

30年度 京都頸髄損傷者連絡会 学習会

介護報酬の改定から見える地域生活を考えるための課題と評価

～4月からの障害福祉制度の仕組みを中心に

日時：2018年5月19日（土） 2：00～4：00

場所：京都市地域多文化交流ネットワークセンター 大ホール

話題提供：細井清和（障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議：障大連）

自己紹介：

1975年より、青い芝の会の友人組織で、ボランティアとして在宅や入所施設の障害者への訪問や外出支援、自立生活支援などに参加。

1985年に堺市で無認可作業所の職員として活動。

2000年より、大阪市内で、障害者のヘルパー派遣事業に従事。

現在は、障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議（略称：障大連）で、障害者ヘルパー派遣事業関係の情報提供や各種研修活動に従事。いろいろな団体が集まっている「大阪障害フォーラム」では、事務局を担当

堺市在住、1954年生まれ、63才。

はじめに

●2018年度は、障害者福祉にとって、総合支援法の見直しと3年ごとの報酬改定などが重なる制度の改変の時です。

いくつかの新しいサービスが開始されることや、基本報酬の変更やたくさんの「加算・減算」の創設・見直しなどが行われ、サービスの質や提供時間数などによっても報酬に大きな「格差」が生まれてくることとなります。

対象とする障害者についても、高齢の障害者や医療的ケア児、そして精神障害の人たちなど、従来とは違う人たちへの対応の問題なども、クローズアップされてきています。また、そのことと合わせて、介護保険や医療との連携なども進められつつあります。

・それらの変化は、いくつもの問題・課題を含みながら進んできています。

私たちは、一方で、新しい変化を踏まえ、自分たちの事業や取り組みを点検、改革しながら、他方、残された多くの問題・課題に対して障害者の権利擁護のための闘いを継続・発展させていかなければならないのだと思います。

●今日の学習会は、

- 1 介護保険との関係（「共生型サービス」など） p2
- 2 自立生活援助の具体性 p6
- 3 医療と障害福祉との連携について（日中活動、グループホームなど） p8
- 4 相談支援事業 p11
- 5 障害児支援 p20
- 6 2018年度制度再編の諸課題（生活介護短時間利用減算、重度訪問の入院時利用など） p23

●今回の資料は、

- ①2月5日に出された、「報酬改定の概要」と「報酬算定構造」、並びに
- ②3月14日に開かれた「障害保健福祉主管課長会議」資料、及び、
- ③3月22日に公表された「パブリックコメントでの意見と厚労省の考え」更に
- ④3月30日を中心とした各種通知やQ&A（Vol. 1）など
に基づいています。（4月25日に、Q&Aの（vol. 2）が出されましたが、就労系の細かな事項4問だけしかありませんでした）

●自分自身に関わることとして、できるだけしっかりと学習を進め、自分たちの生活や事業に活用してください。今後も、各種の告示、通達、Q&Aが出されますので、細かな点についても理解していくよう努力していきましょう。

別冊資料として、

- <参考①>共生型サービスの報酬・基準について
 - <参考②>2018年度 障害保健福祉部予算案の概要
 - <参考③>2018年3月14日 障害保健福祉関係主管課長会議資料項目概要
 - <参考④>地域生活支援事業の円滑な実施について
 - <参考⑤> 社会保障全体の再編動向
- 及び、「障害者総合支援法 サービス体系表（2018年度版）」
を載せていますので参照してください。

1 介護保険との関係（「共生型サービス」など）

（1）共生型サービス

①はじめに

- ・そもそも、この「共生型サービス」は、2025年問題を踏まえた、社会保障全体の再編構想である「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」に基づいたものです。（2015年9月のプロジェクトチームで出されてきた4つの改革の一環）

（注）4つの改革→ 1、相談の包括化、2、福祉サービスの総合化（共生型と富山方式）、3、人材確保（富士山型）、4、生産性向上（ロボット、ICT）

→**別冊資料**<参考⑤> **社会保障全体の再編動向** 別冊 p19

②障害福祉と介護保険との関係について（再確認）

- 1) 1号被保険者（65才以上）と2号被保険者（40才～65才）
特定疾病（16疾病）は、40才から介護保険対象となります

2) 2号被保険者と生活保護

但し、生活保護を受けている人は、特定疾病であっても、65才まで（2号被保険者）は、障害福祉サービスが優先されます。（65才になれば、生活保護受給者も、介護保険対象として、介護保険優先が適用されます）

3) サービスの優先及び併給について

・「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（障害者総合支援法）」の第7条の「他の法令による給付との調整」に基づいて「介護保険」が優先されます。

●具体的な適用関係については、2007年（平成19年）3月28日に出された国の通知に基づきます。

■留意点（国通知）

ケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保健サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護を行う居宅介護事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

★「同一のサービスについては介護保険が優先」

ヘルプサービス（居宅介護、家事援助）、生活介護、車いすの利用など

※但し、障害固有のニーズがある場合、障害者制度の利用も可能

（例）「補装具」（車椅子など）も介護保険優先ですが、医師や身体障害者更正相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、総合支援法での支給が可能です。

（例）生活介護についても障害固有のニーズなどがあれば、継続して使うことが可能とされています（個別ケースでの検討）

★障害福祉サービス独自のサービスについては併給が可能

「自立訓練」「就労移行」「就労継続支援」「行動援護」そして「移動支援」など

★サービスの水準については、激変緩和の視点から、従前の水準を維持するように努力することが指示されています。（市町村の判断）

（注）2018年3月30日の通知が出ています。（都道府県、指定都市、中核市向け）

「・・・自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」

- （1） 改正法による改正後の障害者総合支援法に基づく共生型障害福祉サービス事業者の特例により、新たに障害福祉サービス事業所としての指定を受けた介護保険サービス事業所において、支給決定障害者等が障害福祉サービスを利用する場合は、従前どおり障害者総合支援法に基づく自立支援給付を受け、家計の負担能力等に応じて同法に基づく利用者負担額を支払うことになること。
- （2） 共生型サービス事業所を利用するか否かは、支給決定障害者等自身が判断するものであり、65歳以上の障害者に共生型サービス事業所の利用を義務付けるものではない。 このような誤解に基づき当該障害者が事業所を選択することがないよう、当該障害者が事業所の利用を開始するに当たっては、相談支援専門員等が適切な説明・助言を行うこと。
- （3） 共生型サービス導入後も、障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、これまで同様、個別のケースに応じて、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより利用者が適切な支援を受けることが可能か否か等について、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、適切に判断すること。
- （4） 従前からお示ししているとおり、障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することも考えら

れる。しかし、介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険サービス利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、共生型サービスの利用を希望する者に対して支給決定を行う際にも、個々の実態に即した適切な運用を行うこと。

③「共生型」の対象となるサービス

→別紙1「共生型サービスの基準・報酬の設定」p31

1、デイサービス

※障害福祉：生活介護

※介護保険：通所介護

(注) 介護保険の新しい類型名：「共生型通所介護」

2、ホームヘルプ

※障害福祉：居宅介護、重度訪問介護

※介護保険：訪問介護

(注) 介護保険の新しい類型名：「共生型訪問介護」

3、ショートステイ

※障害福祉：短期入所

※介護保険：短期入所生活介護

(注) 介護保険の新しい類型名：「共生型短期入所生活介護」

④障害福祉事業所が介護保険の指定を受ける場合

●私たち障害福祉サービス事業者にとっては、正直言って、65才になる障害者がいなければ、それほど焦る必要はありません。

1) 目的

- ・障害者が65歳以上になっても、従来から障害福祉で受けてきたサービスを継続して受けやすくする
- ・地域の実情に合わせて（特に中山間地域などの過疎地など）、限られた福祉人材をうまく活用する

2) 実際の運用

- ・介護保険の利用をあくまでも拒否するという選択肢もありますが、市町村から、障害福祉サービスの支給決定を止められる危険性もあります。（調整に時間がかかって隙間ができる場合もあります）
- ・介護保険と障害福祉サービスを併給するには、介護保険の「介護支援専門員（ケアマネージャー）」さんと障害福祉の「相談支援専門員」（セルフの場合は、本人、実際には相談支援専門員さんと相談して）が連携して計画を立てます。（行政的には、障害福祉と高齢福祉の連携）
- ・双方とも、相手方の制度について知らないことが多いので、注意することが必要です。
※障害者のことをよく知っているケアマネさんを探しましょう！（自分たちがなってもいいですね）
- ・運用を開始しても、介護保険を部分的にでも利用すると実際にはケアマネさんが必要になります。
(市町村によっては、介護保険の90%は使い切ることが求められます)
(注) 計画相談の側からすると、基本報酬は一部減算されます。要介護1～2→△552単位、要介護3～5→△854単位
但し、今年度から介護保険導入時及び6ヶ月毎に、「居宅介護支援連携加算」（100単位/月）がつきます。
- ・主に、ヘルパー派遣と日中活動についてどうしていくのかを検討することになります。
生活介護は、「障害特性」を踏まえて、生活介護を継続するという選択肢もあります。共生型ができたので、行政からは、共生型を使うように「助言（指導?）」されることも多いだろうと思われます。
事業所の側からすると、介護保険の「共生型通所介護」の指定を受けることが必要になります。

3) 具体的にはどうするか

- ・今回は、ヘルパーのことを中心に少し考えてみましょう。

重度訪問介護で300時間支給決定されていたとします。65才になる時に、要介護認定を受けます。要介護4という判定であった場合、介護保険の限度額は、30,806単位となります。これで、利用できる介護保険のヘルパーが、身体介護だけで考えると、概算で78時間程度となります。(身体介護1時間→394単位で計算)

※共生型も2級ヘルパー資格以上の人が入れば、普通の介護保険の訪問介護と同一報酬です。

- ・従来の生活の質の低下を防ぐことに配慮して従来のサービス水準と比べて不足するサービスを障害福祉サービスから給付する。

300時間 - 78時間で、障害福祉から222時間支給するという形です。

(注) これは、市町村が配慮を行った場合であり、市町村によっては、要介護認定が高くないと、上積みしないとか、障害福祉サービスの上乗せは〇〇時間までしか出さないなどの場合があります。

非定型協議などを通じて生活の質の低下を許さない権利擁護の取り組みが必要です。

(注) 障害福祉サービスと介護保険を併用する時に、組み立てる「サービス等利用計画」の注意点

- ・共生型訪問介護のサービス内容には、「見守り」や「移動」はありませんし、介護保険のいろいろな規制があります。(窓ガラスの外を拭いたらダメとか)
- ・共生型訪問介護は、外出する可能性がある時間帯などは避けて組み立てた方が良いでしょう。

【参照1】共生型訪問介護の資格要件(3級、重度訪問介護資格の人)

○障害福祉制度の居宅介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合

1、2級ヘルパー以上は、訪問介護と同一単価

2、ただし、障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者(旧3級)等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。この場合には、所定単位数に70/100等乗じた単位数(新設)

3、重度訪問介護従業者養成研修修了者等については、65歳に至るまでにその事業所で障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。但し、所定単位数に93/100を乗じた単位数

【参照2】訪問介護費(共生型訪問介護)2018年度～

●通常の訪問介護と共生型訪問介護の単価は同一です。但し、障害者居宅介護従業者基礎研修修了者(3級ヘルパー)の場合は、×70%。重度訪問介護従業者養成研修修了者の場合は、×93%。

<身体介護中心型のみの場合>

20分未満	165単位
20分以上30分未満	248単位
30分以上1時間未満	394単位
1時間以上1時間30分未満	575単位

★以降30分を増すごとに83単位

<身体介護の後に引きつづき生活援助を提供する場合>

※生活援助加算 20分から起算して(66単位)25分ごとに66単位加算、70分以上(198単位)を限度

<生活援助中心型>

20分以上45分未満	181単位
------------	-------

45分以上

223 単位

<通院等乗降介助>

98 単位

★これを踏まえると、

例えば、重度訪問介護利用者が 午前のサービスを組み立てるときには、

午前中：8：00～10：00 重度訪問介護を利用していた場合（365 単位）

→身体介護1時間30分（575 単位）＋引きつづき生活援助を提供する加算（132 単位）

1回あたり、介護保険の給付費 707 単位消費することになります。

その部分だけで、707 単位×30 日＝約 21 万 2100 円

要介護5で、在宅サービスでは、限度額 36 万円/月 です。

2 自立生活援助の具体性

①活動のイメージ

1) 経過

- ・このサービスが出てきた経緯は、2011 年の「骨格提言」で「日常生活全般に常時の支援を要する」障害者へのサービスの必要性が提起され、2014 年に重度訪問介護の知的、精神の障害者へも対象が拡大されましたが、対象となる人たちの範囲が重度の行動障害に限定されてしまい、「見守り」などを必要とする多くの知的障害、精神障害の人たちが残されたということがあります。
- ・また、グループホーム（及び入所施設）については、軽度の障害者への支援のあり方が議論され、財政的な議論もありましたが、本人の意思によるひとり暮らしの可能性の尊重ということも重要な課題であるという意見もあり、地域でのひとり暮らしを支える仕組みづくりが課題となりました。
- ・2015 年度に行われた、「総合支援法3年後見直し」では、「本人が望む地域生活の実現」という項目が立てられ、2016 年の総合支援法改正（施行は 2018 年度）で、「施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）」こととなりました。

2) モデルとなった事業

- ・横浜市の「障害者自立生活アシスタント事業」（2010 年度より本格実施）がモデルとなっています。横浜市の事業の対象者は、単身者であり、知的障害、精神障害、発達障害、高次脳機能障害がある者となっています。
- ・この事業は、単独の事業と言うよりも、「(委託) 相談支援事業所」や「日中活動の場（生活介護や地域活動ホーム）」、「生活支援事業（一時ケアやショートステイ、余暇活動など）」、更には、家族同居者を対象とした「後見的支援制度」、そして「精神障害者生活支援センター」などの重層的な支援体制の中で位置づけられたものです。
- ・自立生活援助単体でのサービス提供というよりも、いろいろなサービスの組み合わせの中の1つとして位置づけることが大事だと思います。
- ・指定を受けるためには、訪問系サービスもしくは計画相談

→別紙2「横浜市の施策のまとめ」p32

②支給決定

→別紙3「自立生活援助」p33

- 一般相談の「地域移行支援」や「地域定着支援」、及び、新規サービスの「就労定着支援」との併給はできません（計画相談は併給あり）

(注) 後でみますが、計画相談の特定事業所加算に関して、従業者は、自立生活援助を兼務していい
となっています。(後述)

(注) 介護派遣、日中活動などは、当然、利用可能です

②対象者

1) 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者で、地域生活が困難な者

(注)「等」→のぞみの園、宿泊型自立訓練事業所、児童福祉施設、療養介護を行う病院、福祉ホーム、救護施設、更生施設、刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘置所)、少年院、更生保護施設、自立更生促進センター、就業支援センター、自立準備ホーム

2) 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況

3) その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

(例) 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合(家族の死亡、入退院の繰り返し等)

③実施主体

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練又は共同生活援助(グループホーム)に係る指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者
派遣事業やグループホーム、計画相談などが対象で、日中活動は想定されていません。

④職員配置

・自立生活援助事業所の職員が、他の障害福祉サービスとの兼務について柔軟に対応できる仕組み

・**サービス管理責任者** 30人に対して1人

グループホームのサービス管理責任者と同じ基準(5年以上の実務経験、サビ管研修修了、必要な時間数の勤務)

・**地域生活支援員** 25人に対して1名

(注) サービス管理責任者と地域生活支援員の兼務はできません。

最低限2人の配置が必要ですが、常勤配置などは求められていません。

例えば、計画相談(特定相談支援)の「サービス管理責任者」資格を持った従事者が自立生活援助の「サービス管理責任者」として、週〇〇時間勤務、そして、ヘルパーさんの時間が空いている時を想定して「地域生活支援員」として週〇〇時間という人員配置で構わないと言うことになります。

・利用者をもすぐ確保しなければならないというのではなく、相談支援などで、出会った人や、ヘルパー派遣や日中活動の利用者さんの中から、このサービスが有効だと思われる人(主に、知的障害、精神障害、高次脳機能障害の人たちなど)に対して、利用を勧奨して、少しずつ増やしていくので構わないのだと思います。

⑤支援内容

食事・洗濯・掃除に課題はないか

公共料金や家賃に滞納はないか

体調に変化はないか、通院しているか

地域住民との関係は良好か

・定期的な訪問以外で利用者からの相談・要請があった際には、訪問、電話、メールなどで随時対応

⑥利用期間

標準利用期間は1年(市町村判断で延長可能)

⑦基本報酬・加算

●定期的な居宅訪問を月2回以上（週1回程度を想定）

●施設等から移行した直後（1年以内）の利用者については、業務量を踏まえた報酬設定

※自立生活援助サービス費（Ⅰ）（新設）★退所等から1年以内の利用者

（1）利用者数を地域生活支援員の人数で割った数が30未満 → **1547単位/月**

（2）利用者数を地域生活支援員の人数で割った数が30以上 → **1083単位/月**

※自立生活援助サービス費（Ⅱ）（新設）★退所等から1年を越える利用者

（1）利用者数を地域生活支援員の人数で割った数が30未満 → **1158単位/月**

（2）利用者数を地域生活支援員の人数で割った数が30以上 → **811単位/月**

●加算

※初回加算 → **500単位/月（1回のみ）**

※同行支援加算（利用者が外出したときに同行した月） → **500単位/月**

※特別地域加算（中山間地等） → **230単位/月**

※福祉専門職員配置等加算 → **（月額450単位、300単位、180単位）**

3 医療と障害福祉との連携について

<2018年度からの変更点>

①生活介護

常勤看護職員等配置加算の拡充。看護職員の複数配置に対する評価の新設。

もともとあった常勤看護職員配置加算が2人配置によって倍になる仕組みです。

（注）人員配置に更に看護職員を加えるのではなく、配置する人員の内、看護職資格を持った人がいれば算定される仕組みです。

※常勤看護職員配置加算（Ⅰ）**28単位/日** 定員20人以下

常勤看護職員配置加算（Ⅱ）**56単位/日** 定員20人以下

②共同生活援助（グループホーム）

看護職員の配置の評価～常勤換算で1人以上の配置がある場合の加算を新設

○看護職員配置加算 *「看護職員」なので准看護師も可能 **70単位/日**

*医療連携体制加算（Ⅴ）**39単位/日**と併給可能

これも、人員配置に更に看護職員を加えるのではなく、配置する人員の内、看護職資格を持った人がいれば算定される仕組みです。

③福祉型短期入所

1)「福祉型強化短期入所サービス費」の創設

●人員配置基準

ア、併設型や空床型については、本体施設の配置基準に準じる。

但し、医療的ケアを必要とする人を受け入れる場合には、看護職員を常勤で1人以上配置必要

イ、単独型については、現行の職員配置に加えて、看護職員を常勤で1人以上配置

●また、判定スコアの各項目に規定する状態のいずれかに該当する利用者を1名以上受け入れる場合や重度な障害児者（放課後デイ参照）を利用全体の50%以上受け入れる場合について、支援の負担を評価する加算を創設。

なお、受け入れ体制を強化する場合の評価として、常勤看護職員等配置加算を創設

※福祉型強化短期入所サービス費

医療的ケア対応支援加算（新設）	120単位/日	判定スコア対応
重度障害児者対応支援加算（新設）	30単位/日	重度な障害50%以上対応
常勤看護職員等配置加算（新設）	利用定員に応じて	10単位/日（6人以下の場合）

2) 看護職員による（ショートステイ事業所への）訪問の評価の充実

「医療連携体制加算」の充実 → 4時間以上の支援に対して新たな評価

※医療連携加算（Ⅵ）（利用者1人） 1000単位/日

医療連携加算（Ⅶ）（利用者2～8人） 500単位/日

【参照3】医療連携体制加算（短期入所の場合～他の事業の場合は単価が少しちがいます）

・医療連携体制加算（Ⅰ）

看護職員が事業所を訪問して利用者（1人）に対して看護の提供（医療的ケア）を行った場合
→ 600単位/日

・（Ⅱ）は、2～8人の利用者を対象とした場合 → 300単位/日

・（Ⅲ）は、看護職員が介護職員等にたんの吸引等に係る指導のみを行った場合 → 500単位/日

・（Ⅳ）は、認定特定行為業務従事者がたんの吸引等を実施した場合 → 100単位/日

・（Ⅴ）は、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備 → 39単位/日

【参照4】「医療連携体制加算の取扱い（報酬告示第7の5）」

- ・医療機関等との連携により、看護職員を指定短期入所事業所等に訪問させ当該看護職員が障害者に対して看護の提供又は認定特定行為業務従事者に対し喀痰吸引等に係る指導を行った場合に評価を行うものである。

（一） 指定短期入所事業所等は、あらかじめ医療連携体制加算に係る業務について医療機関等と委託契約を締結し、障害者に対する看護の提供又は認定特定行為業務従事者に対する喀痰吸引等に係る指導に必要な費用を医療機関に支払うこととする。このサービスは指定短期入所事業所等として行うものであるから連携する医療機関の医師から看護の提供又は喀痰吸引等に係る指導等に関する指示を受けること。

（二） 指定短期入所事業所等は、当該障害者に関する必要な情報を保護者等、主治医等を通じ、あらかじめ入手し本人の同意を得て連携する医療機関等に提供するよう努めるものとする。

（三） 看護職員の派遣については、同一法人内の他の施設に勤務する看護職員を活用する場合も可能であるが、他の事業所の配置基準を遵守した上で、医師の指示を受けてサービスの提供を行うこと。

（四） 看護の提供又は喀痰吸引等に係る指導上必要となる衛生材料、医薬品等の費用は指定短期入所事業所等が負担するものとする。

【参照5】判定スコア

（1）レスピレーター管理 = 8

（2）気管内挿管、気管切開 = 8

（3）鼻咽頭エアウェイ = 5

（4）酸素吸入 = 5

（5）1回/時間以上の頻回の吸引 = 8

6回/日以上頻回の吸引) = 3

（6）ネブライザー6回/日以上または継続使用 = 3

（7）IVH = 8

（8）経管（経鼻・胃ろう含む） = 5

- (9) 腸ろう・腸管栄養 = 8
- (10) 接続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時) = 3
- (11) 継続する透析(腹膜灌流を含む) = 8
- (12) 定期導尿(3/日以上) = 5
- (13) 人工肛門 = 5

④障害児通所支援(児童発達支援、放課後等デイサービス)

●医療的ケア児への支援の充実

- 1、看護職員の加配を評価
- 2、手厚い人員配置体制での送迎の加算
- 3、外部の看護職員が障害児通所事業所を訪問場合の長時間(4時間以上)の評価の導入

1) <看護職員の評価>

※看護職員加配加算(新規)

- ・児童発達支援は、児童発達支援センターであるかどうか、通常の障害児、重度心身障害児、難聴児であるかどうかなどで細かく分かれています。
- ・放課後等デイサービスも、通常の障害児、重度心身障害児での区分などがあります。

- イ、看護師1人 判定スコア8点以上5人以上
- ロ、看護師2人 判定スコア8点以上8人(または9人以上)
- ハ、看護師3人 判定スコア8点以上9人以上

(注) これを取得すると、下記の医療連携体制加算は算定できません

2) <送迎加算の拡充>

※看護職員加配加算を算定する事業所で、運転手とは別に喀痰吸引等の医療的ケアに対応するための職員を1以上配置する場合

- 障害児(重心児以外) 片道54単位(従来からある加算) **プラス37単位**
- 重心児 片道37単位(従来からある加算)

3) <医療連携体制加算の拡充>

※4時間以上看護師が支援する場合の加算を創設

【参照6】リハビリテーション加算の見直し

●(生活介護の)リハビリテーション加算の見直し

頸髄損傷の人などへのリハビリテーション加算を拡充

頸髄損傷による四肢の麻痺等の状態にある者などに対する訓練について、訓練に要する業務量を評価し、リハビリテーション加算を拡充

※リハビリテーション加算(Ⅰ) 48単位/日(頸損などの四肢麻痺の状態)(従来20単位)

リハビリテーション加算(Ⅱ) 20単位/日

【参照7】リハビリテーション加算

- ・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成(リハビリテーションカンファレンスの開催)
- ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が指定生活介護等を行っている
- ・利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しを行う(最低3ヶ月に一度)

(注) 平成21年度障害福祉サービス報酬改定に係るQ&A(VOL.1)

・問6-2

リハビリテーション加算は、リハビリテーション実施計画を作成されている利用者について、その利用日全部について算定されるのか、それともリハビリテーションを受けた日のみに算定されるのか。

(答) 当該利用者については、利用日全部について算定される。

4 相談支援事業

(1) 計画相談支援、障害児相談支援

① モニタリング実施標準期間の見直し (計画相談支援)

● モニタリングの頻度を高める

障害者の「標準期間」の見直し (障害児は見直しなし)

(注) 「モニタリング頻度の引き上げ」は、報酬バランスが悪いままでは、赤字が増えることにもなりかねません。報酬のバランスを安定させるためには、報酬の底上げとなる「特定事業所加算」などが必要です。

● モニタリング時以外にも、サービス提供事業所は、計画相談支援事業所 (児童相談支援事業所) に対してサービス利用状況を伝える。

※各事業所は、計画相談支援事業所に対して、(毎月?) 「報告する」ということになるのでしょうか?

● 質の向上、公正・中立性を高めるために

イ・モニタリング結果を市町村に対して報告

ロ・市町村で、モニタリング結果を抽出し、事例検討等によりモニタリング内容について検証

(注) 検証については、基幹相談支援センター等に委託可能

<新しい標準期間>

→ **別紙4 「モニタリング実施標準期間の見直し (計画相談) ・イメージ」 p34**

1、新規又は変更によりサービスの種類、内容、量に著しく変化があった者

→利用開始から3月を経るまで1ヶ月に1度

2、在宅の障害福祉サービス利用者

① 従来の「毎月モニタリング」対象者 →1ヶ月に1度

地域移行者、単身で連絡困難な人、「重度障害者等包括支援対象者」

② 居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練、就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助を利用する者

→ 3ヶ月に1度

③ 65才以上で、介護保険のケアマネを受けていない人 → 3ヶ月に1度

(注) 日中サービス型ではない普通のグループホームにおいて、日中は、就労継続Bにおいて、移動支援のみ使っている場合は、従来通り6ヶ月です。

④ それ以外の人 →6ヶ月に1度

3、入所施設 →6ヶ月に1回

4、地域移行支援、地域定着支援対象者 上記以外、→6ヶ月に1回

<3/30Q&AVo1.1>より

(基本報酬①)

問 76 モニタリング標準期間の一部が見直されたが、利用者の状況に応じてそれ以外の期間を設定して

もよいか。

(答) 施行規則で示すモニタリング標準期間は、従前どおりあくまで市町村が決定する際の勘案事項であるため、利用者の状態等に応じて、例えば標準期間が6月に1回のところを3月に1回としても差し支えない。なお、以下に示す状態像の利用者については、標準期間よりもさらに短い期間で設定することが望ましい。

【計画相談支援】 ・ 生活習慣等を改善するための集中的な支援の提供後、引き続き一定の支援が必要である者

・ 利用する指定障害福祉サービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある者

【障害児相談支援】 ・ 学齢期の長期休暇等により、心身の状態が変化するおそれのある者

・ 就学前の児童の状態や支援方法に関して、不安の軽減・解消を図る必要のある保護者

②相談支援専門員ひとりあたりの1ヶ月の標準担当件数(35人)の設定(計画相談、障害児相談支援)

※標準担当件数を一定程度超過する場合(40人以上)の基本報酬の逓減制(単価費利下げ)を導入
<3/30Q&AVo1.1>より

(基本報酬②)

問 77 相談支援専門員1人当たりの取扱件数には、基本報酬以外の加算の件数も含むのか。また、計画相談支援を行う事業所が地域相談支援の事業の指定も併せて受けており、相談支援専門員が地域相談支援における対応も実施している場合、当該件数も含まれるのか。

(答) 取扱件数は、1月間に実施したサービス利用支援、継続サービス利用支援、障害児支援利用援助、継続障害児支援利用援助の合計数であり、基本報酬以外の加算や地域相談支援の事業として対応した件数は含めない。

問 78 サービス利用支援費(Ⅱ)～減算～となる場合の算定方法 別途例示有

(答) 基本報酬(Ⅱ)を算定する件数は、取扱件数(1月間に計画作成又はモニタリングを行った計画相談支援対象障害者等の数(前6月の平均値)÷相談支援専門員の員数(前6月の平均値))が40以上である場合において、40以上の部分に相談支援専門員の員数(前6月の平均値)を乗じて得た数(小数点以下の端数は切り捨てる。)により算定

③基本報酬の見直し

●障害者は、一定程度引き下げ

(注) 基本報酬の引き下げは、入所施設、自立生活援助、就労定着支援、日中サービス利用型グループホームについては、今年度から新単価。その他は、2019年度から実施(2018年度は従来報酬)。入所施設等は2018年度から適用。それ以外は、2019年度から新報酬に切り替え

<現行> サービス利用支援 1611単位/月
継続サービス利用支援 1310単位/月 40人以上の場合

<見直し後> サービス利用支援(Ⅰ) 1458単位/月
サービス利用支援(Ⅱ) 729単位/月 40人以上の場合
継続サービス利用支援(Ⅰ) 1207単位/月
継続サービス利用支援(Ⅱ) 603単位/月 40人以上の場合

●障害児相談支援は、ほぼ従来のままの基本報酬(1611単位→1620単位)と40人以上での減算(811単位)

(注) 引き下がりについては、今回導入される初回加算や特定事業所加算、各種加算などを踏まえて、具体的に計算してみましょう

④特定事業所加算の評価の見直し

<見直し後> (計画相談支援事業)

(1) 特定事業所加算 (I) ※500単位/月

- 1、常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が主任相談支援専門員であること

(注) 兼任の取扱いはまだ出ていません

- 2、利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催
- 3、24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保
- 4、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該事例に係る者に相談支援を提供
- 5、基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加
- 6、新たに採用する全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施
- 7、相談支援専門員1人あたり、1か月間において障害者、障害児の利用者が40人未満であること

(注) この特定事業所加算 (I) 型は、「主任相談支援専門員」がいなければ成り立ちません。実際に「主任相談支援専門員」になることができるのは、2019年度の後半あたりからです。

2018年度は、前半、カリキュラム確定、後半に、国で、自治体での養成研修をする指導員をつくるための研修が行われ、実際に、自治体で養成研修が行われるのは、2019年度の後半になる予定です。一番早いコースは、国の指導員養成に参加する場合がありますが、実際には、2019年度後半から初めて適用できると考えられます。

それまでの間は、次の特定事業所加算 (II) を取得する形になります。→この (II) は、2021年3月末で終了する経過的な類型です。それまでに、主任相談支援専門員を確保するような仕組みとなっています。

(2) 特定事業所加算 (II) ※400単位/月

- 1、常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が相談支援専門員現任研修修了者であること
- 2、利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催
- 3、24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保
- 4、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該事例に係る者に相談支援を提供
- 5、基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加
- 6、新たに採用する全ての相談支援専門員に対し、現任研修を受けた相談支援専門員の同行による研修を実施
- 7、相談支援専門員1人あたり、1か月間において障害者、障害児の利用者が40人未満であること

(注) この加算類型は、2021年3月末までの経過的なものです。(I)に移るという仕組みです

(3) 特定事業所加算 (III) ※300単位/月

- 現行の特定事業所加算と同じ条件にプラスして「相談支援専門員1人あたり1か月40人まで」の条件がプラスされます。

但し、すでに現行の特定事業所加算を取得している場合は2021年3月末まで、「相談支援専門員1人あたり1か月40人まで」の条件はなくてもかまいません。(たくさんの人をしてもかまいません。減

算はありますが。)

(4) 特定事業所加算 (IV) ※150単位/月

- 1、常勤・専従の相談支援専門員を2名以上配置。そのうち、相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員を1名以上配置
- 2、利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催
- 3、新たに採用する全ての相談支援専門員に対し、現任研修を受けた相談支援専門員の同行による研修を実施
- 4、基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該事例に係る者に相談支援を提供
- 5、基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加

(注)「24時間連絡体制を確保しかつ必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保」という条件が外れています。

(注) この加算類型は、2021年3月末までの経過的なものです。その間に、3人、4人の配置と「24時間体制等」を整備するという育成的な仕組みです。

(注) 新しく作られる小規模事業所への支援策である「特定事業所加算の(IV)」については、「兼務関係」(専任規定)が心配されていましたが、以下の通知に載っています。

<計画相談支援等に係る平成30年度報酬改定の内容等及び地域の相談支援体制の充実・強化に向けた取組について3/30通知>

- ・常勤かつ専従の相談支援専門員を2名以上配置しかつそのうち1名以上が現任研修修了者であること。

(注) 現任研修修了者は、同一敷地内の他の相談事業所等の職務との兼務可。

また、現任研修修了者以外の者については、相談事業所等への職務を主たる業務とした上で、業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務との兼務可。

(注) 他の相談支援事業所とは → 指定障害児相談事業所、指定一般相談支援事業所 又は 指定自立生活援助事業所

(注) つまり、自立生活援助は兼務できることと、常勤換算で、1.5人配置は必要と言うこととなります。

⑤質の高い支援や専門性の高い体制等を評価する加算の創設

1、初回加算(新設) →300単位/月

(注) 従前は、初回1611単位でしたが、これからは、1458単位+300単位=1758単位です。

(注) 初回加算は、障害児にはすでにあります(500単位)

<3/30Q&A Vol.1.1>より

(初回加算)

問81 障害児相談支援を利用していた障害児が、初めて計画相談支援を利用する場合について、計画相談支援の初回加算は算定可能か。また、計画相談支援を利用していた障害児が、初めて障害児相談支援を利用する場合も、障害児相談支援の初回加算は算定可能か。

(答) 算定できる

.....以下は、ライフイベント

2、入院時情報連携加算(新設)

障害福祉サービス利用者が入院した時の病院との連携

入院時情報連携加算(I) →200単位/回(月1回) 病院を訪問した場合

入院時情報連携加算（Ⅱ） → 100単位/回（月1回） 病院を訪問せず情報を提供の場合

（注）2つを同じ月に算定はできない

3、退院・退所加算（新設） → 200単位/回（入院中3回を限度。初回加算時は算定なし）

退院・退所時に地域生活への移行に向け医療機関等から情報を収集することに対する評価（カンファレンス参加含む）

4、居宅介護支援連携加算（新設） → 100単位/回（1月に1回。その後6か月は算定不可）

障害福祉サービスを利用している利用者が、介護保険サービスを利用するときに介護保険事業所に情報を提供した場合に算定

5、医療・保育・教育機関等連携加算（新設） → 100単位/回（1月に1回限定）

医療・保育・教育機関と面談等を行い情報を入手し、協議を行った上でサービス等利用計画等を作成した場合に加算

初回加算を算定、又は退院・退所加算を得た場合は算定不可（退院・退所加算時にその機関以外から情報入手した場合は、算定可）

・・以下は通常的に算定可能

6、サービス担当者会議実施加算（新設） → 100単位/月（サービス利用者1人につき）

モニタリング時に利用者の居宅等を訪問し利用者に面接することに加えて、障害福祉サービス事業者等の担当者を招集し、提供状況等を確認するとともに支援内容の調整を行った場合に算定

< 3 / 30 Q & A V o 1. 1 > より

（サービス担当者会議実施加算①）

問 84 「サービス担当者会議実施加算」は、サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者を招集する必要があるのか。また、全員 集まらなると算定できないのか。

（答） サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者が全員参加することが望ましいが、検討を行うにあたり必要な者が参加していれば、担当者全員の参加は要しない。ただし、会議開催を調整したが全員参加せず、メール等による担当者への報告のみの実施である場合は、当該加算を算定することはできない。

（サービス担当者会議実施加算②）

問 85 モニタリング時にサービス担当者会議を開催した結果、サービス等利用計画等を変更することになった場合支給決定後に指定基準に基づき再度サービス担当者会議を開催しなければならないのか。

（答） モニタリング時に開催したサービス担当者会議の結果、サービス等利用計画等を変更することになった場合は、その際に検討した変更案から変更がない又は軽微な変更のみであれば、その旨を関係者に報告する等によって、サービス担当者会議の開催について簡素化することは差し支えない。

7、サービス提供時モニタリング加算（新設） → 100単位/回（1人につき1月1回まで）

モニタリング時、あるいはそれ以外の時、サービスを提供している事業所を訪問し、サービス提供場面を直接確認し、確認結果の記録を作成した場合に加算

< 3 / 30 Q & A V o 1. 1 > より

（サービス提供時モニタリング加算①）

問 86 「サービス提供時モニタリング加算」は、居宅で利用する障害福祉サービス等の提供現場を確認した場合も算定可能か。

（答） 算定可能である。ただし、指定基準に基づいた定期的なモニタリングを行う日と同一日に、居宅で利用する障害福祉サービス等の提供現場を確認し、当該加算 を算定する場合は、モニタリング結果と当該加算に関する記録をそれぞれ作成する必要があるので留意すること。

(サービス提供時モニタリング加算②)

問 87 複数の障害福祉サービス等を利用する利用者について、「サービス提供時 モニタリング加算」を算定する場合は利用する全ての障害福祉サービス等の提供現場を確認しないと算定できないのか。

(答) 複数の障害福祉サービス等を利用している者については、全ての障害福祉サービス等の提供現場を確認することが望ましいが、1箇所でも確認していれば算定は可能である。

(サービス提供時モニタリング加算③)

問 88 「サービス提供時モニタリング加算」は相談支援専門員 1 人当たり 39 件 まで請求できるが、取扱件数と同様に前 6 月平均なのか。

(答) 取扱件数については、月によってモニタリング件数が集中する可能性があることに配慮して前 6 月平均としたところであるが、「サービス提供時モニタリング加算」は実施月を調整することが可能であるため、前 6 月平均ではなく当該月の実施件数を 39 件までとする。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下は、研修し各修了者がいれば、体制加算が得られるもの

8、行動障害支援体制加算（新設） → 3.5 単位/月（相談支援事業所への加算）

相談支援専門員が、「強度行動障害支援者養成研修」を修了し、事業所に配置していることを公表している場合

< 3 / 30 Q&A V o 1. 1 > より

(行動障害支援体制加算①)

問 89 「行動障害支援体制加算」は、対象となる研修を受講した相談支援専門員以外の者が行った計画相談支援にも加算されるのか。

(答) 加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援で算定が可能である。 なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

(行動障害支援体制加算②)

問 90 「行動障害支援体制加算」の届出が月途中で提出された場合、いつから 実施した計画相談支援で加算が算定できるのか。

(答) 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指 定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に 関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 10 月 31 日障 発 1031001 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第一の 1 の（4）の 規定に準じた取扱いとする。 なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

(注) 前月の 15 日までに提出したら月初めから加算可能

(行動障害支援体制加算③)

問 91 「行動障害支援体制加算」の対象となる者を配置していても、当該月に強度行動障害の利用者がいない場合は算定できないのか。

(答) 対象の障害特性を有する利用者への支援を行わなかった場合でも算定は可能である。 なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

9、要医療児者支援体制加算（新設） → 3.5 単位/月（相談支援事業所への加算）

相談支援専門員が、「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」を修了し、事業所に配置していることを公表している場合

(注) 「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」は、まだそれほど普及していません。2017 年度に岡山県で開催された研修では 4 日間 28 時間(14 時間講義と 14 時間の演習)がありました。

10、精神障害者支援体制加算（新設） → 3.5 単位/月（相談支援事業所への加算）

相談支援専門員が、地域生活支援事業の中で行われる「精神障害者支援のための障害特性と支援技法を学ぶ研修」又は、「精神障害者の地域移行関係職員に対する研修」を修了し、事業所に配置していることを公表している場合に加算

(注) どのような研修講座があるのか不明な点が多いです

<3/30Q&AVo1.1>より

(加算共通①)

問 79 加算が複数創設されているが、全て併給が可能か。また、記録の作成が必要な加算についてはどのように記録したら良いのか。

(答) 以下の場合については、加算の併給はできない。

① 退院・退所加算と初回加算の併給

② 医療・保育・教育機関等連携加算と初回加算又は退院・退所加算（当該退院等施設のみとの連携の場合）の併給

記録については、別添資料2の標準様式を参考として作成し、5年間保存しなければならない。

(加算共通②)

問 80 平成30年度の報酬改定で創設された加算の中で、基本報酬を算定していない月でも請求可能な加算はあるか。また、当該加算を単独で請求した場合、当該加算に対して特定事業所加算などの体制加算を算定することは可能か。

(答) 「入院時情報連携加算」、「居宅介護支援事業所等連携加算」及び「サービス提供時モニタリング加算」については、当該利用者について基本報酬を算定しない月においても、当該加算のみでの請求が可能である。ただし、特定事業所加算などの体制加算は基本報酬にのみ加算されるため、「入院時情報連携加算」、「居宅介護支援事業所等連携加算」、及び「サービス提供時モニタリング加算」に対して算定することはできない。

⑥その他（計画相談支援、障害児相談支援）

セルフプランに関して、

ア、セルフプラン作成の利用者に、計画相談支援の利用希望の有無について意向調査を行う

イ、相談支援を提供する体制が十分ではないためにセルフプランを作成している者が多い市町村については、体制整備のための計画を作成

ウ、基幹相談支援センター等による、セルフプランについての一定数の事例検証

(2) 地域移行支援

①地域移行実績や専門職の配置等の評価（強化型）

※現行 地域移行サービス費 2323単位/月

見直し後 地域移行サービス費（Ⅰ） 3044単位/月

地域移行サービス費（Ⅱ） 2,323単位/月

<地域移行サービス費（Ⅰ）の算定要件>

その1 前年度に地域移行の実績を有すること

その2 1、従業者の内、1人は、社会福祉士又は精神保健福祉士であること

2、従業者の相談支援専門員の内、1人は、「精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修」の修了者であること

(注) 都道府県の地域生活支援事業の内のメニューですが、行われている自治体は少ない

ようです。

その3 1つ以上の障害者支援施設又は精神科病院等と緊密な連携が確保されていること

<参考>医療観察法対象者の受入れ促進

医療観察法対象者や刑務所出所者等の社会復帰を促すため、訓練系、就労系サービス事業所において、精神保健福祉士等の配置や、訪問により支援を実施していることを評価

※社会生活支援特別加算 **480単位/日** 年数制限はされていません。

<3/30Q&AVo1.1>より

(地域移行支援サービス費 (I))

問93 地域移行支援サービス費 (I) を算定する事業所の要件の一つに、「1以上の障害者支援施設又は精神科病院等 (地域移行支援の対象施設) と緊密な連携が確保されていること。」とあるが、「緊密な連携」とは具体的にどのような状況が想定されるのか。また、どの程度の頻度で行う必要があるのか。

(答) 例えば

- ・ 地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議へ参加
- ・ 地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介
- ・ 地域移行など同様の経験のある障害当事者 (ピアサポーター等) による意欲喚起のための活動などが想定され、概ね月1回以上行っていることが目安となる。

(3) 地域定着支援

●深夜 (夜10時～朝6時まで) における電話による支援の評価

※現行 緊急時支援 705単位/月

見直し後 緊急時支援 (I) **709単位/月**

緊急時支援 (II) **94単位/月 (新規)**

<参考> 体制確保費 302単位/月 →**304単位/月**

<3/30Q&AVo1.1>より

(緊急時支援費 (II))

問94 緊急時支援費 (II) については、深夜の電話による相談対応を行った場 に算定されるが、深夜の時間帯であれば、相談の方法や内容は問わなか。

(答) 緊急時支援費 (II) については、電話により直接本人又は家族等に対して緊急的な支援が必要な相談対応を行った場合に限ることとし、予定確認等の電話連絡は算定の対象とはならない。また、原則、メールによる対応については対象としない。なお、深夜に電話による相談対応を行った場合であっても、その後利用者の居 宅等へ出向いて支援を行った場合は、当該日については緊急時支援費 (I) のみを算定することとなり、緊急時支援費 (II) との併給はできないことに留意すること

(4) 相談支援専門員とサービス管理責任者 (児発管含む) の見直し

(注) これらは、3・2の社会保障審議会、障害者部会3・24の主管課長会議、3・30通知などで明らかにされています。

①相談支援専門員に関して

1) 「主任相談支援専門員」の創設

※この主任相談支援専門員になることのメリットは、「特定事業所加算 I」（4名配置で500単位加算）が取れるということです。（基幹相談支援センターを想定）

2018年度は、国で指導者研修をし、地域での実際の研修は、早くても2019年度からです。（2020年が標準）

この主任相談支援専門員研修（30時間）を受けるためには、「現任研修（更新研修）」（18時間→24時間）を受けてから、3年間の実務経験が必要とされています。

2) 相談支援従事者 現任研修（更新研修）の一部改定

すでに、5年毎に現任研修を受講することが義務付けられています（更新研修）

今回は、カリキュラムの改定（18時間→24時間）と、この現任研修を受けるための新たな要件が新たに加えられています。

- 1、過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある あるいは
 - 2、現に相談支援業務に従事している
- です。

3) その他

専門コース別研修（任意研修） ※一部必須及び現任・主任研修受講の要件について検討するとされています。（権利擁護や障害児などの研修がります）

②サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の再編 ※2019年度から開始

1) 実務要件に2年満たない 段階（10年→8年）から、下記の基礎研修の受講可

基礎研修受講時点において、サービス管理責任者等の一部業務を可能とする等の見直し

2人目のサービス管理責任者など

2) 「基礎研修」と「実践研修」への再編

- 「基礎研修」→ 相談支援従事者初任者研修 講義部分の一部を受講（11h）～従来とほぼ同じこれに加えてサービス管理責任者等研修（統一）（17.5h）

（注）従来行われていた分野別研修（介護、生活支援・身体、生活支援・知的精神、就労）は、新たに専門コース別研修（任意）を創設して補完。

- 「実践研修」（16.5h）→受講要件～過去5年間に2年以上の相談支援又は直接支援業務の実務経験がある

「基礎研修」「実践研修」を経て、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者として配置

3) サービス 管理責任者等 更新研修（6h程度） ※5年毎に受講

- 更新研修受講の要件→1、過去5年間に2年以上のサービス管理責任者等の実務経験がある 又は
2、現にサービス管理責任者等として従事している

4) 専門コース別研修（任意研修）【新規創設】

※従来の分野別の再編

③福祉専門職員配置等加算への「公認心理士」の追加

- ・公認心理士が加えられます

【参照】公認心理師

- ・第1回公認心理師試験は、2018年9月から実施されます。活動分野は、「保健医療、福祉、教育その他の分野」とされています。

- ・公認心理士になるためには、3つのルートが設定されています。（3は、5年間の経過措置です）

1、「公認心理士になるために必要な科目」を心理学関係の大学と大学院を出て修了する。

(注) 大学での必要な科目として合計 25 科目、大学院での必要な科目として合計 10 科目

2、大学で公認心理師になるために必要な科目を修めて卒業し、文部科学省令・厚生労働省令で定める施設で、規定の期間以上心理関係の仕事に従事する（2年間）。

3、5年間の経過措置として、現任者（5年の経験者）は、現任者講習会（30時間7万円程度）を受けると受験資格が与えられます。（経験の内容は、幅広くとられています。）

(注) 実務経験主要5分野

※保健医療

病院、診療所、介護療養型医療施設、保健所、精神保健福祉センター、介護老人保健施設など

※福祉

障害福祉サービス、児童福祉相談所、老人福祉施設、こども園、知的障害者更生相談所など

※教育

学校、教育委員会など

※司法・犯罪

裁判所、刑務所、少年刑務所、拘置所、更生保護施設など

※産業・労働

組織内健康管理センター、地域障害者職業センター、生活支援センターなど

④各種資格研修

・加算に反映される各種資格研修の不足が懸念されます。

【参照】加算に反映される各種資格研修など

・相談支援の領域で、各種加算がつくことになりました。相談支援関係の人がたくさん応募してくるごと思われます。また、サービス管理責任者の欠員などの減算も強化されますので、組織全体で、サービス管理責任者の資格確保に積極的に取り組まなければなりません。

・「主任相談支援専門員」研修の準備（2019年度早期実施に向け）

・「強度行動障害支援者研修」（大阪では、行動援護の研修がないことも含めて、不足することが懸念されます）

・「要医療児者支援体制加算」（相談支援関係）のための研修→大阪でどのような研修があるのか不明

・「精神障害者支援体制加算」（相談支援関係）のための研修→大阪でどのような研修があるのか不明

・「相談支援初任者研修」「現任研修（更新研修）」（相談支援関係）

・「サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）研修」

5 障害児支援

障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス）

①はじめに

1、配置すべき従業者（加配除く）の制限

放課後等デイサービスでは、保育士、児童指導員、障害福祉サービス従事経験2年以上の3種類そして、その内、保育士、児童指導員が2分の1以上（2017年に作られたルールですが、1年間猶予期間がありました）

(注) 児童発達については、人員配置基準の見直しは、現に指定を受けている事業所については、平成31年3月31日まで経過措置を設ける。（上の3種以外の人員配置可能）

障害福祉サービス経験者に代えて、児童指導員、保育士等の有資格者等を配置した場合に加算
※「有資格者を配置した場合」（10人以下12単位加算）（児童発達支援センター以外で、重心以外の支援をする児童発達支援事業所で、福祉経験者ではなく、児童指導員等を配置した場合の加算）

2、基本報酬の区分が変わります

1) 児童発達支援

その1 ・児童発達支援センターで行う場合と、それ以外

その2 ・学齢期前の未就学児の比率で分ける

※学齢期後の対象者～不登校の児童などの割合が高い場合

→学齢期前の障害児が70%以下であれば、報酬も少なく、2人目の加配もできません
児童発達支援のみでの計算です。（一体運用でも放課後デイは関係ありません）

2) 放課後等デイサービス

その1 ・重症心身障害児とそれ以外

その2 ・授業終了後と休業時の区分

その3 ・重度と非重度（50%）

（注）重度の判定→「障害児調査項目」（5領域11項目）の「食事、排泄、入浴、移動」のうち、3項目以上「全介助」である、
もしくは、別表で8点以上

その4 ・授業終了後のサービス提供時間が3時間以上と3時間未満の区別

（注）休業時サービスでは、4時間未満で70%、4時間～6時間で85%

<参考>別表（支援区分調査の行動関連項目に、⑬～⑯を加えたもの）

①コミュニケーション、②説明の理解、③異食行動、④多動・行動の停止、⑤不安定な行動、⑥自らを傷つける行為、⑦他人を傷つける行為、⑧不適切な行為、⑨大声・奇声を出す、⑩突発的な行動、⑪過食・反すう等、⑫てんかん、⑬そううつ状態、⑭反復的行動、⑮対人面の不安緊張、集団生活への不適応、⑯読み書き

【参照6】障害児通所支援の報酬類型

イ、児童発達支援センターでの児童発達支援（普通、重心、難聴）

ロ、児童発達支援センター以外での児童発達支援

※未就学の児童の割合が70%以上と、それ以下で報酬が変わります

ハ、共生型児童発達支援（高齢者が児童発達のサービスを利用する場合）

ニ、医療型児童発達支援

ホ、放課後等デイ（報酬算定構造より）

a、放課後・授業後・普通・重度・3時間以上

b、放課後・授業後・普通・重度・3時間未満

c、放課後・授業後・普通・軽度・3時間以上

d、放課後・授業後・普通・軽度・3時間未満

e、放課後・休業日・普通・重度（4時間未満、4～6時間未満の減算あり）

f、放課後・休業日・普通・軽度（4時間未満～6時間未満の減算あり）

g、放課後・授業後・重症心身（4時間未満、4～6時間未満の減算あり）

h、放課後・休業日・重症心身（4時間未満、4～6時間未満の減算あり）

i、放課後・休業日・共生型（高齢者）（4時間未満の減算あり）

j、放課後・休業日・基準該当（4時間未満の減算あり）

②医療的ケア児への支援の充実

→ 1、看護職員の加配を評価、 2、手厚い人員配置体制での送迎の加算、 3、外部の看護職員が障害児通所事業所を訪問場合の長時間（4時間以上）の評価の導入

1、＜看護職員の評価＞

※看護職員加配加算（新規）

- ・児童発達支援は、児童発達支援センターであるかどうか、対象者が障害児、難聴児、重心であるかどうか、何名看護職員を加配するか、対象の利用者（スコア8点以上）が何人いるかで、イ～ハの加算が決められます。
- ・放課後等デイサービスも同様に、障害児、重度心身障害児での区分、加配看護職員数、利用対象者数でイ～ハの加算が決められます

（例）放課後 10 人定員の場合

イ（1人配置）→200 単位、ロ（2人配置）→400 単位、ハ（3人配置）→600 単位

（注）この加算を取得すると、下記の医療連携体制加算は算定できません

＜参考＞判定スコア

- （1）レスピレーター管理 = 8、（2）気管内挿管、気管切開 = 8、（3）鼻咽頭エアウェイ = 5
- （4）酸素吸入 = 5、（5）1回/時間以上の頻回の吸引 = 8、6回/日以上以上の頻回の吸引 = 3
- （6）ネブライザー 6回/日以上または継続使用 = 3、（7）IVH = 8、（8）経管（経鼻・胃ろう含む）= 5、（9）腸ろう・腸管栄養 = 8、（10）接続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）= 3、（11）継続する透析（腹膜灌流を含む）= 8、（12）定期導尿（3/日以上）= 5、（13）人工肛門 = 5

2、＜送迎加算の拡充＞

※看護職員加配加算を算定する事業所で、運転手とは別に喀痰吸引等の医療的ケアに対応するための職員を1以上配置する場合

障害児（重心児以外） 片道 54 単位（従来からある加算） **プラス 37 単位**

重心児 片道 37 単位（従来からある加算）

3、＜医療連携体制加算の拡充＞

※4時間以上看護師が支援する場合の加算を創設

医療連携体制加算（V） 1000 単位（障害児1人）

③人員配置基準の見直し

●主たる対象とする障害を重症心身障害とする場合の人員配置

※管理者（1名・兼務可）、※児童発達支援管理責任者（1名・兼務可）

※従業者 1、児童指導員又は保育士 + 2、看護職員（准看も可） + 3、機能訓練担当職員（PT、OT、ST、心理担当職員）

（注）1、2は営業時間を通じ配置。3は、機能訓練の時間のみで可 1～3の内、1名は常勤

医療連携体制加算（VI） 1000 単位（障害児2～8人）

③指導員加配加算の見直し→名称も「児童指導員等加配加算」に変更

＜見直し後＞

イ、専門職員（理学療法士等）を配置する場合（新設）

（1）定員 10 人以下 209 単位/日 略

ロ、児童指導員等を配置する場合

（1）定員 10 人以下 155 単位/日 略

ハ、その他の従業者（障害福祉サービス経験2年）を配置する場合

(1) 定員 10 人以下

91 単位／日 略

<参考>児童指導員の要件

- 1、大学で福祉・社会・教育・心理学部（学科）を卒業
- 2、小・中・高のいずれかの教員免許を取得（級・教科不問）
- 3、厚生労働大臣指定の児童指導員養成校を卒業
- 4、児童福祉施設での実務経験者（高卒以上 2 年、その他 3 年）

④理学療法士等による機能訓練等の充実（児童発達、医療型児童発達、放課後）

※特別支援加算の見直し

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理指導担当職員、看護職員、又は、視覚障害者の生活訓練技術者養成を修了した者（下線部新規）

特別支援加算 25 単位／日 → 54 単位／日

④強度行動障害児支援の強化（児童発達、放課後）

※強度行動障害支援者研修（基礎研修）を修了した職員を配置して支援を行う場合

強度行動障害児支援加算（新規） → 155 単位／日

<参考>強度の行動障害を有する児童

- ・自傷、他害、激しいこだわり、激しい器物破損、睡眠障害、異食・過食・反すう、排泄に関する強度の障害、著しい多動、大声・奇声、パニック、粗暴について 1～5 点のスコアで 20 点以上

⑤家族等に対する相談支援の充実（児童発達、医療型児童発達、放課後）

※事業所内相談支援加算（月 1 回 35 単位）

放課後デイサービス提供中も算定できる（但し、相談している従業者は、支援提供時間からはずす）

⑥保育所等との連携の強化（児童発達、医療型児童発達、放課後）

※関係機関連携加算

保育所や学校等と連携して個別支援計画の作成を行った場合（従来は年 1 回）

1 月に 1 回可能（35 単位）

⑦保育所や放課後児童クラブ等の一般施策への以降の推進（児童発達、医療型児童発達、放課後）

※保育・教育等移行支援加算（新設） 500 単位／回 1 回を限度

⑧欠席時対応加算の見直し

※重症心身障害児対応の事業所で、その月の延べ定員人数の 8 割未満の時は、月 8 回まで算定可能

通常は月 4 回まで（94 単位／回）

⑨自己評価結果等未公表減算

自己評価結果等未公表減算（新設）15%減算 減算は 2019 年度から

6 2018 年度制度再編の諸問題

(1) 当面する懸念及び課題

- 1、生活介護の「短時間利用減算」に対する対応（手続きの遂行と市町村への確認）→後述
- 2、就労継続支援 B 型（平均工賃 1 万円以下）や児童発達支援・放課後等デイサービス（重度 50%以下）、同行援助（障害支援区分 1、2）などの大幅な減算を踏まえた対応
- 3、重度訪問介護の「同行支援」における支給決定の上積み
- 4、市町村での「大学修学支援」への取り組み

- 5、行動援護の書式変更（「支援計画シート」及び「支援手順書兼記録用紙」）
※生活介護や放課後等デイ、グループホームでも必要
- 6、相談支援の事業見通しと人員配置（特定事業所加算Ⅳ対応含む）
- 7、相談支援事業や介護派遣と連動した「自立生活援助」の導入についての検討
- 8、新設された加算や減算に対する対応
※生活介護での「重度障害者支援加算」、児童発達、放課後等での「強度行動障害児支援加算」、計画相談の各種加算、あるいは、身体拘束廃止未実施減算への対応など
- 9、複雑化する請求事務への対応
- 10、9月に向けた「情報公開」への準備
(注) この間のトラブル

新しい加算・減算、報酬区分などについて、4月13日までに「体制等状況一覧表」を提出することが求められましたが、説明附則や要件などが分かりにくいことなどから、勘違いや間違いが多くあると思われます。とりわけ、複雑化した障害児支援などでのトラブルを聞いています。（児童発達支援の就学前児童70%区分や、放課後等デイサービスの重度判定区分など）速やかな修正の受付、及び、過誤請求の手続きによる損害の回復が必要です。

(2) 生活介護の「短時間利用減算」問題

①開所時間減算の見直し

[現行]

開所時間減算

※運営規程に定められている営業時間（送迎のみを行う時間は含まない。）が6時間未満の場合

- (1) 開所時間4時間未満所定単位数の70%を算定
- (2) 開所時間4時間以上6時間未満所定単位数の85%を算定

[見直し後]

開所時間減算

※運営規程に定められている営業時間（送迎のみを行う時間は含まない）が6時間未満の場合

- (1) 開所時間4時間未満所定単位数の50%を算定
- (2) 開所時間4時間以上6時間未満所定単位数の70%を算定

②短時間利用減算

- ・「5時間未満の利用者が50%以下の場合に報酬の3割を減算」するという仕組みが作られました。
この減算が適用されれば、その生活介護の運営そのものが危機になり、重度障害者の日中活動の場が失われてしまう危険があります。

③「3/22 パブリックコメント意見と厚生労働省の考え」より

<意見>生活介護は重度障害者にとって重要な「日中の暮らしの場、つながりの場」となっており、また、施設・病院からの地域移行や在宅での引きこもりからの通所の場合、短時間からスタートするのが通常である。今回初めて生活介護で短時間利用の減算が導入されようとしているが、個々のニーズ・生活パターンが歪められたり日中の場を失うことが決してないよう、障害特性等やむを得ない事由での短時間利用は除外してほしい

<厚労省の考え>

今回の見直しに当たっては、関係団体等から御意見をうかがった上で、当該減算の対象となる利用

者数を算定する際には、障害特性等により長時間の利用が難しい利用者については算定から除外できることとするなど、一律な算定方法とならないようにいたします

④3/30「Q&A (Vol. 1)」生活介護

(短時間利用減算①)

問 49 前3月における事業所の利用者のうち、事業所の平均利用時間が5時間未満の利用者のしめる割合は、具体的にどのように算出するのか。

(答) 以下の方法により算出した割合が100分の50以上である場合に、短時間利用減算を適用する。

- 1、各利用者について、前3月における利用時間の合計時間を、利用日数で除して、利用日1日当たりの平均利用時間を算出する。
- 2、当該月における、1により算出した平均利用時間が5時間未満の利用者の延べ人数を、事業所の利用者の延べ人数で除する
- 3、その比率が、50%以上であれば、報酬は30%カットになります。

(参考) 減算が始まるのは、7月からです。例として、7月に減算されるかどうかの判定について考えてみましょう。

①利用者一人ひとりの平均利用時間を割り出します。

→その人の4～6月の利用した時間総数を出して、その人が来た日数で割ります。

その人の1日平均利用時間数が出ます。その中で5時間を切る人をピックアップします。

(例) 5時間未満の人がAさんBさんCさんDさんEさんFさんだったとしましょう。

②7月の全ての利用者の延べ人日を出します。例えば、200人日だったとしましょう。

③その内、Aさん(20日)、Bさん(20日)Cさん(20日)、Dさん(20日)、Eさん(20日)Fさん(20日)が出席した人日を出します。

この例だと、120人日だったとします。

④そうすると、5時間未満の人が、「200分の120」($120 \div 200 = 60\%$)で減算になります。(その月に、その人が何時間通所したというのは関係ありません。)

(注) 下記の「除外」に関して、この算定の方法について厚生労働省に尋ねました(4・11)

前3か月5時間未満であった人の延べ人日を分子に置くわけですが、除外となった人は、分子から除き、分母についてはそのまま残していいという回答でした。

つまり、上の例で言うと、Aさん(20日)とBさん(20日)が除外された場合は、

「200分の80」($80 \div 200 = 40\%$)で、減算はないということになります。

(短時間利用減算②)

問 50 重度の身体障害者や精神障害者は、障害特性や症状、通院や起床介護などの生活パターンなどの理由で、5時間未満の利用になってしまう場合があるが、そのような利用者についても、利用時間が5時間未満の利用者の割合の算定に含むのか。

(答) 例えば、重度の身体障害や精神障害等、障害特性等に起因するやむを得ない理由により5時間未満の利用になってしまう利用者については、利用時間が5時間未満の利用者の割合の算定から除いて差し支えない。

なお、やむを得ない理由については、利用者やその家族の意向等が十分に勘案された上で、サービス担当者会議において検討され、サービス等利用計画等に位置付けられていることが前提であり、市町村においては当該計画等を基に判断されたい。

(短時間利用減算③)

問 51 利用時間については、送迎のみを実施する時間は含まれないとされているが、遠方からの利用者で

送迎に長時間を要する利用者についても、送迎に要する時間は利用時間に含めないのか。

(答) 遠方からの利用者等、やむを得ず送迎に長時間を要する利用者については、利用時間が5時間未満の利用者の割合の算定から除いても差し支えない。

(注) 具体的な目安は??

(短時間利用減算④)

問 52 土曜日やイベントの日など、特例的に短時間の開所としている日については、利用者全員が5時間未満の利用となるが、これらの日についても利用時間の算定に含むのか。

(答) 運営規程に営業時間を明示した上で、特例的に短時間開所の日を設けている場合等については、平均利用時間の算定から外すなど柔軟な取扱いとして差し支えない

(注) 具体的な書きぶりはどうしたらいいのでしょうか?

(注) 減算の開始時期は、4～6月を踏まえて、7月から開始するとのことです。

(3) 重度訪問介護の入院時利用について

① 重度訪問介護の入院時利用

★対象者→重度訪問介護を現に利用している障害支援区分6の人のみが対象

② 「3/22 パブリックコメント意見と厚生労働省の考え」より

<意見> 重度障害者の入院時利用については、ヘルパーが利用者の体調の変化等を即座に察知し、医師・看護師へ症状を正確に伝える必要があります。医療連携の必要性の観点からも、重度訪問介護で認められている「見守り支援」について、入院時支援においても報酬評価されるということを、留意事項等で明記・周知してほしい。

<厚労省の考え> 意思疎通支援等を適切に行うために利用者の見守りを行っている時間については、報酬の算定となります。今後通知等においてお示しします

③ 3/30 「Q&A (Vol. 1)」 重度訪問介護

(入院中の提供の算定について①)

問 29 重度訪問介護を病院等への入院時に利用するに当たり、在宅時の利用と分けて支給決定をする必要はあるか。

(答) 不要である。

(注) この制度拡大に当たっては、地域生活支援事業の「重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業」とは別で、算定要件は「支援区分6で現に使っている人」だけであり、いちいち、対象者であるかどうか、その使い方をどうするのかを事前に市町村に確認する必要はないといえます。ただ、市町村が、算定対象を制限する可能性はあります。コミュニケーション支援が必要ない場合には、看護対象の時間を中抜きしろなどのいびつな解釈を押しつけてくることはあり得ます。注意が必要です。

(入院中の提供の算定について②)

問 30 これまで居宅介護のみを利用してきた者が、入院した後に重度訪問介護の支給申請を行った場合、認めることはできるか。

(答) 認められない。本改正では、重度訪問介護によるコミュニケーション支援も含め、比較的長時間にわたり断続的な支援を必要とする利用者に対して、入院中も当該利用者の状態等を熟知したヘルパーによる支援を受けられるようにしたものである。

なお、地域生活支援事業における意思疎通支援事業(例：重度障害者入院時コミュニケーションサ

ポート)については、従来どおり、病院等に入院中の障害者にもコミュニケーション支援を行えるものであり、引き続き、対象者等を含めて柔軟に運用していただいて差し支えない。

(注) 障害支援区分4以上で、行動援護の対象者の人は、基本的に重度訪問介護への転換が可能です。実際に大事な「見守り」をサービスに位置づけることは、長期的には必要だろうと思われます。手続きは、じゃまくさいですが、報酬的にもそれほど大きな差異はない場合が多いようです。各事業所で検討してみてください。

(入院中の提供の算定について③)

問 31 入院中に重度訪問介護を利用している者について、在宅時の利用から支給量を増やすことはできるか。

(答) 支給変更決定を行うことは妨げないが、入院中に必要な支援は、基本的には病院等の職員により行われるものであることから、変更の必要性については慎重に検討されたい。

(注) 在宅の人などでは支給時間を増やすことが必要な人もいます

(入院中の提供の算定について④)

問 32 重度訪問介護は、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援とともに身体介護等を提供するものであるが、入院中においても、意思疎通に対応するための見守りの時間は報酬の対象となるものと考えてよいか。

(答) お見込みのとおり。

(注) 意思疎通に困難がある場合(ナースコール対応の問題など)は、比較的長時間であっても認められると言えます。(そうでない場合は、市町村との関係で支援内容を一定細かく規定する必要があるかもしれません)

(入院中の提供の算定について⑤)

問 33 入院中の重度訪問介護の利用は、90日を超えて利用することはできないのか。

(答) 入院先の病院等の職員が、当該利用者とのコミュニケーションの技術の習得に時間を要し、障害者の状態等によっては、90日を超えて支援を要することも考えられることから、利用者や重度訪問介護事業所等から支援状況の聞き取りを行うなどして、必要に応じて、90日を超える利用を認めることも差し支えない。ただし、重度訪問介護従業者による支援が、病院等において行われるべき支援を代替することにならないよう、支援内容や病院等との連携状況等については、十分に把握した上で判断する必要があることに留意されたい。

(入院中の提供の算定について⑥)

問 34 入院又は入所中の病院等が、重度訪問介護事業所の通常の実施地域以外の地域に所在する場合、当該病院等にヘルパーを派遣したときの交通費を利用者に請求することはできるか。

(答) 基本的にはできないものとする。ただし、病院等が重度訪問介護事業所の通常の実施地域から著しく離れている場合であって、重度訪問介護事業所と利用者との間で合意がされている場合には、交通費の一部を請求することも差し支えないものとする。

(入院中の提供の算定について⑦)

問 35 「入院中の医療機関からの外出・外泊時における同行援護等の取扱いについて」(平成28年6月28日付け障障発0331第8号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知)において、医療機関からの外出・外泊時に重度訪問介護を利用できることが示されているが、今後は、当該取扱いについても報酬告示第2の1のロ(病院等に入院又は入所をしている障害者に対して重度訪問介護を提供した場合)により請求することとなるのか。

(答) 入院中の医療機関からの外出及び外泊時に重度訪問介護を提供する場合は、報酬告示第2の1の

イ（病院等に入院又は入所をしている障害者以外の障害者に対して重度訪問介護を提供する場合）の報酬を請求されたい。よって、報酬の請求に当たっては、入院中の病院等において重度訪問介護を提供する時間は、報酬告示第2の1のロのサービスコードを選択し、外出中の時間は報酬告示第2の1のイのサービスコードを選択することとなる。

※「報酬算定構造」参照。請求の時のサービスコードが変わるだけです。単価は同じです

（入院中の提供の算定について⑧）

問36 入院中に重度訪問介護を利用できるのは、障害支援区分6であって、入院前から重度訪問介護の利用をしてきた者に限られているが入院中の病院から外出・外泊する場合も同様の取扱いになるのか。

（答）病院等からの外出・外泊時に重度訪問介護を行う場合、報酬告示第2の1のイ（病院等に入院又は入所をしている障害者以外の障害者に対して重度訪問介護を提供する場合）に該当するため、障害支援区分4・5の者や、入院前から重度訪問介護を利用していない者（支給決定すれば）などを含め、重度訪問介護の全ての対象者が利用できるものである。

（注）その他、病院からの「規制」（病院に入らないで下さい）がありえます。今回の制度改変については、病院の許可を取るというのではなく、連携するというものです。行政から病院に対して、その趣旨を了解するよう通知して貰うべきです。最低限、トラブルがあれば、行政からも説得するようにして貰いたいと思います。

（注）連携については、簡素なものでいいと思います。（障害特性や日常生活上の留意事項、具体的なヘルパーの入り方などの共有）

（4）重度訪問介護の同行支援（「頻回の研修」）

①重度訪問介護の同行支援

<意思疎通が困難な利用者等への同行支援の評価>

・障害支援区分6の利用者に対して、重度訪問介護事業所が新規に採用した従業者により支援が行われる場合において、当該利用者の支援に熟練した従業者が同行して支援を行うことを評価（算定開始から120時間に限る）となっています。

②「3/22 パブリックコメント意見と厚生労働省の考え」より

★熟練ヘルパーとは？

<意見>意思疎通が困難な利用者等への同行支援の評価について、具体的な運用において、「熟練ヘルパー」の要件はどう設定するのか

<厚労省の考え>熟練したヘルパーについては、当該利用者の障害特性を理解し、適切な介護が提供できる者であり、かつ、当該利用者へのサービスについて利用者から十分な評価がある重度訪問介護従業者であることを要件とします

★新規に採用したとは？

<意見>意思疎通が困難な利用者等への同行支援の評価について、「新規に採用」とは雇用のことではなく、対象利用者の重度訪問介護に新たに従事させることとの理解でよいか

<厚労省の考え>今回の改正の対象となるのは、重度訪問介護事業所に新規に雇用された職員であり、新たに従事させた職員ではありません

③3/30「Q&A（Vol. 1）」重度訪問介護

（熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について①）

問37 「新規に採用された従業者」及び「熟練した重度訪問介護従業者」について、介護福祉士ではな

いこと又は介護福祉士であること等の要件はあるのか。

(答) 従業者が介護福祉士であること等の要件はないが、「熟練した重度訪問介護従業者」とは、「当該利用者の障害特性を理解し、適切な介護を提供できる者であり、かつ、当該利用者へのサービスについて利用者から十分な評価がある従業者」であることに留意されたい。

(熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について②)

問 38 当該加算の決定はどのように行うのか。

(答) 重度訪問介護の支給決定に当たり、「障害福祉サービス受給者証に「同行支援可（○人、○○時間○○分）」と記載されたい。」なお、本加算は、障害支援区分6の利用者の状態像や、重度訪問介護事業所に新規に採用されたヘルパーのコミュニケーション技術等を踏まえて支給決定するものであることから、基本的には、同行支援を必要とする状況が生じた時点で、支給変更決定等を行うことが想定されるが、「明らかに特別なコミュニケーション技術を要し、同行支援の必要性が認められる場合には、あらかじめ支給決定をしておくことも差し支えない。」

(注) 支給決定において、この加算が「内数」なのか「外数」なのかは、大きな問題です。

もし、内数であるならば、この加算はほとんど機能しません。

「内数」であれば、支給決定時間が、通常 300 時間/月の場合に、(同行支援可 1 人 20 時間) と記載された場合、同行支援をした時間が 20 時間 (実際には 10 時間×2 の同行支援) あれば、その人が支援を受けることのできる時間数は、290 時間になってしまいます。

「外数」ということであれば、310 時間支給決定しておいて貰ってはじめて、支給を受けられる時間が 300 時間になるわけです。

同行支援については、通常の支給決定の上に積み足す仕組みが必要です。(厚生労働省には訪問系の担当の人に電話で要請しましたが、趣旨はわかったので考えてみますという対応でした。)

(熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について③)

問 39 「新規に採用された従業者 (採用からおよそ 6 ヶ月を経過した従業者は除く。)」の「およそ」とは、どの程度の期間の幅が認められるのか。

(答) 基本的には、採用後 6 ヶ月を経過するまでとするが、新規に採用された従業者が、事故等のやむを得ない理由により一時的に業務に従事できない期間等があった場合は、6 ヶ月を超えて本取扱いの対象としても差し支えない。

(熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について④)

問 40 同時に 2 人の重度訪問の介護従業者が 1 人の利用者に対して重度訪問介護を行った場合に加算する取扱いの場合と同様、この同行支援の加算についても、二人の従業者が異なる重度訪問介護事業所に従事する場合、それぞれの重度訪問介護事業所から請求ができるものと考えてよいか。

(答) お見込みのとおり。

(熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について⑤)

問 41 新任従業者と熟練従業者の報酬はそれぞれ 15% の減算となるが、異なる重度訪問介護事業所で派遣した場合において、熟練従業者の派遣に係る報酬の減算分を、新任従業者が所属する事業所が補填するなどの契約を交わすことはできるものと考えてよいか。

(答) お見込みのとおり。

(熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について⑥)

問 42 同行支援中に、新任従業者と熟練従業者が見守りを行っている時間も報酬の対象となるものと考えてよいか。

(答) お見込みのとおり。

(5) 「重度訪問介護利用者の大学等の修学支援事業」

- ・2018年度の予算措置として、地域生活支援促進事業の中に「重度訪問介護利用者の大学等の修学支援」事業があります。

(注)「地域生活支援促進事業」は、補助金の伸びが少なく、移動支援などの伸びによってもうすでに多くの自治体で補助金の上限を上回ってしまっている通常の「地域生活支援事業」とは別に、1/2の国の補助を確定して行う事業です。(市町村としても、実施しやすいように)

- ・「重度訪問介護利用者の大学等の修学支援事業」は、「重度訪問介護の利用者が大学等に修学するに当たって必要な身体介護等を、大学等における支援体制が構築されるまでの間において提供する」というものです。3月15日付けで、厚生労働省から通知が出ています。

→**別紙5 「重度訪問介護利用者の大学等の修学支援事業 (3/15)」 p35**

- ・この制度は、国制度である重度訪問介護の対象範囲を拡大するのではなく、市町村の地域生活支援促進事業の中で行う仕組みです。移動支援事業や入院時コミュニケーション支援事業のように市町村で要綱を作り、単価や要件、支給の基準などを市町村で決めて、実施する仕組みです。
- ・新学期が始まる4月に向けて、市町村での対応が早急に必要です。

※該当するケースなどがあれば、障大連まで連絡をお願いします。

(注) この制度は、市町村での事業実施の決定が必要です。4月からすぐ対応できる自治体は少ないと思われます。(開始が遅れる場合が想定されます)

(注) 市町村に対しては、4月からこの事業が実施されるまでの間について「通年長期ではない」という理屈で、重度訪問介護を利用することを認めさせることも可能か追求すべきです。

(注) 「本来、大学等における合理的配慮の提供」という視点も大事です。その意味で、大学等との協議も必要です

(注) 小中高や、大学での聴講などにも対応できる移動支援の使い方(枚方方式)も必要です。

おわりに

●今回の制度再編は、細かいものが多く、各事業所でも新しい事業の申請や加算などを取るかどうか迷ってしまうことも多いかと思えます。どのような条件を満たせばいいのかなど細かな点が、わからないことは行政に聞いたり、よく知っている人に聞いてみましょう。

●より良いサービスを提供することは大事なことです。そのために、研修を受けたり、資格を取ったりすることも大事です。

もちろん、研修や資格だけでいいサービスができるわけではありません。日々の支援の内容を実践の中で充実させていくことこそが大事だと思います。

頑張ってください！