

各都道府県介護保険主管課（室）

各指定都市介護保険主管課（室） 御中

← 厚生労働省 老健局振興課・老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「ADL維持等加算算定要件適合・不適合事業所一覧表

に関する留意事項について」の送付について

計3枚（本紙を除く）

Vol.698

平成31年2月14日

厚 生 労 働 省 老 健 局

振 興 課 ・ 老 人 保 健 課

〔 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 〕

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3965)

FAX：03-3595-4010

事 務 連 絡  
平成 31 年 2 月 14 日

各都道府県及び指定都市介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局振興課  
厚生労働省老健局老人保健課

A D L 維持等加算算定要件適合・不適合事業所一覧表に関する留意事項について

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

国民健康保険団体連合会から「A D L 維持等加算算定要件適合・不適合事業所一覧表(※1)」が、本年 2 月下旬に各都道府県、各市町村宛に送付される予定ですが、当該一覧表については下記の点に留意の上、ご参照下さい。

また、都道府県におかれましては、管内市町村等へ周知いただきますようお願いいたします。

#### 記

- 1 当該一覧表は、給付実績が 6 月以上（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。）ある通所介護等事業所（指定通所介護事業所及び指定地域密着型通所介護事業所をいう。以下同じ。）の利用者のうち、A D L 維持等加算の要件について、総数及び要介護度 3、4 又は 5 の割合の要件についてのみ適合・不適合を示したものである。初回の要介護認定又は要支援認定からの期間及び A D L 利得に係る要件については、考慮されていないこと。
- 2 また、通所介護等事業所からの「A D L 維持等加算申出」の時期に関わらず、1 月から 12 月を評価対象期間（平成 30 年については 4 月から 12 月）として判断しており、当該加算算定の申出を行う初年度においては適合・不適合の判定が異なる可能性があること(※2)。
- 3 通所介護等事業所で給付実績が連続して 6 月以上（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。）あれば、「A D L 維持等加算（申出）の有無」に関わらず、当該一覧表の出力対象となること。

※1 A D L 維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について（平成 30 年 4 月 6 日老振発 0 4 0 6 第 1 号・老老発 0 4 0 6 第 3 号）の別紙 4、5 を参照。

※2 評価対象利用期間については、次頁の「A D L 維持等加算算定要件適合・不適合事業所一覧表」における評価対象利用期間」を参照。

「ADL維持等加算算定要件適合・不適合事業所一覧表」における評価対象利用期間

- 平成31年度に当該加算を算定する場合の評価対象利用期間

○：通所介護のサービス提供実績あり

| パターン  | 平成30年 |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   | 評価対象利用期間    |
|-------|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|-------------|
|       | 4     | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |   |   |   |             |
| パターン1 | ○     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |    |    |    |   |   |   | 平成30年4月～9月  |
| パターン2 |       | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  |    |   |   | ○ | 平成30年5月～10月 |
| パターン3 |       |   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ |   | ○ | 平成30年6月～11月 |
| パターン4 | ○     |   |   | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ | ○ | ○ | 平成30年7月～12月 |
| パターン5 |       |   |   |   |   | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ | ○ | ○ | 対象なし        |
| パターン6 | ○     | ○ | ○ |   |   | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ | ○ | ○ | 対象なし        |

※ 地域密着型通所介護の場合も同様

- 平成32年度に当該加算を算定する場合の評価対象利用期間（以降の年度も同様）

○：通所介護のサービス提供実績あり

| パターン  | 平成30年 |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   | 平成31年 |   |   |   |   |   |    |    |    |   |  |  | 評価対象利用期間 |
|-------|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|---|--|--|----------|
|       | 4     | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4     | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |   |  |  |          |
| パターン1 |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   | 平成31年1月～6月                             |  |          |
| パターン2 |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   | 平成31年2月～7月                             |  |          |
| パターン3 |       |   |   |   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ |   |   |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   | 対象なし                                   |  |          |
| パターン4 |       |   |   |   |   |   |    |    | ○  | ○ | ○ | ○ | ○     | ○ |   |   |   |   |    |    |    |   | 対象なし                                   |  |          |
| パターン5 |       |   |   |   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ |   |   |       |   |   |   |   |   |    |    |    |   | 平成31年1月～6月                             |  |          |
| パターン6 | ○     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ | ○ | ○ | ○     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○ | 平成31年1月～6月<br>※平成30年4月～9月は前年度の<br>評価対象 |  |          |

※ 地域密着型通所介護の場合も同様

担当

老健局老人保健課データ分析室 田邊・新畑

TEL 03-5253-1111 (内線 3965)

FAX 03-3595-4010

## 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)