

平成24年2月29日
日本病院会・介護報酬改定説明会

平成24年度介護報酬改定について

厚生労働省老健局老人保健課
堀 裕行

目次

1. 介護保険制度を取り巻く状況
2. 平成24年度介護報酬改定の概要
3. 各サービス毎の改定の概要
4. 今後の課題

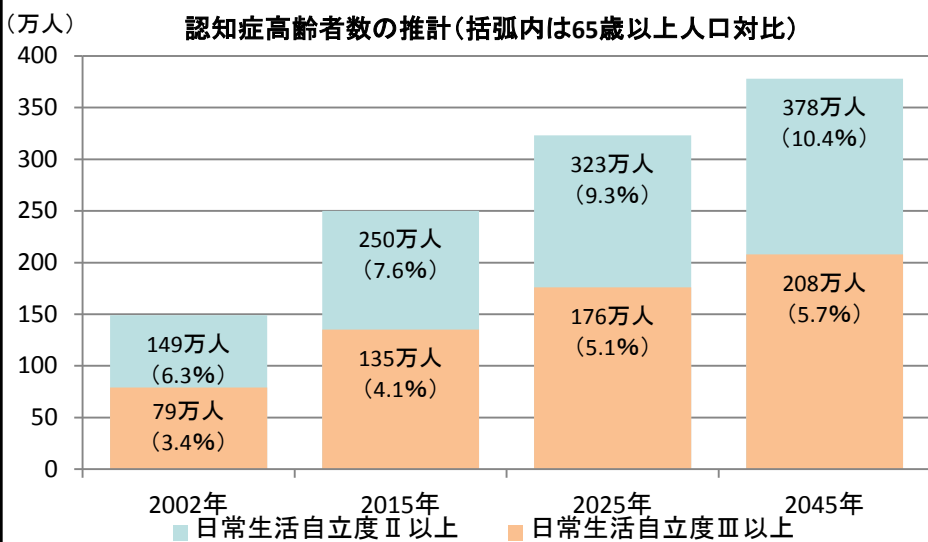
1. 介護保険制度を取り巻く状況

今後の介護保険を取り巻く状況について

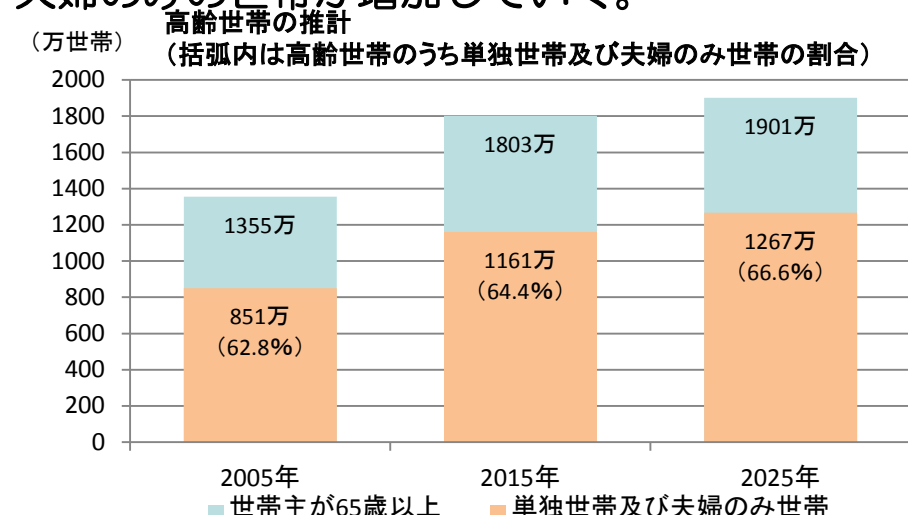
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみ世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

●地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス(注)を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

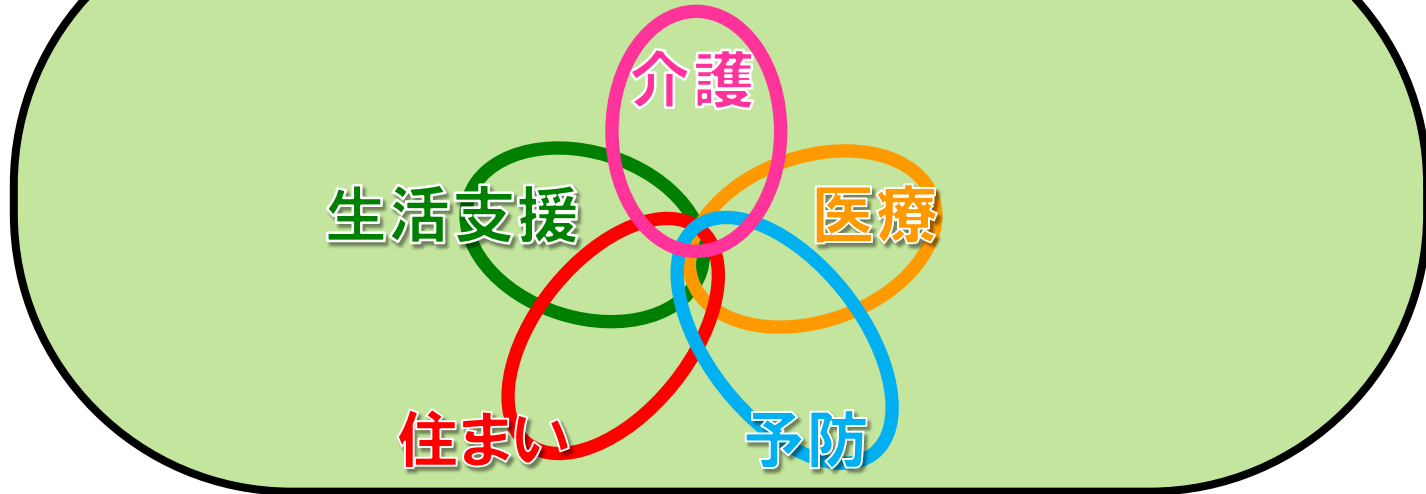
(注) 居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

●2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

地域包括ケアシステム

日常生活圏域
(30分でかけつけられる圏域)



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

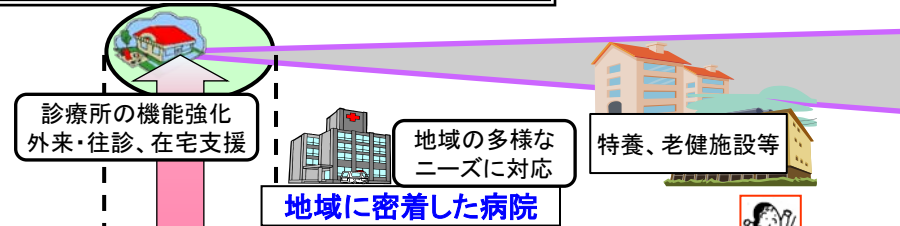
&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

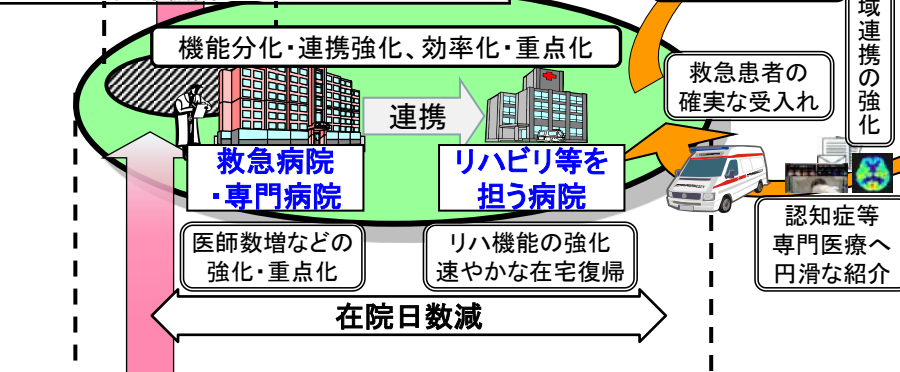
市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制



※ 人口1万人程度の圏域。

個別分野における改革の方向性（１）

医療・介護

－全世代への配慮と長期的な維持可能性－

■ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

- 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- 病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
- 在宅医療・介護体制の強化、地域包括ケアシステムの確立
- サービス付き高齢者住宅等の居住系サービスの充実等による特養待機者の解消
- 精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重症化予防への重点化

⇒ 診療報酬・
介護報酬改定
⇒ 基盤整備のための
一括的な法整備

■ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化

- 働き方にかかわらずセーフティネットを提供するため、非正規労働者への被用者保険の適用拡大
- 市町村国保財政の広域化と低所得者対策の強化
- 高度医療や高額かつ長期にわたる医療への対応と重点化
- 保険者機能の強化、高齢者医療費・介護費に係る高齢世代と現役世代の公平な負担

■ 予防の推進、制度運営に当たっての効率化

- 生活習慣病の予防、介護予防・重症化予防、ICTの利活用推進、後発医薬品の更なる使用促進

具体的な改革のイメージ(パターン1)

◇充実 ◆重点化・効率化

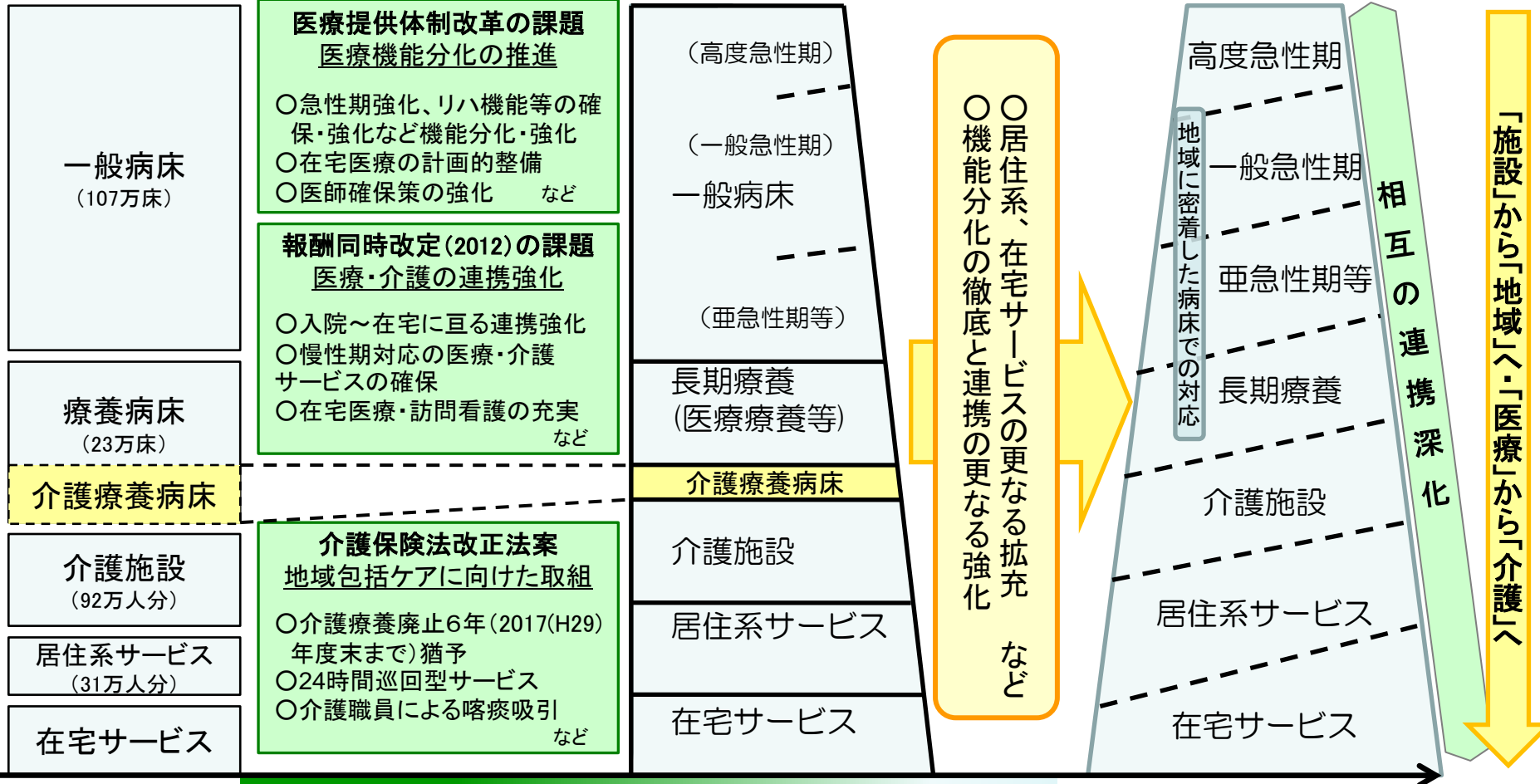
(医療・介護ニーズ)			(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病床	一般病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復 期リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)			◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)
在宅・外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者的大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
 (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
 地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>（高度急性期 17万人/日 一般急性期 43万人/日 亜急性期等 26万人/日）</small>	16万人/日	97万人/日 <small>（高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日）</small>	16万人/日
一般急性期			39万人/日		33万人/日
亜急性期・回復期等 <small>※現行医療療養の回復期 リハビリテーションを含む</small>			27万人/日		31万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設	92万人/日	115万人/日	106万人/日	161万人/日	131万人/日
特養	48万人/日	61万人/日	57万人/日	86万人/日	72万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	54万人/日	49万人/日	75万人/日	59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(260万人/日)
居住系	31万人/日	38万人/日	38万人/日	52万人/日	61万人/日
特定施設	15万人/日	18万人/日	18万人/日	25万人/日	24万人/日
グループホーム	16万人/日	20万人/日	20万人/日	27万人/日	37万人/日
在宅介護	304万人/日	342万人/日	352万人/日	434万人/日	449万人/日
うち小規模多機能	5万人/日	6万人/日	10万人/日	8万人/日	40万人/日
うち定期巡回・随時対応	—	—	1万人/日	—	15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(510万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療	794万人/日	812万人/日	807万人/日	828万人/日	809万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	19万人/日	23万人/日	20万人/日	29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

2. 平成24年度介護報酬改定の概要

平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」とされている。

基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、本年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、本年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。

介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

平成24年度介護報酬改定の改定率について

財務大臣・厚労大臣合意・政調会長確認文書【抄】（平成23年12月21日）

1. 診療報酬改定（略）

2. 介護報酬改定等

平成24年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、以下の改定率とする。

介護報酬改定

+1.2%

在宅 +1.0%

施設 +0.2%

（改定の方向）

- ・ 介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。
- ・ 24時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。
- ・ 介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。
- ・ 介護職員の処遇改善については、これを確実にを行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講ずることとする。

(参考)各サービスの収支差率と賃金・物価の動向

サービスの種類	平成20年	平成23年	サービスの種類	平成20年	平成23年
介護老人福祉施設	3.4%	9.3%	通所介護	7.3%	11.6%
介護老人保健施設	7.3%	9.9%	通所リハビリテーション	4.5%	4.0%
介護療養型医療施設(病院)	3.2%	9.7%	短期入所生活介護	7.0%	5.6%
認知症対応型共同生活介護	9.7%	8.4%	福祉用具貸与	1.8%	6.0%
訪問介護	0.7%	5.1%	居宅介護支援	-17.0%	-2.6%
訪問入浴介護	1.5%	6.7%	小規模多機能型居宅介護	-8.0%	5.9%
訪問看護	2.7%	2.3%	特定施設入居者生活介護	4.4%	3.5%

	平成21年	平成22年	平成23年 (年度途中)	平成21～23年 累積
賃金	▲1.5%	0.2%	▲0.5%	▲1.8%
物価	▲1.7%	▲0.4%	▲0.4%	▲2.2%

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

地域包括ケアの推進

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

3. 医療と介護の連携・機能分担

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。

- ・入院・退院時の情報共有や連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

○定期巡回・随時対応サービスの創設

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に、又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う。

<基本報酬(1月につき)>

①訪問看護サービスを利用する場合

要介護1 9,270単位、要介護2 13,920単位、要介護3 20,720単位、要介護4 25,310単位、要介護5 30,450単位

②訪問看護サービスを利用しない場合

要介護1 6,670単位、要介護2 11,120単位、要介護3 17,800単位、要介護4 22,250単位、要介護5 26,700単位

○複合型サービス(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)の創設

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスを創設する。

<基本報酬(1月につき)>

要介護1 13,255単位、要介護2 18,150単位、要介護3 25,111単位、要介護4 28,347単位、要介護5 31,934単位

○緊急時の受入の評価(ショートステイ)

緊急時の円滑な受入れを促進する観点から、一定割合の空床を確保している事業所の体制(短期入所生活介護のみ)や、緊急時の受入の評価を行う。

①短期入所生活介護

緊急短期入所体制確保加算(新規) ⇒ 40単位/日、緊急短期入所受入加算(新規) ⇒ 60単位/日

②短期入所療養介護

緊急短期入所受入加算(新規) ⇒ 90単位/日

○認知症行動・心理症状への対応強化（介護保険3施設）

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規） ⇒ 200単位／日

○個室ユニット化の更なる推進

①ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準の適正化（特養、ショートステイ）

②ユニット型個室の第3段階の利用者負担の軽減（介護保険3施設、ショートステイ）

第3段階・ユニット型個室の居住費負担限度額を、1月当たり約1万円減額。

○重度化への対応（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム等）

施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

2. 自立支援型サービスの強化と重点化

○訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進

利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することに対する評価

①訪問介護

生活機能向上連携加算(新規) ⇒ 100単位/月(3ヶ月間算定可能)

②訪問リハビリテーション

要訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算(新規) ⇒ 300単位/回(3月に1回を限度に算定可能)

○短時間型通所リハにおける個別リハビリテーションの充実(通所リハビリテーション)

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直す。

・所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする

○訪問リハビリテーションの提供体制の充実

・訪問リハビリテーションに係る医師の診察頻度の見直し

指示を行う医師の診察の日から1月以内 ⇒ 指示を行う医師の診察の日から3月以内

・介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの要件を緩和

介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和。(診察の日から1月以内⇒3ヶ月ごとに診察を行った場合に継続的な訪問リハビリテーションの実施が可能)

○介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

・在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

・在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

・入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

○生活援助の時間区分の見直し(訪問介護)

サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効果的活用を図り、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、そのニーズに対応したサービスを効率的に提供する観点から、時間区分を見直し。

	20分以上45分未満	190単位/回		
30分以上60分未満	229単位/回	⇒	45分以上	235単位/回
60分以上	291単位/回			

また、身体介護に引き続き生活援助を行う場合も併せて時間区分を見直し

○機能訓練の充実(通所介護)

従来の個別機能訓練加算を再編し、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練(生活機能向上を目的とした訓練)を適切な体制で実施した場合を評価。

個別機能訓練加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 50単位/日

○生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付)

①複数のプログラムを組み合わせる実施した場合の評価(介護予防通所介護及び介護予防通所リハ)

選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせる実施した場合の評価の創設

選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(新規) ⇒ 480単位/月 <選択的サービスのうち2種類実施の場合>

選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 700単位/月 <選択的サービスのうち3種類実施の場合>

②事業所評価加算の評価及び算定要件の見直し(介護予防通所介護及び介護予防通所リハ)

事業所評価加算 100単位/月 ⇒ 120単位/月(選択的サービスを60%以上実施していることを算定要件に追加)

③生活機能向上グループ活動加算(介護予防通所介護)

アクティビティ実施加算を見直し、利用者の生活機能の向上を目的に、日常生活に直結したプログラムをグループで実施した場合を評価

生活機能向上グループ活動加算(新規) ⇒ 100単位/月(1週間に1回以上実施の場合)

④生活機能向上連携加算(介護予防訪問介護及び介護予防訪問リハ)【再掲】

訪問介護、訪問リハと同様

○重度化への対応(介護老人福祉施設、グループホーム等)【再掲】

施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

○利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する評価の適正化

【訪問系サービス: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、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護】

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

同一建物に対する減算 ⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数を算定

<算定要件>

- ① 利用者が居住する建物と同一の建物(※)に事業所であって、当該住宅に居住する利用者に対して、前年度の月平均で30人以上にサービスを提供していること。(小規模多機能型居宅介護にあつては登録定員の80%以上)
- ② 当該住居に入居する利用者に行ったサービスに対してのみ減算を行うこと。
(※)養護老人ホーム、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、旧高齢者専用賃貸住宅

【通所系サービス:通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護】

通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の評価の適正化を行う。

同一建物に対する減算 ⇒ 所定単位数から94単位/日を減じた単位数を算定

<算定要件>

- ① 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い通所系サービスを利用する者であること。
- ② 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は減算を行わないこと。

○居宅療養管理指導を同一建物居住者に行う場合の適正化

医療保険との整合性を図る観点から、同一建物居住者に対して居宅療養管理指導を行う場合の評価を適正化する。

【医師が行う場合】	居宅療養管理指導費(I)	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
	居宅療養管理指導費(II)	290単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	261単位/回
【歯科医師が行う場合】	居宅療養管理指導費	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
【看護師が行う場合】	居宅療養管理指導費	400単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	360単位/回

3. 医療と介護の連携・機能分担

○入院・退院時の情報共有や連携強化

【ケアマネジメント】

①医療連携加算の見直し

医療連携加算 150単位/月 ⇒ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月<病院又は診療所に訪問する場合>
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月<病院又は診療所に訪問しない場合>

②退院・退所加算の見直し

退院・退所加算(Ⅰ) 400単位/月 ⇒ 退院・退所加算 300単位/回<入院等期間中に3回まで算定可能>
退院・退所加算(Ⅱ) 600単位/月

③緊急時等居宅カンファレンス加算の創設

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) ⇒ 200単位/回<1月に2回を限度として算定可能>

【訪問看護、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス】

④医療機関と共同した退院支援の評価

医療機関等からの退院後に、円滑に訪問看護が提供されるよう、入院中に訪問看護ステーション等の看護師等が医療機関と共同し、在宅での療養上必要な指導を行った場合の評価

退院時共同指導加算(新規) ⇒ 600単位/回

○肺炎等への対応の強化(介護老人保健施設)

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

○地域連携パスの評価(介護老人保健施設)

大腿骨頸部骨折及び脳卒中について、地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受け入れた場合について評価する。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

○看取り対応の強化（単位及び算定要件の見直し）

		特定施設 入居者 生活介護 【看取り介護 加算】	認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人 福祉施設 【看取り 介護加算】	介護老人 保健施設 【ターミナル ケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナル ケア加算】	訪問看護（※） 【ターミナル ケア加算】
算定期間	死亡日	—	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日			680単位/日			
	死亡4日～14日前			80単位/日			
	死亡15日～30日前			200単位/日			

改定後

算定期間	死亡日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,280単位/日	1,650単位/日	1,700単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日	680単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日	850単位/日	
	死亡4日～30日前	80単位/日	80単位/日	80単位/日	160単位/日	160単位/日	
算定要件に係る 主な見直し		夜間看護体制 加算の算定が必要	「共同して介護を行う 看護師は、当該事業所 の職員又は当該事業所 と密接な連携を確保でき る範囲内の距離にある 病院・診療所・訪問看護 ステーションの職員に限 る。」との規定を追加	—	—	「入所している施 設又は当該入所 者の居室におけ る死亡に限る」 との規定を削除 【要件緩和】	「死亡日前14日以内に2 回以上のターミナルケア の実施した場合」との規 定を、「死亡日及び死亡 日前14日以内に2日以 上のターミナルケアの実 施した場合」に変更 【要件緩和】

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスについても同様

（参考）介護老人福祉施設の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

○介護職員のたんの吸引等の実施（訪問介護、訪問看護、特養）

①訪問介護及び特養における加算の算定要件の見直し

訪問介護における特定事業所加算及び特養における日常生活継続支援加算の算定要件に、たんの吸引等が必要な者を追加

②訪問看護

訪問介護事業所と連携した利用者に係る計画作成の支援等について評価
看護・介護職員連携加算（新規）⇒ 250単位/月

4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

○介護職員処遇改善加算の創設(共通事項)

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、経過的な取扱として、介護職員処遇改善加算を創設する。なお、次期介護報酬改定において、各サービスの基本サービス費において適切に評価を行う。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(新規) ⇒ 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定

介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の90/100

介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(新規) ⇒ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の80/100

※加算率は、介護職員処遇改善交付金の交付率と同率

※対象範囲及び算定要件は、介護職員処遇改善交付金の対象範囲及び交付要件と同様の考え方を設定予定)

○人件費の地域差の適切な反映(共通事項)

①国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分を7区分に見直すとともに、適用地域、上乘せ割合について見直しを行う。

②適用地域について、国の官署が所在しない地域等においては、診療報酬における地域加算の対象地域の設定の考え方を踏襲する見直しを行う。

③介護事業経営実態調査の結果等を踏まえ、サービス毎の人件費割合についても見直しを行う。
訪問看護 55% ⇒ 70%

④報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、平成26年度末までの経過措置等を設定する。

見直し後の適用地域と現行の適用地域を比較した場合、区分の差が2区分以上乖離する地域を対象に、現行の適用地域から1区分高い若しくは低い区分に見直しを行う。

各自治体からの要望を踏まえ、上乘せ割合が低い区分にとどまることを経過措置として認めるとともに、高い区分への変更は国家公務員の地域手当の区分相当まで変更を認める。

○サービス提供責任者の質の向上(訪問介護)

サービス提供責任者の任用要件のうち「2級課程の研修を修了した者であって、3年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対する評価を適正化

⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数を算定

※ 平成25年3月末までの間、現に従事する者に対する経過措置を設ける。

介護職員処遇改善加算の創設について

1. 介護職員処遇改善加算の要件

- 介護職員処遇改善交付金の効果を維持するため、介護報酬において介護職員処遇改善加算を創設。
- 交付要件は、現行の処遇改善交付金と同様。
 - ・ 賃金改善計画の策定、介護職員の資質向上の取組 等

2. 加算額

- 現行の処遇改善交付金の交付率と同率の加算率を介護報酬総額に乗じた加算額を事業所に交付し、介護職員の賃金改善を図る。

- 主なサービスの加算率は以下のとおり。

サービス名	訪問介護	通所介護	小規模多機能	グループホーム	特養	老健施設
加算率	4.0%	1.9%	4.2%	3.9%	2.5%	1.5%

介護報酬の地域区分の見直しについて

1. 地域区分の考え方

- 人件費の地域差を調整するため、地域区分を設定し、1単位＝10円を基本として、地域別・人件費割合別に1単位当たり単価を上乗せして設定。
- 賃金水準の実態を反映させるため、地域区分を5区分から7区分に見直し。
→都市部の方が、福祉職と他産業とで賃金水準の乖離が大きい。

2. 地域区分の見直し案

- 適用地域、上乗率は、国家公務員の地域手当(7区分)に準拠する。

区分	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
現行	15%	10%			6%	5%	0%
改定後	18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%

- 保険料水準や事業所への激変緩和の観点から、自治体の意見も確認し、所要の経過措置を設ける。
- 「その他」地域の単価を下げることはしない。

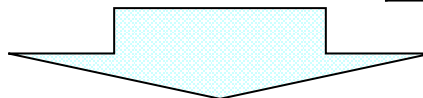
(別紙)地域区分の見直しにかかる新旧対応表

〈現行〉

(単位円)

		地域区分 (上乘せ割合)				
		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
		15%	10%	6%	5%	0%
人件費割合	70%	11.05	10.70	10.42	10.35	10
	55%	10.83	10.55	10.33	10.28	10
	45%	10.68	10.45	10.27	10.23	10

人件費割合 70% のサービス	訪問介護／訪問入浴介護／居宅介護支援／夜間対応型訪問介護
人件費割合 55% のサービス	訪問看護／訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護
人件費割合 45% のサービス	通所介護／短期入所生活介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設



〈見直し後〉

		地域区分 (上乘せ割合)						
		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
		18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10
	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10
	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10

人件費割合 70% のサービス	訪問介護／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
人件費割合 55% のサービス	訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／複合型サービス
人件費割合 45% のサービス	通所介護／短期入所生活介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設

3. 各サービス毎の改定の概要

(訪問系サービス)

訪問看護の主な改定内容について

1 短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービス提供の強化

- 時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

2 重度者への対応の強化

- ターミナルケア加算の見直し

在宅での看取りを強化するという観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行う。

【要件見直しの内容(変更点)】

死亡日及び死亡日前14日以内に2日当該利用者(死亡日及び死亡日前14日以内医療保険による訪問看護を行っている場合あっては1日)以上ターミナルケアを行った場合

- 特別管理加算の見直し

利用者の状態に応じた訪問看護の充実を図り、医療保険との整合性を図る観点から、特別な管理を要する者についての対象範囲と評価を見直す。

特別管理加算250単位 ⇒

特別管理加算(Ⅰ) 500単位

特別管理加算(Ⅱ) 250単位

3 医療機関からの退院後の円滑なサービス提供や他職種との連携を評価

- ① 入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同し在宅での療養上必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護の提供を評価する。

- 退院時共同指導加算(新規) ⇒ 600単位/回

- 初回加算(新規) ⇒ 300単位/回

- ② 介護職員等によるたんの吸引等を実施する訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等について評価する。

- 看護・介護職員連携強化加算 ⇒ 250単位/月

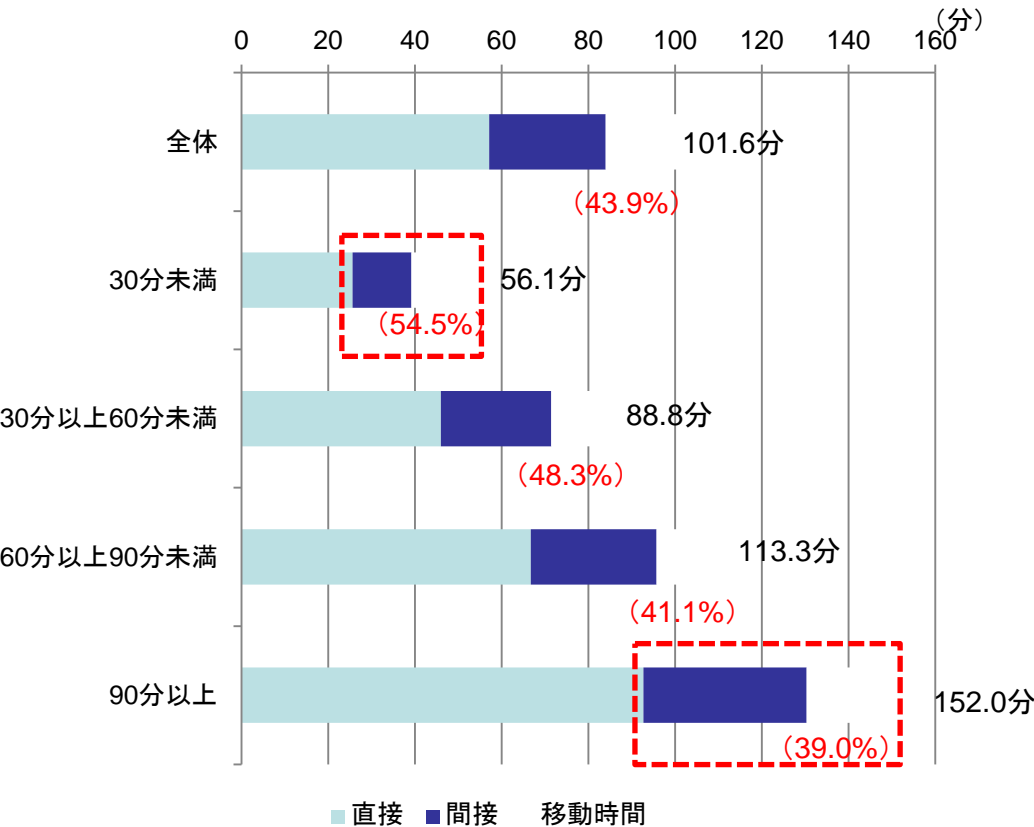
- ③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した場合の評価
2920単位/月(要介護5の場合+800単位)

(参考1) 訪問看護ステーションの時間区分別所要時間

○ 総所要時間に占める間接業務時間と移動時間の割合は、訪問時間が長くなるほど短く、10分あたりの単価は短時間の方が低い。

【時間区分別総所要時間】

【間接業務と移動時間を含めた訪問10分あたりの単価】



		20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満
訪問看護ステーション	報酬 (単位)	285	425	830	1,198
訪問看護ステーション	10分単価※	—	<u>75.7</u>	<u>93.4</u>	<u>105.7</u>

※例えば、30分未満は計算式(425単位÷56.1分(総所要時間)×10)により算出

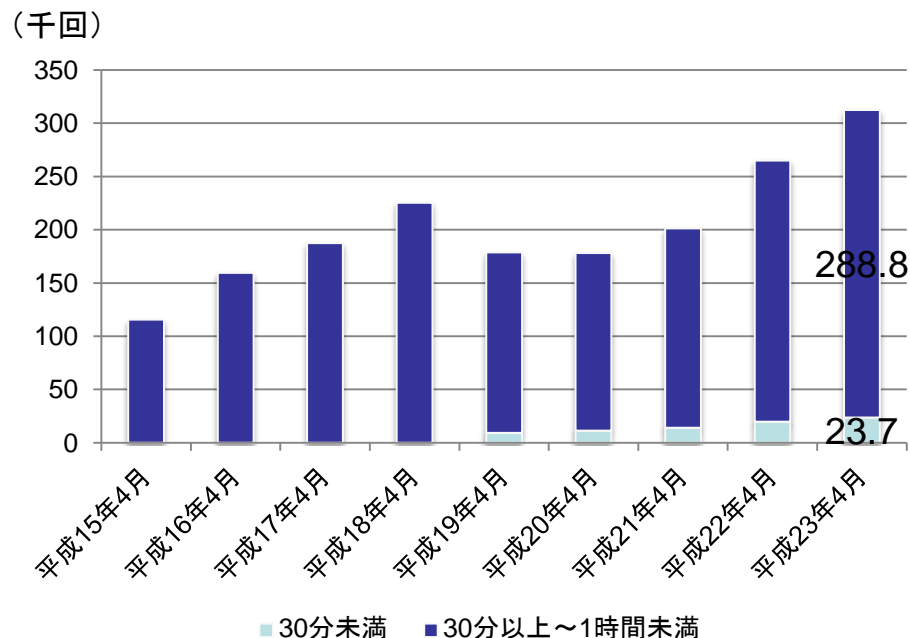
(赤字 総所要時間に占める間接業務+移動時間の割合 %)

(参考2) 理学療法士等が行う訪問について

- 所要時間別の理学療法士等による訪問看護回数は、「30分以上60分未満」が90%を超えている。
- 訪問リハビリテーションにおける訪問時間は40分が90%以上である。

【所要時間別の理学療法士等による訪問看護回数】
(介護予防含む)

【訪問リハビリテーションにおける訪問時間と頻度】



利用者一人あたりの平均訪問頻度 1.4日/週

訪問あたりの算定回数(1回20分以上)

単位区分	件数	(%)
3回(60分)	4	(4.1%)
2回(40分)	92	(93.9%)
1回(20分)	2	(2.0%)

注) 訪問リハビリテーションについては、1回20分以上、週に6回を限度としている。

出典: 介護給付費実態調査

出典: 「リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業(単独型訪問リハビリテーション事業所の実現性に関する研究)報告書」、日本リハビリテーション病院・施設協会(平成22年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

(参考3) 訪問看護の時間区分毎の報酬の見直しについて

○ 時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

【訪問看護ステーションの場合】

20分未満※	285単位/回	⇒	316単位/回
30分未満	425単位/回	⇒	472単位/回
1時間以上1時間30分未満	1198単位/回	⇒	1138単位/回

【病院又は診療所の場合】

20分未満※	230単位/回	⇒	255単位/回
30分未満	343単位/回	⇒	381単位/回
1時間以上1時間30分未満	845単位/回	⇒	811単位/回

※算定要件(20分未満)

- ・利用者に対し、週1回以上20分以上の訪問看護を実施していること
- ・利用者からの連絡に応じて、訪問看護を24時間行える体制であること

【訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護の場合】

30分未満	425単位/回	} ⇒ 1回あたり 316単位/回 (※1回あたり20分)
30分以上60分未満	830単位/回	

※ 1日に2回を超えて訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。

※※ 1週に6回を限度に算定する。

(参考4) ターミナルケア加算の見直しについて

○ ターミナルケアの充実を図り、在宅での看取りを強化するという観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行う。

【変更前】

死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)は、死亡月に2,000単位を加算する。

【変更後】

死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内当該利用者(別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。))に対して訪問看護を行っている場合(あっては1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)は、ターミナルケア加算として死亡月に2,000単位を加算する。

○ パターン1: 死亡日と死亡前日に介護保険で2回訪問している。

14日前までに死亡日以外に2回訪問がないため算定不可 → 算定可能

	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	死亡前日	死亡日
訪問	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	●	●

○ パターン2: 死亡日14日前までに、医療保険で1回、介護保険で1回訪問している。

死亡14日前までに同一保険で2回訪問がないため算定不可 → 算定可能

	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	死亡前日	死亡日
訪問	—	—	—	■	—	—	—	—	—	—	—	—	—	●	—

特別指示書

※ ■ 医療保険からの訪問 ● 介護保険からの訪問

(参考5) 特別管理加算の見直し

- 診療報酬で高く評価されている状態(下記イ)について、評価を250→500単位/月に引き上げる。
- 診療報酬では評価対象とされているが、介護報酬で対象となっていなかった状態(下記ホ)について、新たに特別管理加算の対象に加える。
- 介護保険と医療保険で加算名称の統一をはかり、医療保険の加算名称を「重症者管理加算」から「特別管理加算」に変更。

介護保険

介護厚生労働大臣が定める者等(平成十二年厚生省告示第二十三号)

- イ 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を越える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

(参考)医療保険

厚生労働大臣が定める状態等にある利用者(平成十八年告示百三十三号第二の五より)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

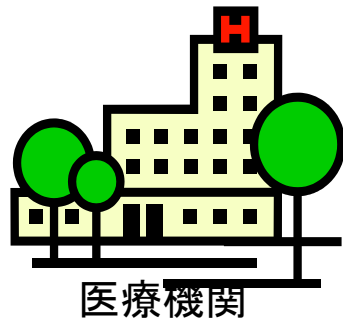
(参考6) 退院・退所に向けた早期からの連携

※在宅医療を担う医療機関等の医師や看護師、ケアマネジャーがカンファレンス参加した場合に入院医療を担う医療機関を評価(診療報酬(訪看STを対象に追加))

退院時共同指導料2
300点(原則入院中1回)

介護支援連携指導料(情報提供)
300点(入院中2回)

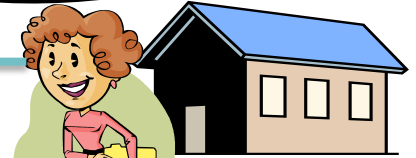
- 入院時情報連携加算
200単位又は100単位/月
- 退院・退所加算
300単位/回(最大3回まで)



医療機関



入院中



居宅介護支援事業者
(ケアマネジャー)



退院(自宅)

(医療保険の訪問看護)
退院時共同指導加算
6,000円(原則月1回)
※診療報酬

※退院後に訪問看護を実施した場合に算定



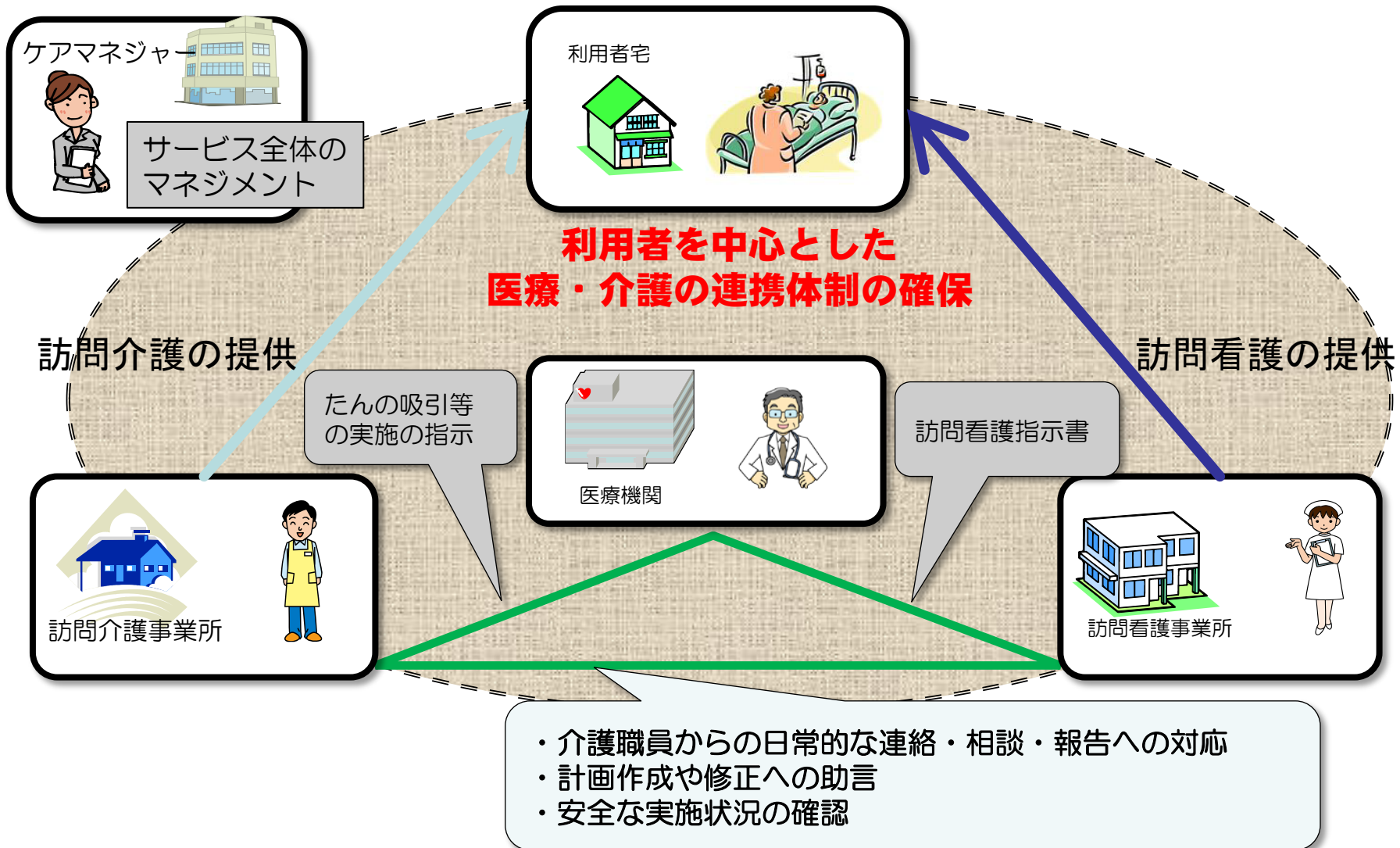
訪問看護ステーション

【新設】
(介護保険の訪問看護)
退院時共同指導加算の創設
600単位(原則退院につき月1回)

(参考7) 訪問介護事業所によるたんの吸引等の実施のイメージ

○ 医師の指示の下、たんの吸引等を実施する訪問介護事業所と連携し、実施計画の作成等の業務を円滑に行うための支援を行った訪問看護事業所に対する加算を創設。

(250単位/月)



訪問リハビリテーションの主な改定内容について

1 医師の診察頻度の見直し(⇒参考1、2)

○ 利用者の状態に応じたサービスの柔軟な提供という観点から、リハビリテーションの指示を出す医師の診察頻度を緩和する。

〈算定要件の見直し〉

指示を行う医師の診察の日から
1月以内

⇒

指示を行う医師の診察の日から
3月以内

2 介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション(⇒参考3)

○ 介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和する。

※算定要件(変更点)

「介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時又は当該介護老人保健施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日あるいはその直近に行った診療の日から1月以内に行われた場合」としていた要件を見直し、介護老人保健施設の医師が診察を行った場合においても、病院又は診療所の医師が診察を行った場合と同様に、3月ごとに診察を行った場合に、継続的に訪問リハビリテーションを実施できるようにすること。

3 訪問介護事業所との連携に対する評価(⇒参考4、5)

○ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、当該サービス提供者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に評価を行う。

訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算⇒ 300単位/回

(注)3月に1回を限度として算定する。

4 サテライト型訪問リハビリテーション事業所(⇒参考6)

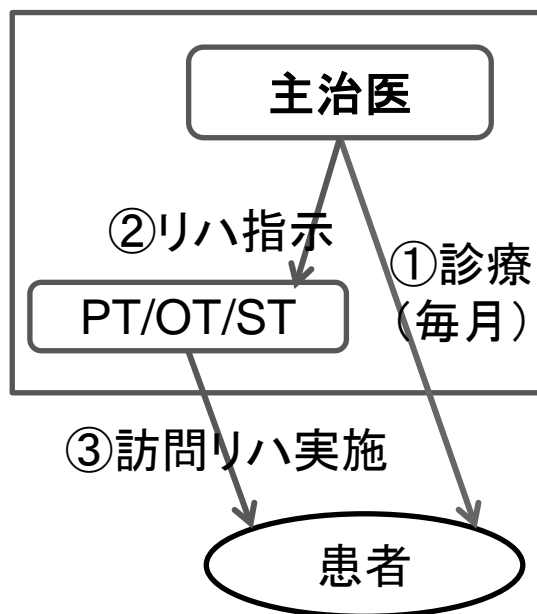
○ サテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置に伴い必要となる所要の規定の整備を行う。

※1～4について、介護予防訪問リハビリテーションについても同様の見直しを行う。

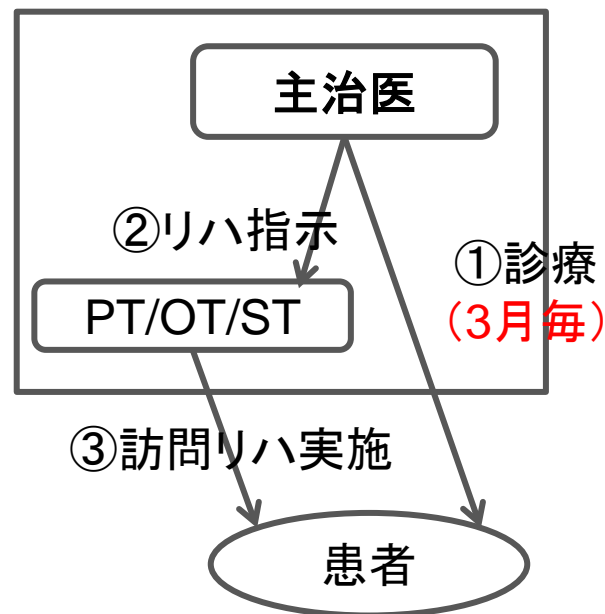
(参考1) 訪問リハビリテーションの提供の流れについて

主治医が訪問リハビリテーションを提供する場合

【改定前】



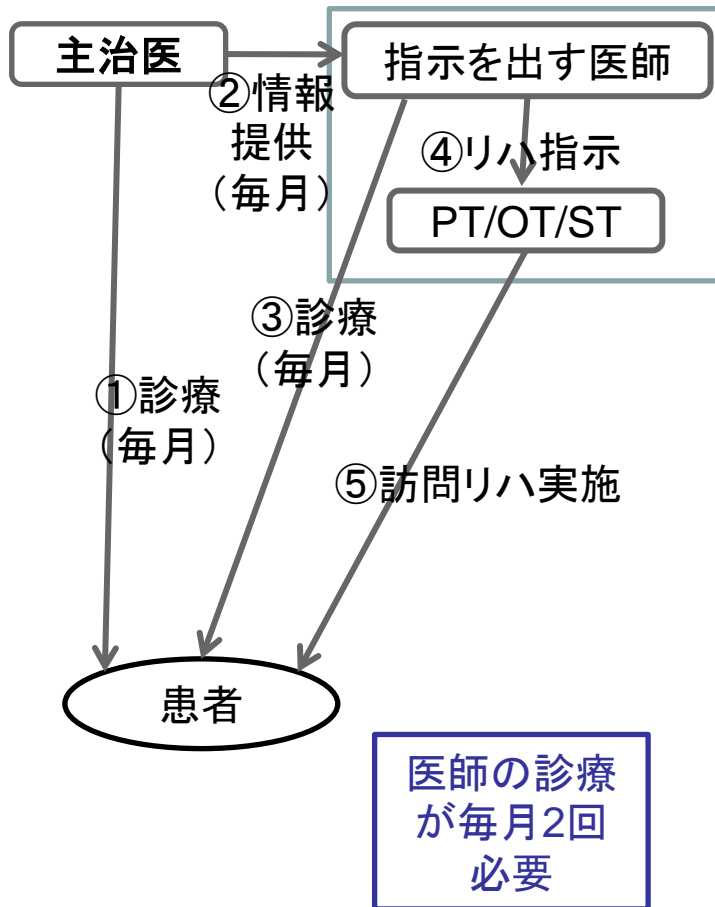
【改定後】



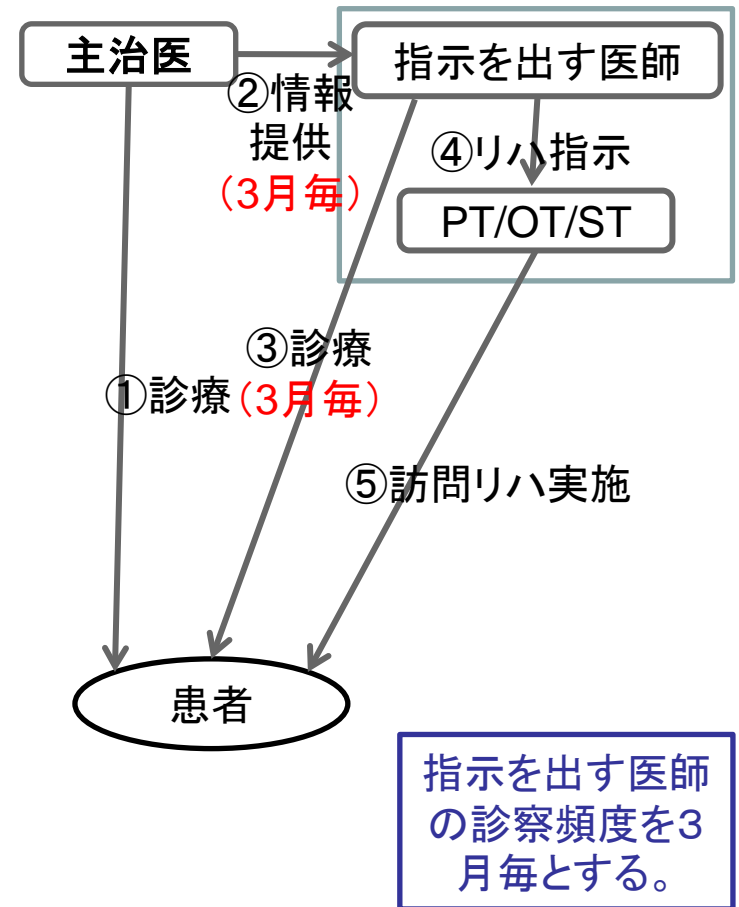
(参考2) 訪問リハビリテーションの提供の流れについて

主治医が訪問リハビリテーションを提供できない場合

【改定前】



【改定後】



居宅療養管理指導の主な改定内容について

1 居住の場所別の評価の見直し

○ 医療保険との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種及び、居住の場所の別の評価について見直す。

居住場所
① 薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等
在宅の利用者の場合 / 居住系施設入居者の場合
② 医師、歯科医師、看護職員
(居住の場所の別なし)



・同一建物居住者以外の利用者の場合
又は
・同一建物居住者の場合(同一日の訪問)

単位数

【医師が行う場合】	居宅療養管理指導費(I)	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
	居宅療養管理指導費(II)	290単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	261単位/回
【歯科医師が行う場合】	居宅療養管理指導費	500単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	450単位/回
【看護師が行う場合】	居宅療養管理指導費	400単位/回	⇒	同一建物居住者に行う場合	360単位/回

※ 同一建物居住者以外の場合は、単位数に変更なし

2 介護支援専門員への情報提供の必須化

○ 医師・歯科医師・薬剤師・看護職員が居宅療養管理指導を行った場合に、介護支援専門員への情報提供を必須とする。

3 小規模薬局の連携

○ 小規模薬局における対応を強化する観点から、緊急時など対応が困難な場合についてのみ、予め連携している別の薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を提供することを可能とする。

4 看護職員による居宅療養管理指導の見直し

○ 平成21年度介護報酬改定において創設された看護職員による居宅療養管理指導については、サービスの拡充を図るため、要件を見直す。

<要件の見直し>

要介護新規認定、要介護更新認定又は、要介護認定の変更に
伴い作成された居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービスの
提供開始から、

【改定前】

2月の間に1回を限度
として算定する。



【改定後】

6月の間に2回を限度
として算定する。

※ 介護予防居宅療養管理指導についても同様の見直しを行う。

(参考1) 利用者の医学管理と居住場所の考え方について

○ 在宅療養患者に対する医師や薬剤師等による医学管理については、医療保険・介護保険でそれぞれ評価されている。

		医療保険(指導料等)		介護保険(在宅療養管理指導費)		
				平成24年改定前	平成24年改定後	
医師	在宅患者 訪問診療料	同一建物居住者以外の場合	(なし)	(なし)	同一建物居住者以外の場合	
		同一建物居住者の場合			同一建物居住者の場合	
歯科医師	歯科訪問 診療料	同一建物居住者以外の場合	(なし)	(なし)	同一建物居住者以外の場合	
		同一建物居住者の場合			同一建物居住者の場合	
薬剤師	病院又は 診療所	在宅患者訪問 薬剤管理指導料	同一建物居住者以外の場合	在宅の利用者の場合	同一建物居住者以外の場合	
		同一建物居住者の場合	居住系施設入所者の場合	同一建物居住者の場合		
	保険薬局	在宅患者訪問 薬剤管理指導料	同一建物居住者以外の場合	在宅の利用者の場合	在宅の利用者の場合	同一建物居住者以外の場合
		同一建物居住者の場合	居住系施設入所者の場合	居住系施設入所者の場合	同一建物居住者の場合	
管理栄養士	在宅患者訪問 栄養食事指導料	同一建物居住者以外の場合	在宅の利用者の場合	在宅の利用者の場合	同一建物居住者以外の場合	
		同一建物居住者の場合	居住系施設入所者の場合	居住系施設入所者の場合	同一建物居住者の場合	
歯科衛生士	訪問歯科衛生 指導料	(なし) ※指導1回当たりの対象者数 及び所要時間等、指導の困 難性により区分	在宅の利用者の場合	在宅の利用者の場合	同一建物居住者以外の場合	
			居住系施設入所者の場合	居住系施設入所者の場合	同一建物居住者の場合	
看護職員			(なし)	(なし)	同一建物居住者以外の場合	
					同一建物居住者の場合	

(参考2) 居宅療養管理指導の報酬体系について

職種等		※:平成24年改定部分は下線	単位数 (1回当たり)
医師又は歯科医師が行う場合 (月2回を限度)	下記以外	同一建物居住者以外	500単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	450単位
	在宅時医学総合管理料等を算定する場合(注1)	同一建物居住者以外	290単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	261単位
薬剤師が行う場合	医療機関薬剤師の場合 (月2回を限度)	同一建物居住者以外	550単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	385単位
	薬局の薬剤師の場合 (月4回を限度)(注2)	同一建物居住者以外	500単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	350単位
管理栄養士が行う場合 (月2回を限度)		同一建物居住者以外	530単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	450単位
歯科衛生士等が行う場合 (月4回を限度)		同一建物居住者以外	350単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	300単位
保健師、看護師が行う場合(注3)		同一建物居住者以外	400単位
		同一建物居住者(同一日の訪問)	360単位

注1:診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「居住系施設入居者等医学総合管理料」(通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定。)を算定する場合。

注2:がん末期、中心静脈栄養を受けている者に対しては、週2回、かつ、月8回を限度として算定。

注3:要介護認定(更新・区分の変更を含む)に伴う居宅サービス提供開始から6月の間に2回を限度として算定。また、准看護師が行う場合は90/100を算定。

訪問介護の主な改定内容について ①

1 身体介護・生活援助の時間区分の見直し

○ 身体介護の時間区分について、1日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から新たに『20分未満』の時間区分を創設。

- ・ 身体介護(20分未満) (新設) ⇒ 170単位/回
 - ・ 身体介護(30分未満) 254単位/回 ⇒ 254単位/回
- ※ 「日中」の20分未満の算定に当たっては、定期巡回・随時対応サービスへの移行を想定した要件を課す。

○ 生活援助の時間区分について、限られた人材の効果的活用を図り、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、利用者のニーズに応じたサービスを効率的に提供する観点から見直しを行う。

- ・ 生活援助(20分以上45分未満) 190単位
- ・ 生活援助(30分以上60分未満) 229単位 ⇒
- ・ 生活援助(45分以上) 235単位
- ・ 生活援助(60分以上) 291単位

※ 身体介護に引き続き生活援助を行う場合の時間区分についても併せて見直しを行う。

2 訪問介護と訪問リハビリテーションの連携の推進

○ 利用者の在宅における生活機能の向上を図るため、サービス提供責任者が訪問リハビリテーションの理学療法士等と連携し、訪問介護計画を作成することについて評価を行う。

- ・ 生活機能向上連携加算(新規) ⇒ 100単位/月

3 サービス提供責任者の質の確保

○ サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、2級訪問介護員のサービス提供責任者を配置している事業所に対する評価を適正化する。

- ・ 2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算(新規) ⇒ 所定単位数の10%を減算

○ サービス提供責任者の配置基準を、その主たる業務である訪問介護計画の作成に応じたものとするため、サービス提供時間・訪問介護員の員数に応じたものから、利用者数に応じたものに見直す。

- ・ サービス提供時間450時間又は訪問介護員の員数10人に1人 ⇒ 前年度3月の平均利用者数40人に1人

※ 上記の減算及び配置基準の見直しについては、平成25年3月末までの経過措置を設ける。

訪問介護の主な改定内容について ②

4 利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する評価の適正化

○ サービス付き高齢者向け住宅等と同一の建物に所在する事業所が、その集合住宅に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化

- ・ 同一建物に対する減算(新規) ⇒ 所定単位数の10%を減算 (同一建物に居住する利用者のみ)

【減算の要件】

- ・ 事業所と同一の建物に居住する利用者に対し、前年度の月平均で30人以上にサービスを提供している。
- ・ 対象となる住宅については、「サービス付き高齢者向け住宅」のほか、次のものとする。

① 養護老人ホーム、② 軽費老人ホーム、③ 有料老人ホーム、④ 旧高齢者専用賃貸住宅

※ 定期巡回・随時対応サービスを除く訪問系サービス(訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護)及び小規模多機能型居宅介護についても同様の減算を創設する。

5 特定事業所加算の要件の見直し

○ 社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、

- ① 介護福祉士の養成課程における実務者研修が創設されたこと
- ② 介護福祉士及び研修を修了した介護職員等が、医療関係者との連携の下にたんの吸引等の実施が可能となったこと

に伴い、特定事業所加算の要件を見直す。

【要件見直しの内容(変更点)】

- ・ 人材要件(訪問介護員等要件及びサービス提供責任者要件)に「実務者研修修了者」を追加
- ・ 重度要介護者等対応要件に「たんの吸引等(口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養)が必要な者」を追加

(注) たんの吸引等を業として実施することにつき登録を受けている事業所に限る。

※ 「実務者研修修了者」については訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護のサービス提供体制強化加算においても同様

(通所系サービス)

通所リハビリテーションの主な改定内容について

1 通所リハビリテーションの機能を明確化し、医療保険からの円滑な移行を促進するため、個別リハビリテーションの実施について重点的に評価を行うとともに、長時間の通所リハビリテーションについては適正化を行う。⇒(参考1～4)

○基本サービス費の見直し

(例)通常規模型通所リハビリテーション費

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1	688単位/日
要介護2	842単位/日
要介護3	995単位/日
要介護4	1,149単位/日
要介護5	1,303単位/日

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1	671単位/日
要介護2	821単位/日
要介護3	970単位/日
要介護4	1,121単位/日
要介護5	1,271単位/日

⇒

○リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

※算定要件(変更点)

- ・ 1月あたり通所回数の要件緩和(1月につき8回以上通所していること。⇒1月につき4回以上通所していること。)
- ・ 新たに利用する利用者について、利用開始後1月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること。(新規)

○個別リハビリテーション実施加算の算定要件の見直し

- ・ 所要時間1時間以上2時間未満の利用者において、1日に複数回の算定可能とする。

2 重度療養管理加算⇒(参考5)

○厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算(新規) ⇒ 100単位/日

※算定要件(手厚い医療が必要な状態)

- 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 褥瘡に対する治療を実施している状態
- 気管切開が行われている状態 等

(参考1) リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

(改定前)

- リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを利用した場合に算定。



(改定後)

- リハビリテーション実施計画を策定し、月4回以上通所リハビリテーションを利用した場合に算定。

※既存の要件(リハビリテーション実施計画の策定等)に、以下の要件を加える。
要件:新規利用者全員に対し、利用開始後1月以内に利用者の居宅を訪問し、居宅での利用者の日常生活動作の状況、家屋環境等を確認した上、居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を策定すること。

(参考2) 1時間以上2時間未満の短時間型通所リハビリの強化

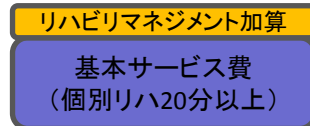
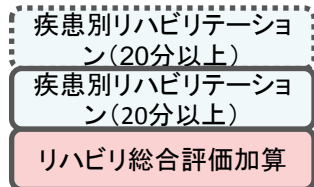
※所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいては、個別リハビリテーション実施加算を1日に複数回算定可能とする。

【イメージ図】

改定前

【医療保険】
疾患別リハビリ
テーション(外来)

【介護保険】
通所リハビリ
テーション
(1時間以上2時間未満)



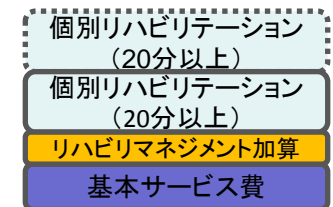
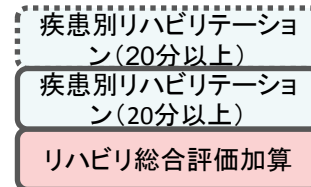
個別リハビリは、月13回
まで算定可能

個別リハビリは本体報
酬に包括

改定後

【医療保険】
疾患別リハビリ
テーション(外来)

【介護保険】
通所リハビリ
テーション
(1時間以上2時間未満)



個別リハビリは、月13回
まで算定可能

個別リハビリは、月13回
まで出来高で算定可能
(リハビリマネジメント加
算の算定が必要)

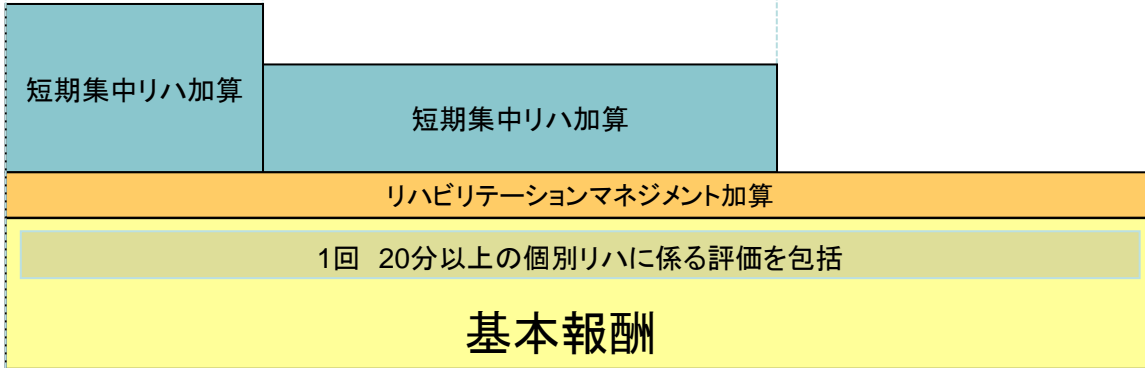
(参考3) 改定前の通所リハビリの報酬イメージ

退院(所)日等

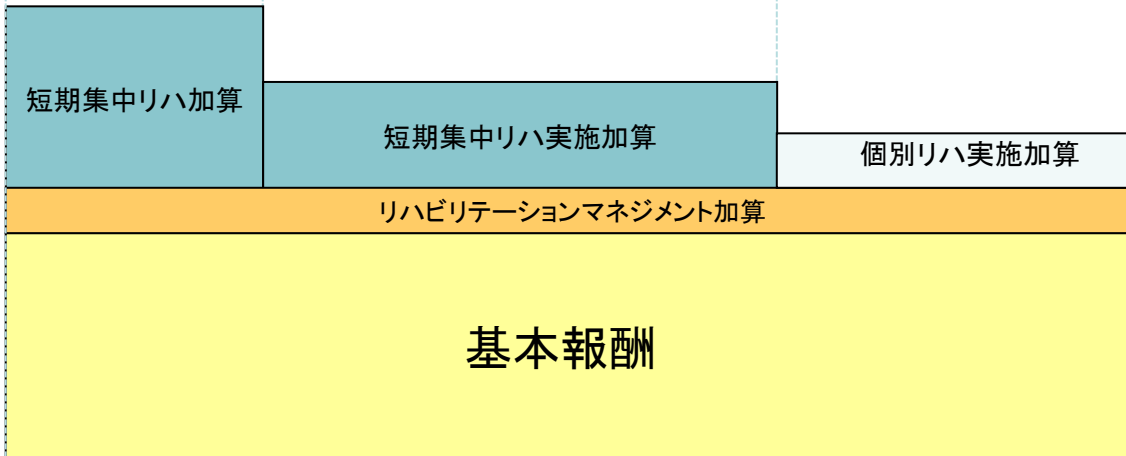
1ヶ月

3ヶ月

1時間以上2時間未
満の通所リハビリ
テーション※1
(短時間個別)

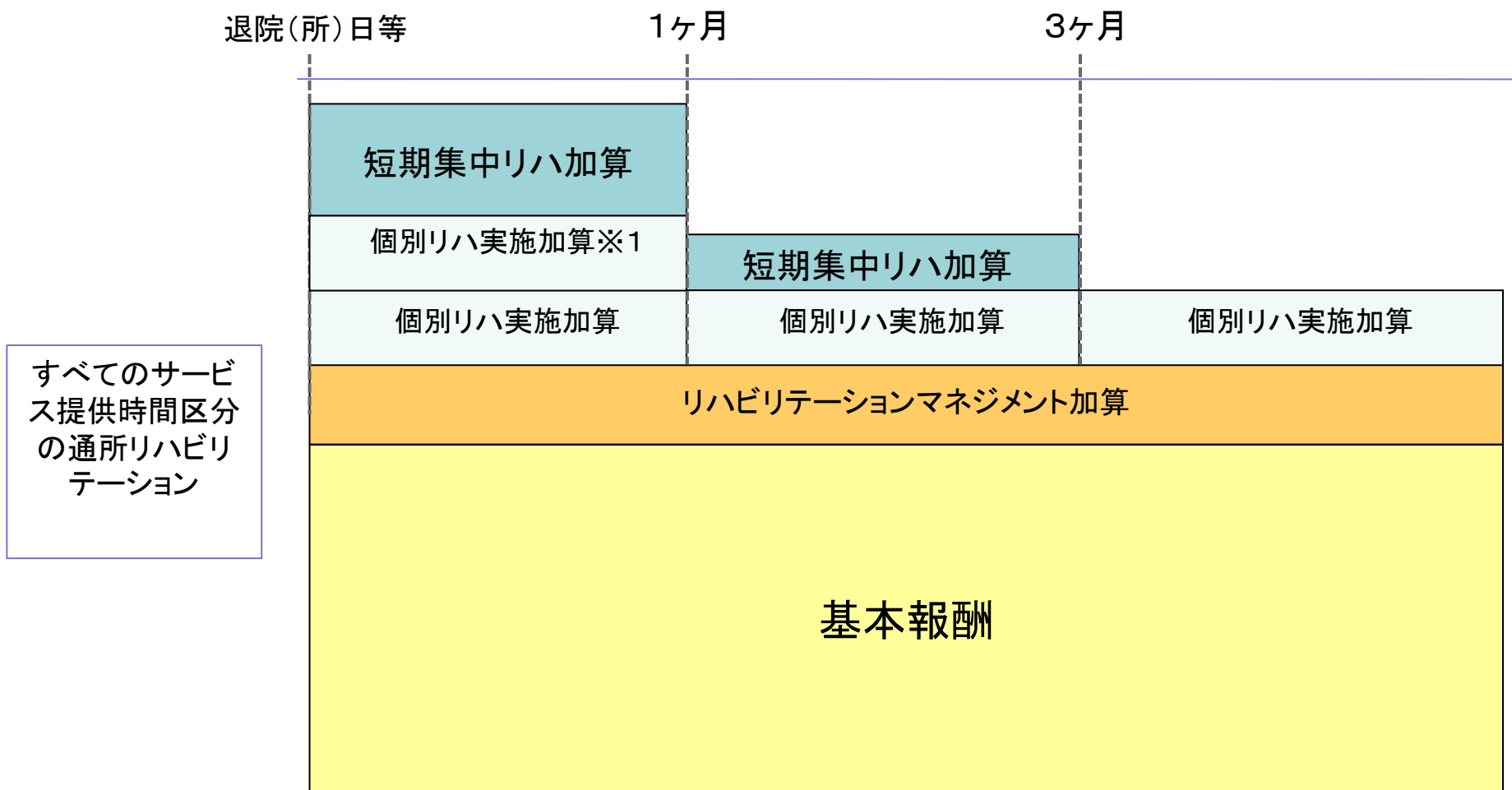


通常のリハビリテーション
(長時間滞在)



個別リハに係る加算
本体報酬

(参考4) 改定後の通所リハビリの報酬イメージ



- ※1 短期集中リハビリテーション実施加算に含まれていた個別リハビリテーションの実施に係る評価を切り分ける。
 ※2 所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、個別リハビリテーション実施加算は1日に複数回算定できる。

(参考5) 重度療養管理加算について (新設)

※算定要件

所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護4又は5であつて、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

(注)別に厚生労働大臣が定める状態(イ～リのいずれかに該当する状態)

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

通所介護の主な改定内容について

1 基本サービス費の見直し

- 通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえて適正化を行う。
- 小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化を行う。
- サービス提供時間の実態を踏まえ時間区分を変更する。
- 家族介護者への支援(レスパイト)を促進する観点から、延長加算を12時間まで認める。
 - ・ 10時間以上11時間未満の延長加算(新規) → 100単位/日
 - ・ 11時間以上12時間未満の延長加算(新規) → 150単位/日

2 個別機能訓練の提供体制や生活機能の向上に着目した評価

- サービス提供実態を踏まえ個別機能訓練加算(Ⅰ)を基本報酬に組み入れる。
- 現行の個別機能訓練加算(Ⅱ)を個別機能訓練加算(Ⅰ)と名称変更し、生活機能の向上に着目した個別機能訓練加算(Ⅱ)を新たに創設し評価する。
 - ・ 個別機能訓練加算(Ⅰ) → 基本報酬へ包括化
 - ・ 個別機能訓練加算(Ⅱ) → 個別機能訓練加算(Ⅰ) 42単位/日(名称変更)
 - ・ — → 個別機能訓練加算(Ⅱ) 50単位/日(新設)

3 人員配置基準の弾力化

- 事業者がより柔軟に事業を実施し、より効果的にサービスを提供できるよう、生活相談員と介護職員の配置を弾力化する。
 - ・ 提供時間帯を通じて配置 → 常勤換算方式を導入
 - ・ 「単位ごと」の配置 → 「事業所ごと」の配置

4 同一建物からの利用する場合の取扱い

- 通所介護事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から当該事業所に通う利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を行う。
 - ・ 同一建物に対する減算(新規) → 所定単位数から▲94単位/日

(短期入所サービス)

短期入所療養介護の主な改定内容について

1 緊急受入の評価の見直し

- 緊急時の円滑な受入れを促進する観点から、緊急時の受入の評価を行う。

緊急短期入所受入加算(新規) ⇒ 90単位/日

(注) 緊急短期入所ネットワーク加算については、廃止

2 医療ニーズの高い利用者の受入れに係る評価の見直し

- 介護老人保健施設における医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算(新規) ⇒ 120単位/日

※算定要件(手厚い医療が必要な状態)

- ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ・ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- ・ 気管切開が行われている状態 等

(参考) 短期入所療養介護費の見直し

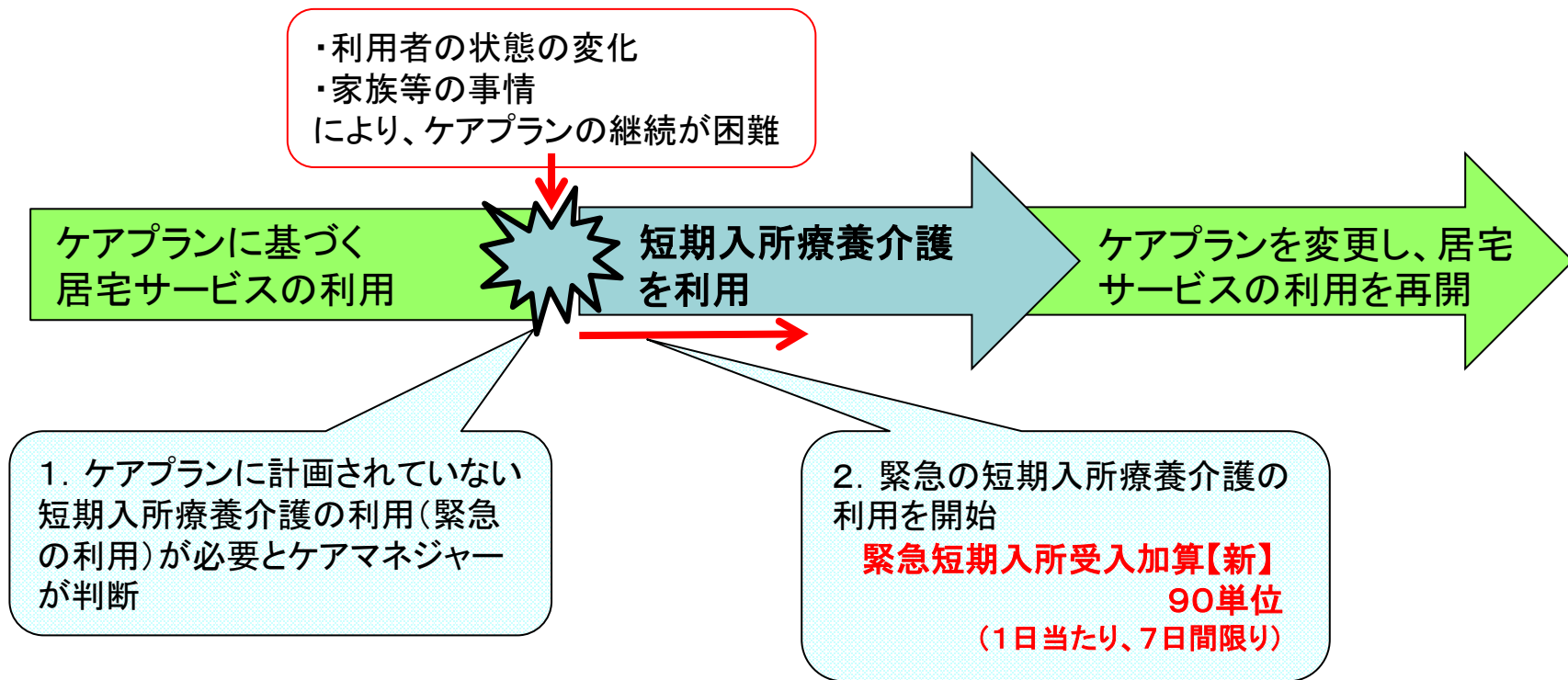
- 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設の基本施設サービス費の見直しに伴い、短期入所療養介護費の見直しを行う。

(例) 介護老人保健施設における
短期入所療養介護費
(従来型老健、多床室)

	改定前		改定後
要介護1	845単位	→	826単位
要介護2	894単位	→	874単位
要介護3	947単位	→	937単位
要介護4	1,001単位	→	990単位
要介護5	1,054単位	→	1,043単位

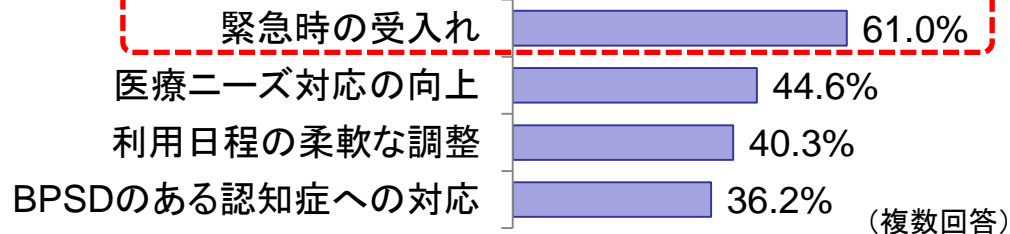
(参考) 短期入所療養介護における緊急受入の評価について

- 緊急時の短期入所療養介護の受入れを促進する観点から、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。



(参考)

ケアマネジャーによる短期入所療養介護に対する要望としては、「緊急時の受入れ」が多い。



(出典)「レスパイトケアの推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業(居宅介護支援専門員調査)」
(平成23年度老人保健健康増進等事業)

(参考) 短期入所療養介護における医療ニーズの高い者の受入れの評価

○ 介護老人保健施設における短期入所療養介護においても医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、平成24年介護報酬改定において、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行った。

	医療機関における短期入所療養介護	介護老人保健施設における短期入所療養介護
改定前	<p>○<u>重度療養管理 120単位(1日につき)</u> ※算定対象となる一定の状態 (改定後と同様。)</p>	—
改定後	<p>○<u>重度療養管理 120単位(1日につき)</u> ※算定対象となる一定の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱または直腸障害で、身体障害者障害程度等級表4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態 	<p>○<u>重度療養管理加算(新規) 120単位(1日につき)</u> ※算定対象となる一定の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱または直腸障害で、身体障害者障害程度等級表4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態 ト 経鼻経管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療が行われている状態 リ 気管切開が行われている状態

短期入所生活介護の主な改定内容について

1 空床確保と緊急時の受け入れに対する評価

- 緊急時の円滑な受入れ体制を促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、一定割合の空床を確保した事業所の体制を評価する加算を創設する。
- 緊急利用を適切に評価する観点から、居宅サービスに位置づけられていない等の緊急の利用者を受け入れた場合の加算を創設する。
 - ・ 緊急短期入所ネットワーク加算 → 廃止
 - ・ 緊急短期入所体制確保加算(新規) → 40単位/日
 - ・ 緊急短期入所受入加算(新規) → 60単位/日

(※)算定要件

【緊急短期入所体制確保加算】

- ・ 利用定員の100分の5に相当する空床を確保し、緊急時に短期入所生活介護を提供できる体制を整備しており、かつ、前3月における利用率が100分の90以上である場合に、利用者全員に対して算定できる

【緊急短期入所受入加算】

- ・ 介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、介護を受けることができない者であること。
- ・ 居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていないこと。
- ・ 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の利用を認めていること。
- ・ 緊急利用のために確保した利用定員の100分の5に相当する空床(緊急用空床)以外の利用ができない場合であって、緊急用空床を利用すること(100分の5の緊急確保枠以外の空床利用者は加算算定はできない)
- ・ 利用を開始した日から原則7日を限度とする。

(注)連続する3月間において、緊急短期入所受入加算を算定しない場合、続く3月間においては、緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算は算定できない。

2 基準該当サービスの基準緩和(→参考2)

- 医師の配置を不要とする。
- 居室面積 10.65㎡(約6畳) → 7.43㎡(約4畳半)

(特定施設入居者生活介護)

特定施設入居者生活介護の主な改定内容について

1 基本サービス費の見直し

- 特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む)については、介護福祉施設サービス費の見直しにあわせて、介護予防特定施設入居者生活介護については、在宅サービスとの均衡に配慮しつつ、基本サービス費の評価の見直しを行う。

2 特定施設における看取りの対応強化

- 特定施設入居者生活介護については、看取りの対応を強化する観点から、特定施設において看取り介護を行った場合に評価を行う。

・看取り介護加算(新規)	→	死亡日以前4～30日	80単位/日
		死亡日前日及び前々日	680単位/日
		死亡日	1,280単位/日

※算定要件:

- ・ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ・ 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- ・ 医師、看護師又は介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること。
- ・ 夜間看護体制加算を算定していること。

3 特定施設における短期利用の促進

- 一定の要件を満たす特定施設については、家族介護者支援を促進する観点から、特定施設の空室における短期利用を可能とする見直しを行う。

※算定要件:

- ・ 特定施設入居者生活介護事業所が初めて指定を受けた日から起算して3年以上経過していること。
- ・ 入居定員の範囲内で空室の居室(定員が1人であるものに限る。)を利用すること。ただし、短期利用の利用者は、入居定員の100分の10以下であること。
- ・ 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- ・ 短期利用の利用者を除く入居者が、入居定員の100分の80以上であること。
- ・ 権利金その他の金品を受領しないこと。
- ・ 介護保険法等の規定による勧告等を受けた日から起算して5年以上であること。

(福祉用具貸与・販売)

福祉用具貸与・販売の主な改定内容について

1 福祉用具サービス計画の作成

- 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、利用者の状態に応じた福祉用具の選定や介護支援専門員等との連携を強化するため、福祉用具貸与事業者及び特定福祉用具販売事業者に対し、利用者ごとに個別サービス計画の作成を義務付ける見直しを行う。

【新設される福祉用具サービス計画の作成に係る規定】

- ・ 福祉用具専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具サービス計画を作成しなければならないこと。
- ・ 福祉用具サービス計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画の内容に沿って作成しなければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成に当たり、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画を作成した際には、当該福祉用具サービス計画を利用者に交付しなければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行うこと。（※福祉用具貸与のみに規定）

2 福祉用具貸与費の対象となる種目の追加

- 福祉用具貸与費の対象として、「自動排泄処理装置」を追加する。

(予防給付)

予防給付の主な改定内容について

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効率的に提供する観点からの見直しを行う。

(1) 訪問系サービス

○介護予防訪問介護と介護予防訪問リハビリテーションの連携の評価【再掲】

利用者の在宅における生活機能の向上を図る観点から、介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護のサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による介護予防訪問介護計画の作成についての評価を行う。

※訪問介護、訪問リハと同様

(介護予防訪問介護) 生活機能向上連携加算(新規) ⇒ 100単位/月

(介護予防訪問リハビリテーション) サービス提供責任者と連携した場合の加算(新規) ⇒ 300単位/回

(注)3月に1回を限度に算定

(2) 通所系サービス

○複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価(介護予防通所介護・介護予防通所リハ)

利用者の生活機能の向上に資するサービスを効果的に提供する観点から、選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価を創設する。

選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(新規) ⇒ 480単位/月 〈選択的サービスのうち2種類実施の場合〉

選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(新規) ⇒ 700単位/月 〈選択的サービスのうち3種類実施の場合〉

○事業所評価加算の評価及び算定要件の見直し(介護予防通所介護・介護予防通所リハ)

生活機能の維持・改善に効果の高いサービスの提供を推進する観点から、通所利用者の60%以上に選択的サービスを実施していることを算定要件に追加する。

事業所評価加算 100単位/月 ⇒ 120単位/月

○生活機能向上に資するグループ活動を行った場合の評価(介護予防通所介護)

アクティビティ実施加算を見直し、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合を評価する。

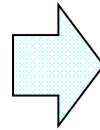
生活機能向上グループ活動加算(新規) ⇒ 100単位/月(1週間に1回以上実施の場合)

複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価について

利用者の生活機能の向上に資するサービスを効果的に提供する観点から、選択的サービス(運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス)のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価を創設する(介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション)。

【現行】

1. 運動器機能向上加算	225単位
2. 栄養改善加算	150単位
3. 口腔器機能向上加算	150単位



【見直し後】

1. 運動器機能向上加算	225単位
2. 栄養改善加算	150単位
3. 口腔器機能向上加算	150単位
4. 1～3のうち、2種の組合せ	480単位
5. 1～3全て	700単位

注) 4、5を算定した場合には、1～3を別に算定することはできない

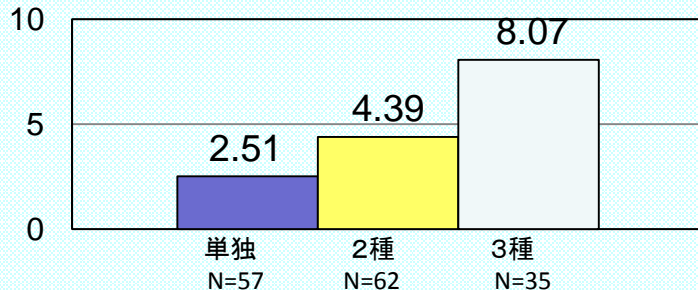
(参考)

複数のプログラムを組み合わせて実施した方が改善効果が高いというデータがみられる一方で、複数のプログラムの算定状況は非常に低調である。

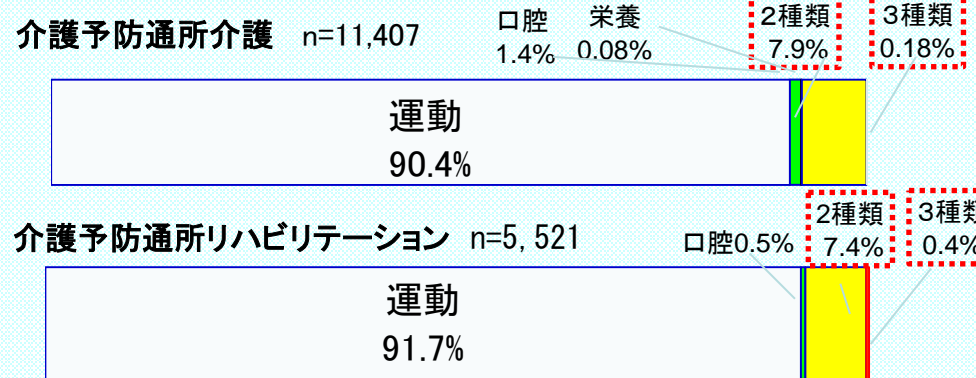
複数プログラムの実施による効果の例(※1)

舌機能(舌の左右運動)の改善

運動器機能向上プログラム、口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムを、それぞれ単独で実施した場合と複数プログラムを組み合わせることで実施した場合には、複数プログラムを組み合わせることで実施した方が、舌機能において改善の差がみられた。



複数のプログラムの算定状況(※2)



※1) 平成22年度老人保健健康増進等事業「予防給付及び介護給付における口腔機能向上サービスの推進に関する総合的研究事業」

※2) 厚生労働省「介護給付費実態調査 平成23年2月審査分」特別集計

事業所評価加算の算定要件の見直しについて

生活機能の維持・改善に効果の高いサービスの提供を推進する観点から、通所利用者の60%以上に選択的サービスを実施していることを算定要件に追加する(介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション共通)

算定要件

単位数

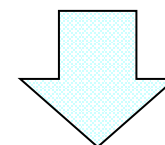
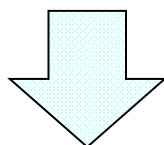
【見直し前】

要支援度の維持者数+改善者数×2

評価対象期間内(前年の1月～12月)に、選択的サービス(運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上)を3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

\geq
0.7

100単位/月



【見直し後】

要件を追加

通所利用者の60%以上に選択的サービスを実施していること



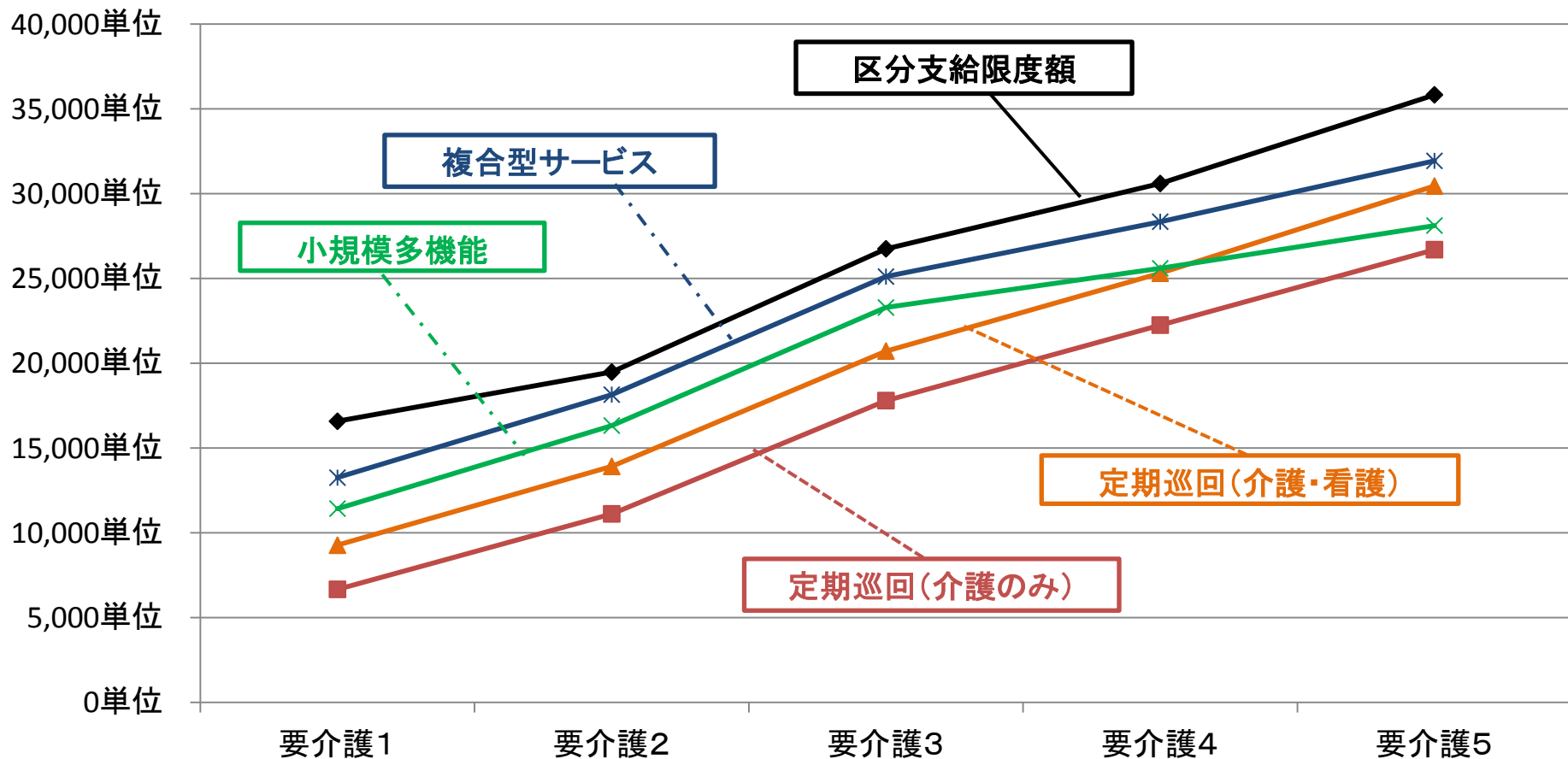
120単位/月

選択的サービスを3か月以上利用した者の要支援状態の維持・改善率

(上記の算出式)

(地域密着型サービス)

定期巡回・随時対応サービス等の介護報酬（基本単位の比較）



	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度額	16,580単位	19,480単位	26,750単位	30,600単位	35,830単位
定期巡回(介護のみ)	6,670単位	11,120単位	17,800単位	22,250単位	26,700単位
定期巡回(介護・看護)	9,270単位	13,920単位	20,720単位	25,310単位	30,450単位
小規模多機能型居宅介護	11,430単位	16,325単位	23,286単位	25,597単位	28,120単位
複合型サービス	13,255単位	18,150単位	25,111単位	28,347単位	31,934単位

定期巡回・随時対応サービスの創設

- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）

利用者からの通報により、
電話やICT機器等による対応・訪
問などの随時対応を行う

随時対応

通報

オペレーター

訪問介護と訪問看護が一体的
又は密接に連携しながら、
定期巡回型訪問を行う

定期巡回型訪問

定期巡回型訪問

定期巡回・随時対応サービスの定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」については、次の二つの類型を定義。
 - ① 一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」
 - ② 事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」
⇒ 訪問看護（居宅での療養上の世話・診療の補助）は連携先の訪問看護事業所が提供
- いずれにおいても、医師の指示に基づく看護サービスを必要としない利用者が含まれる。

新介護保険法（平成24年4月1日施行分）

第8条

- 15 この法律において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。
- 一 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うとともに、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあつては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められた居宅要介護者についてのものに限る。
 - 二 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うこと。

一体型事業所（イメージ）

定期巡回・随時対応事業所

介護職員
入浴、排せつその他の
日常生活上の世話

看護職員
療養上の世話
診療の補助

介護・看護の一体的提供

連携型事業所（イメージ）

定期巡回・随時対応事業所

介護職員
入浴、排せつその他の
日常生活上の世話

連携

訪問看護事業所

看護職員
療養上の世話
診療の補助

介護・看護の一体的提供

定期巡回・随時対応サービスの介護報酬（基本単位）

	一体型事業所	
	介護・看護利用者	介護利用者
要介護1	9,270単位	6,670単位
要介護2	13,920単位	11,120単位
要介護3	20,720単位	17,800単位
要介護4	25,310単位	22,250単位
要介護5	30,450単位	26,700単位

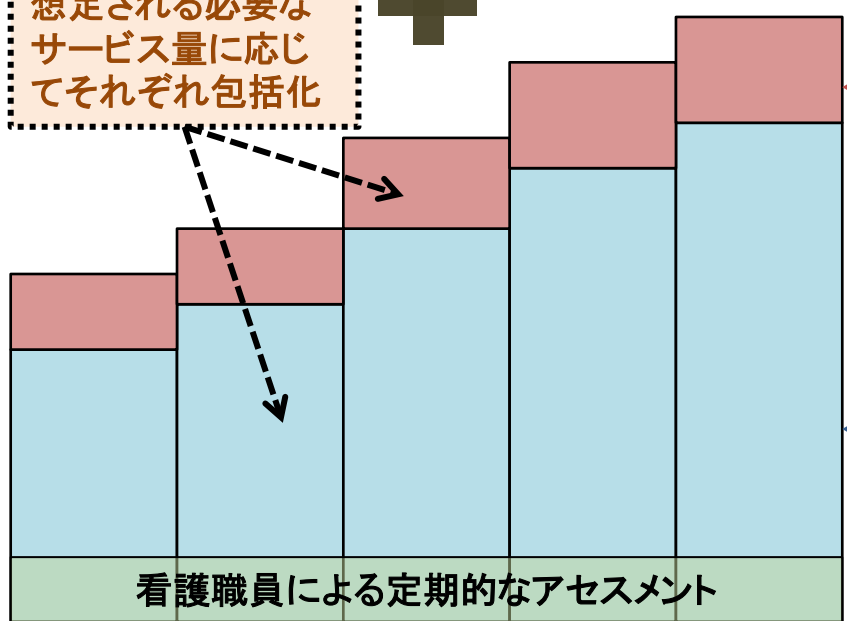
連携型事業所
介護分を評価
6,670単位
11,120単位
17,800単位
22,250単位
26,700単位

連携先訪問看護事業所を利用する場合の訪問看護費（連携先で算定）

+	2,920単位
	3,720単位

加算

想定される必要なサービス量に応じてそれぞれ包括化



サービス内容や事業所の体制に応じて算定される部分

医師の指示に基づく看護を受ける者に算定される部分
 ○ 看護職員による療養上の世話又は診療の補助
 ※ 訪問看護を利用しない者・医療保険適用者は算定しない。

要介護度に応じてすべての者に算定される部分

- 定期巡回サービス
- 随時の対応サービス
- ※ オペレーション及び随時の訪問
- 看護職員による定期的なアセスメント
- ※ 連携型事業所の場合、連携先の訪問看護事業所に委託するときは、契約に基づく委託料として支払い

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

定期巡回・随時対応サービスの人員・設備基準

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士、 実務者研修修了者 介護職員基礎研修、 訪問介護員1級、 訪問介護員2級	・ 交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		・ 常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） ・ 夜間・深夜・早朝の時間帯についてはオペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。
看護職員	うち1名以上は、 常勤の保健師又は 看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	・ 2.5以上（併設訪問看護事業所と合算可能） ・ 常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※) のうち、常勤の者1人以上 ＋ 3年以上訪問介護のサー ビス提供責任者として従 事した者	・ 利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、1人以上を 計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※) のうち、1人以上	
管理者			・ 常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

(※)・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

(注) …介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

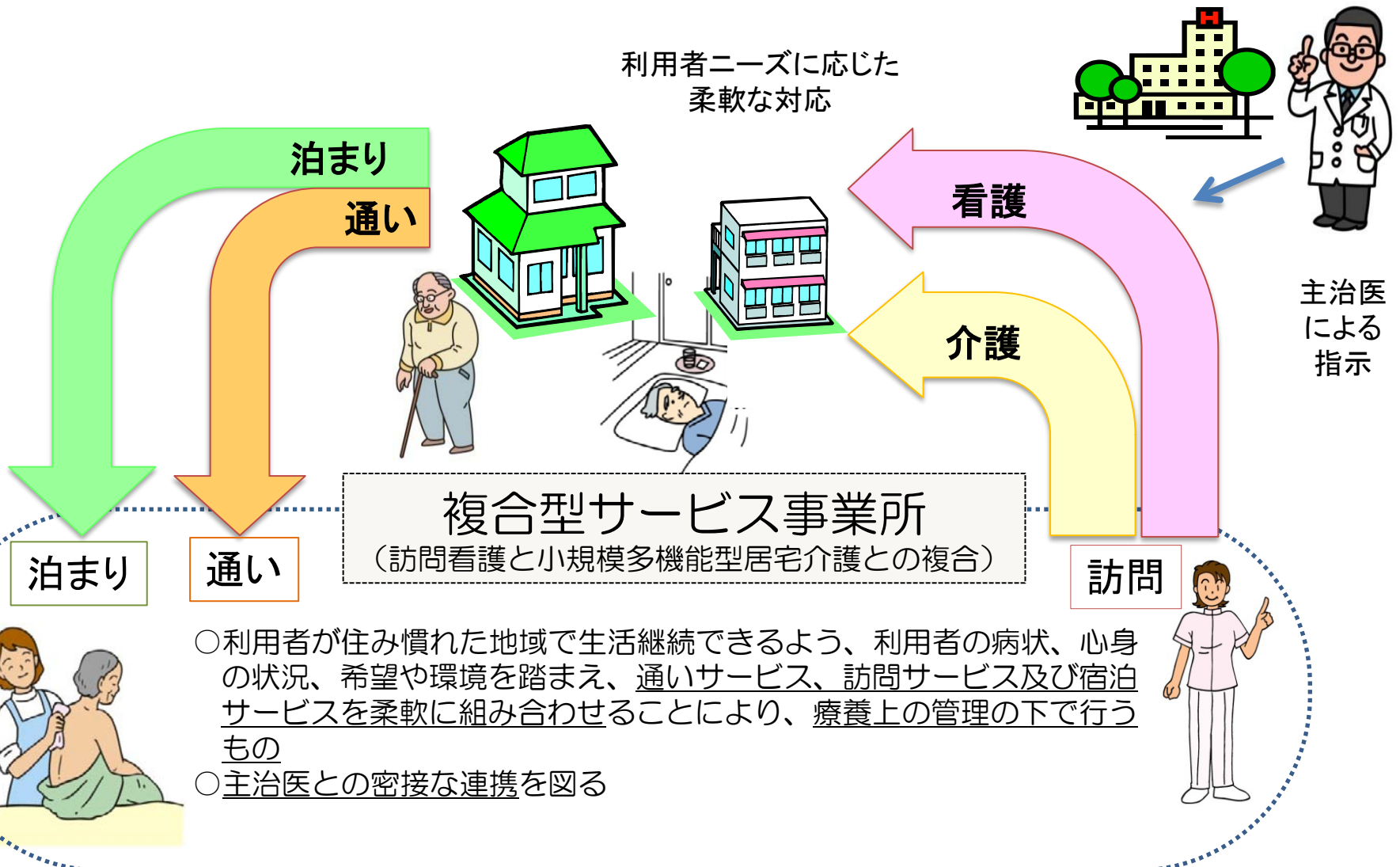
※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

複合型サービスの創設

- 訪問看護と小規模多機能型居宅介護の複数のサービスを組み合わせた複合型サービス事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。



※ 地域密着型サービス

複合型サービスの介護報酬

1 複合型サービス費(基本サービス費)

○ 要介護度別・月単位の定額報酬を基本とする

- ・ 要介護1→13,255単位/月 ~ 要介護5→31,934単位/月

2 加算

○ 訪問看護費に準じた加算

- ・ 退院時共同指導加算→600単位/回
- ・ 緊急時訪問看護加算→540単位/月
- ・ 特別管理加算→(Ⅰ)500単位/月、(Ⅱ)250単位/月
- ・ ターミナルケア加算→2,000単位/死亡月

○ 小規模多機能型居宅介護費に準じた加算

- ・ 初期加算→30単位/日
- ・ 認知症加算→(Ⅰ)800単位/月、(Ⅱ)500単位/月
- ・ 事業開始時支援加算→500単位/月
- ・ サービス提供体制強化加算→(Ⅰ)500単位/月、(Ⅱ)350単位/月、(Ⅲ)350単位/月
- ・ 介護職員処遇改善加算→(Ⅰ)~(Ⅲ) 所定単位数に4.2%を乗じた単位数

※緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、事業開始時支援加算、介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外とする。

3 減算

○ 小規模多機能型居宅介護費に準じた減算

- ・ 登録者数が登録定員を越える場合、従業員の員数が基準に満たない場合、サービス提供が過少の場合
→ 基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定

○ 医療保険の訪問看護が行われる場合の減算

- ・ 末期の悪性腫瘍等の利用者の場合の減算： 要介護1→925単位/月~要介護5→2,914単位/月
- ・ 特別指示により頻回な訪問看護が必要な利用者の場合の減算： 要介護1→30単位/日~要介護5→95単位/日を指示日数に乗じた単位数

(注)小規模多機能型居宅介護等の「同一建物に対する減算」については、複合型サービスには適用しない

小規模多機能型居宅介護の主な改定内容について

1 サテライト型指定小規模多機能型居宅介護の創設

- 認知症高齢者等の在宅生活を支える重要なサービスとして更なる普及を促進する観点から、一定程度の事業規模を確保し、人材の有効活用を進めることにより経営の安定化を図りつつ、利用者にとってより身近な地域でのサービス提供が可能になるよう、サテライト型の小規模多機能型居宅介護事業所を創設する。

2 事業開始時支援加算の継続

- 事業開始時支援加算については、平成24年3月末までの時限措置としていたが、今後増加が見込まれる認知症高齢者等の在宅サービス基盤のさらなる充実を図る観点から、所要の見直しを行った上で平成27年3月末まで継続する。

- ・ 事業開始時支援加算(Ⅰ) 500単位/月 ⇒ 事業開始時支援加算 500単位/月
- ・ 事業開始時支援加算(Ⅱ) 300単位/月 ⇒ (廃止)

【算定要件(変更点のみ)】

- ・ 事業開始後1年未満であって、登録定員に占める利用者の割合が70%(※)を下回る事業所
※ 現行は80%

3 利用者の住居と同一の建物に所在する事業所に対する評価の適正化 【再掲】

- ・ 同一建物に対する減算(新規) ⇒ 所定単位数の10%を減算 (同一建物に居住する利用者のみ)

【減算の要件】

- ・ 事業所と同一の建物に居住する利用者に対し、前年度の月平均で登録定員の80%以上にサービスを提供している。(注)その他の事項については、訪問介護と同様の取扱い

※ 併せて、運営基準において、こうした集合住宅に居住する者に対してサービス提供を行う場合、地域への展開に努めることとする規定を定める。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の主な改定内容について

1 基本サービス費の見直し

- グループホームについては、利用者の平均要介護度の高まりへの対応を強化する観点から、フラット型となっている現行の要介護度別の基本報酬体系を見直す。
- ユニット数別の経営状況等を勘案し、新たにユニット数別の報酬設定を行い適正化を図る。

2 看取りの対応強化

- 看取りの対応を強化する観点から、看取り介護加算の評価を見直し、グループホームの配置看護師又はグループホームと密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所及び訪問看護ステーションの看護師との連携により看取りを行う。

看取り介護加算	80単位／日 (死亡日以前30日)	→	80単位／日(死亡日以前4日以上30日以下) 680単位／日(死亡日の前日及び前々日) 1,280単位／日(死亡日)
---------	----------------------	---	--

3 夜間の安全確保の強化

- 夜間における利用者の安全確保を強化する観点から、夜間職員の配置基準の見直し(2ユニットに1名の配置を可能としている例外規定の廃止)を行うとともに、1ユニットのグループホームにおいて夜間ケア加算の見直しを行う。

夜間ケア加算	25単位／日	→	夜間ケア加算(Ⅰ)50単位／日【1ユニットで算定】 夜間ケア加算(Ⅱ)25単位／日【2ユニット以上で算定】
--------	--------	---	--

- (※) 算定要件: 夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員を常勤換算で1名以上配置すること。

4 在宅支援機能の強化

- 在宅支援機能の強化を図る観点から、短期利用共同生活介護の事業実施要件として設定されている「事業所開設後3年以上」の規定を緩和し、介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上の実績を有する事業者であれば、短期利用共同生活介護事業の実施を可能とする。

(居宅介護支援・居宅予防支援)

居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容について

1 運営基準減算の強化

- 事業所の適切な運営を確保する観点から、サービス担当者会議やモニタリングの実施といった基本的な業務を適切に実施していない場合の減算を強化する。

減算率 75/100(2ヶ月継続の場合 50/100) → 減算率 50/100(2ヶ月継続の場合 算定しない)

2 特定事業所加算の見直し

- 質の高いケアマネジメントを推進していく観点から、加算の取得要件を見直す。

・特定事業所加算(Ⅱ)＜要件の追加＞

介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。

地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

3 医療との連携強化

- 医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価等の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員が参加した場合に評価を行う。

・医療連携加算 150単位 → 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位(医療機関に訪問して情報提供した場合)
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位(上記以外の場合)

・退院・退所加算(Ⅰ)400単位(Ⅱ)600単位 → 退院・退所加算 300単位(入院等期間中3回まで)

・緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) → 200単位(月2回まで)

4 複合型サービス事業所連携加算の創設

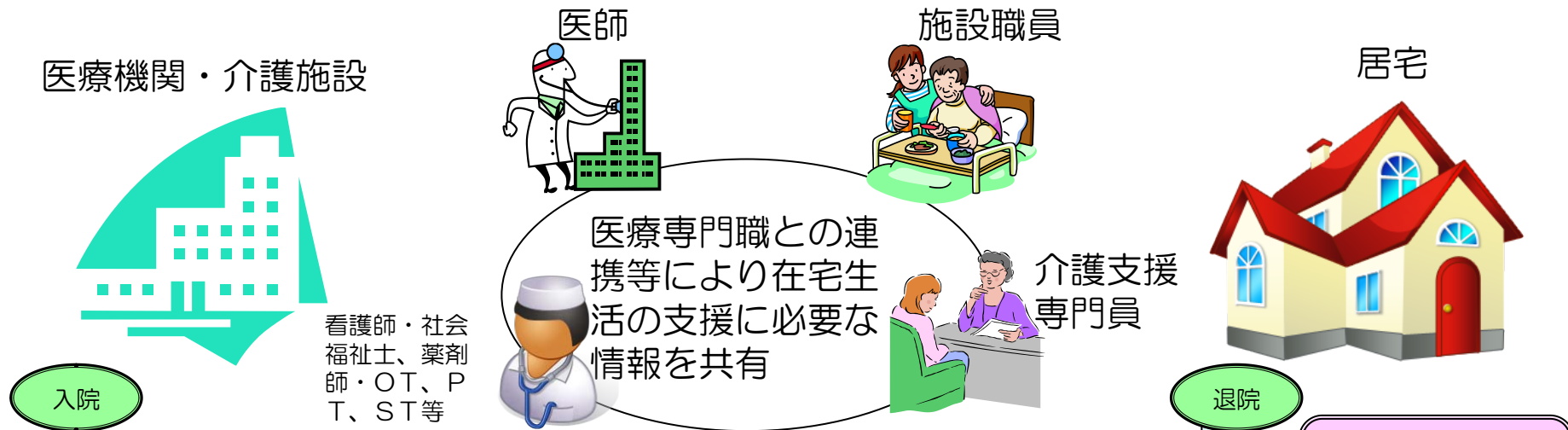
- 新たに創設される複合型サービスの利用を開始する際に、利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う。

・複合型サービス事業所連携加算(新規) → 300単位/回

5 介護予防支援の委託制限の撤廃

- 委託件数の上限(居宅介護支援事業所に属する介護支援専門員1人あたり8件)を撤廃

退院・退所に係る情報共有のイメージ



退院・退所に向けた早期からの連携

ケアプランへ反映
(円滑な在宅生活への移行)

① 地域の介護サービス事業所に関する情報や要介護認定の申請に必要な手続き等の情報を共有
(退院の場合は、診療報酬の介護支援連携指導料相当)

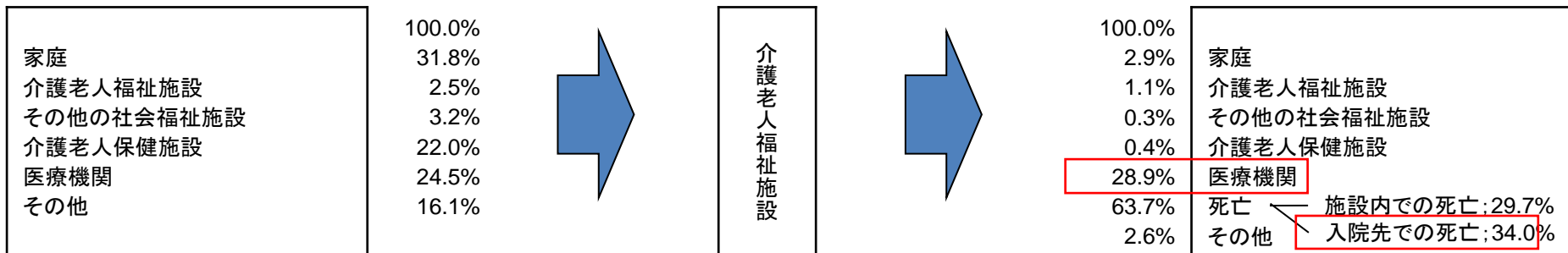
② 退院時に医療機関・施設の職員と疾病の状態等ケアプラン原案の作成に資するような情報の収集を実施(退院の場合は診療報酬の介護支援連携指導料相当)

③ 診療報酬の退院時共同指導料2の注3の対象となるものを別途行う場合は、①と②のほか、これも合わせて3回まで算定可能

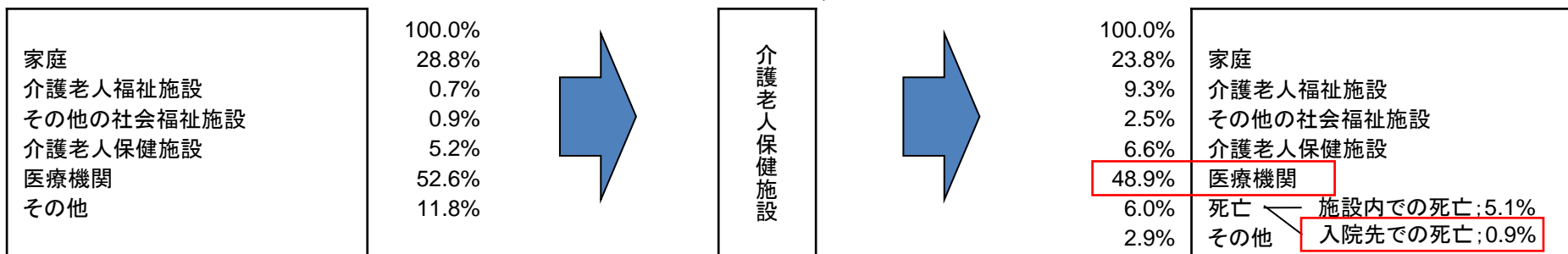
※退院時共同指導料2 注3 (抄)
入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合加に所定点数に加算する。

(介護保険施設)

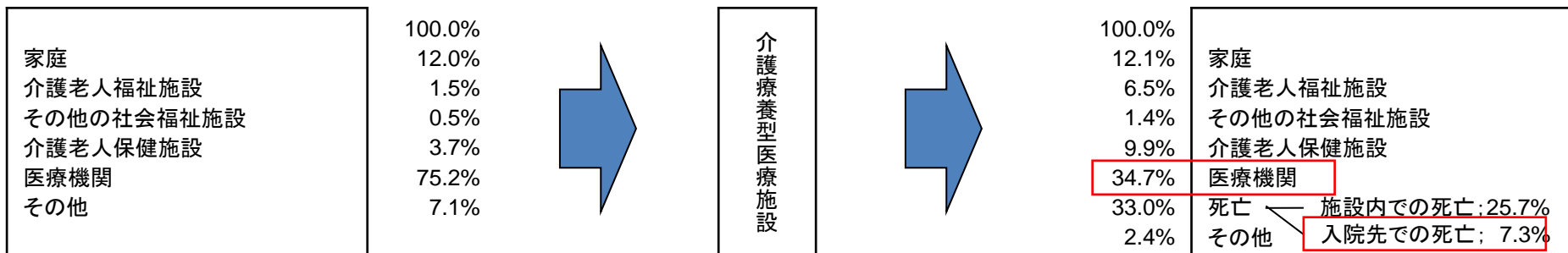
介護保険施設における入・退所者の状況



退所者の平均在所日数: 1474.9日(1,465.1日)



退所者の平均在所日数 329.2日(277.6日)



退所者の平均在所日数 412.0日(427.2日)

介護保険施設からの退所後の行き先の推移

	行き先	平成19年 9月	平成22年 9月
介護老人福祉施設	家庭	1.6%	2.9%
	介護老人福祉施設	2.5%	1.1%
	その他の社会福祉施設	0.5%	0.3%
	介護老人保健施設	-	0.4%
	医療機関	31.5%	28.9%
	死亡	63.0%	63.7%
	その他	0.9%	2.6%
介護老人保健施設	家庭	31.0%	23.8%
	介護老人福祉施設	8.5%	9.3%
	その他の社会福祉施設	1.9%	2.5%
	介護老人保健施設	7.0%	6.6%
	医療機関	45.3%	48.9%
	死亡	3.8%	6.0%
	その他	2.4%	2.9%
介護療養型医療施設	家庭	14.0%	12.1%
	介護老人福祉施設	6.4%	6.5%
	その他の社会福祉施設	1.2%	1.4%
	介護老人保健施設	10.8%	9.9%
	医療機関	32.6%	34.7%
	死亡	32.6%	33.0%
	その他	2.4%	2.4%

介護老人福祉施設の主な改定内容について

1 個室ユニット化の更なる推進

- ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準を適正化する。
- ユニット型個室の第3段階の利用者負担を、月額約1万円軽減する。

2 入所者の重度化への対応

- 施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

3 認知症の行動・心理症状への対応

- 認知症の行動・心理症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

・認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) → 200単位/日(入所日から7日を上限)

(※)算定要件：認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると医師が判断した者に対し、介護福祉施設サービスを行った場合。

4 日常生活継続支援加算における重度者要件及び重度化への評価の見直し

- 介護老人福祉施設における入所者の重度化への対応を評価する。
- 介護職員等が、たんの吸引等を実施することが可能となったこと等に伴い、介護老人福祉施設の既存の体制加算に係る重度者の要件について、所要の見直しを行う。

・日常生活継続支援加算 22単位/日 ⇒ 23単位/日

(※)算定要件(①～③のいずれかを満たすこと。下線部は改正点。)

- ①要介護4・5の占める割合が入所者の70%以上であること。
- ②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が入所者の65%以上であること。
- ③たんの吸引等が必要な者の占める割合が入所者の15%以上であること。

(参考) 介護老人福祉施設における看取りの充実を図るため、配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、介護老人福祉施設における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。

介護老人保健施設の主な改定内容について

1 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

○ 在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

(1) 在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

(2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

(3) 入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

2 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

○ 脳卒中・大腿骨頸部骨折等により、入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間入院した後、再度入所した場合の必要な集中的なリハビリテーションを評価する。(算定要件の見直し)

3 地域連携パスの評価

○ 地域連携診療計画に係る医療機関から、入所者を受け入れた場合について評価を行う。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

4 認知症行動・心理症状への対応強化

○ 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) ⇒ 200単位/日

5 肺炎等への対応の強化

○ 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合の施設内での対応を評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

6 ターミナルケアの評価の見直し

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケアについては、評価を見直す。

・ ターミナルケア加算

死亡日以前15～30日	200単位/日
死亡日以前14日まで	315単位/日



死亡日以前4～30日	160単位/日
死亡日前日・前々日	820単位/日
死亡日	1,650単位/日

(※)上記2～5については、介護療養型老人保健施設についても同様。

介護老人保健施設について

(定義)

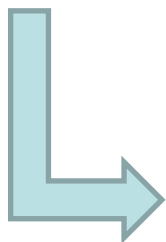
介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第25項)

(基本方針)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))

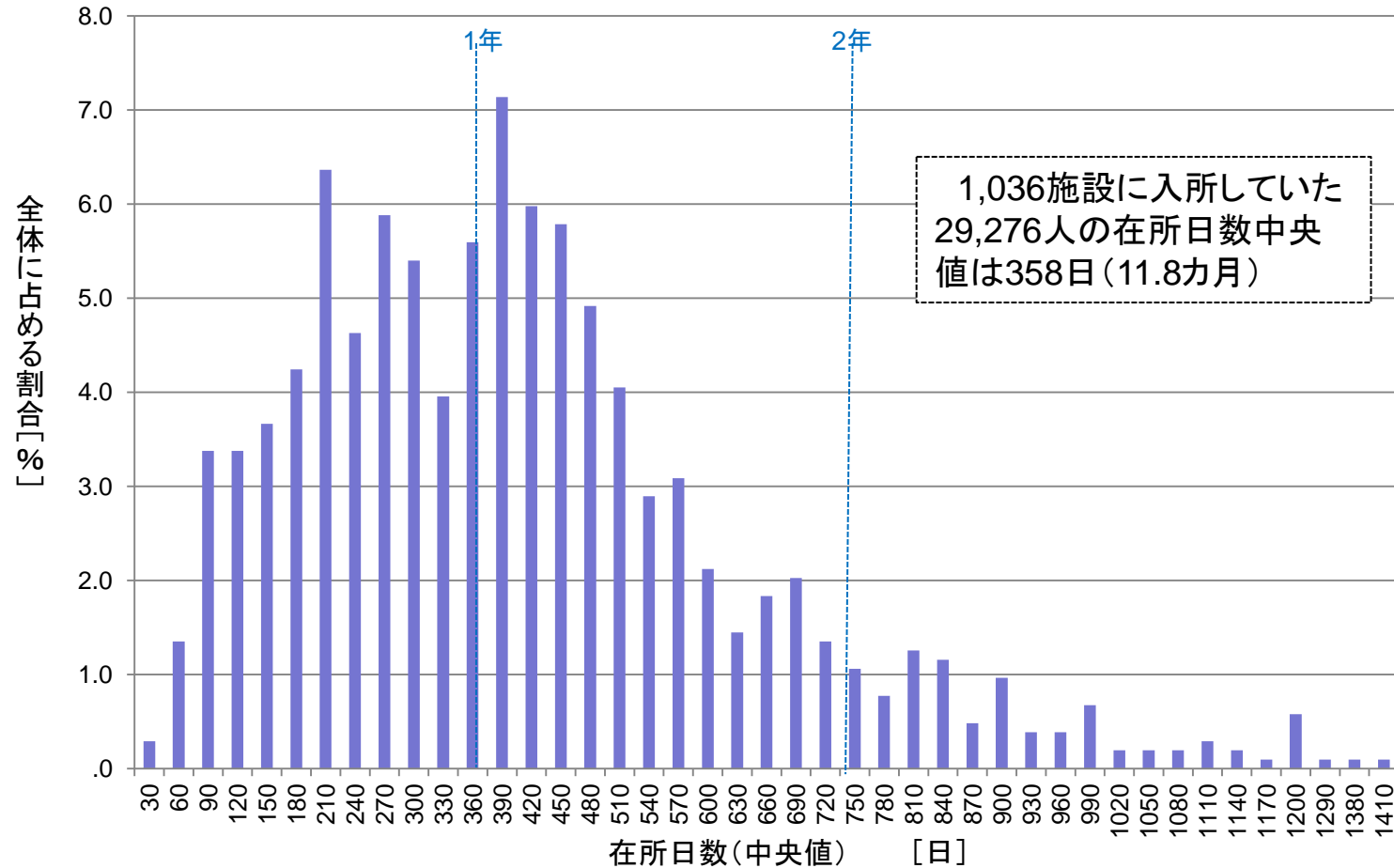


- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護老人保健施設の在所日数

- 介護老人保健施設の入所者の在所日数の中央値は全体で358日であった。
- 在所日数の中央値が2年以上である施設は1割程度であった。

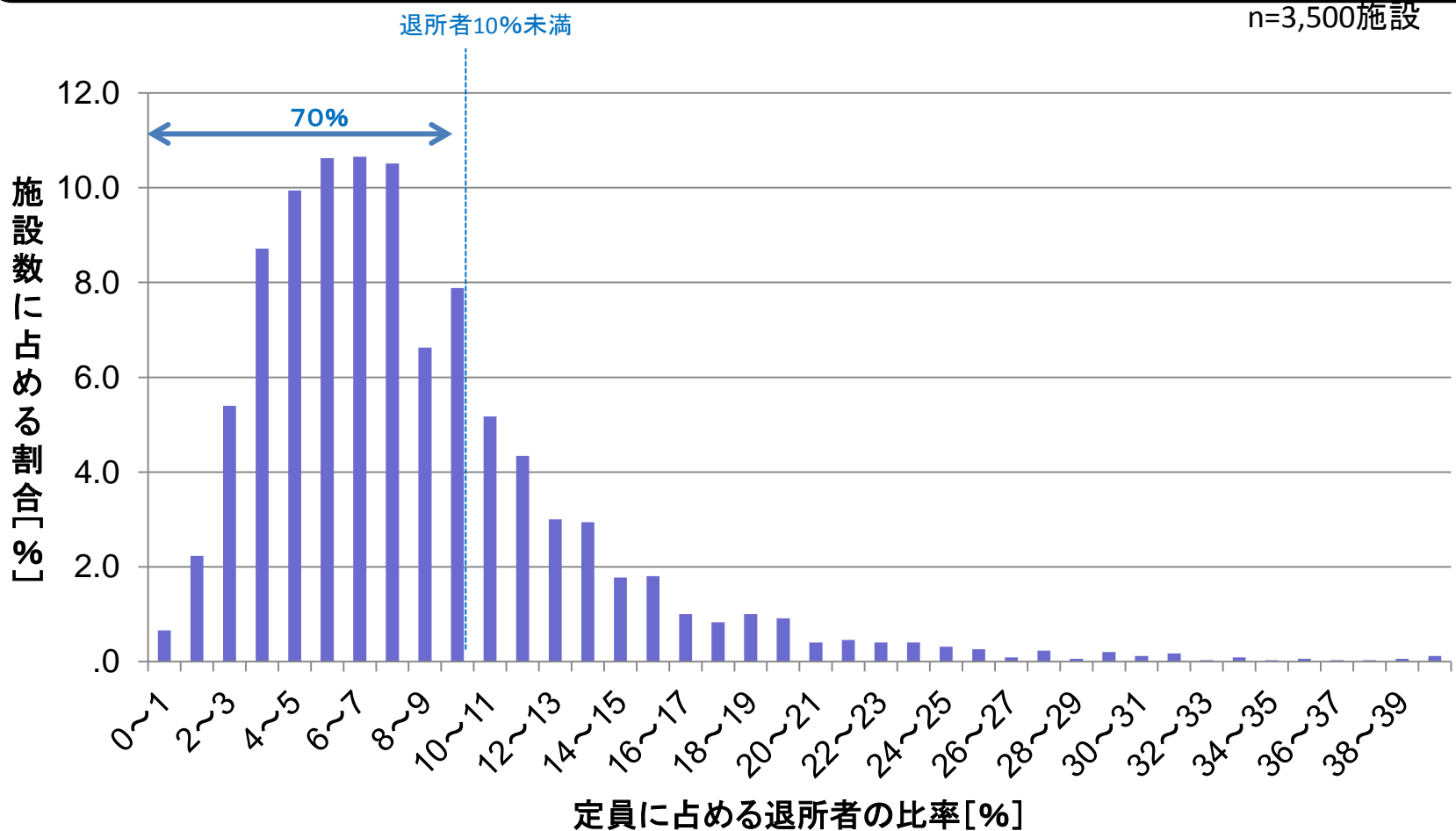
図：施設当たりの在所日数(中央値)の分布



退所の状況について ①

1. 定員に占める退所者の状況

- 介護老人保健施設から退所した者の施設定員に占める割合は、一月あたり10%未満である施設が約7割を占めた。



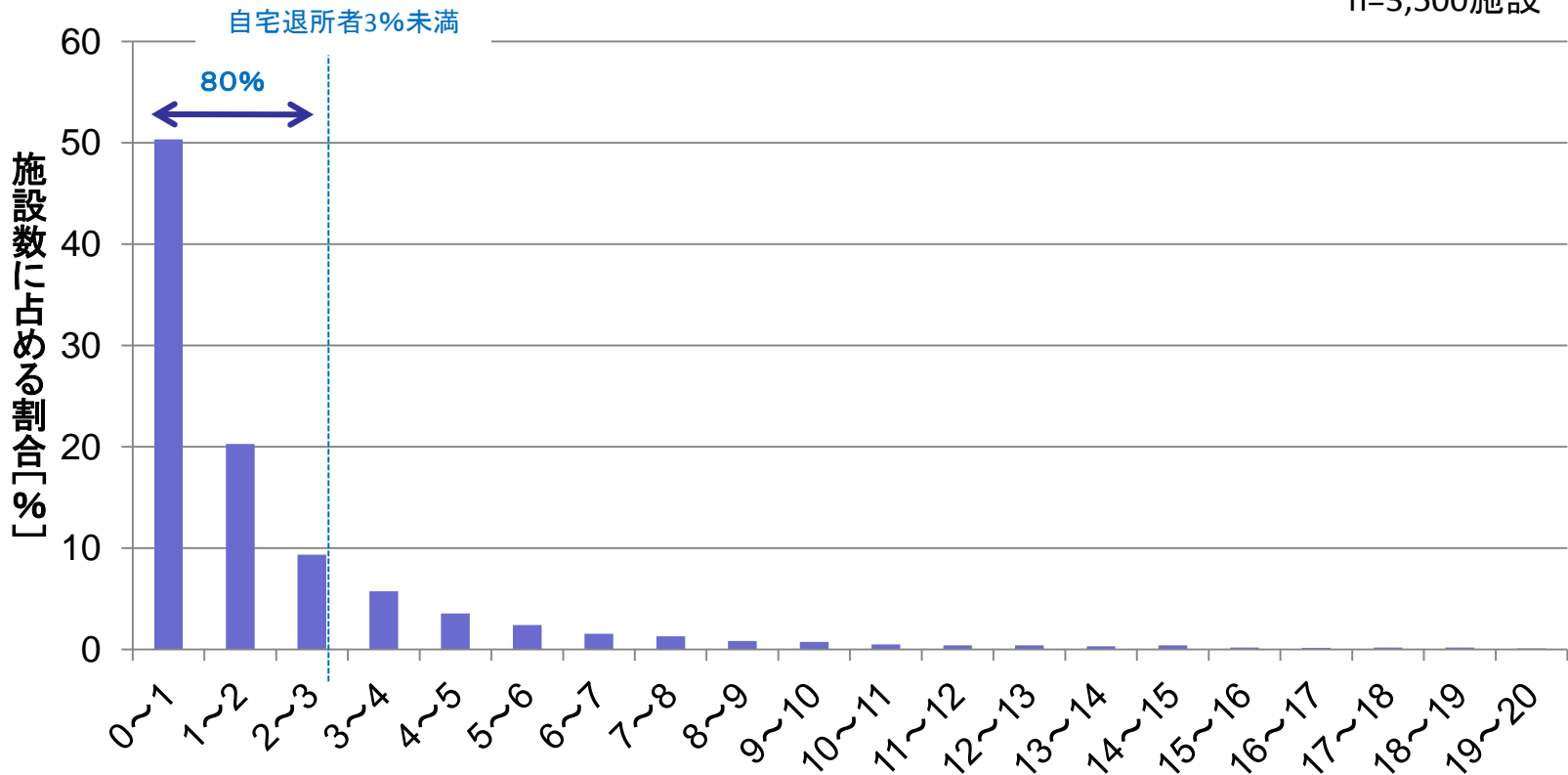
注)横軸の標記:A以上~B未満

退所の状況について ②

2. 定員に占める自宅復帰の状況

○ 介護老人保健施設から自宅へ退所した者の施設定員に占める割合は、一月あたり3%未満である施設が約8割を占めた。

n=3,500施設



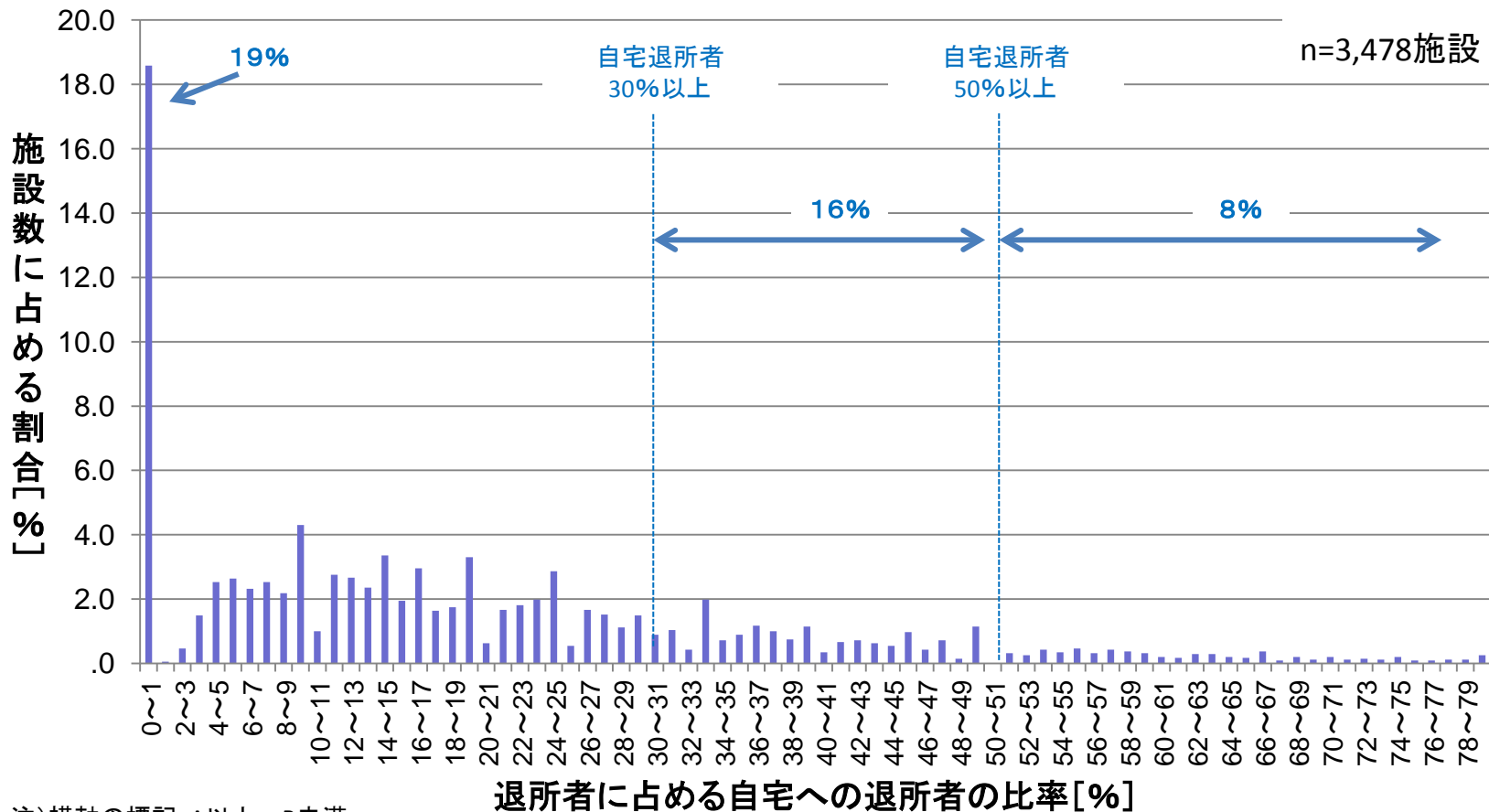
注)横軸の標記:A以上~B未満

定員に占める自宅への退所者の比率 [%]

退所の状況について④

4. 退所者に占める自宅復帰の状況

- 退所者に占める自宅への退所者の割合が30%以上50%未満の施設は全体の16%を、50%以上の施設は8%を占めた。
- 一方で、退所者に占める自宅への退所者が0人であった施設は、全体の19%を占めた。



※3カ月間の自宅等への退所者÷3カ月間の退所者合計(うち、3カ月の退所者が0人であった施設は13施設)

アウトカム指標のマルチレベル分析結果

		えん下の変化		食事摂取の変化		排尿の変化		排便の変化		褥瘡の変化	
		老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養
個人要因	性別	×	**	**	×	**	×	**	×	×	×
	年齢	×	**	×	**	×	×	×	×	×	×
	調査時の要介護度	**	**	**	**	**	**	**	**	×	×
	調査時の認知症高齢者の日常生活自立度	**	×	**	**	×	×	×	×	×	×
	調査時の障害高齢者の日常生活自立度	×	**	×	**	×	**	×	**	×	×
	調査時の疾患数	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	調査時の内服薬数	*	×	**	**	**	×	**	×	×	×
	調査時の医療行為数	**	**	**	×	**	×	**	×	×	×
	調査時のえん下の状況	**	**	**	**	×	×	×	*	×	*
	調査時の食事の状況	**	**	**	**	**	×	**	×	**	*
	調査時の排尿の状況	×	×	*	×	**	**	**	**	×	×
	調査時の排便の状況	×	×	×	×	**	**	**	**	×	×
	調査時の褥瘡の状況	×	×	*	×	×	**	×	**	**	**
	施設要因	定員数	×	*	×	×	×	×	×	×	×
ユニットケア		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
医療機関併設		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
定員100あたり医療職数		*	×	×	×	×	×	×	×	×	×
定員100あたり介護職数		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
平均在所日数		**	×	**	×	**	×	**	×	×	×
1年以内の介護職の退職者割合		×	**	×	×	×	*	×	*	×	×
口腔機能維持管理加算 <老健のみ>		×		×		×		×		×	
認知症専門ケア加算 <老健のみ>		×		×		×		×		×	
日常生活継続支援加算 <特養のみ>			×		×		×		*		×
看護体制加算 <特養のみ>			×		×		×		×		×
夜勤職員配置加算		×	×	×	×	×	×	×	×	*	×
常勤専従医師配置加算 <特養のみ>			×		×		×		×		×
サービス提供体制強化加算		×	×	×	×	×	*	×	*	×	×
在宅復帰支援機能加算		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
個室割合		*	×	*	×	×	×	×	×	×	×
扉付きトイレのある部屋の割合		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
1人あたり研修回数		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ケアカンファレンスの回数		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
利用者満足度調査		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
職員満足度調査		×	×	×	×	×	×	×	×	*	×

※ 老健・特養ともに5ヶ月間のアウトカム指標の変化についての分析。*:0.01≤p<0.05、**:p<0.01、×:有意差なし

(参考1) 在宅復帰支援機能を強化した介護老人保健施設について

○ 在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率が高い施設について、報酬上評価した基本施設サービス費を創設した。

例：在宅復帰支援型の介護老人保健施設の
基本施設サービス費(多床室)

	改定前		改定後
要介護1	813単位	→	819単位
要介護2	862単位	→	893単位
要介護3	915単位	→	956単位
要介護4	969単位	→	1,012単位
要介護5	1,022単位	→	1,068単位

評価項目	算定要件
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a <math>\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの^{注1}}}{\text{6カ月間の退所者数^{注2}}} > 50\%</math> であること。</p> <p>注1：当該施設における入所期間が一月間を超える入所者に限る。 注2：当該施設内で死亡した者を除く。</p> <p>b 入所者の退所後30日^{注3}以内に、入所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、入所者の在宅における生活が1月^{注3}以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3：退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</p>
ベッドの回転	$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\%$ であること。 ※平均在所日数の考え方 = $\frac{\text{3月間の在所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$
重度者の割合	<p>3月間のうち、</p> <p>a 要介護4・5の入所者の占める割合が35%以上 b 喀痰吸引が実施された入所者の占める割合が10%以上 c 経管栄養が実施された入所者の占める割合が10%以上</p> <p>} のいずれかを満たすこと。</p>
その他	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

(参考2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

- 在宅復帰・在宅療養支援機能を強化するため、従来の在宅復帰支援機能加算の要件を見直し、新たに評価を行う。

評価項目	在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)
単位	5単位(1日当たり)
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6カ月間の退所者数注2}} > 30\%$</p> <p style="margin-left: 40px;">注1: 当該施設における入所期間が一月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を含む。</p> <p>b 入所者の退所後30日以内に、入所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、入所者の在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
ベッドの回転	(要件なし)

改定後

在宅復帰・在宅療養支援機能加算【新】	
21単位(1日当たり)	
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6カ月間の退所者数注2}} > 30\%$</p> <p style="margin-left: 40px;">注1: 当該施設における入所期間が一月間を超える入所者に限る。 注2: <u>当該施設内で死亡した者を除く。</u></p> <p>b 入所者の退所後30日注3以内に、入所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、入所者の在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p> <p style="text-align: center; color: red;">注3: <u>退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</u></p>
ベッドの回転	<p style="text-align: center; color: red;">$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 5\%$</p> <p style="text-align: center;">※平均在所日数 = $\frac{\text{3月間の在所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$</p>

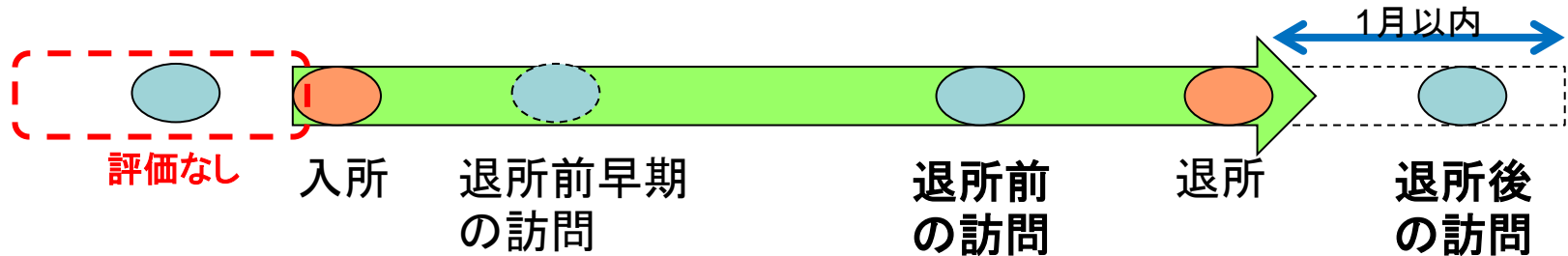
※1: 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ)は廃止し、在宅復帰支援型の老人保健施設の基本施設サービス費の要件として改編

※2: 在宅復帰支援型の老人保健施設の基本施設サービス費を算定する場合は、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定できない。93

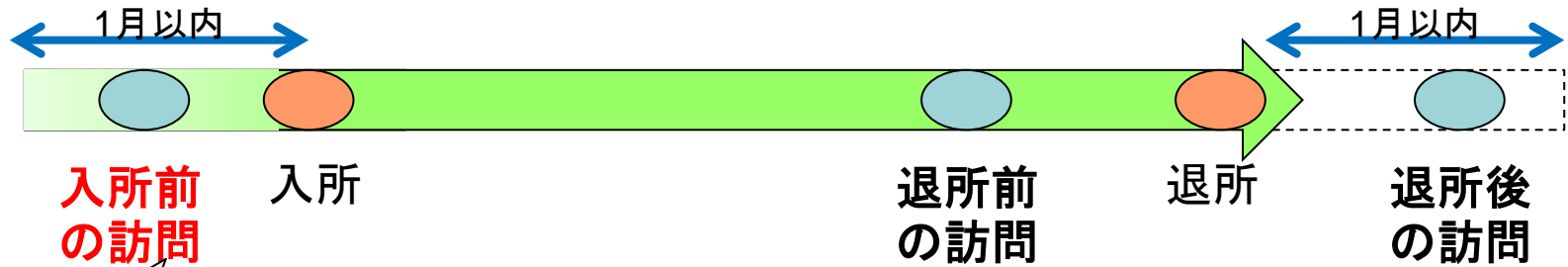
(参考3) 入所者の居宅を訪問して行うサービス計画の策定に係る評価について

- 早期退所に向けた施設サービス計画の策定を評価する観点から、入所前に入所(予定)者の居宅を訪問して、施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合の評価を行う。

【改定前】



【改定後】



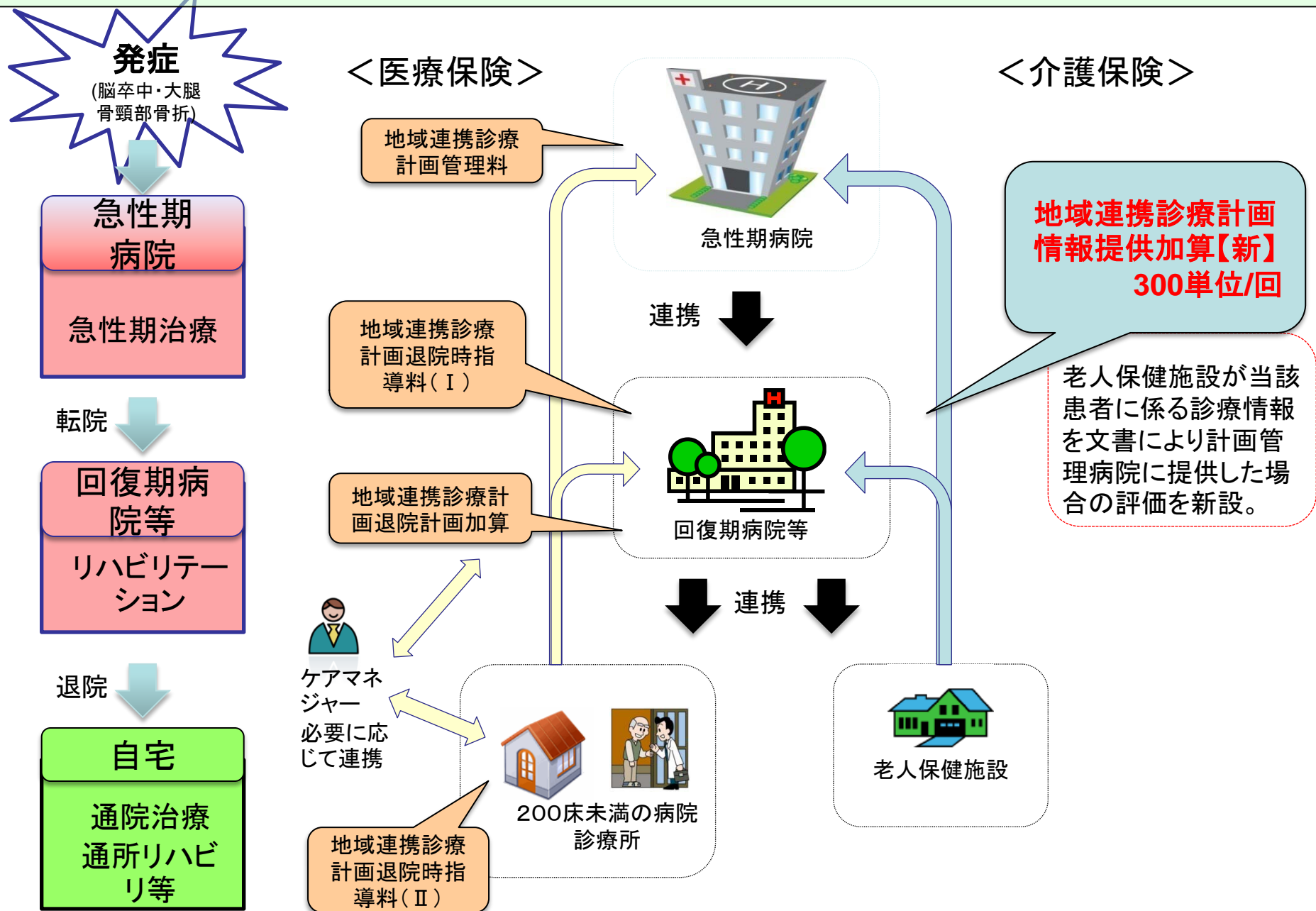
**入所前後訪問指導加算
460単位(1回)【新】**
→早期退所に向けた施設
サービス計画の策定を評価

退所前訪問指導加算
460単位(1回)
→在宅療養に向けた最終
調整を評価。

退所後訪問指導加算
460単位(1回)
→退所後の療養上の
指導を評価

注1: 入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者に限る。
注2: 入所予定日前30日又は入所後7日以内に訪問した場合に算定。

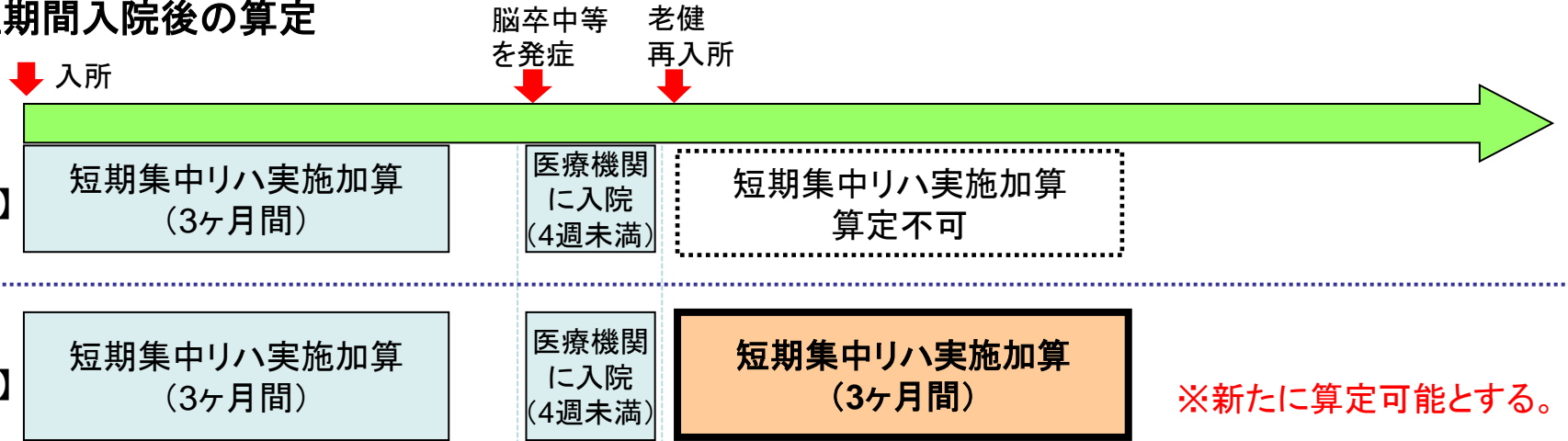
(参考4) 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



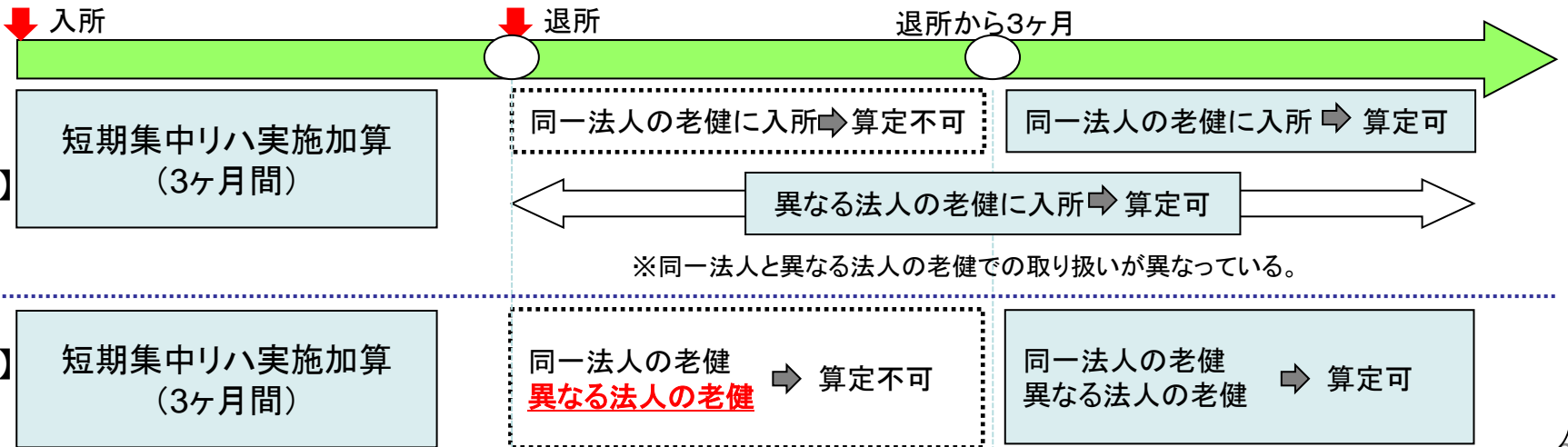
(参考5) 介護老人保健施設の短期集中リハビリテーション実施加算の要件の見直し

- 入所中に大腿骨頸部骨折・脳卒中等を発症し、医療機関への短期間の入院を経て再入所した場合について、入院期間に関わらず、必要に応じて短期集中リハビリテーション実施加算を算定できることとする。
- 入所中に短期集中リハビリテーション実施加算を算定した利用者が、退所後3月以内に別の介護老人保健施設に転所した場合には、転所後の短期集中リハビリテーション実施加算の算定を認めないこととする。

(1) 短期間入院後の算定



(2) 老健施設へ再入所した際の算定



(参考6) 所定疾患施設療養費について

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的好く発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上ある。
- 以上より、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行う。

所定疾患施設療養費【新】 300単位/日
(1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ
図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

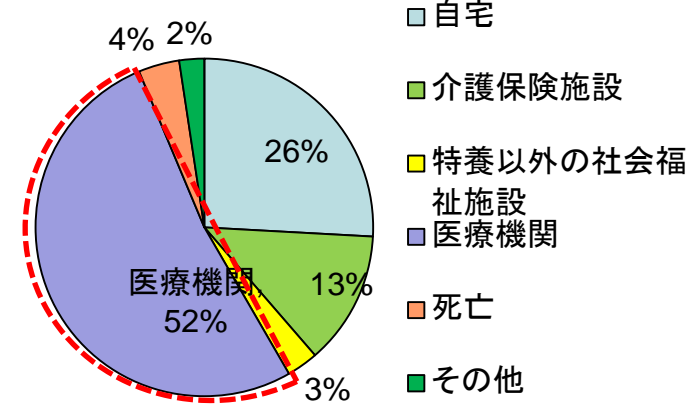
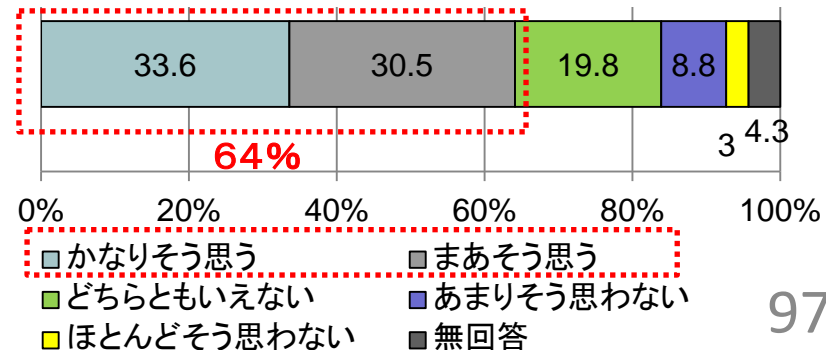
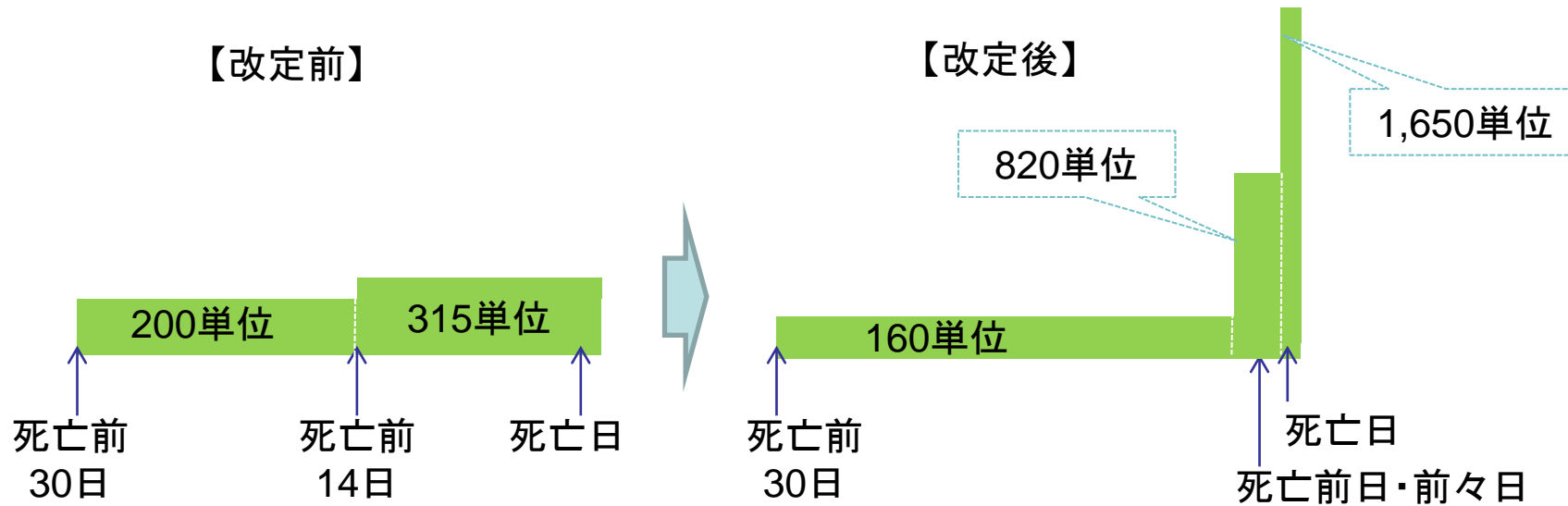


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



(参考7) 介護老人保健施設のターミナルケアの評価の見直しについて

- 看取りがより円滑に行われるよう、ターミナルケア加算において、死亡日に対する評価を引き上げる見直しを行う。



○ ターミナルケア加算

以下の基準に適合する入所者について算定する。

- (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- (2) 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていること。

介護療養型老人保健施設の主な改定内容について

1 基本施設サービス費の見直し

○ 医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、機能に応じた報酬体系に見直しを行う。

(例) < 要介護5 多床室の例 >

既存の要件を満たす場合
(新規)

【改定前】

1,164単位/日

→

既存の要件を満たす場合

【改定後】

1,164単位/日

→

新たな要件を満たす場合

1,233単位/日

※新たな基本施設サービス費については、喀痰吸引・経管栄養を実施している利用者割合及び認知症高齢者の日常生活自立度を算定要件とする。

2 ターミナルケアの評価の見直し

看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。

死亡日以前15～30日 200単位/日
死亡日以前14日まで 315単位/日

→

死亡日以前4～30日 160単位/日
死亡日前日及び前々日 850単位/日
死亡日 1,700単位/日

※「入所している施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合」に限定した算定要件は廃止。

3 転換支援策の延長

現在実施している施設基準の緩和等の転換支援策については、平成30年3月31日まで引き続き実施する。

(例) 療養病床から転換した老人保健施設について、次の新築等を行うまでの間、1床あたり6.4㎡の経過措置を認める。

(参考)老人保健施設の床面積の基準:1床当たり8㎡

4 介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換支援【P】

有床診療所を併設した上で転換した場合に、診療所の病床数の範囲内で増床が可能となるよう見直しを行う。

(参考) 介護老人保健施設の改定内容について

介護老人保健施設の主な見直し(短期集中リハビリテーション実施加算の見直し、地域連携診療計画情報提供加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、所定疾患施設療養費の創設)については、介護療養型老人保健施設においても同様の評価を行う。

(参考) 介護療養型老人保健施設の施設要件について

- 介護療養型老人保健施設は、介護老人保健施設の施設基準等を満たすとともに、夜勤職員の基準及び以下の施設要件(要件1及び要件2)を満たす必要がある。
- 平成24年改定において、より医療の必要性の高い入所者を受け入れることを要件として、新たな基本施設サービス費を創設したところ。

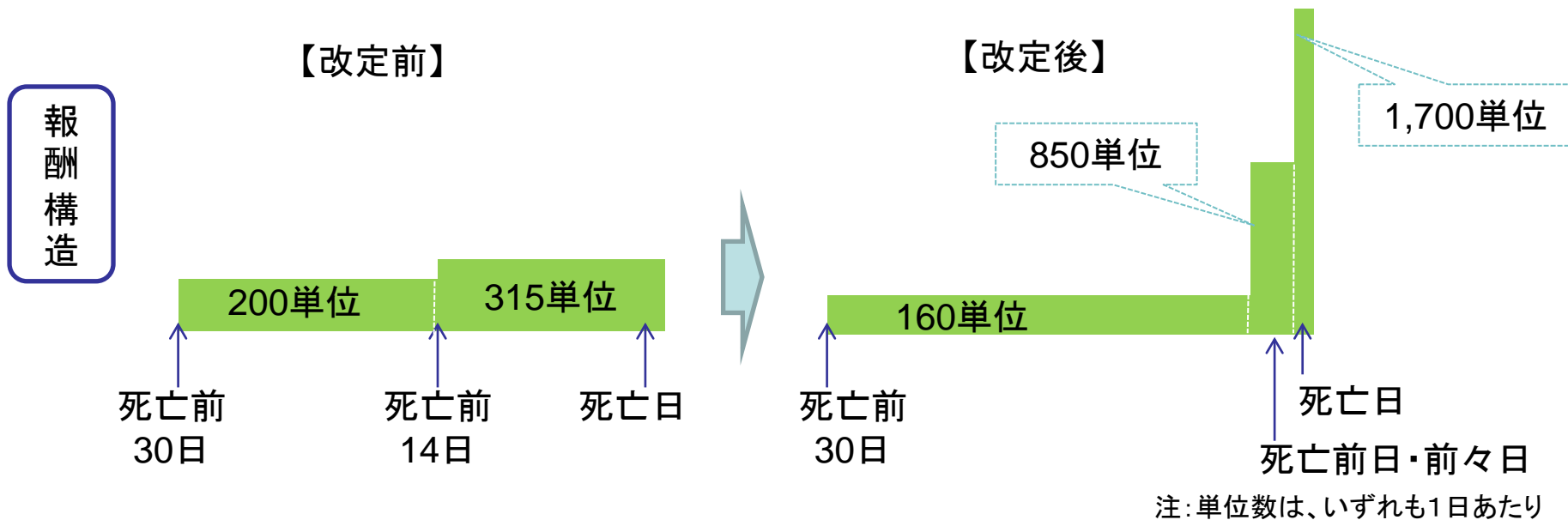
	要件1	要件2
【既存】	<p>算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、 「医療機関」から入所した者の割合から 「自宅等」から入所した者の割合を 差し引いたときの差が、35%以上であること。</p> <p>※:ただし、以下のいずれかの場合においてはこの限り 腕はない。 イ 半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと ロ 病床数が19床以下であること</p>	<p>算定日が属する月の前3月間において、入所者等(短期入所の利用者を含む)のうち、以下の<u>いずれか</u>を満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引又は経管栄養が実施された入所者等が<u>15%以上</u> ・認知症高齢者の日常生活自立度Mの入所者等が<u>20%以上</u>
【新設】	<p>同上</p>	<p>算定日が属する月の前3月間において、入所者等(短期入所の利用者を含む)のうち、以下の<u>両方</u>を満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引又は経管栄養が実施された入所者等が<u>20%以上</u> ・認知症高齢者の日常生活自立度IV又はMの入所者等が<u>50%以上</u>

注1:要件1については、当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用するものとする。

注2:要件2については、月の末日における該当者の割合によることとし、算定月の前3月において当該割合の平均値が当該基準に適合していること。

(参考) 介護療養型老人保健施設のターミナルケアの評価の見直しについて

○介護療養型老人保健施設における看取りがより円滑に行われるよう、ターミナルケア加算において、死亡日に対する評価を引き上げるとともに、現状の入所者の死亡場所に対する算定要件の見直しを行った。



報酬構造

【改定前】

【改定後】

200単位
315単位
死亡前30日
死亡前14日
死亡日

160単位
850単位
1,700単位
死亡前30日
死亡日
死亡前日・前々日

注: 単位数は、いずれも1日あたり

算定要件

入所している施設又は当該入所者の居宅において死亡した者。

(制限なし)

注: 変更点のみ

※介護療養型老人保健施設の報酬を算定している場合に限る。

介護療養型医療施設の主な改定内容について

1 基本サービス費の見直し

(例)介護療養を有する病院における介護療養施設サービスのうち看護6:1、介護4:1(多床室)

要介護1	794単位/日	→	779単位/日
要介護2	904単位/日	→	887単位/日
要介護3	1,142単位/日	→	1,120単位/日
要介護4	1,243単位/日	→	1,219単位/日
要介護5	1,334単位/日	→	1,309単位/日

2 認知症への対応強化

○ 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新設) → 200単位/日

※算定要件

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護療養施設サービスを行った場合(入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。)

3 経過型介護療養型医療施設の転換期限の延長

○ 経過型介護療養型医療施設については、平成30年3月31日まで引き続き実施する。また、経過型介護療養型医療施設について、平成30年3月31日まで転換期限を延長し、新規指定を認めないこととする。

(参考) 介護療養型医療施設の入所者の状態像（医療処置等）について

○ 介護療養型医療施設と介護療養型老人保健施設の入所者の状態には、大きな差が見られなかった。

		介護療養 病棟	介護療養型 老人保健 施設	介護老人 保健施設 (従来型)	介護老人 福祉施設	在宅 ^注
総数		18,539人	499人	28,773人	24,111人	3,741人
平均年齢		84.3歳	83.8歳	84.8歳	85.9歳	82.7歳
平均要介護度		4.4	4.1	3.3	3.9	3.5
医療 処 置 等	中心静脈栄養	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
	人工呼吸器	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
	気管切開・気管内挿管	1.7%	3.0%	0.1%	0.1%	3.6%
	酸素療法	2.8%	2.2%	0.5%	0.8%	7.1%
	喀痰吸引	18.5%	13.8%	2.5%	4.4%	7.6%
	経鼻経管・胃ろう	36.9%	34.5%	7.6%	10.9%	12.4%

注: 在宅療養支援病院・診療所において訪問診療または往診を受けている在宅療養者

出典: 平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」

認知症行動・心理症状緊急対応加算について

○認知症行動・心理症状への対応強化(介護保険3施設)

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) ⇒ 200単位/日

※ 算定要件

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護療養施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護療養施設サービスを行った場合(入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。)

栄養マネジメント、口腔機能維持管理加算等に係る主な改定内容について

1 経口維持加算の算定要件の見直し等

○ 介護保険施設における経口維持、経口移行の取組を推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、経口維持加算及び経口移行加算については、言語聴覚士との連携を強化し、経口維持加算については歯科医師との連携の算定要件を見直す。

- ・経口維持加算の取得の指示は、医師に加え歯科医師も可能とする。
- ・180日を超えて引き続き経口維持加算を算定する場合に加算取得の指示を受ける間隔を「概ね2週間毎」から「概ね1か月毎」にする(通知)。
- ・経口維持加算、経口移行加算における連携職種として、言語聴覚士を追加(通知)。

2 口腔機能維持管理加算の見直し

○ 歯科衛生士が介護保険施設の介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言及び指導等を行っている場合を評価している口腔機能維持管理加算について、その趣旨を明確にするために名称の変更を行った上で、さらに歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合についても評価を行う。

・口腔機能維持管理加算:30単位/月

→

口腔機能維持管理**体制**加算:30単位/月
(口腔機能維持管理加算の名称を変更)

口腔機能維持管理加算: 110単位/月

(新たに入所者への歯科衛生士の口腔ケアを評価)

※口腔機能維持管理体制加算を算定している介護保険施設において、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月4回以上実施している場合に1月につき1回算定する。

介護職員によるたんの吸引等の実施に伴う介護報酬の見直しについて

- 平成24年度から、一定の研修を受けた介護職員が、医療関係者との連携の下、たんの吸引等を実施することが可能となることに伴い、以下の見直しを行う。
 - ・ 訪問介護と介護老人福祉施設の加算の重度者要件の所要の見直し
 - ・ 訪問看護において、たんの吸引を行う訪問介護事業所への支援を評価

1 訪問介護

- 特定事業所加算（総単位数の10%又は20%を加算）の重度者の受入に係る要件において、たんの吸引等が必要な利用者が算入できることとする。
 - 前年度又は前3カ月の利用者総数のうち、要介護4・5、認知症（日常生活自立度Ⅲ以上）又はたんの吸引等を必要とする利用者が20%以上

2 介護老人福祉施設

- 日常生活継続支援加算（22単位→23単位／日）の重度者の受入に係る要件について、たんの吸引等が必要な利用者が一定割合以上いる場合にも算定できることとする。
 - ①要介護4・5の利用者が70%以上、②認知症（日常生活自立度Ⅲ以上）の利用者が75%以上又は③たんの吸引等が必要な利用者が15%以上いること。

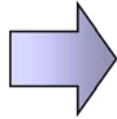
3 訪問看護

- たんの吸引等を実施する訪問介護事業所と連携し、実施計画の作成の支援等を行った訪問看護事業所に対する加算を創設。
 - 看護・介護職員連携強化加算（新規） 250単位／月

4. 今後の課題

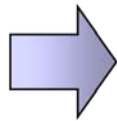
今後の課題（１）

認知症ケア



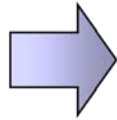
認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、時期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。

質の評価



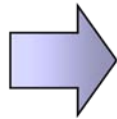
介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価の在り方について検討する。

ケアプラン
ケアマネジメント



ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。

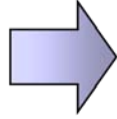
集合住宅における
訪問系サービスの
提供



集合住宅における訪問系サービスの提供の在り方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

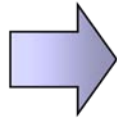
今後の課題（2）

新サービス等の
実態把握



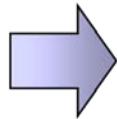
サービス付き高齢者向け住宅や、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。

医療提供の在り方



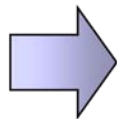
介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置の在り方については、医療提供の在り方の検討と併せて、適切に実態把握を行い、必要に応じて見直しを行う。

生活期のリハビリ
テーション



生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供するとともに、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、リハビリテーションの在り方について検討する。さらに、リハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。

介護予防サービス



予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものに重点化する観点から、効果が高いサービス提供の在り方について、検証・見直しを行う。

介護報酬改定検証・研究委員会（仮称）の設置について

1 目的

- 平成27年度の介護報酬改定に向けて、平成24年度の介護報酬改定の効果の検証や「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項に関する実態調査等を行うことを目的として、社会保障審議会介護給付費分科会に介護報酬改定検証・研究委員会（仮称）を設置する。

2 検討内容

○ 介護報酬改定効果検証

平成24年度の介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を挙げているかについて、実態調査を行った上で、検証及び分析を行う。

<具体的な検討事項>

- ・サービス付き高齢者向け住宅、定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの実施状況
- ・集合住宅における訪問系、通所系サービスの提供状況
- ・その他、新たに創設した加算の算定状況

○ 介護報酬改定調査研究

平成24年度の介護報酬改定において、次期介護報酬改定に向けて調査・研究を進めることが必要であるとされた事項について、必要な基礎資料を得るための調査設計及び集計、分析方法等について検討を行う。

<具体的な検討事項>

- ・認知症に対して現在実施されているサービスの実態
- ・介護事業所、介護施設における医師、看護師、ケアマネジャー等が担っている役割
- ・生活期において実施されているリハビリテーションの実態
- ・介護予防サービスにおいて、効果が高いサービス提供の現状
- ・介護サービスの利用実態と区分支給限度基準額との関係

3 委員

- 公益委員及び学識経験者数名を予定