錯誤しながらコンプライアンスを高めていただくことが重要だからです。

法令遵守責任者に何らかの資格等を求めるものではありませんが、少なくとも介護保険法及び介護保険法に基づく通知等の内容に精通した法務担当の責任者で、事業者内部の法令遵守を徹底することができる者が選任されることを想定しています。

また、法令遵守責任者には、辞令等が交付され、その役割と業務内容が事務分掌などで明記されていることが望まれます。

● 業務内容の具体例

- ・ 年に1回以上、各事業所等の取組状況を各事業所等の従業員又は管理者からの聞き取り及び書面での報告等により把握する。
 - ※自己点検シート等の活用又は各種会議の場を活用する。
- ・ 各事業所等から選出された従業員又は管理者（以下「法令遵守担当者」という。）で組織された委員会を設置し、法令遵守責任者は事業者全体の法令遵守を徹底する連絡体制を確保する。
- ・ 研修等を実施し、従業員の法令遵守意識を高める。
- ・ 定期的に、介護保険法その他の関連情報等（制度改正及び介護報酬に関する通知・Q&A等）の収集等を行う。
- ・ 苦情・事故等の問題が発生した場合には、速やかに報告を求め、事実関係の把握を行い、迅速に解決を図る。その原因を究明し、防止策を法令遵守担当者で組織された委員会等の場で検討し、各事業所等の運営に反映させる。

4 - (3) 行政処分案件

1 岡山県における介護保険事業者に係る行政処分（取消相当含む。）の状況

処分年度	処分内容	サービスの種類	法人種別	主な処分事由
H15	改善命令(社会福祉法)	老人保健施設	社会福祉法人	医師の人員基準違反
H16	改善命令	老人保健施設 通所リハビリテーション	社会福祉法人	医師の人員基準違反
H17	指定取消	認知症対応型共同生活介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定取消	訪問介護	営利法人	同居家族によるサービス提供
H19	指定指定取消処分相当	訪問看護 介護予防訪問看護	営利法人	不正の手段による指定
	指定指定取消処分相当	訪問介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定指定取消処分相当	訪問介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定取消	訪問介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定取消	訪問介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定取消	通所介護 介護予防通所介護	営利法人	不正の手段による指定
	指定取消	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	営利法人	不正の手段による指定
H20	指定指定取消処分相当	通所リハビリテーション	医療法人	不正請求
	指定取消	訪問介護 介護予防訪問介護	医療法人	不正請求、不正の手段による指定
	指定取消	訪問看護 介護予防訪問看護	医療法人	不正請求、不正の手段による指定
	指定取消	通所介護 介護予防通所介護	医療法人	不正請求、不正の手段による指定
	指定取消	居宅介護支援	医療法人	不正請求、運営基準違反
H21	指定取消	訪問介護 介護予防訪問介護	営利法人	不正の手段による指定、虚偽報告
	指定取消	通所介護 介護予防通所介護	営利法人	不正の手段による指定、虚偽報告
	全部停止(3か月)	通所介護 介護予防通所介護	営利法人	不正請求、人員基準違反、虚偽報告
	全部停止(3か月)	訪問介護	その他	不正請求(架空請求)
	指定取消	訪問介護 介護予防訪問介護	営利法人	不正の手段による指定、人員基準違反、虚偽報告、検査妨害
H22	指定取消	訪問介護	営利法人	不正の手段による指定、虚偽報告、虚偽答弁
H23	新規入所者の受入の停止 (3か月)	介護老人福祉施設	社会福祉法人	不正請求(減算未実施)、虚偽報告
	介護報酬の上限8割 (1か月)			
	指定取消	訪問介護 介護予防訪問介護	営利法人	不正請求(居宅)、他法令違反
	全部停止(3か月)	通所介護	社会福祉法人	不正請求(時間区分誤り)、虚偽答弁
H25	指定取消	訪問介護 介護予防訪問介護	営利法人	不正請求(居宅)、運営基準(記録保存)違反、虚偽の報告
H26	全部停止(3か月)	訪問介護 介護予防訪問介護	営利法人	運営基準違反
H27	新規入所者の受入の停止 (3か月)	介護老人福祉施設	社会福祉法人	人格尊重義務違反
H29	指定取消	居宅介護支援	医療法人	不正請求

2 全国における介護保険事業者に係る行政処分の状況

(1) 指定取消・効力の停止処分の件数（図1）

平成12年度以降の指定取消・効力の停止処分は合計で2,188件となっている。

なお、直近5年間の指定取消・効力の停止処分の件数については、平成24年度120件、平成25年度218件、平成26年度215件、平成27年度227件、平成28年度244件と推移している。

(2) 法人種別ごとの状況（図2）

法人種別ごとの事業所数の違いを踏まえる必要があるが、平成28年度の指定取消・効力の停止処分件数については、営利法人が最も多く、全体の件数の約8割を占めている。

(3) サービス種別ごとの状況（図3）

平成28年度のサービス種別ごとの指定取消・効力の停止処分件数については、訪問介護（介護予防を含む）が84件、居宅介護支援が38件、通所介護（介護予防を含む）が34件、認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）が13件となっている。

(4) 指定取消・効力の停止事由の状況（図7・8）

処分事案に対しての該当する処分事由の割合については、1件の処分事案に対し複数の処分事由が該当する必要があることに留意する必要があるが、平成28年度については、指定取消事由及び効力の停止事由ともに、「介護給付費の請求に関して不正があった」が多くなっている。

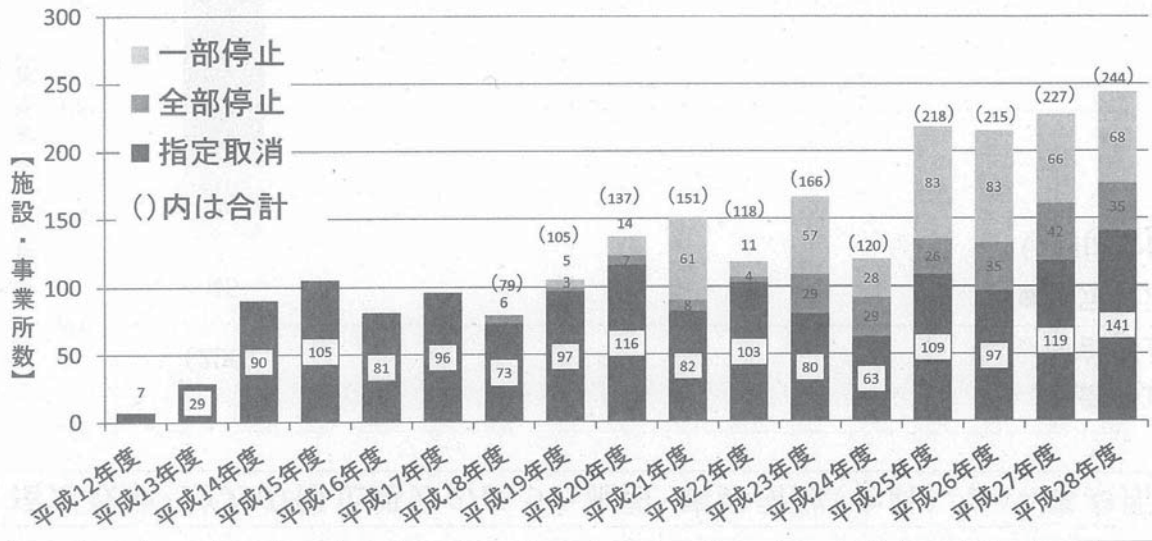
(5) 業務管理体制の整備に関する特別検査の状況（図9）

平成21年度以降、指定取消・効力の停止処分のあった事業所を運営する事業者に対する特別検査については、厚生労働省及び自治体において合計316件実施している。

なお、平成28年度単年度では68件実施しており、うち29件において改善勧告を行っている。

1. 指定取消・効力の停止処分のあった介護保険施設・(図1) 事業所等内訳【年度別】(平成12年度～28年度)

指定取消・効力の停止処分のあった施設・事業所数(合計): 2,188事業所

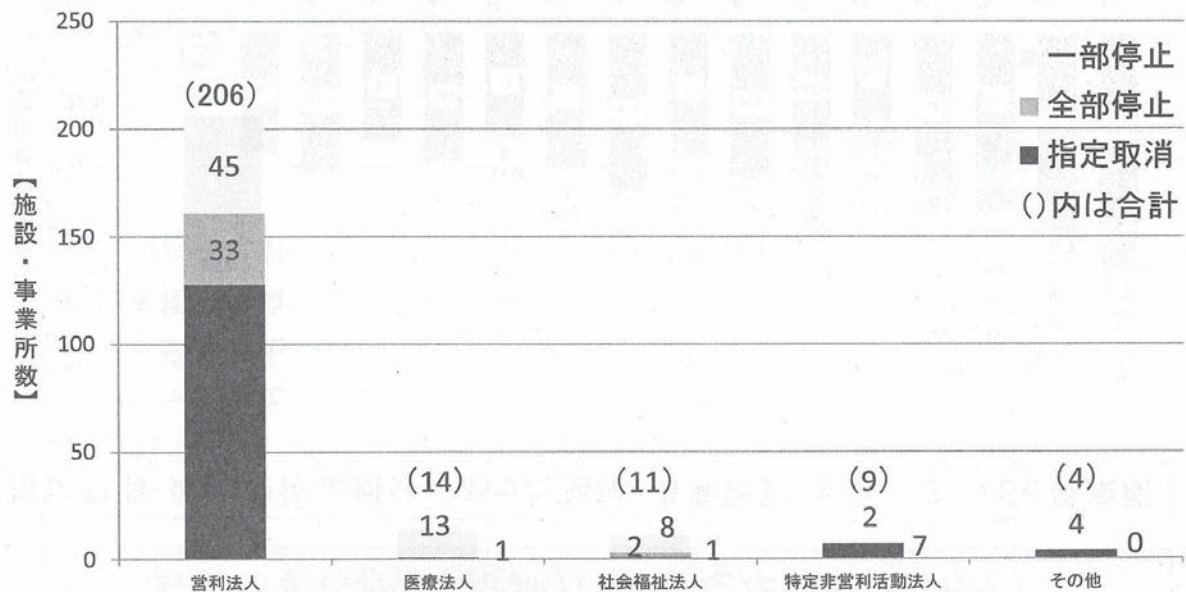


年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
請求事業所数	-	94,966	106,842	115,832	120,000	142,719	173,423	231,048	238,502	244,857	255,480	287,788	281,840	304,784	322,814	336,602	358,324

- 注: 1) 件数には、聴聞通知後廃止(聴聞通知後に廃止届が提出された事業所)を含む。
 2) 平成27年度以降には、介護予防・日常生活支援総合事業における指定の事業所を含む。
 3) 効力の停止処分は、平成18年度から施行された。
 4) 請求事業所数は、「介護給付費等実態調査」の各年5月審査分による。

2. 指定取消・効力の停止処分のあった介護保険施設・(図2) 事業所等内訳【法人種類別】(平成28年度)

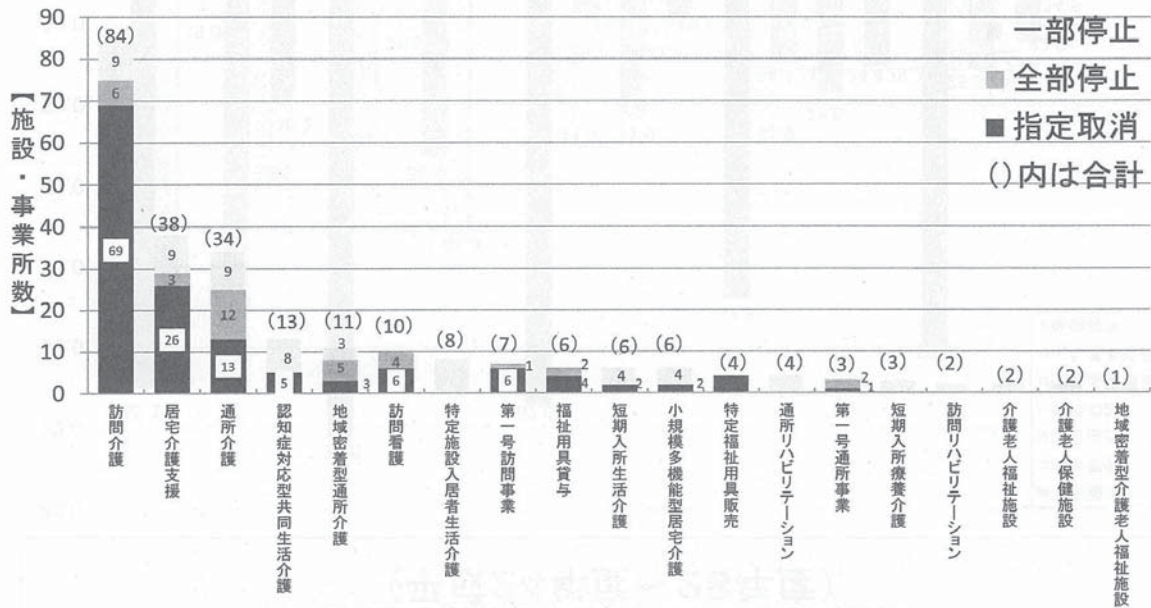
指定取消・効力の停止処分のあった施設・事業所数(合計): 244事業所



- 注: 件数には、聴聞通知後廃止(聴聞通知後に廃止届が提出された事業所)を含む。

3. 指定取消・効力の停止処分のあった介護保険施設・(図3) 事業所等内訳【サービス別】(平成28年度)

指定取消・効力の停止処分のあった施設・事業所数(合計): 244事業所



注: 1) 各サービス毎の件数には、介護予防サービス分を含む。
2) 件数には、聴聞通知後廃止(聴聞通知後に廃止届が提出された事業所)を含む。

7. 指定取消事由の状況(平成28年度)

指定取消事由	人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなかった	数値及び運営に関する基準に従った、適切な運営ができなくなった	要介護者の人格を尊重する義務に違反した	介護給付費の請求に関して不正があった	帳簿書類の提出命令等に従わず、又は虚偽の報告をした	責問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた	不正の手段により指定を受けた	介護保険法その他保健医療職しくは福祉に関する法律に基づき命令に違反した	その他
根拠条文例	(根拠条文例) 第77条第1項第3号	(根拠条文例) 第77条第1項第4号	(根拠条文例) 第77条第1項第5号	(根拠条文例) 第77条第1項第6号	(根拠条文例) 第77条第1項第7号	(根拠条文例) 第77条第1項第8号	(根拠条文例) 第77条第1項第9号	(根拠条文例) 第77条第1項第10号	(根拠条文例) 第77条第1項第11号、第77条第1項第12号、第77条第1項第13号
指定訪問介護事業所	(36)	6	11	1	33	12	2	8	5
指定訪問看護事業所	(3)	-	-	-	2	2	-	2	-
指定通所介護事業所	(5)	-	-	-	4	2	2	1	1
指定短期入所生活介護事業所	(1)	1	1	-	1	-	1	1	1
指定福祉用具貸与事業所	(2)	1	1	-	1	1	-	1	1
指定特定福祉用具販売事業所	(2)	1	-	-	-	1	-	1	1
指定居宅介護支援事業所	(26)	1	6	1	23	5	3	1	8
指定介護予防訪問介護事業所	(33)	5	6	-	12	4	1	8	18
指定介護予防訪問看護事業所	(3)	-	-	-	2	2	-	2	1
指定介護予防通所介護事業所	(8)	1	1	-	2	4	3	1	4
指定介護予防短期入所生活介護事業所	(1)	1	1	-	1	-	1	-	1
指定介護予防福祉用具貸与事業所	(2)	1	1	-	-	1	-	1	1
指定特定介護予防福祉用具販売事業所	(2)	1	-	-	-	1	-	1	1
指定小規模多機能型居宅介護事業所	(1)	-	1	-	-	-	-	1	-
指定認知症対応型共同生活介護事業所	(3)	-	-	-	2	-	-	-	1
指定地域密着型通所介護事業所	(3)	2	1	-	1	1	1	1	2
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所	(1)	-	1	-	-	-	-	1	-
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	(2)	-	-	-	-	-	-	1	1
第一号訪問事業	(6)	-	-	-	-	-	-	-	6
第一号通所事業	(1)	-	-	-	-	-	-	-	1
合計	(141)	21	31	2	84	36	14	33	36

注: 1) ()内は平成28年度に指定取消処分を受けた事業所件数である。
2) 件数には、聴聞通知後廃止(聴聞通知後に廃止届が提出された事業所)を含む。
3) 複数の指定取消事由が該当する事業所については、各指定取消事由ごとに計上されるため、指定取消件数と各指定取消事由の合計は一致しない。

8. 指定の効力の停止事由の状況(平成28年度)

(図8)

指定の効力の停止事由	人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなかった		設備及び運営に關する基準に關して、適切な運営ができなかった		要介護者の入居を要する機関に違反した		介護給付費の算定に關して不正があった		標準報酬の課税命令等に對して、又は後述の報告をした		算定に對し、虚偽の報告をし、又は検査を拒み、妨げた		不正の手段により指定を受けた		介護保険法その他の法律に關する法律に當て命令に違反した		その他			
	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部	一部	全部		
指定訪問介護事業所	(5)	(3)	-	1	-	1	2	-	2	3	1	-	-	1	-	-	-	-	-	
指定訪問看護事業所	(0)	(2)	-	1	-	1	1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	
指定訪問リハビリテーション事業所	(1)	(0)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	
指定通所介護事業所	(3)	(5)	-	2	-	1	-	2	5	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	
指定通所リハビリテーション事業所	(2)	(0)	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	
指定短期入所生活介護事業所	(3)	(0)	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
指定短期入所療養介護事業所	(2)	(0)	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	
指定特定施設入居者生活介護事業所	(4)	(0)	-	-	-	-	4	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	1	-	
指定福祉用具貸与事業所	(0)	(1)	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
指定居宅介護支援事業所	(9)	(3)	-	1	1	-	-	6	3	3	-	2	-	-	-	-	-	3	-	
介護老人福祉施設	(2)	(0)	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
介護老人保健施設	(2)	(0)	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
指定介護予防訪問介護事業所	(4)	(3)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	3	2	-	1	-	
指定介護予防訪問看護事業所	(0)	(2)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
指定介護予防訪問リハビリテーション事業所	(1)	(0)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	
指定介護予防通所介護事業所	(6)	(7)	-	2	-	1	-	2	1	1	-	1	-	5	2	1	-	-	-	
指定介護予防通所リハビリテーション事業所	(2)	(0)	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	
指定介護予防短期入所生活介護事業所	(1)	(0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
指定介護予防短期入所療養介護事業所	(1)	(0)	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	
指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所	(4)	(0)	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	
指定介護予防福祉用具貸与事業所	(0)	(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
指定小規模多機能型居宅介護事業所	(2)	(0)	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	
指定認知症対応型共同生活介護事業所	(5)	(0)	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護事業所	(1)	(0)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
指定地域密着型通所介護事業所	(3)	(5)	-	-	-	1	-	1	2	-	3	-	2	-	-	-	-	2	2	
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所	(2)	(0)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	(3)	(0)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	
第一号訪問事業	(0)	(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
第一号通所事業	(0)	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
合計	(68)	(35)	-	6	1	7	18	1	26	16	14	9	4	4	8	-	20	8	18	4

- 注: 1) ()内は平成28年度に指定の効力の停止処分を受けた事業所件数である。
 2) 件数には、聴聞通知後廃止(聴聞通知後に廃止届が提出された事業所)を含む。
 3) 複数の効力の停止事由が該当する事業所については、各停止事由ごとに計上されるため、停止件数と各停止事由の合計は一致しない。

9. 業務管理体制の整備に関する特別検査の実施結果(年度別)(平成21年度~28年度)

特別検査実施事業者数(合計):316事業者

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	合計
実施件数	8	37	20	27	49	46	61	68	316
実施件数結果内訳	行政指導に基づく改善報告件数	-	6	3	2	4	13	13	50
	改善勧告件数	2	9	8	19	32	28	33	160
	改善命令件数	-	-	-	-	-	-	3	7
	その他	6	22	9	6	13	5	12	99

注:その他の件数は特別検査を実施したが、改善指導等に至らなかった件数である。

(参考)

主な改善勧告理由

- 法令遵守責任者の役割及び権限が不明確である。
- 法令違反の未然防止のためのモニタリング態勢やチェック機能が構築されていない。
- 役職員に対して法令遵守の必要性や理解を深めるための取組を行っていなかったため、法令遵守に対する意識が不足しており、内部牽制態勢も働かなかった。

4- (4) 会計検査院「平成28年度決算検査報告」における不適切に支払われた介護給付費の概要

* 件数は全国、金額は国費ベース

【検査の結果】

検査の結果、19事業者に対して60市区町村等が行った平成19年度から28年度までの間における介護給付費の支払が計10,342件、66,635,566円が過大となっていて、これに対する国の負担額20,232,228円が不当と認められる。

これらの事態について、居宅介護支援又は介護サービスの種類の別に示すと次のとおりである。

ア 通所介護（事業所規模区分）※通所リハビリテーションにも関連あり。

○会計検査院指摘事項

9事業者は、介護報酬の算定に当たり、事業所の規模区分を誤っていた。

このため、介護給付費の支払いが計3,886件、25,547,876円過大となっていて、これに対する国の負担額8,036,619円は負担の必要がなかった。

※ 本県での同様の指摘：平成22年度実地検査

○指摘を踏まえての留意事項

【全ての通所系事業所で行うこと】

- 1 事業所規模算定の根拠となる前年度の平均利用延人員数(4月～2月)については、全通所系事業所が必ず算定表を作成すること。
その際、計算誤り等のないよう、十分留意すること。
- 2 算定の結果、前年度の規模区分から変更がある場合は、毎年3月15日までに、翌4月分からの介護給付費算定の届出書及び添付書類を所管県民局に提出すること。
- 3 算定の結果、前年度の規模区分から変更が無い場合は、事業所において算定表を保管すること。

※ 介護保険適正化システムにより、請求件数と規模の区分の一致に疑義のある事業所は抽出される。その場合は、各県民局から規模区分の再確認等の指示があるので従うこと。

なお、事業所規模の算定は、各事業所が自主的に責任をもって対応することが原則であり、書類の作成、提出、保管、報酬請求等は適切かつ確実にを行い、後から報酬返還等を要することが起きないように十分に留意すること。

イ 訪問介護

○会計検査院指摘事項

5事業者は、次のいずれかの要件を満たす建物の居住者に対して訪問介護を提供していたのに、所定単位数の100分の90に相当する単位数に減算することなく介護報酬を算定していた。

- ① 当該事業所の所在する建物と同一の建物（老人福祉法に規定する有料老人ホーム等に限る。）等
- ② 当該事業所から訪問介護の提供を受けている者が1月当たり20人以上居住している建物

このため、介護給付費の支払いが計1,599件、19,670,248円過大となっていて、これに対する国の負担額6,367,333円は負担の必要がなかった。

【全ての訪問介護事業所で行うこと】

介護報酬を請求する際は、上記①又は②の要件を満たす建物の居住者に対して訪問介護を提供していないか、必ず確認を行い、該当する場合は減算すること。

ウ その他の介護サービス

介護療養施設サービス、介護福祉施設サービス、通所リハビリテーション、短期入所生活介護及び短期入所療養介護の5介護サービスについて、5事業者は、単位数の算定を誤り、介護報酬を過大に算定していた。

このため、介護給付費の支払いが計4,857件、21,417,442円過大となっていて、これに対する国の負担額5,828,276円は負担の必要がなかった。