

平成27年度 介護報酬改定について

**日本医師会 常任理事
鈴木 邦彦**

2015年3月22日(日)

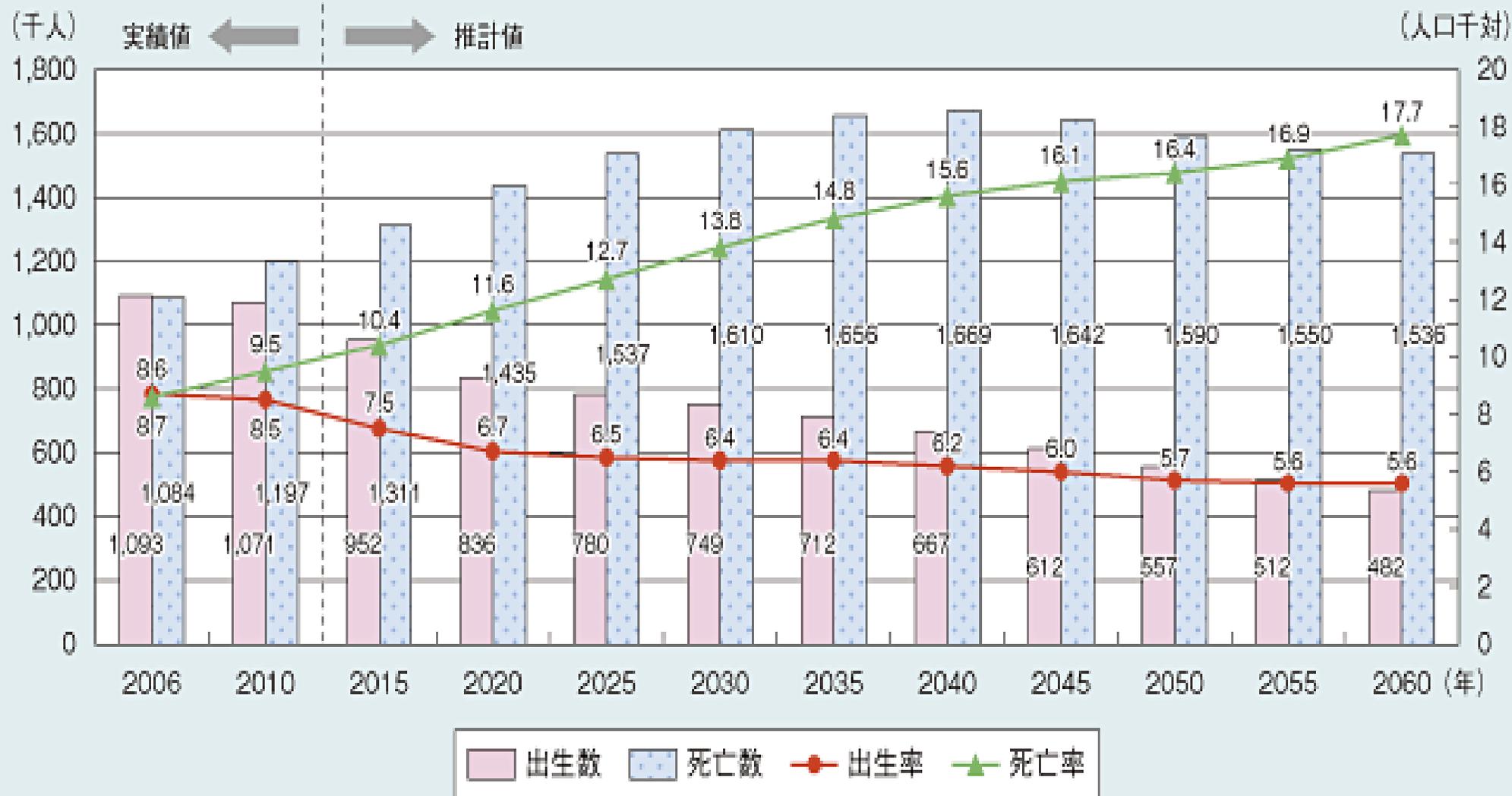
本日の講演内容

- 我が国の医療・介護施策による現状
- 平成27年度 介護報酬改定の概要
- 今後の課題

我が国の医療・介護施策による現状

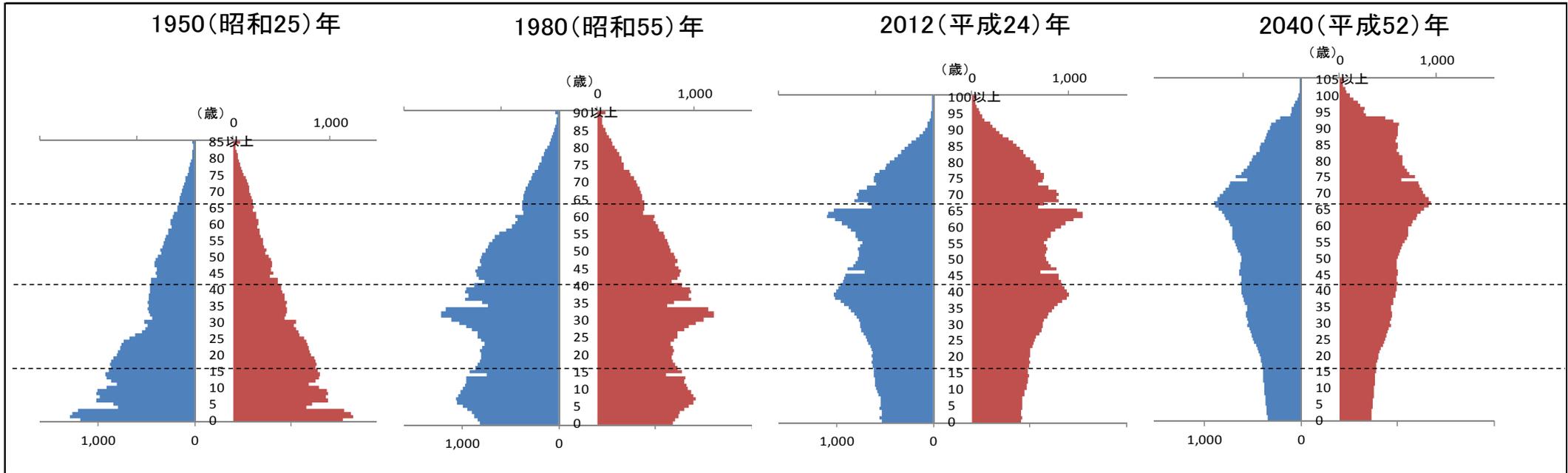
超高齢社会の進展と在宅支援の必要性

出生数および死亡数の将来推計



資料：2006年、2010年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位假定による推計結果（日本における外国人を含む）

人口動態と医療提供のあり方 (1950年～2040年推計)



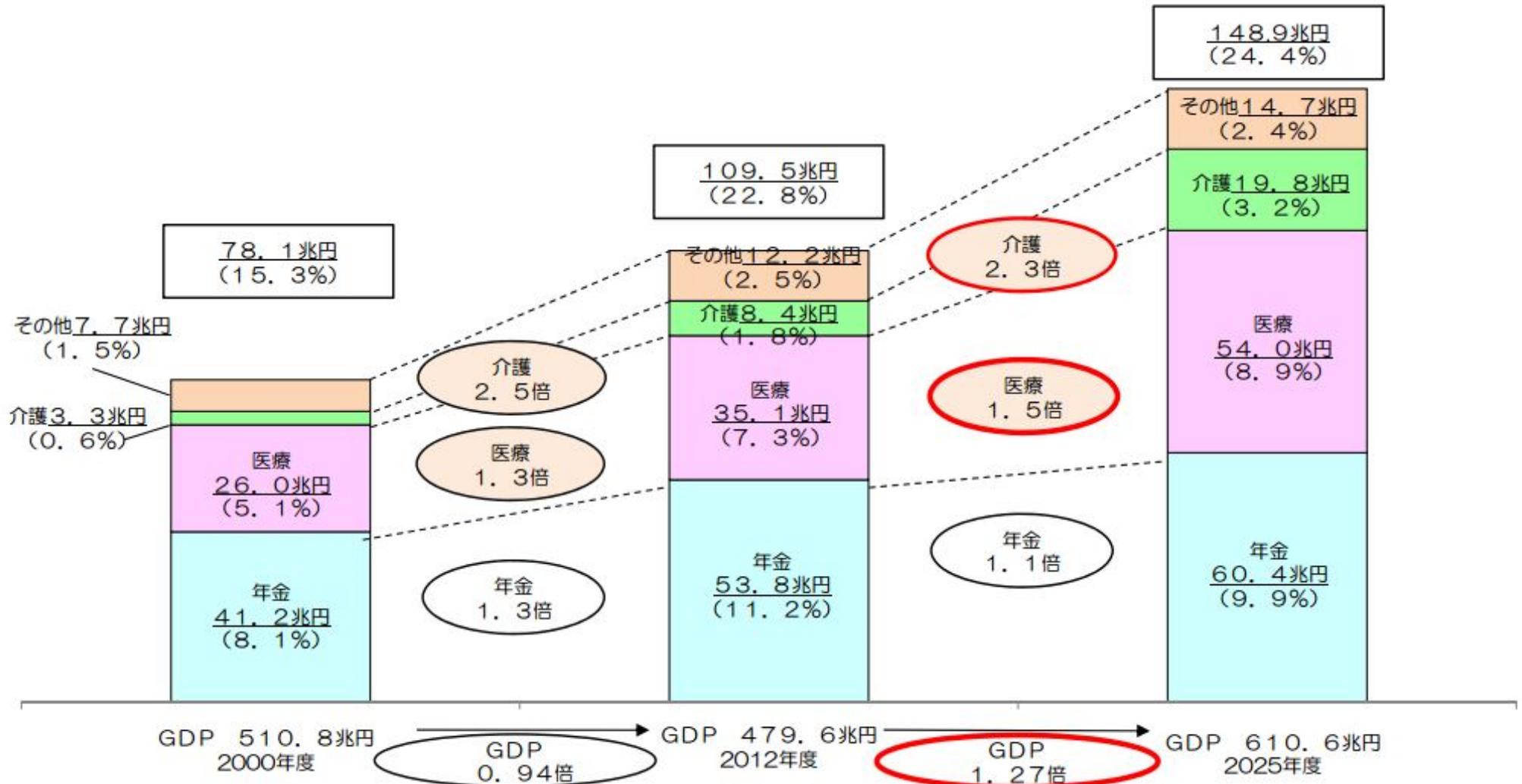
Cure → + (プラス) Care

(治癒+死亡率を下げる) (+予防する) (+病があっても楽しく生きることを支え、癒す)

わが国が迎えている人口急減・超高齢社会に、提供する医療を合わせていかなければならない

社会保障給付費の見通し

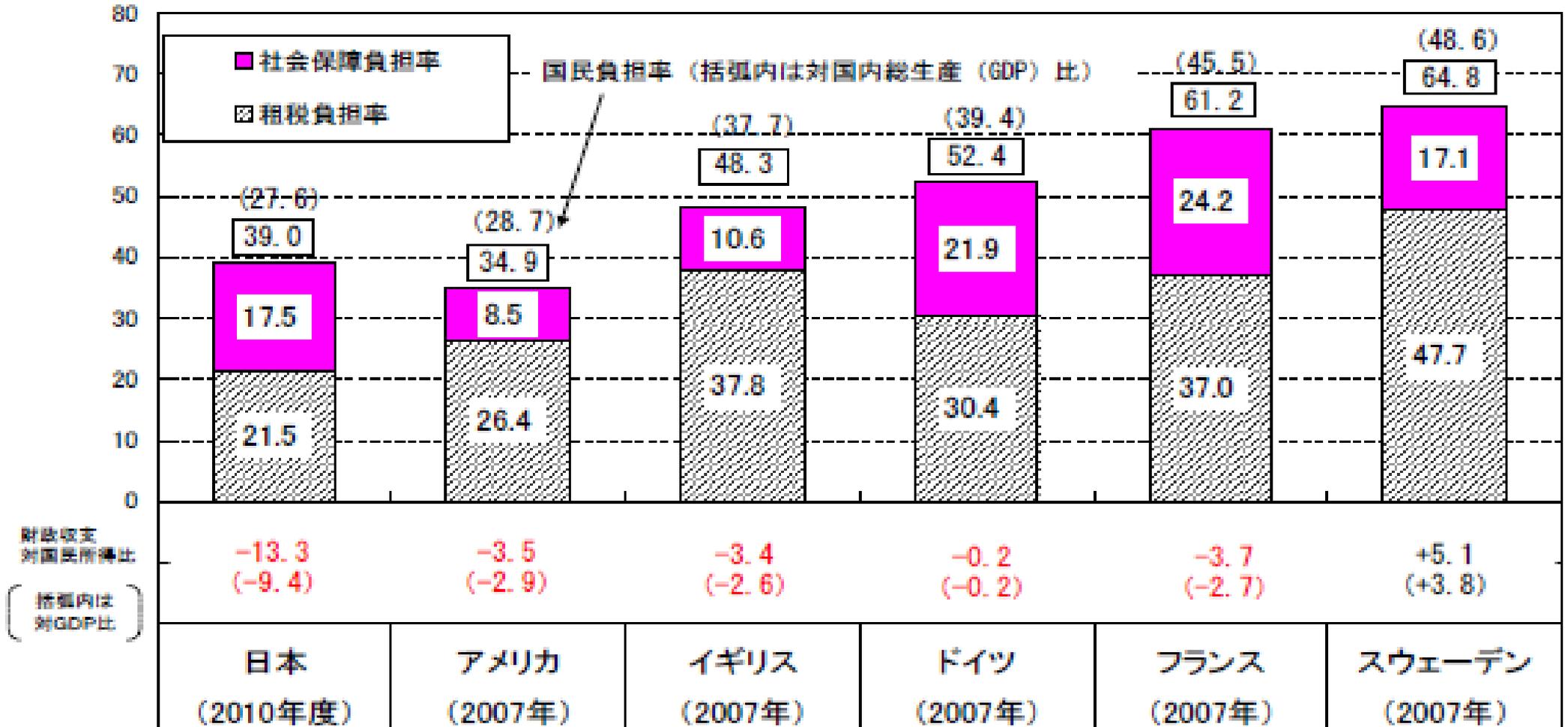
- **2025年**には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる「超高齢社会」を迎え、医療・介護のニーズもピークに向かう。
- 社会保障給付は、高齢化とともに今後も急激な増加が見込まれ、税・社会保険料といった国民負担の増大が見込まれる。特に、医療・介護分野における給付の増加が顕著であり、国民負担（財源調達力）のベースとなるGDPの伸び（消費税込）及び現役世代の負担能力の伸び（保険料収入）を上回って増加の見通し。



国民負担率の国際比較

[国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率]

(国民所得比：%)



(注) 1. 日本は2010年度（平成22年度）見通し、諸外国は2007年実績。

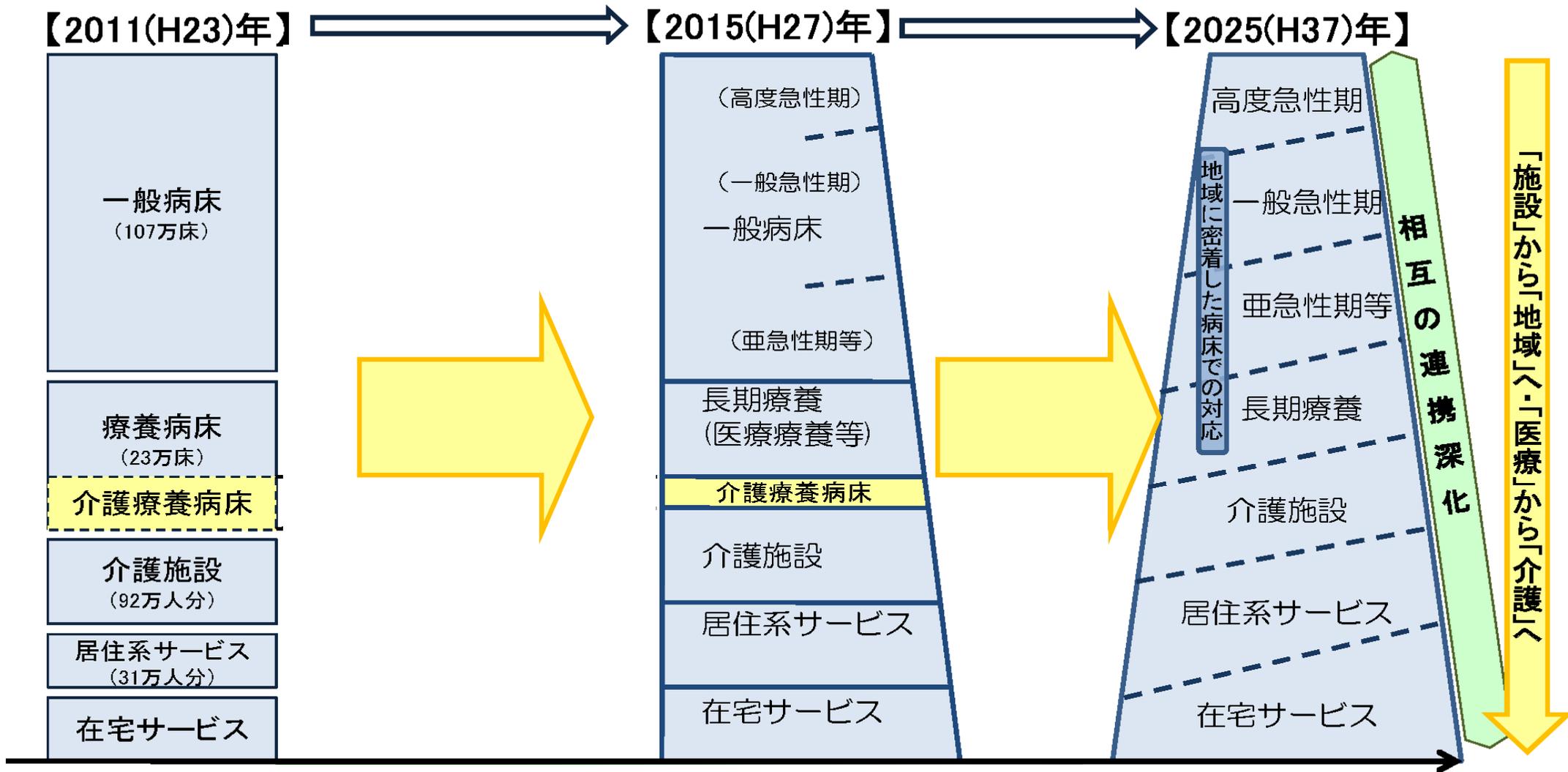
2. 財政収支の対国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

【諸外国出典】“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

資料：財務省

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

平成23年 社会保障改革に関する集中検討会議



「病院完結型」から「地域完結型」へ

高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。

一方、医療システムについては、そうした姿に変わっておらず、福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。

7対1入院基本料の要件を厳格化

- 複雑な病態を持つ急性期の患者に特化。
- 患者の在宅復帰率を要件に入れ、早期退院を促進。
- 診療データ提出を要件に入れ、医療の実態を把握。

etc

急性期後の受け皿病床へ転換

回復期病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟においても
在宅復帰率の考え方を導入。

22

さらに、

「地域医療構想」に基づく病床機能の分化・連携の推進

病院から在宅へ

在宅に医療が必要な要介護者が増加する

外来の機能分化の更なる推進

(1) 主治医機能〔かかりつけ医〕の評価(出来高:再診料の加算)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)



- ※1 対象医療機関は**診療所**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時には算定できない
- ※4 医療機関単位ではなく、**患者毎**に算定を選択できる
- ※5 院外処方の場合、24時間対応している薬局と連携

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症**の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**いずれか1つ**を満たすこと
 - ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること

※ 当該患者に院外処方を行う場合、24時間対応の薬局と連携



患者がアクセスしやすい診療所

外来の機能分化の更なる推進

(2) 主治医機能〔かかりつけ医〕の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)



- ※1 対象医療機関は診療所又は許可病床が200床未満の病院
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時には算定できない
- ※4 医療機関単位ではなく、**患者毎に**算定を選択できる

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの



[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 ※ 当該患者に院外処方を行う場合
診療所: 24時間対応の薬局と連携、病院: 24時間開局であること
- ⑤ 下記のうちすべてを満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

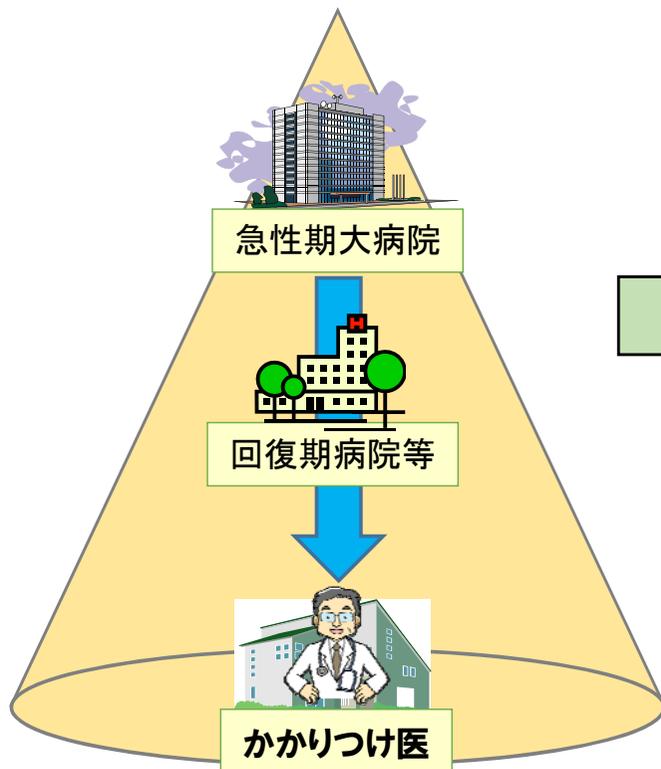
- ア) 2次救急指定病院、救急告示病院又は病院群輪番制病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能〔かかりつけ医〕の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	許可病床200床未満病院	診療所	診療所
包括範囲	<p><u>下記以外は包括</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局と連携する 等	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・(地域包括診療料のみ)当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか1つを満たす <ul style="list-style-type: none"> ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ③居宅介護支援事業所の指定 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑥介護認定審査会に参加 ⑦所定の研修を受講 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定 		
在宅医療の提供及び24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院、救急告示病院又は病院群輪番制病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

- 要介護者になること自体が何らかの疾病や障害と関連している。
- かかりつけ医は外来医療の延長として在宅医療を提供していくとともに、介護保険制度を理解し、積極的に関与することが必要。
- 地域に密着した医療・介護、その他資源の活用を考える上では、これまでのような急性期の大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺としたピラミッド型の垂直の連携ではなく、水平の連携が重要。

【垂直の連携】



【水平の連携】



- ・各機関の能力・機能を引き出し合う関係づくりが求められる。
- ・マネジメント力を備えるリーダーの育成が不可欠。

平成27年度 介護報酬改定の概要

(全体の概要)

平成27年度介護報酬改定について

介護報酬改定

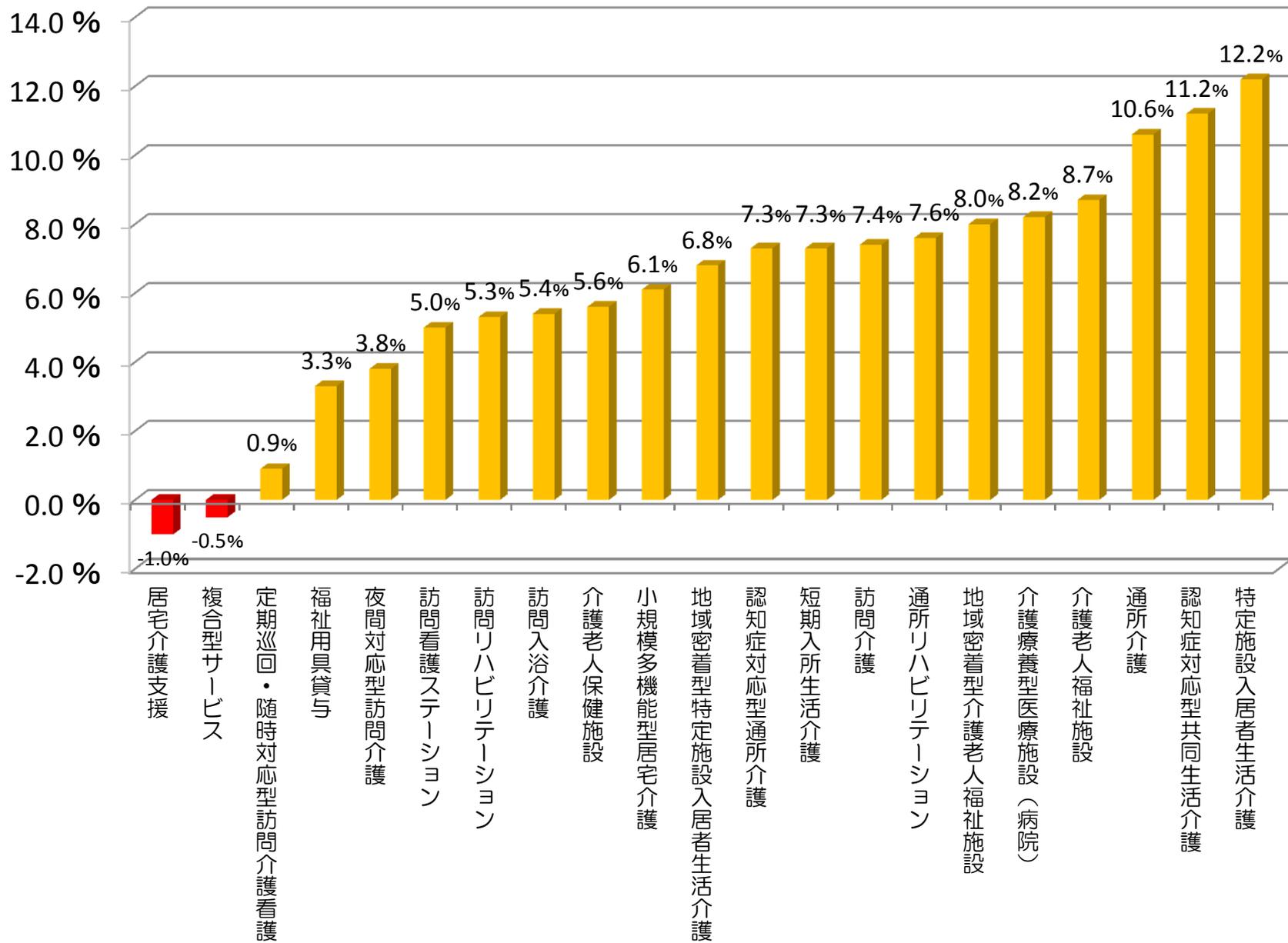
改定率 ▲2.27%

(処遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: ▲4.48%)
(うち、在宅 ▲1.42%、施設 ▲0.85%)

地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。

また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率とする。

サービス別収支差率(平成26年介護事業経営実態調査)



- **高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。**

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

2. 介護人材確保対策の推進

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

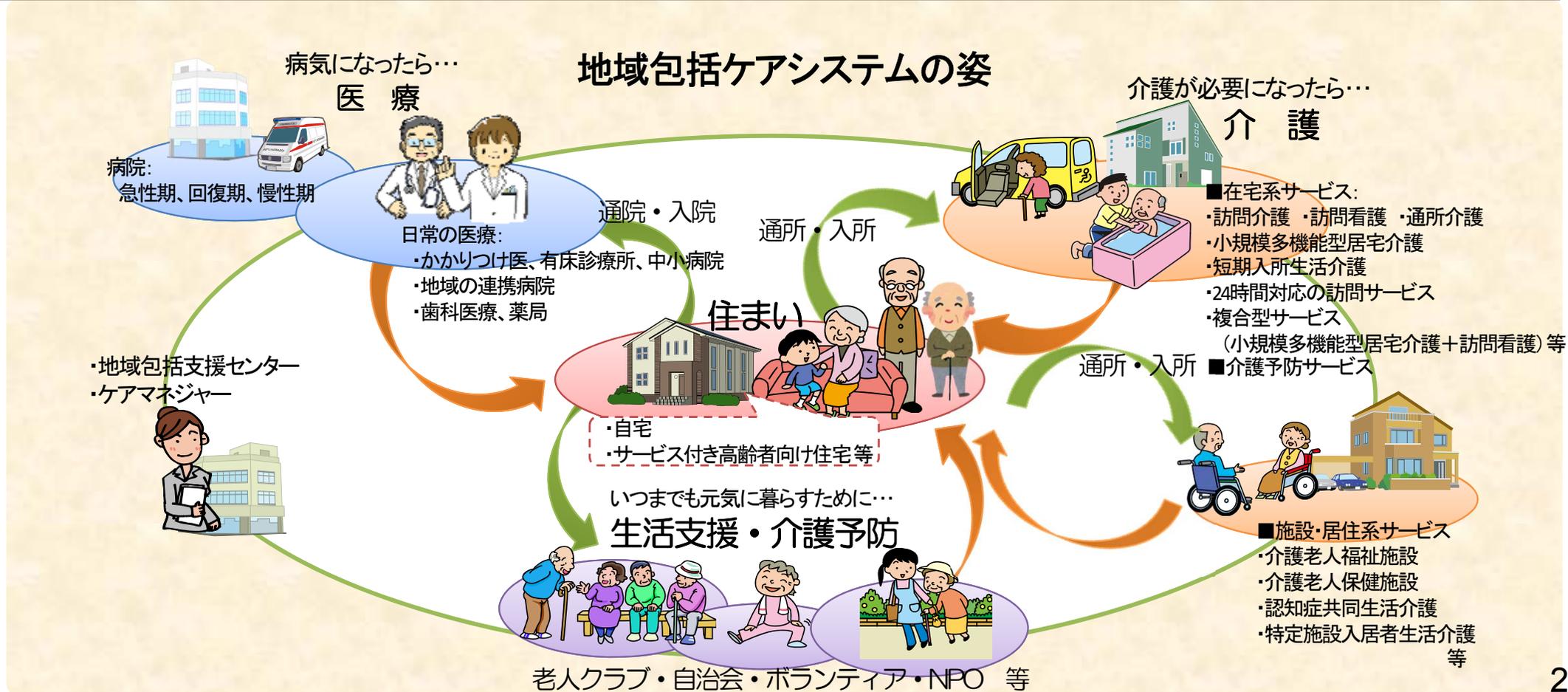
1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

- (1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応
- (2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進
- (3) 看取り期における対応の充実
- (4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス共通

- 利用者が在宅での生活を無理なく継続できるよう、積極的な連携体制整備に係る評価を新たな加算として創設。また、当該加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。

総合マネジメント体制強化加算：1,000単位/月（新設）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 通所介護等の利用日における定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の減算率を緩和。

介護・看護利用者（要介護3）

▲ 452単位/日



▲ 216単位/日

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のうち一体型事業所における訪問看護サービスの一部を、他の訪問看護事業所に行わせることを可能とする。（運営基準事項）

小規模多機能型居宅介護

- 訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1月あたり延べ訪問回数が一定数以上の事業所について、新たな加算として創設。また、当該加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。

訪問体制強化加算：1,000単位/月（新設）

複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

- 中重度の要介護者の医療ニーズに重点的な対応している事業所について、新たな加算として創設。また、当該加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。

訪問看護体制強化加算：2,500単位/月（新設）

- サービス内容が具体的にイメージできる「看護小規模多機能型居宅介護」に改称する。（運営基準事項）

介護老人保健施設

- 在宅復帰支援機能を更に高めるため、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、在宅強化型基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について重点的に評価。

在宅強化型と通常型の基本サービス費の差（要介護3 多床室）

59単位/日 ⇒ 71単位/日

在宅復帰・在宅療養支援機能加算

21単位/日 ⇒ 27単位/日

訪問介護

- 中重度の要介護者を重点的に受け入れるとともに、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業所について、特定事業所加算による加算を実施。

特定事業所加算（Ⅳ）：所定単位数の5/100を加算（新設）

充実を図るべき通所介護の機能の方向性

① 認知症対応機能
・その人らしさの維持による
BPSDの予防

② 重度者対応機能
・医療ケア、重度要介護への
対応

③ 心身機能訓練と生活行為
向上訓練機能
・脳梗塞や転倒骨折の回復期、
維持期の機能訓練

④ 地域連携拠点機能
・多様な機能発揮、地域連携の
マネジメント機能

■ 共通機能(土台となる機能)

- ア) アセスメントに基づく個別サービス計画づくり
- イ) 生活機能維持向上の観点に基づく(残存能力の活用の観点に基づく)ケアの実施
- ウ) ケアマネジャーや地域包括支援センター、医療機関、多職種、地域住民等との連携
- エ) 施設内だけでなく地域資源を通じた“その人らしさを保持できる”社会性維持支援

訪問看護

- 在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算、特別管理加算やターミナルケア加算のいずれについても一定割合以上の実績等がある事業所について、新たな加算として評価。

看護体制強化加算：300単位/月（新設）

通所介護

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上に該当する者を積極的に受け入れるための体制や、要介護3以上の高齢者を積極的に受け入れる体制を整えている事業所を評価。

認知症加算：60単位/日（新設）

中重度者ケア体制加算：45単位/日（新設）

認知症対応型共同生活介護

- 夜間における利用者の安全確保を更に推進する観点から、現在は評価の対象となっていない宿直職員による夜間の加配を新たに評価。

夜間支援体制加算（Ⅰ）1ユニット

50単位/日（新設）

夜間支援体制加算（Ⅱ）2ユニット以上

25単位/日（新設）

注）現行の夜間ケア加算は廃止する。

平成16年 高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題

1. 身体機能に偏ったリハビリテーションが実施されている。
2. 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションが実施できていない。
3. 居宅サービスの効果的・効率的な連携ができていない。
4. 高齢者の気概や意欲を引き出す取組が不十分である。

平成26年 「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」

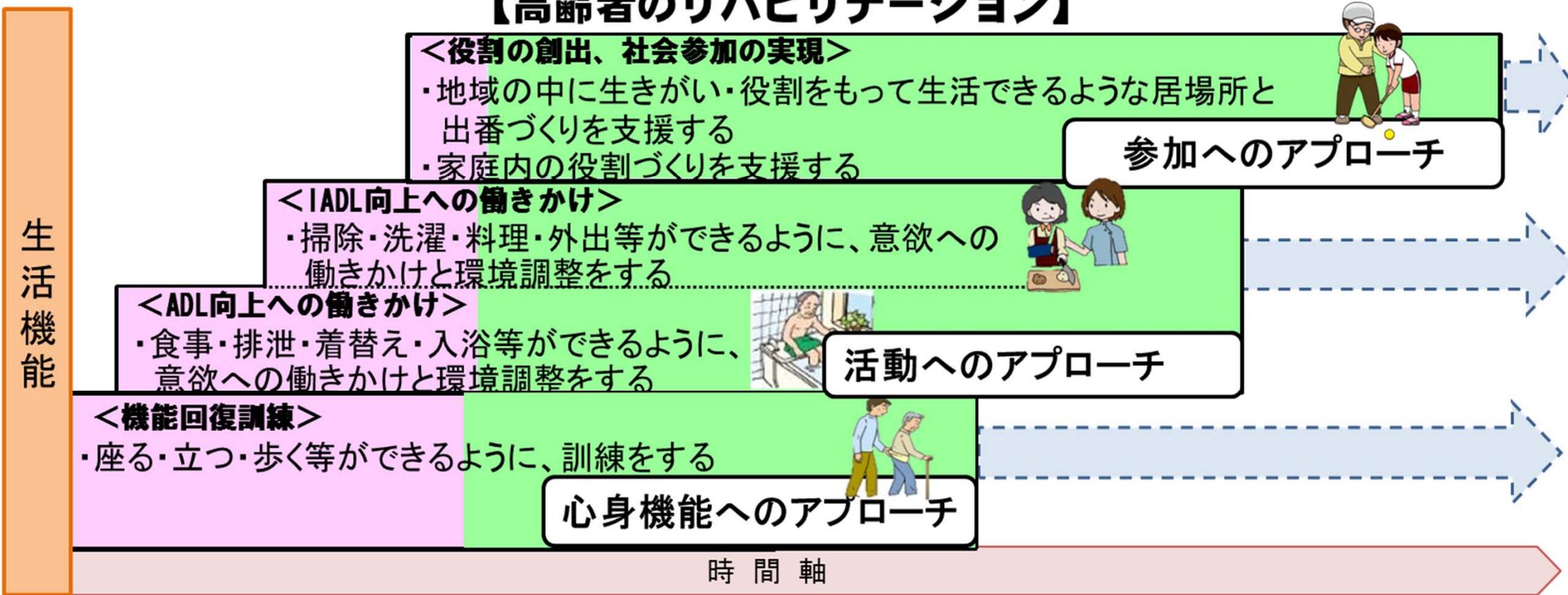
〈発足の経緯〉

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステムの構築」に向けた体制づくりが急務。
- 今回の法改正では、予防給付の見直しによる介護予防・日常生活総合事業の創設などを行い、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組みを導入し、住民主体のサービス利用や認定に至らない高齢者の増加、重度化予防を推進していくことで、高齢者の自立支援に向けた取組を進めていくこととなった。
- 一方、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現を目指すためには、生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要だが、ほとんどの通所・訪問リハビリテーションでは、「心身機能」に対する機能回復訓練が継続して提供されている実態がある。
- これからの高齢者のリハビリテーションでは、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すことが大切である。そのためには、生活期リハビリテーションが果たすべき役割と「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方」を再整理することが求められている。
- そこで、平成16年1月高齢者リハビリテーション研究会「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」報告書を検討し、今後の介護報酬改定等への対応等を検討すべく、集中的な検討会を設置することとなった。

(2) - ①活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

○「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

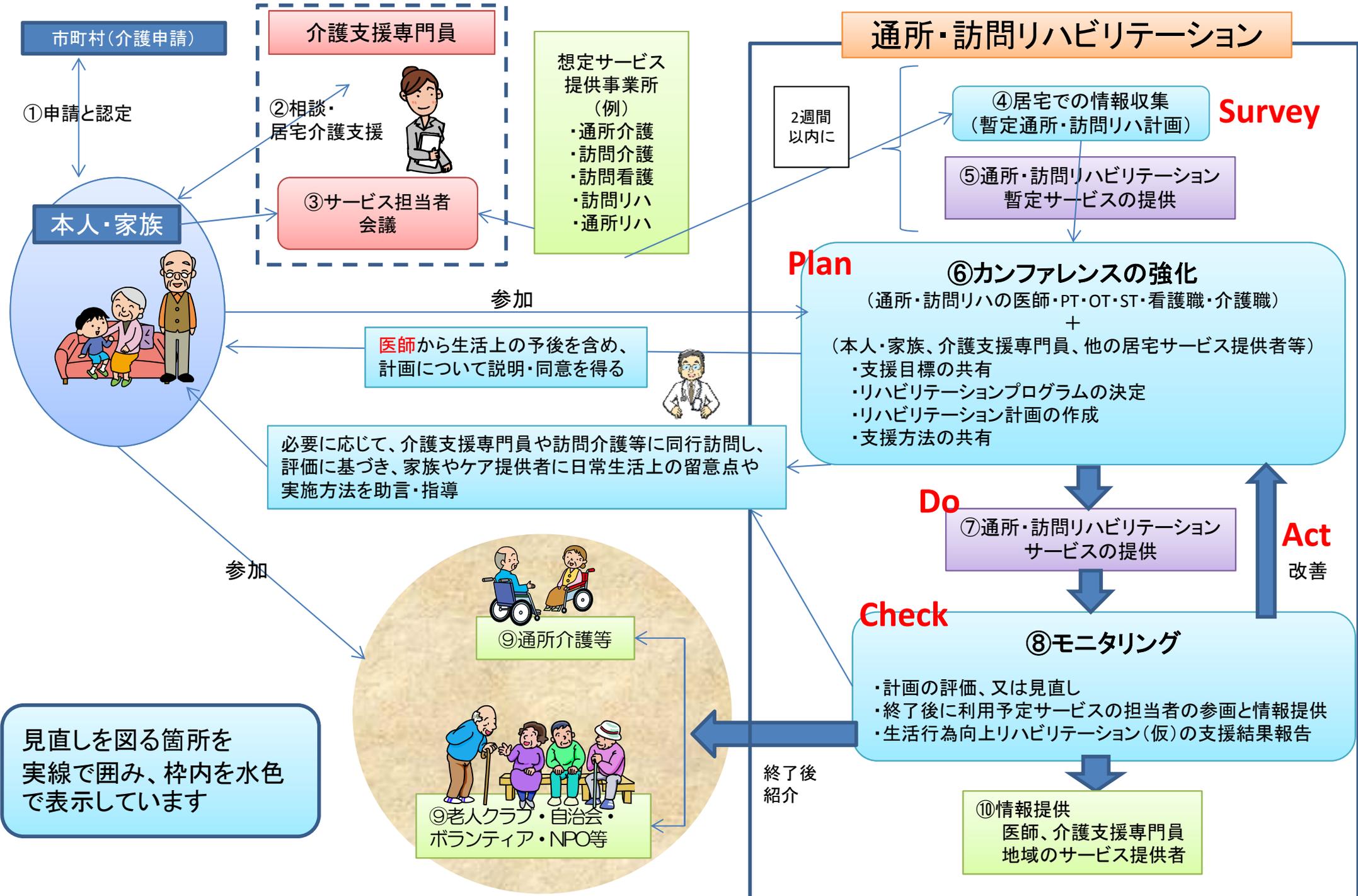
【高齢者のリハビリテーション】



○リハビリテーションの目的

リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

(2) - ②活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進



身体機能に焦点を当てた短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算の一体的な見直し（統合）について

（通所リハビリテーション）

① 個別リハビリテーションは退院（所）後間もない者に対する短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合してはどうか。

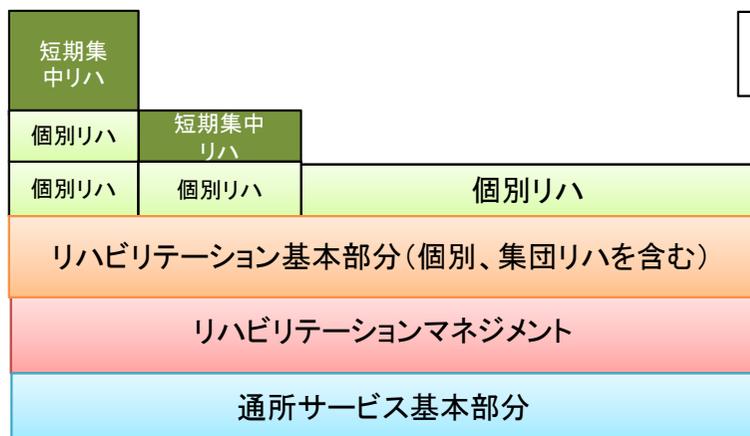
対応

- ・ 個別リハビリテーションは退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復に焦点を当てたリハビリテーションとして短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合する。
- ・ リハビリテーションは、適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視して計画的に行うべきものであるため、長期漫然として実施される個別リハビリテーション実施加算については基本報酬に包括する。

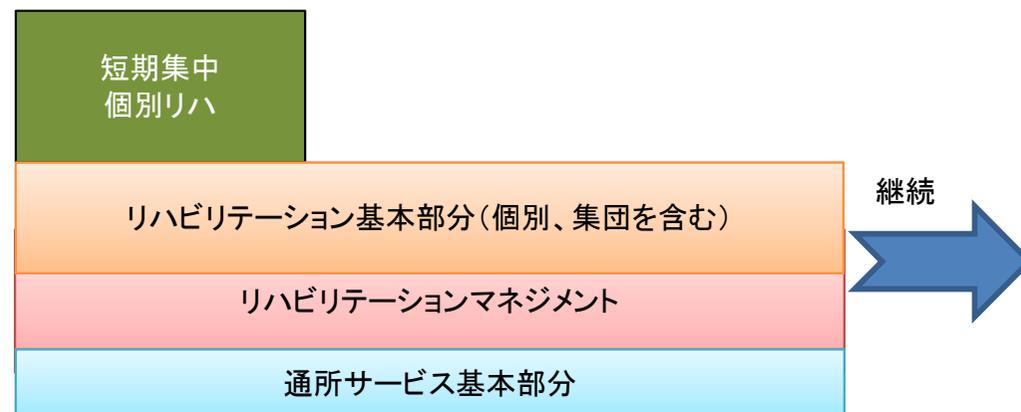
【イメージ】

退院（所）日 1か月 3か月 6か月 退院（所）日 3か月 6か月

現行



改定



認知症短期集中リハビリテーションの見直しについて

(通所リハビリテーション)

② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直してはどうか。

対応

- ・ 現在の認知症短期集中リハビリテーションは、身体機能へのアプローチである個別リハビリテーションの同様20分以上実施することとなっているが、認知症高齢者には、個別のリハビリテーションよりも状況が理解されやすい集団活動や何をすることがイメージされやすい活動や参加へのアプローチが導入しやすいため、短期集中リハビリテーション加算を一体的に見直した新たな体系を追加する。
- ・ 新たな体系では、認知症高齢者の見当識や記憶などの認知機能の状態に合わせて、実施頻度についても週二回ではなく、効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、3か月間の利用を限度とする。
- ・ 認知症短期集中リハビリテーションの提供後の評価(カンファレンス)により、新設する生活行為向上リハビリテーション(仮称)に移行できるものとする。
- ・ 認知症短期集中リハビリテーションの提供後もリハビリテーションを継続することができる。なお、この場合でも参加に向けた取組を促す。

【イメージ】



活動と参加に焦点を当てた新たなリハビリテーションの推進について

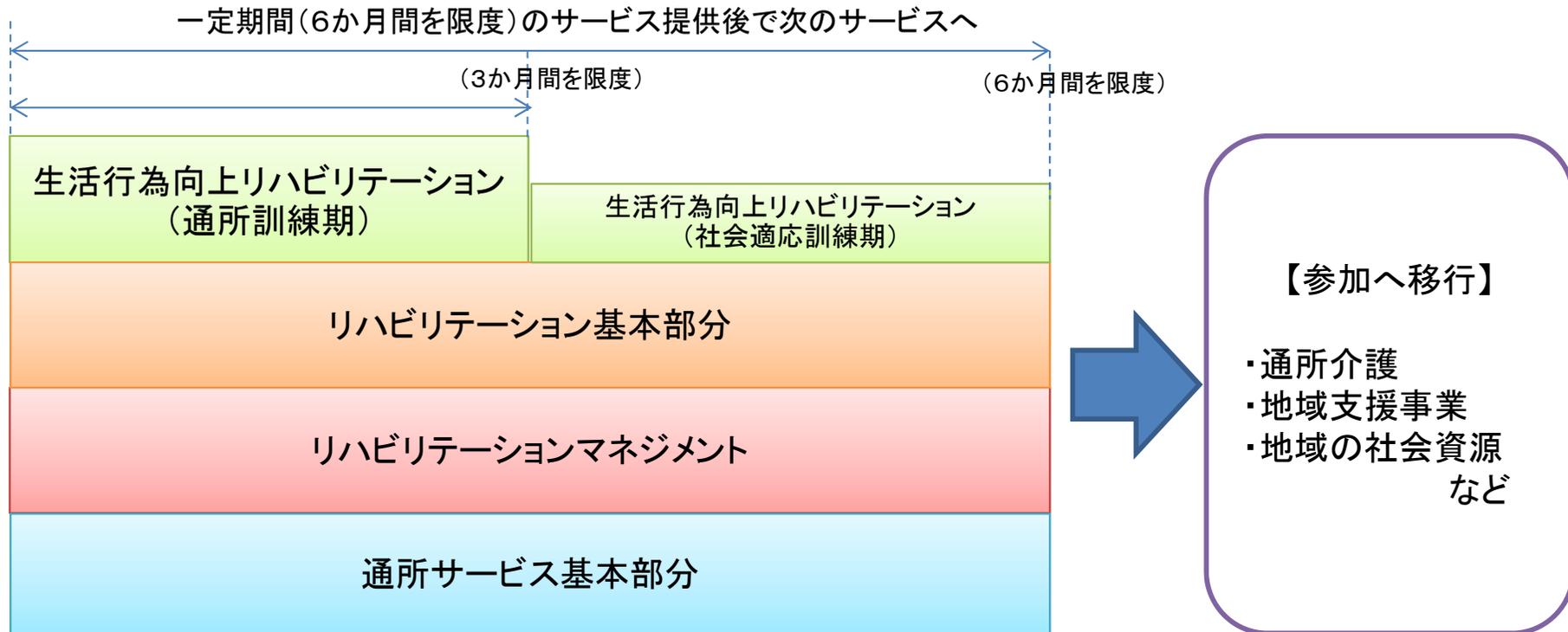
(通所リハビリテーション)

- ③ 加齢等により生活機能が低下した高齢者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の向上について焦点を当てたリハビリテーションを提供してはどうか。

対応

- 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6か月間の利用を限度とする。重点的に計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。

【イメージ】



※生活行為向上リハが終了した翌月から同一利用者に対して通所リハを行った場合は、6月以内に限り、1日につき所定単位数の15%減算。

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両サービスを同一事業所が提供する場合の運営の効率化について

(通所リハと訪問リハの一体的な提供)

訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合の運営の効率化を推進するための対応を行ってはどうか。

対応

- 以下の内容について、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合に一体的作成を可能とする。
 - ①通所リハビリテーション計画と訪問リハビリテーション計画の作成
 - ②計画書の内容についての利用者の同意書
 - ③計画に従ったサービスの実施状況を診療記録に記載すること

(参考) 現行規定の整理

同一事業所が通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを提供する場合に効率化できる項目	
医師の兼務	可能
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の兼務	可能(通所リハビリテーションの人員配置基準を満たすように留意が必要)
管理者の兼務	可能

リハビリテーション基本理念の明確化（訪問系・通所系サービス共通）

- リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことについて、訪問・通所リハビリテーションの基本方針に規定。（運営基準事項）

活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入（通所リハ）

- ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな「生活行為向上リハビリテーション」として、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所の組み合わせが可能な新たな報酬体系を導入。

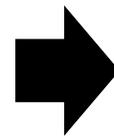
生活行為向上リハビリテーション実施加算

開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合	2,000単位/月（新設）
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合	1,000単位/月（新設）

認知症短期集中リハビリテーションの充実（通所リハ）

- 認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算
240単位/日



認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)
240単位/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(新設)
1,920単位/月

社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価（訪問リハ・通所リハ共通）

- リハビリテーションにおいて、社会参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高い通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価。

訪問リハビリテーション：社会参加支援加算：17単位/日（新設）

通所リハビリテーション：社会参加支援加算：12単位/日（新設）

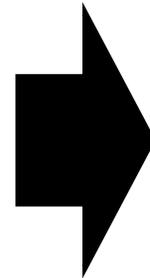
リハビリテーションマネジメントの強化（訪問リハ・通所リハ共通）

- リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価。

訪
リ
ハ

基本報酬のリハビリテーションマネジメント相当分

訪問介護との連携加算
300単位/回(3月に1回を限度)



リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)（新設）
60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)（新設）
150単位/月

通
リ
ハ

リハビリテーションマネジメント加算
230単位/月

訪問指導等加算
550単位/回(1月1回を限度)

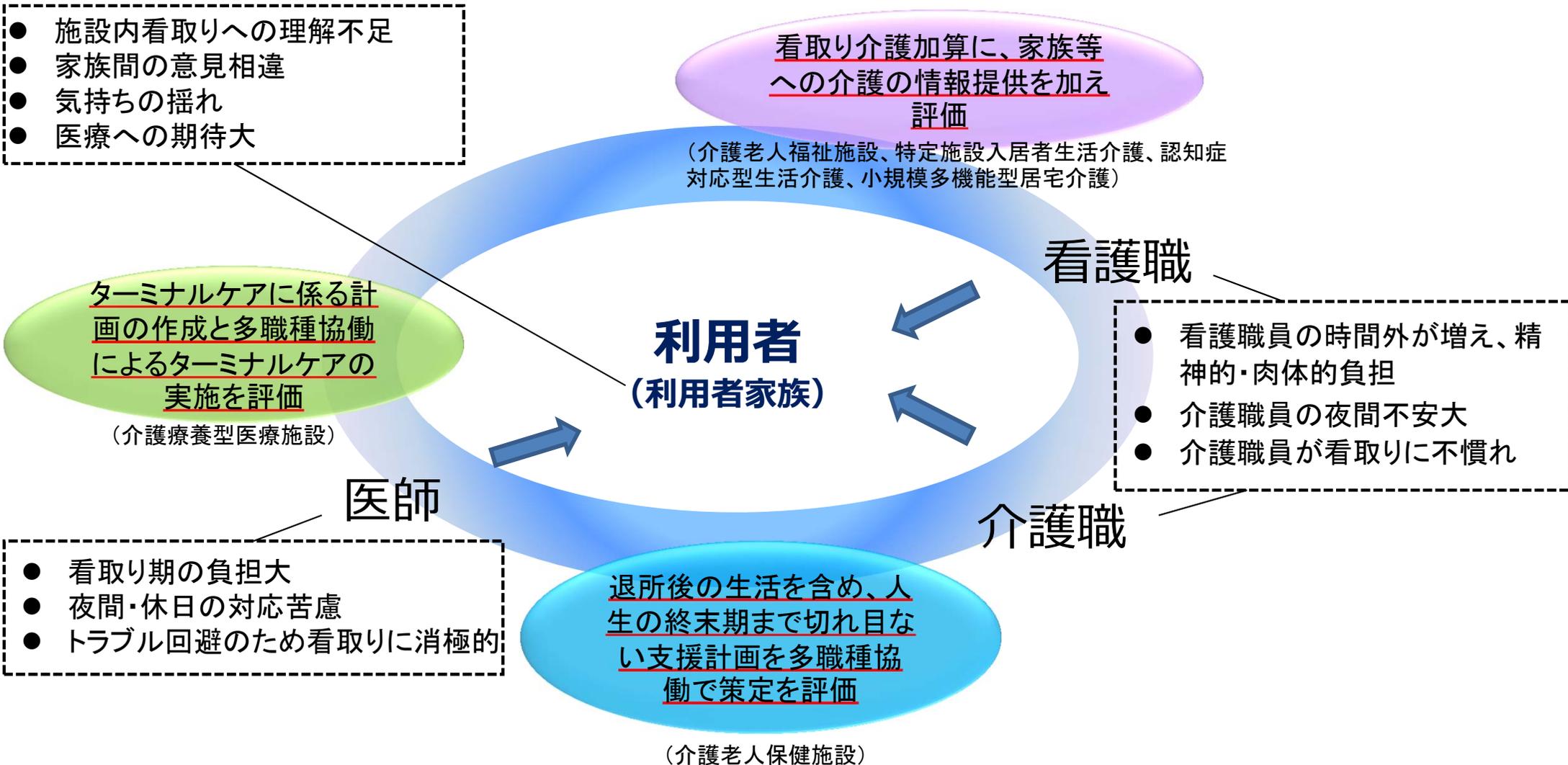


リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)
230単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)（新設）
開始月から6月以内 1,020単位/月
開始月から6月超 700単位/月

(3) 看取り期における対応の充実

○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組を重点的に評価する。

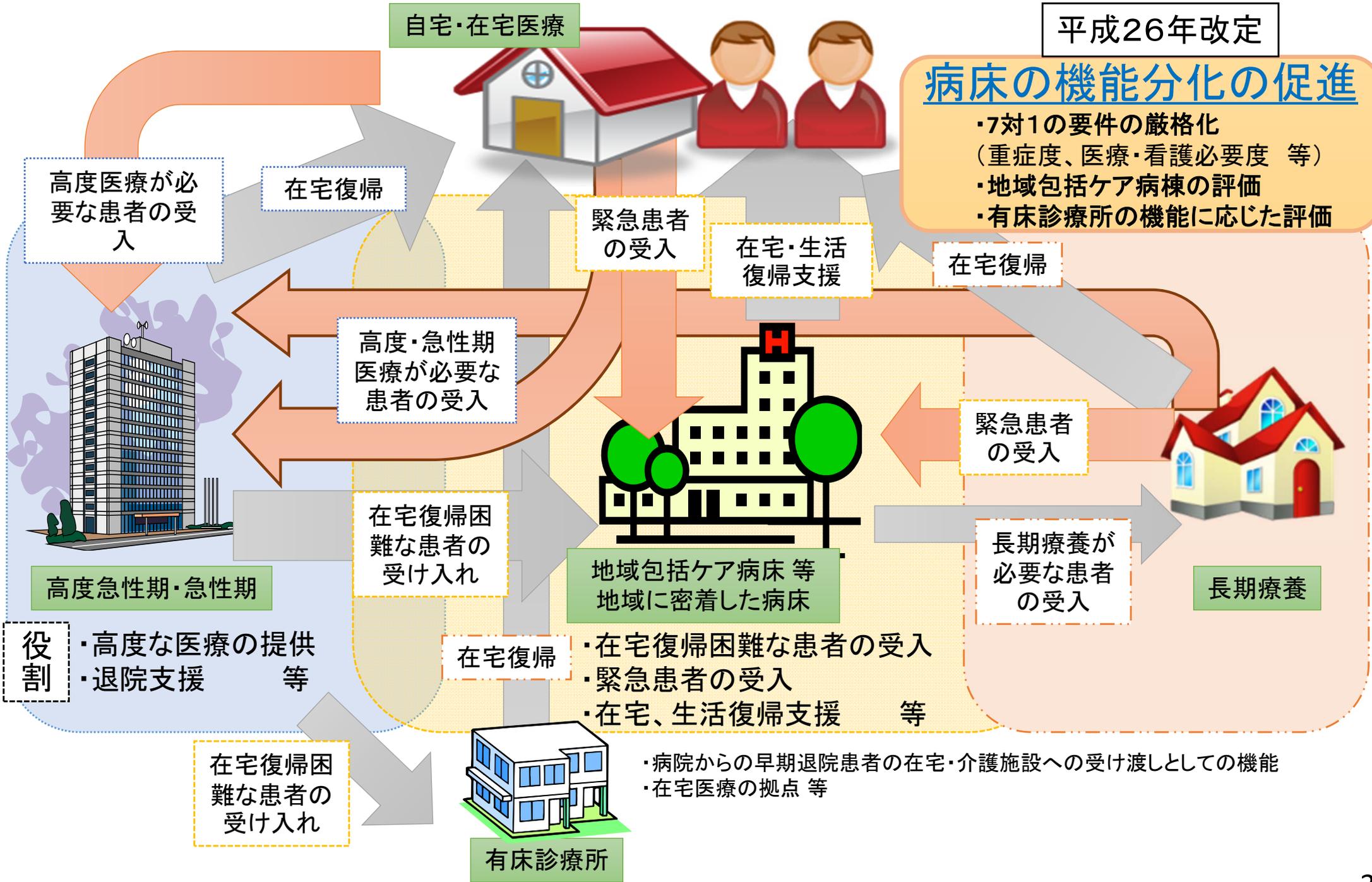


1. 入院医療について〈病床の機能分化〉

平成26年改定

病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



役割
 ・高度な医療の提供等
 ・退院支援

在宅復帰
 ・在宅復帰困難な患者の受入
 ・緊急患者の受入
 ・在宅、生活復帰支援 等

・病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
 ・在宅医療の拠点 等

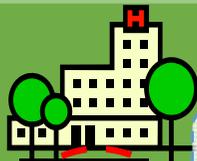
1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期



平成26年改定
自宅等退院患者割合
の導入
7対1の自宅等退院患者割合:
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る

平成26年改定

在宅復帰率の導入
地域包括ケア病棟:
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等

外来・訪問サービス等

老健



長期療養



平成26年改定

在宅復帰率の導入
療養: 在宅復帰率**50%**以上の評価

在宅復帰支援型
の老健等に限る

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰支援型の老健等に限る

小規模多機能型居宅介護

- 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容の説明を行う場合等について、新たな加算として評価。

＜死亡日から死亡日以前30日以下＞
看取り連携体制加算 : 64単位/日 (新設)

介護老人福祉施設等

- 看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、手厚い看取り介護の実施を図る。

＜死亡日以前4日以上30日以下＞
看取り介護加算 : 80単位/日



＜死亡日以前4日以上30日以下＞
看取り介護加算 : 144単位/日

介護療養型医療施設

- 介護療養型医療施設が担っている看取りやターミナルケアを中心とした長期療養及び喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する機能について、新たな要件を設定した上で、重点的に評価。

療養機能強化型A(多床室)
要介護5 : 1,307単位/日 (新設)

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

口から食べる楽しみの支援の充実



- ・ 咀嚼・嚥下能力に応じた食形態・水分量の工夫
- ・ 認知機能に応じた食事介助の工夫
- ・ 食べるときの姿勢の工夫
(机や椅子の高さ・硬さ、ベッドの角度、食具など)
- ・ 嚥下の意識化、声かけ
- ・ 食欲増進のための嗜好、温度等への配慮 等

11. 医療技術の適切な評価

4. 胃瘻等について

➤ 胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施等の推進を図るため、胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。

【現行】

胃瘻造設術	10,070点
—	—



【改定後】

(改) 胃瘻造設術	<u>6,070点</u> ※
(新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<u>2,500点</u> ※

[胃瘻造設時嚥下機能評価加算の算定要件]
嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施し、十分に説明・相談を行った上で胃瘻造設を実施した場合に算定する 等

※ 胃瘻造設術実施が年間50件以上の保険医療機関の場合であって、鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者を1年以内に経口摂取に回復させている割合が35%未満の場合、80/100へ減算。(平成27年4月1日より施行)

➤ 高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	<u>185点</u>
(新) 経口摂取回復促進加算	<u>185点</u>

[経口摂取回復促進加算の算定要件]
 (1)鼻腔栄養又は胃瘻の状態の患者に対して、月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施しカンファレンス等を行う。
 (2)治療開始日から起算して6月以内に限り加算する 等

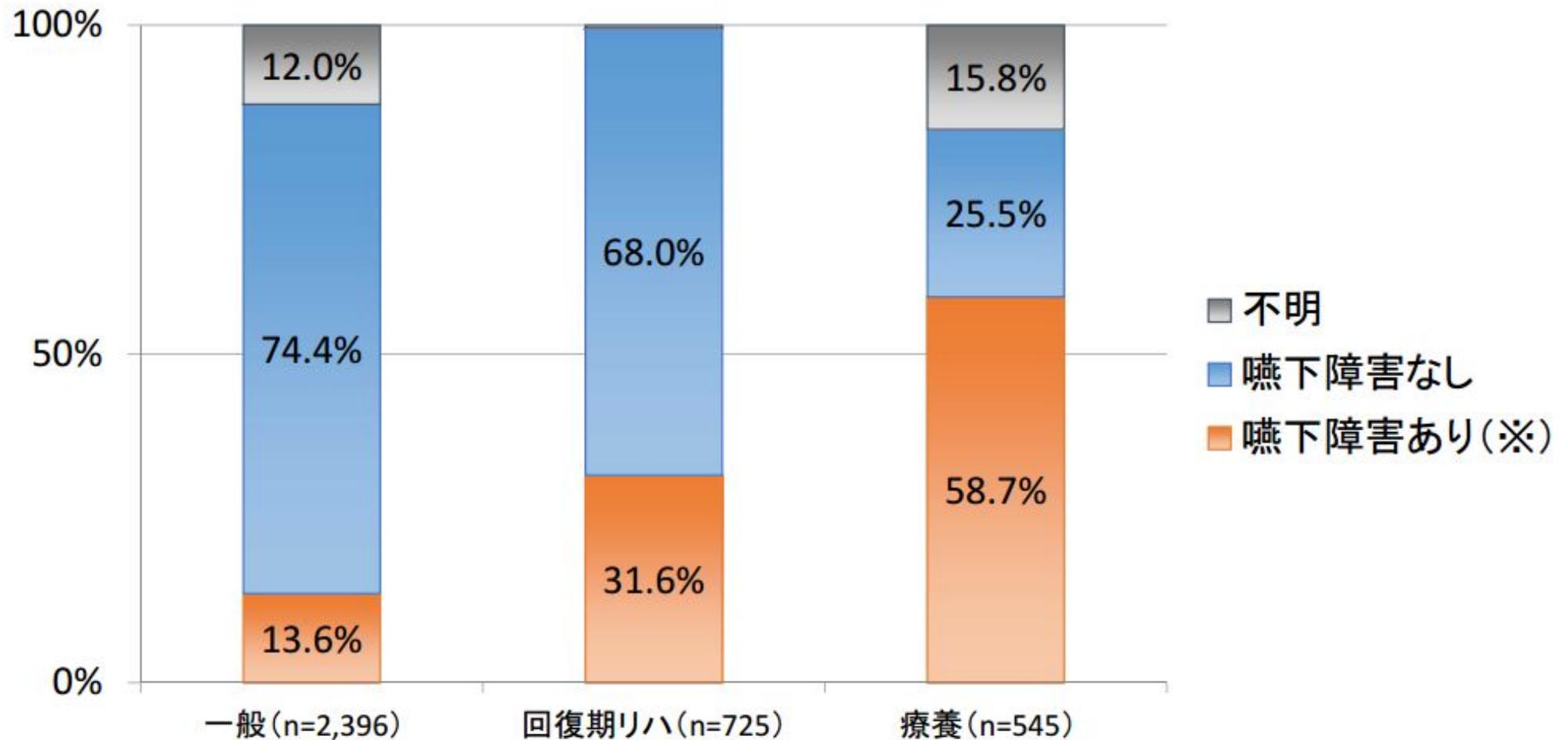
[経口摂取回復促進加算の施設基準]
 (1)新規及び他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間2名以上
 (2)新規及び他の保険医療機関から受け入れた鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者のうち、35%以上について、1年以内に経口摂取に回復させていること。

➤ これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

(新) 胃瘻抜去術 2,000点

入院患者の嚥下機能

○ 入院患者における嚥下障害は、特に回復期リハビリテーション病棟、療養病床で多く見られる。



※摂食・嚥下障害の臨床的重症度 (Dysphagia Severity Scale : DSS) で5以下の者

経口維持加算の見直し

- 現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察(ミールラウンド)やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価。

経口維持加算(Ⅰ): 28単位/日
又は
経口維持加算(Ⅱ): 5単位/日

再編・充実

経口維持加算(Ⅰ): 400単位/月

経口維持加算(Ⅱ): 100単位/月(新設)

経口移行加算の見直し

- 経管栄養により栄養を摂取している入所者が経口移行するための取組として、現行の栄養管理に加え、経口移行計画に基づき、摂食・嚥下機能面に関する支援を併せて実施(単位数は改定後も同様)。

療養食加算の見直し

- 入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させるため、経口移行加算又は経口維持加算の算定対象の範囲を拡大するとともに、評価を見直す。

23単位/日



18単位/日

2. 介護人材確保対策の推進

- 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

2. 介護人材確保対策の推進

- 地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

介護職員処遇改善加算

- 介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を実施。

《新設の加算(更なる上乘せ評価)の算定要件》

(1)キャリアパス要件

- ①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
- ②資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。

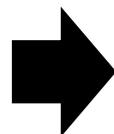
(2)定量的要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

サービス提供体制強化加算

- 介護福祉士の配置が一層促進されるよう、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価。なお、当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含めない。

<介護老人福祉施設、介護老人保健施設等>
介護福祉士5割以上:12単位/日



介護福祉士6割以上:18単位/日(新設)
介護福祉士5割以上:12単位/日

(参考) 介護職員処遇改善加算について - ①

加算のイメージ

加算 I
新設

加算 II
(現行の加算 I)

加算 III
(現行の加算 II)
※新加算 II × 0.9

加算 IV
(現行の加算 III)
※新加算 II × 0.8

算定要件

キャリアパス要件①
及び
キャリアパス要件②
+
**新たな定量的要件を
満たす(平成27年4月
以降実施する取組)**

キャリアパス要件①
又は
キャリアパス要件②
+
既存の定量的要件を
満たす

キャリアパス要件①
キャリアパス要件②
既存の定量的要件
のいずれかを満たす

キャリアパス要件①
キャリアパス要件②
既存の定量的要件
のいずれも満たさず

【新設の加算】
職員1人当たり
月額1万2千円相当

【現行の加算】
職員1人当たり
月額1万5千円相当

加算 II ~ IV (現行の加算 I ~ III) に
係る算定要件は、これまでと同様。

(参考) 介護職員処遇改善加算について - ②

1. 加算算定対象サービス

サービス区分	キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率			
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 	8.6%	4.8%	加算(Ⅱ)により算出した単位 ×0.9	加算(Ⅱ)により算出した単位 ×0.8
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)訪問入浴介護 	3.4%	1.9%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)通所介護 	4.0%	2.2%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)通所リハビリテーション 	3.4%	1.9%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 	6.1%	3.4%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)認知症対応型通所介護 	6.8%	3.8%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 	7.6%	4.2%		
<ul style="list-style-type: none"> ・(介護予防)認知症対応型共同生活介護 	8.3%	4.6%		
<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉施設サービス ・地域密着型介護老人福祉施設 ・(介護予防)短期入所生活介護 	5.9%	3.3%		
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保健施設サービス ・(介護予防)短期入所療養介護(老健) 	2.7%	1.5%		
<ul style="list-style-type: none"> ・介護療養型医療施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(病院等) 	2.0%	1.1%		

キャリアパス要件等の適合状況に関する区分	加算Ⅰ：キャリアパス要件(①及び②)及び定量的要件を満たす対象事業者 加算Ⅱ：キャリアパス要件(①又は②)及び定量的要件を満たす対象事業者 加算Ⅲ：キャリアパス要件(①又は②)又は定量的要件のいずれかを満たす対象事業者 加算Ⅳ：キャリアパス要件(①又は②)、定量的要件のいずれも満たしていない対象事業者
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. 加算算定非対象サービス

サービス区分	加算率
(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)福祉用具貸与、特定(介護予防)福祉用具販売、(介護予防)居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援	0%

(参考) サービス提供体制強化加算について (改定後)

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。	①: 36単位/回 ②: 24単位/回
夜間対応型訪問介護	① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	①: 18単位/回 ②: 12単位/回 (包括型 ①: 126単位/人・月 ②: 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
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	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 18単位/回 ②: 12単位/回 ③: 6単位/回 ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 【要支援1】 【要支援2】 ①: 72単位/人・月 ①: 144単位/人・月 ②: 48単位/人・月 ②: 96単位/人・月 ③: 24単位/人・月 ③: 48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 640単位/人・月 ②: 500単位/人・月 ③・④: 350単位/人・月
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 640単位/人・月 ②: 500単位/人・月 ③・④: 350単位/人・月
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 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 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 地域密着型特定施設入居者生活介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が75%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 18単位/人・日 ②: 12単位/人・日 ③・④: 6単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算において、人材に関する同旨の要件を定めている。

※2 表中、複数の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービスを直接提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化
- 集合住宅へのサービス提供の適正化
- 看護職員の効率的な活用の観点等から人員配置の見直し等

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適性化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

サービス評価の適正化

- 「骨太の方針」も踏まえた介護福祉施設サービスを始めとする各サービスの評価の適正化については、各サービスの運営実態も勘案しつつ、1.及び2.の視点を踏まえた対応を実施。

集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

- (1) 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)
 - 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(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に限る。建物の定義は(2),(3)も同じ)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を10%減算。等
- (2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対して提供する場合は、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算。
- (3) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
 - 事業所と同一の建物の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに創設。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

- 通所介護、通所リハビリテーション等において、送迎を実施していない(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、片道あたり47単位を減算。

(参考) 集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬 **【現状】**

	減算の内容	対象となる利用者	その他の条件
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	10%減算	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>事業所と同一建物（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、旧高専賃に限る）</u> に居住する利用者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所と同一建物に居住する実利用者の数が30人/月以上
小規模多機能型居宅介護			<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所と同一建物に居住する実利用者の数が登録定員の80/100以上
居宅療養管理指導	医師：503 → 452単位 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>同一建物居住者</u>。具体的には以下の利用者 ① 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、マンションなどの<u>集合住宅等</u>に入居・入所している複数の利用者 ② 小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービス）などのサービスを受けている複数の利用者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一日に2人以上の利用者を訪問する場合
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	94単位/日 減算	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>事業所と同一建物</u>に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ やむを得ず送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない
定期巡回・随時対応サービス	<u>減算なし</u>	—	—
複合型サービス	<u>減算なし</u>	—	—

(参考) 集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬 **【改定後】**

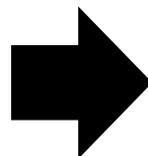
	減算の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	—
定期巡回・随時対応サービス	600単位/月 減算	・事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者	—
居宅療養管理指導	医師:503単位 → 452単位 等	・同一建物居住者。具体的には以下の利用者 ①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、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービス)などのサービスを受けている複数の利用者	・同一日に2人以上の利用者を訪問する場合
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	①94単位/日 ②47単位/片道 減算	①事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。 ②事業所が送迎を行っていない者	・やむを得ず送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	(別報酬体系)	・事業所と同一建物(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に限る)に居住する者	・利用者の居所(事業所と同一建物に居住するか否か)に応じた基本報酬を設定

報酬の体系化・適正化と運営の効率化

- 訪問リハビリテーションにおける身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算について、早期かつ集中的な介入を行う部分の評価を平準化し、見直す。

退院(所)日又は認定日から起算して
1月以内 340単位/日

退院(所)日又は認定日から起算して
1月超3月以内 200単位/日

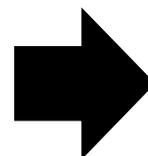


退院(所)日又は認定日から起算して
3月以内 200単位/日

訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションの見直し

- 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問と、訪問リハビリテーションのサービス提供実態について、利用者の年齢や性別、要介護度、プログラム内容等が類似であることを踏まえて、基本的な報酬の整合を図る。

理学療法士等による訪問の場合
318単位/回



理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合
302単位/回

訪問リハ及び通所リハを同一事業者が提供する場合の運営の効率化

- 訪問・通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業者が提供する場合の運営の効率化を推進するため、リハビリテーション計画、リハビリテーションに関する利用者等の同意書、サービス実施状況の診療記録への記載等を効果的・効率的に実施できるよう見直す。(運営基準事項)

人員配置基準等の緩和

(訪問介護におけるサービス提供責任者の配置基準の緩和)

- 常勤のサービス提供責任者が3人以上であって、サービス提供責任者の業務に主として従事する者が1人以上配置されている事業所について、複数のサービス提供責任者が共同して利用者に関わる体制が構築されている場合や、利用者情報の共有などサービス提供責任者が行う業務の効率化が図られている場合には、サービス提供責任者の配置基準を「利用者 50 人に対して1人以上」に緩和。(運営基準事項)

(通所介護における看護職員の配置基準の緩和)

- 病院、診療所、訪問看護ステーションと連携し、健康状態の確認を行った場合には、人員配置基準を満たすものとする。(運営基準事項)

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護におけるオペレーターの配置基準等の緩和)

- 夜間から早朝まで(午後6時から午前8時まで)の間にオペレーターとして充てることができる施設・事業所の範囲について、「併設する施設・事業所」に加え、「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加。また、これにあわせて、複数の事業所の機能を集約し、通報を受け付ける業務形態の規定を緩和。(運営基準事項)

(小規模多機能型居宅介護における看護職員配置の緩和)

- 小規模多機能型居宅介護事業所の看護職員が兼務可能な施設・事業所について、その範囲に現行の「併設する施設・事業所」に加え、「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加するとともに、兼務可能な施設・事業所の種別について、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等を追加。(運営基準事項)

(小規模多機能型居宅介護事業所と認知症対応型共同生活介護事業所との併設 型における夜間の職員配置の緩和)

- 小規模多機能型居宅介護事業所が認知症対応型共同生活介護事業所を併設している場合における夜間の職員配置について、入居者の処遇に影響がないことを前提に、小規模多機能型居宅介護事業所の泊まり定員と認知症対応型共同生活介護事業所の1ユニットあたりの定員の合計が9名以内であり、かつ、両者が同一階に隣接している場合には、夜間の職員配置について兼務を可能とする。(運営基準事項)

(「特別養護老人ホーム」の職員に係る専従要件の緩和)

- 「特別養護老人ホーム」の直接処遇職員に係る専従規定については、当該職員による柔軟な地域貢献活動を行うことが可能となるよう、関係通知を見直し、規定の趣旨を明確化。(運営基準事項)

(介護老人保健施設における看護・介護職員に係る専従常勤要件の緩和)

- 介護老人保健施設の看護師、准看護師及び介護職員は原則として当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこととされているが、訪問サービス等の併設により退所者の在宅生活を含めて支援するため、介護老人保健施設の看護・介護職員が当該施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合には、当該施設の看護・介護職員の一部に非常勤職員を充てることのできる旨を明確化。(運営基準事項)

論点1

地域区分の設定に当たっては、民間事業者の賃金水準を基礎とした賃金指数に基づき設定するという原則に立ち、公務員（国家公務員又は地方公務員）の地域手当の設定がある地域について、これらの地域手当の設定に準拠するように見直してはどうか。

その上で、公務員の地域手当の設定がない地域については、隣接する地域の実情を踏まえた設定が可能となるよう、一定の配慮の上で区分を設定してはどうか。

また、これらの施行における経過措置について、どのように考えるか。

対応案

- 民間事業者の賃金水準を基礎とした賃金指数に基づく地方公務員の地域手当の設定がある地域（国家公務員の地域手当の設定地域を含む）については、客観的に地域区分を設定する観点から、民間事業者の賃金水準を適切に報酬に反映させられるよう、国家公務員又は地方公務員の地域手当の設定に準拠する。（※ 地方公務員の地域手当の設定は、国家公務員の地域手当と同様の手法で算出。）
- 国家公務員又は地方公務員の地域手当の設定がない地域については、「その他（0%）」の設定を原則としつつ、隣接する地域の実情を踏まえ、国家公務員又は地方公務員の地域手当の設定がある地域について「複数隣接する地域区分のうち低い区分」（以下、「複数隣接ルール」という。）から本来の「その他（0%）」までの範囲内の区分を選択できる」ようにする。
- 見直しにあたっては、全ての地域について自治体からの意見を聴取したうえで必要な経過措置を講じる。

(地域区分の見直しによる現時点の財政試算について)

○ 試算の考え方

- ① 見直し後の地域区分(国家公務員及び地方公務員の地域手当の設定をそのまま当てはめた場合)に従い、適用地域を設定。
- ② 国家公務員の地域手当と同様の上乗せ割合^(a)に、現行の人件費割合を乗じて、見直し後の1単位当たり単価を設定。
- ③ 上記②で設定した見直し後の1単位当たり単価を、見直し後の地域区分の適用地域ごとの報酬単位に乗じて、地域区分見直し後の費用額^(b)を試算。
- ④ 上記③で試算した見直し後の費用額を、現行(見直し前の地域区分)の費用額^(c)で除して影響を算出すると約0.7%となる。
- ⑤ 以上により、財政中立とする場合、約0.7%の切り下げが必要となる。

(計算式)

$$(\text{地域区分の見直し後の費用額}^{(b)} \div \text{現行の費用額}^{(c)}) - 1 \approx 0.7\%$$

地域割り	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
^(a) 上乗せ割合	20% (19.3%)	16% (15.3%)	15% (14.3%)	12% (11.3%)	10% (9.3%)	6% (5.3%)	3% (2.3%)	0% (▲0.7%)

※ 地域区分の見直しにかかる増加額は、平成26年7月サービス分介護保険事業状況報告を老人保健課で集計し、年間推計額を算出したものであり、今後、最終的な設定区分を前提に各自治体からの意見を踏まえ、経過措置を講じるため、変更の可能性がある。

※ 上乗せ割合の()内の割合は、国家公務員地域手当の上乗せ割合に、基本報酬を平均0.7%引き下げた影響を加味した上乗せ割合を表したものである。

平成27年度から平成29年度までの間の地域区分の適用地域

自治体：1741（H26.12.31現在）

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地		7級地		その他			
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%		3%		0%			
地域	東京都	東京都	千葉県	埼玉県	茨城県	宮城県	東京都	大阪府	北海道	千葉県	愛知県	奈良県	その他の地域
	特別区	柏江市 多摩市	千葉市 東京都	さいたま市 千葉県	龍ヶ崎市 取手市 牛久市 つくば市 守谷市	仙台市 茨城県	羽村市 奥多摩町	富田林市 河内長野市	札幌市	長柄町 長南町	高浜市 岩倉市 豊明市 日進市 田原市 清須市 長久手市	田原本町 曾爾村 明日香村 上牧町 王寺町 広陵町 河合町	
		神奈川県 横浜市 川崎市 大阪府 大阪市	八王子市 武蔵野市 府中市 調布市 町田市 小金井市 小平市 日野市 国分寺市 稲城市 西東京市	船橋市 浦安市 東京都	朝霞市 志木市 和光市 新座市	宇都宮市 下野市 野木町	二宮町 愛川町 清川村	和歌山県 大磯町 二宮町 愛川町 清川村	札幌市 下妻市 常総市 笠間市 ひたちなか市 那珂市 筑西市 坂東市 稲敷市 つばみらい市 大洗町 阿見町 河内町 八千代町 五霞町 境町	瑞穂町 檜原村 箱根町 新潟県 新潟市 富山県 富山市 石川県 金沢市 福井県 福井市 山梨県 甲府市 長野県 長野市 松本市 塩尻市 岐阜県 大垣市 静岡県 浜松市 沼津市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 磐田市 焼津市 掛川市 藤枝市 御殿場市 袋井市 裾野市 函南町 清水町 長泉町 小山市 川根本町 森町	豊山町 大口町 扶桑町 飛島村 阿久比町 東浦町 幸田町 三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町 滋賀県 長浜市 野洲市 湖南市 東近江市 京都府 城陽市 大山崎町 久御山町 岬町 太子町 河南町 千早赤阪村 兵庫県 姫路市 加古川市 三木市 高砂市 稲美町 播磨町	岡山県 岡山市 広島県 東広島市 廿日市市 海田町 坂町 山口県 周南市 香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	その他の地域
		愛知県 名古屋市	相模原市 藤沢市 厚木市	豊中市 池田市 吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	成田市 佐倉市 習志野市 市原市 四街道市	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		大阪府 守口市 大東市 門真市 四條畷市	鎌倉市 愛知県 名古屋市	三鷹市 吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	茨城県 水戸市 日立市 土浦市 古河市 利根町	奈良県 春日井市 津島市 碧南市 狭谷市 羽生市 鴻巣市 西尾市 草加市 越谷市 蕨市 戸田市 入間市 桶川市 久喜市 北本市 八潮市 富士見市 三郷市 蓮田市 坂戸市 幸手市 鶴ヶ島市 吉川市 ふじみ野市 白岡市 伊奈町 三芳町 宮代町 杉戸町 松伏町	奈良県 奈良市 大和高田市 大和郡山市 生駒市 和歌山県 和歌山市 橋本市 広島県 府中町	福井県 福井市	群馬県 前橋市 伊勢崎市 太田市 渋川市 玉村町	静岡県 浜松市 沼津市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 磐田市 焼津市 掛川市 藤枝市 御殿場市 袋井市 裾野市 函南町 清水町 長泉町 小山市 川根本町 森町	京都府 城陽市 大山崎町 久御山町 岬町 太子町 河南町 千早赤阪村 兵庫県 姫路市 加古川市 三木市 高砂市 稲美町 播磨町	
		兵庫県 西宮市 芦屋市 宝塚市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		京都府 京都市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		大阪府 堺市 枚方市 茨木市 八尾市 松原市 摂津市 高石市 東大阪府 交野市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		兵庫県 尼崎市 伊丹市 川西市 三田市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		広島県 広島市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		福岡県 福岡市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
		東京都 福生市 武蔵村山市	名古屋市	吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	群馬県 高崎市	岐阜県 岐阜市	静岡県 静岡市	兵庫県 明石市 猪名川町	山梨県 甲府市	三重県 名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	香川県 高松市 福岡県 北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 長崎県 長崎市	
地域数	23	5	21	18	47	135		174		1318			

※ この表に掲げる名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町、村又は特別区の同日における区域によって示された地域とする予定。

介護サービス情報の公表制度について

介護サービス情報公表制度見直しの全体像

第107回 介護給付費分科会
(H26.9.3)資料より抜粋

- 地域包括ケアシステム構築の観点から、現在公表されている介護サービス事業所の他に、地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報について、本公表制度を活用し、広く国民に情報発信を行う。また、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスの情報も公表。
- 今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う。
- インターネットを通じて情報を入手することができない方に対しても、地域包括支援センター等で情報公表システムを活用して分かりやすく情報提供するなどの工夫が必要。

新たに国民に情報発信

地域包括支援センター

生活支援サービス

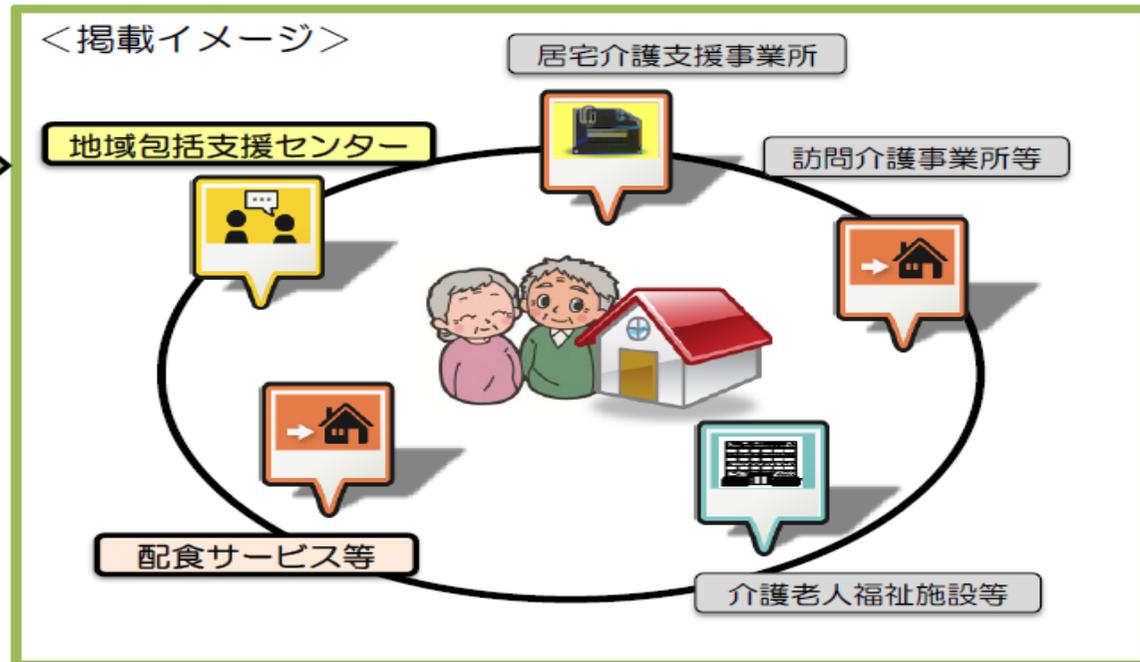
通所介護の宿泊サービス情報
※通所介護の情報に追加

人材確保の観点から活用を促進

従業者に関する情報

※キャリア段位制度の情報等も検討

<掲載イメージ>



介護サービス情報の公表制度について

(参考) 介護サービス情報の公表制度について

現在、介護サービス情報公表制度においては、全国一律の公表項目に加えて、都道府県の裁量で事業所のサービスの質や従業者に関する情報を公表することが可能であるが、ほとんどの都道府県において活用できていない状況を踏まえ、都道府県の取組を推進する一方、サービスの質の向上を図りつつ雇用管理や人材確保の観点から、最低限必要と考えられる項目については、事業所が自ら直接公表できる仕組みを検討。

- ・ 事業所及び施設の基本情報に従業者の教育訓練のための制度、研修等、従業者の資質向上に向けた取組状況を追加する。
例) 認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、ユニットリーダー研修、キャリア段位制度の取組(※)、その他事業所独自で実施している従業者の資質向上に向けた研修等(新任者研修、管理者研修等)の内容
※アセッサーの人数、段位取得者の人数、外部評価の実施状況を想定

【参考条文】 介護保険法施行規則 別表第一

- 三 事業所等において介護サービスに従事する従業者（以下この号において「従事者」という。）に関する事項
- イ 職種別従業者の数
 - ロ 従業者の勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者、入所者又は入院患者数等
 - ハ 従業者の当該報告に係る介護サービス業務に従事した経験年数等
 - ニ 従業者の健康診断の実施状況
 - ホ その他介護サービスの種類に応じて必要な事項

- ・ 指定介護サービス事業所及び施設が、現在、法令に基づき都道府県に報告をしている項目に加え、以下の内容を事業所が任意で公表する欄に追加する。
 - ①勤務時間(シフト体制 等)
 - ②賃金体系(給与、賞与、定昇制度 等)
 - ③休暇制度の内容及び取得状況
 - ④福利厚生 of 状況
 - ⑤離職率(常勤・非常勤別)
※介護労働安定センターが実施する介護労働実態調査と同様の算定方法
 $1年間の離職率 = 1年間の離職者数 \div 1年前の在籍者数 \times 100$
※事業所の規模感が把握できるよう、具体的な計算式も表示
 - ⑥その他
注:①～⑤の項目については、現在、都道府県の裁量で従業者に関する情報を公表する際の例示として通知で示している内容をもとに整理

平成27年度 介護報酬改定の概要

(個別の概要)

居宅サービス(訪問系)

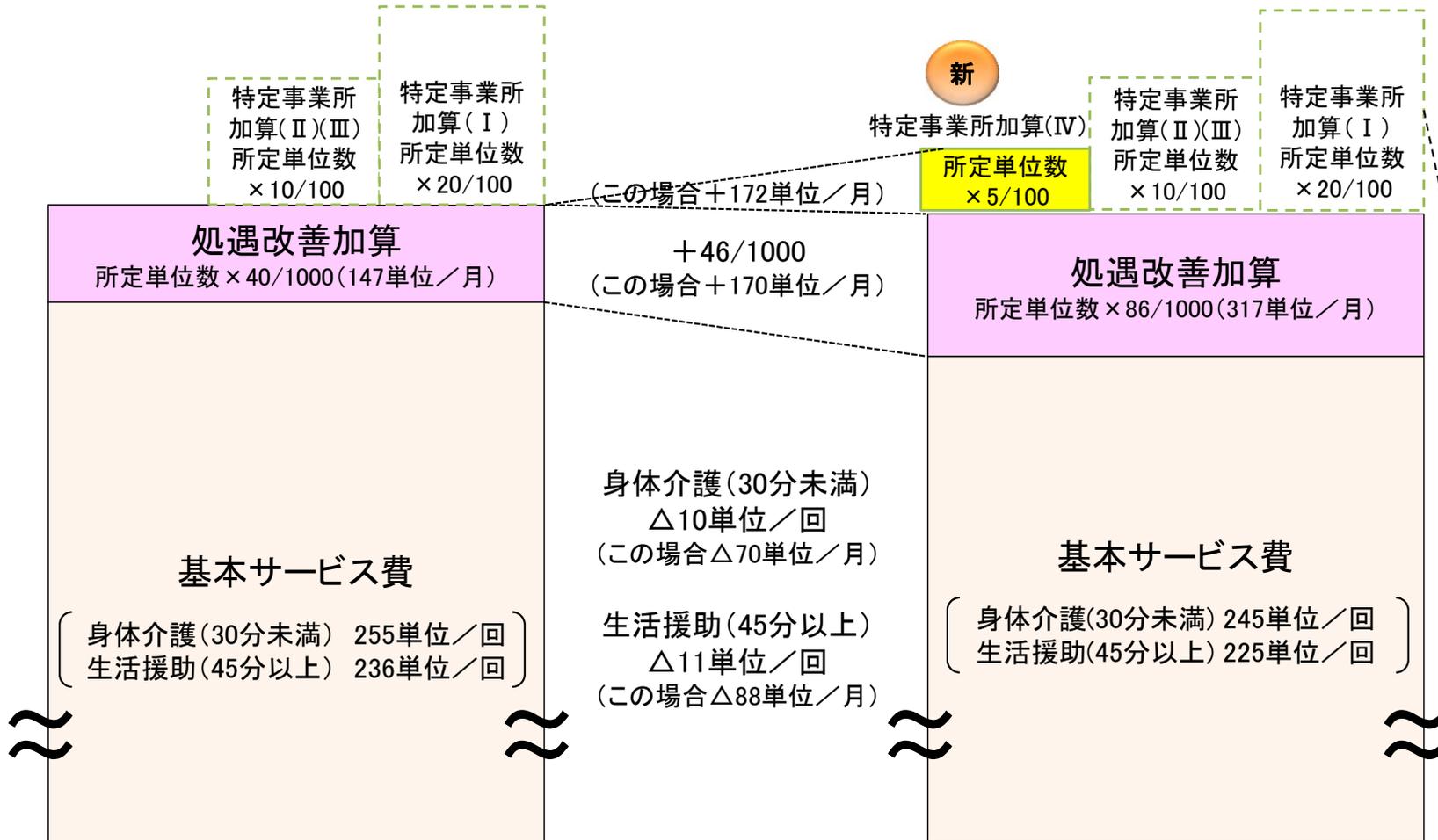
- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション

1. 訪問介護 (算定例)

<現行>
3,820単位/月



<見直し後>
4,004単位/月 (破線の加算を除く)



- ・資質向上のための計画的な研修の実施
- ・会議の定期的な開催
- ・文書等による指示及び報告
- ・定期健康診断の実施
- ・介護福祉士等の手厚い配置
- ・サービス提供責任者の手厚い配置
- ・重度要介護者等の積極的な受入

【前提】

- 月15回(身体介護(20分以上30分未満)7回、生活援助(45分以上)8回)利用の場合
(要介護2の利用者の平均的な利用回数)

- 基本報酬に加え、次の加算を算定
 - 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(86/1000)
 - 特定事業所加算(Ⅳ)(5/100)

- ※ その他、初期加算(100単位/月)、生活機能向上連携加算(100単位/月)等がある。

ポイント

・特定事業所加算Ⅳの新設

中重度の要介護者を重点的に受け入れるとともに、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業所に対する評価を行う。

(特定事業所加算(Ⅳ)(新規): 所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算)

・介護予防訪問介護の地域支援事業への移行

平成29年4月までに市町村が実施する地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)へ移行。

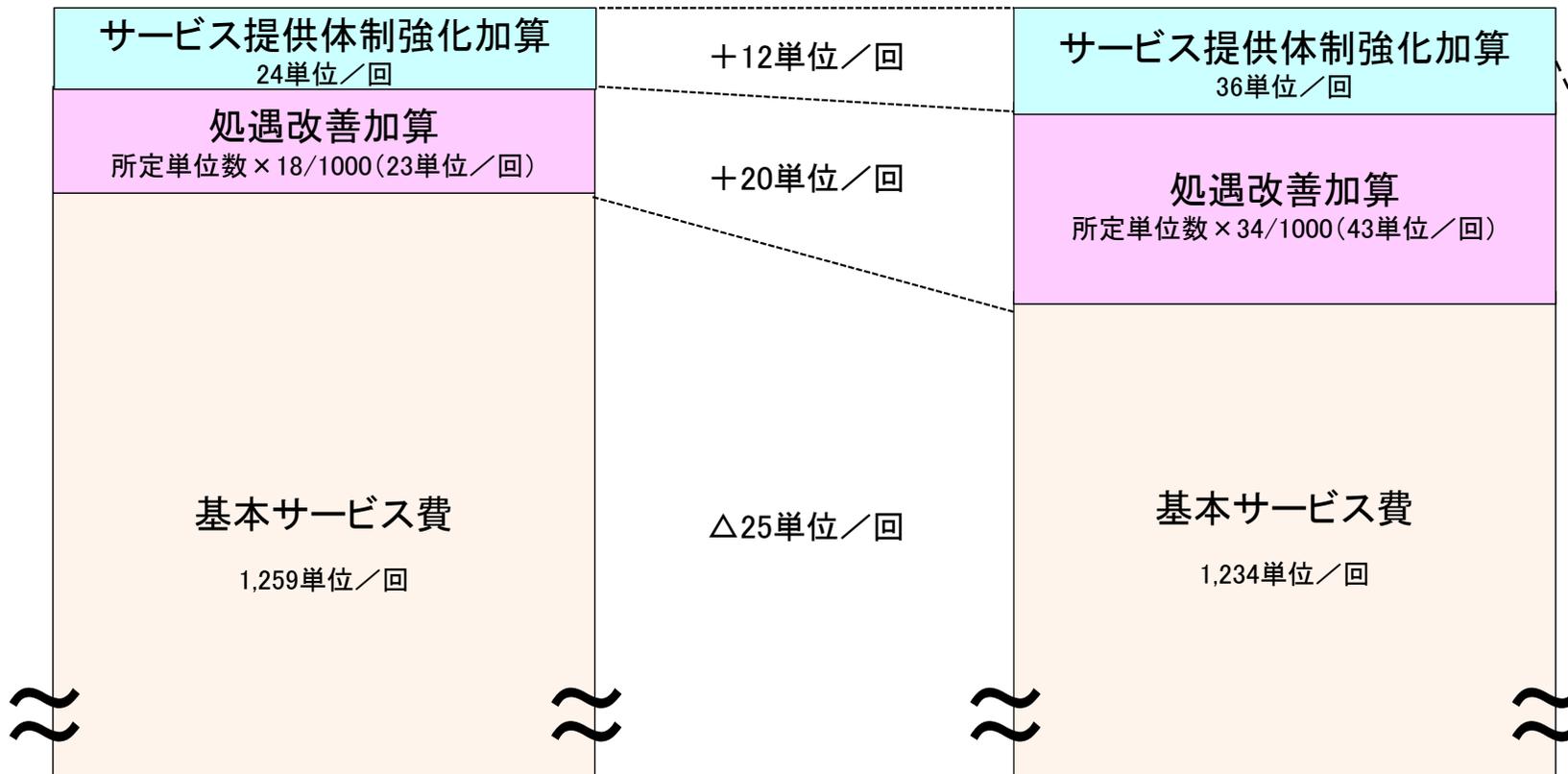
2. 訪問入浴介護（算定例）



＜現行＞
1,306単位／回



＜見直し後＞
1,313単位／回



サービス提供体制強化加算
 (Ⅰ) 介護福祉士の体制を特に強化
 (Ⅱ) 介護福祉士の体制を強化
 (Ⅲ) 常勤職員の体制を強化
 (Ⅳ) 長期勤続職員の体制を強化

【前提】

○ 基本報酬に加え、次の加算を算定

- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(34/1000)
- ・ サービス提供体制強化加算(36単位/回)

※ サービス提供体制強化加算は、区分支給限度基準額の対象外である。

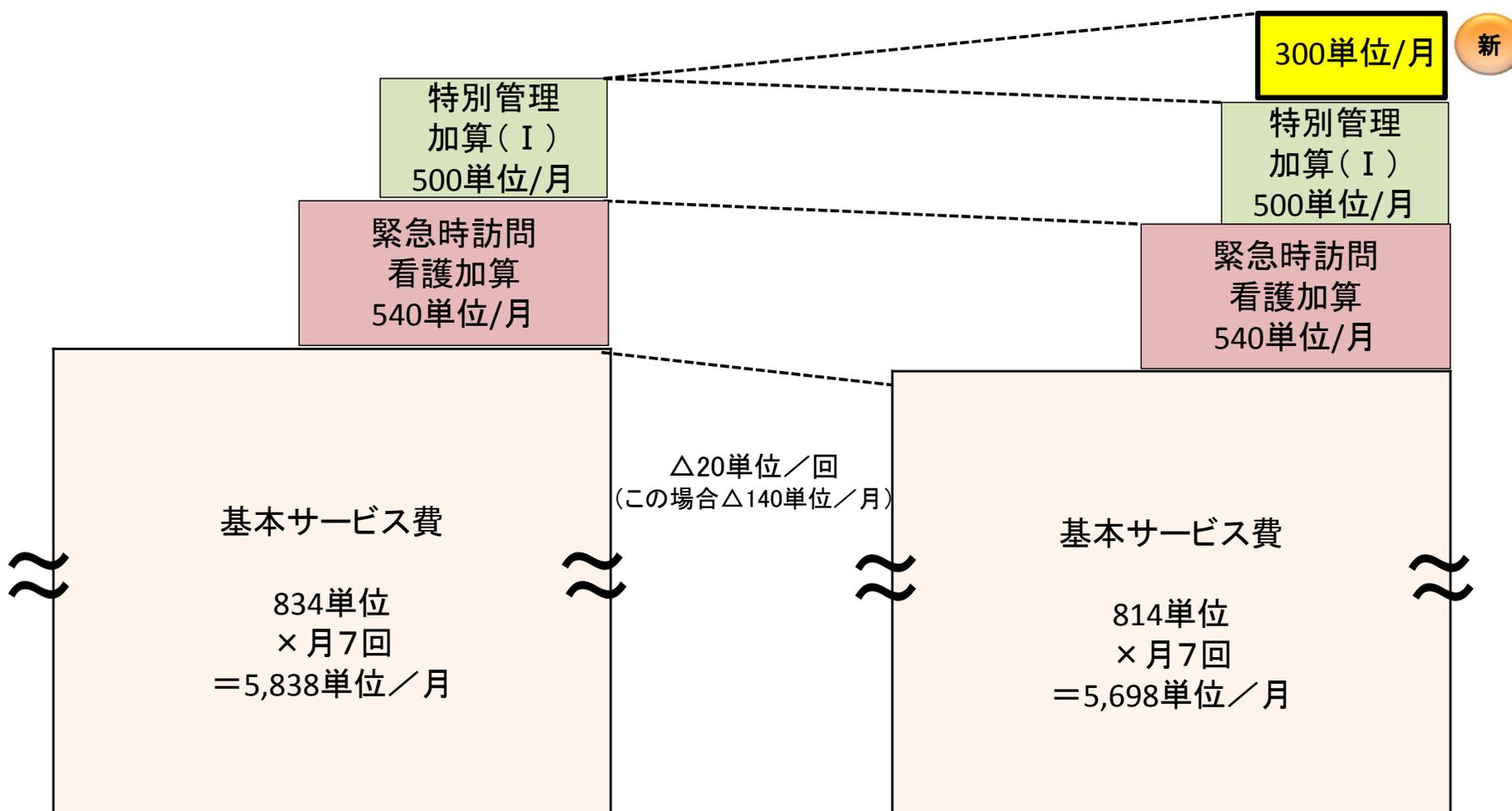
3. 訪問看護（算定例）

＜現行＞
合計6,878単位／月



＜見直し後＞
合計7,038単位／月

看護体制強化加算



【前提】

- 訪問看護ステーションにおける訪問看護の場合
- 要介護5の利用者が、1月あたり7回(要介護5の利用者の平均的な利用回数)の訪問看護(所要時間30分以上60分未満)を利用する場合
- 基本報酬に加え、
 - 緊急時訪問看護加算(540単位/月)を算定
 - 特別管理加算(Ⅰ)(500単位/月)を算定
 - 看護体制強化加算(300単位/月)を算定

・看護体制強化加算

在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所に対する評価を行う。

(看護体制強化加算(新規): 300単位/月)

・医療機関からの訪問看護の充実

医療機関の患者の在宅復帰の促進、在宅における要介護者の重度化も含めた訪問看護のニーズは更に高まることが想定されることから、将来的な訪問看護従事者の増員を図るべく、病院又は診療所からの訪問看護供給量の拡大等を促す観点から、病院又は診療所からの訪問看護について、基本報酬を増額する。

20分未満	256	単位	⇒	262	単位
30分未満	383	単位	⇒	392	単位
30分以上1時間未満	553	単位	⇒	567	単位
1時間以上1時間30分未満	815	単位	⇒	835	単位

・訪問看護ステーションからのリハ職訪問の評価の見直し

訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士による訪問看護の一環としての訪問と、訪問リハビリテーション事業所からの訪問リハビリテーションについて類似した実態にあることから評価の見直しを行う。

(318単位／回 ⇒ 302単位／回)

4. 訪問リハビリテーション（算定例）

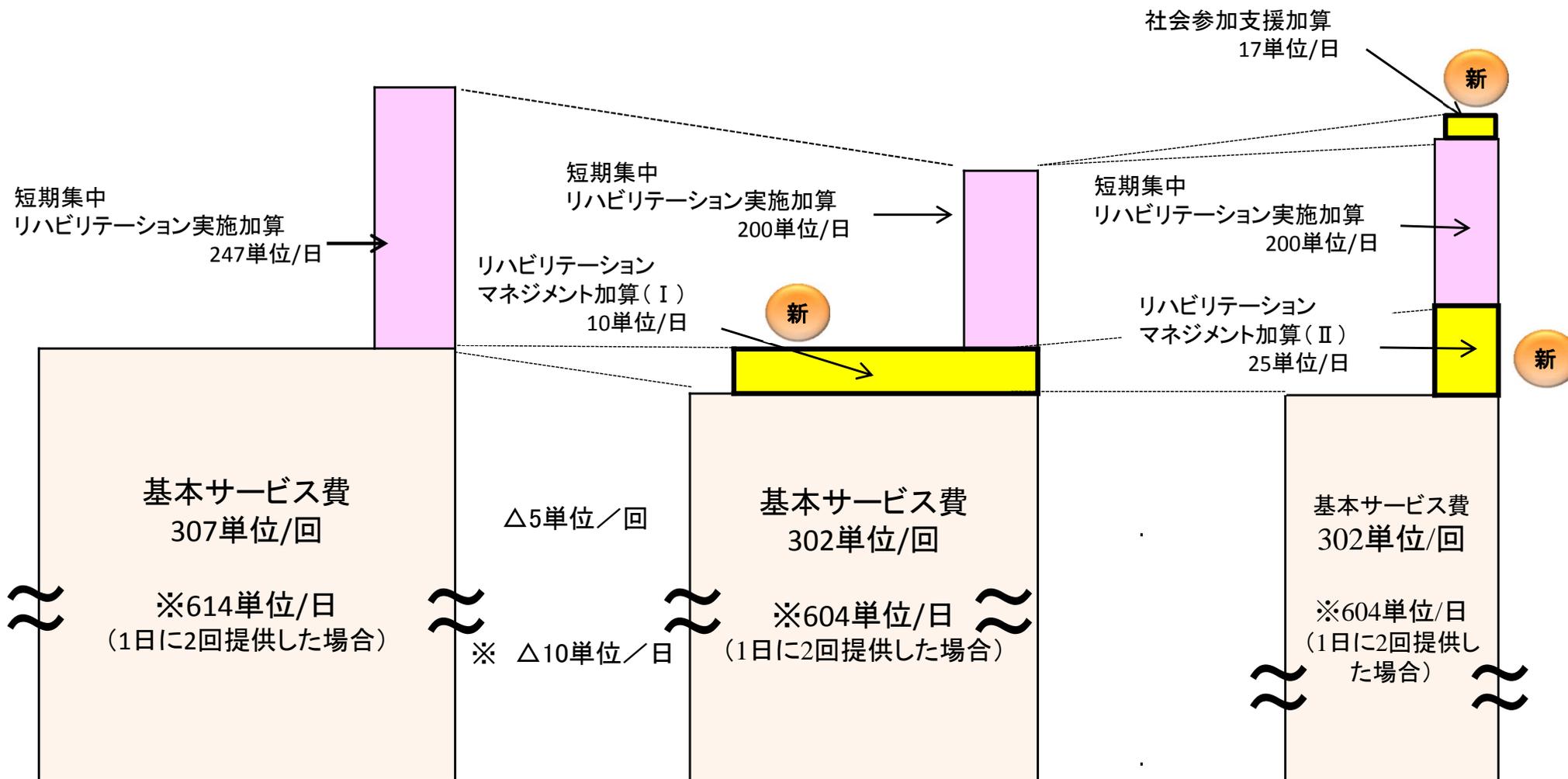


＜現行＞
861単位／日



＜見直し後＞
現行と同様の加算を算定した想定
814単位／日

＜見直し後＞
新設の主な加算を算定した想定
846単位／日



【前提】

○ 訪問リハビリテーション(1回あたり20分以上)を1日あたり2回提供した場合

- 現行と同様の加算を算定した想定では、基本報酬に加え、
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(60単位/月)を算定
 - ・ 短期集中リハビリテーション実施加算(200単位/日)を算定

- 新設の主な加算を算定した想定では、基本報酬に加え、
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(150単位/月)を算定
 - ・ 短期集中リハビリテーション実施加算(200単位/日)を算定
 - ・ 社会参加支援加算(17単位/日)を算定

・その他、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(+5/100)等がある。

※ 図中の単位数は、月あたりの単位数を1日あたりの単位数に換算して表記している。
(訪問リハビリテーションの平均的な利用像である月6日の利用を想定して換算)

・リハビリテーションマネジメントの強化

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書(様式)の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する。また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言は、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体的に評価する。

(リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ：60単位/月)

(リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ：150単位/月)

※訪問介護との連携加算(300単位/3月に1回)はリハビリテーションマネジメント加算Ⅱに統合する。

・短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的とした、短期集中リハビリテーション実施加算は、早期かつ集中的な介入を行う部分についての平準化した評価として見直す。

(退院(所)日又は認定日から起算して、

1月以内:340単位/日、1月超3月以内:200単位/日 ⇒ 3月以内:200単位/日)

・社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

訪問リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。

(社会参加支援加算(新規):7単位/日 (評価対象期間の次の年度内に限る))

訪問系サービス共通の見直し

(訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション 共通)

ポイント

・集合住宅に居住する利用者へのサービス提供

・以下の場合、10%の減算。

- ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(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に限る。)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を減算する。
- ②上記以外の建物(建物の定義は同上)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する利用者が1月あたり20人以上の場合であるものについて、新たに減算する。

居宅サービス(通所系)

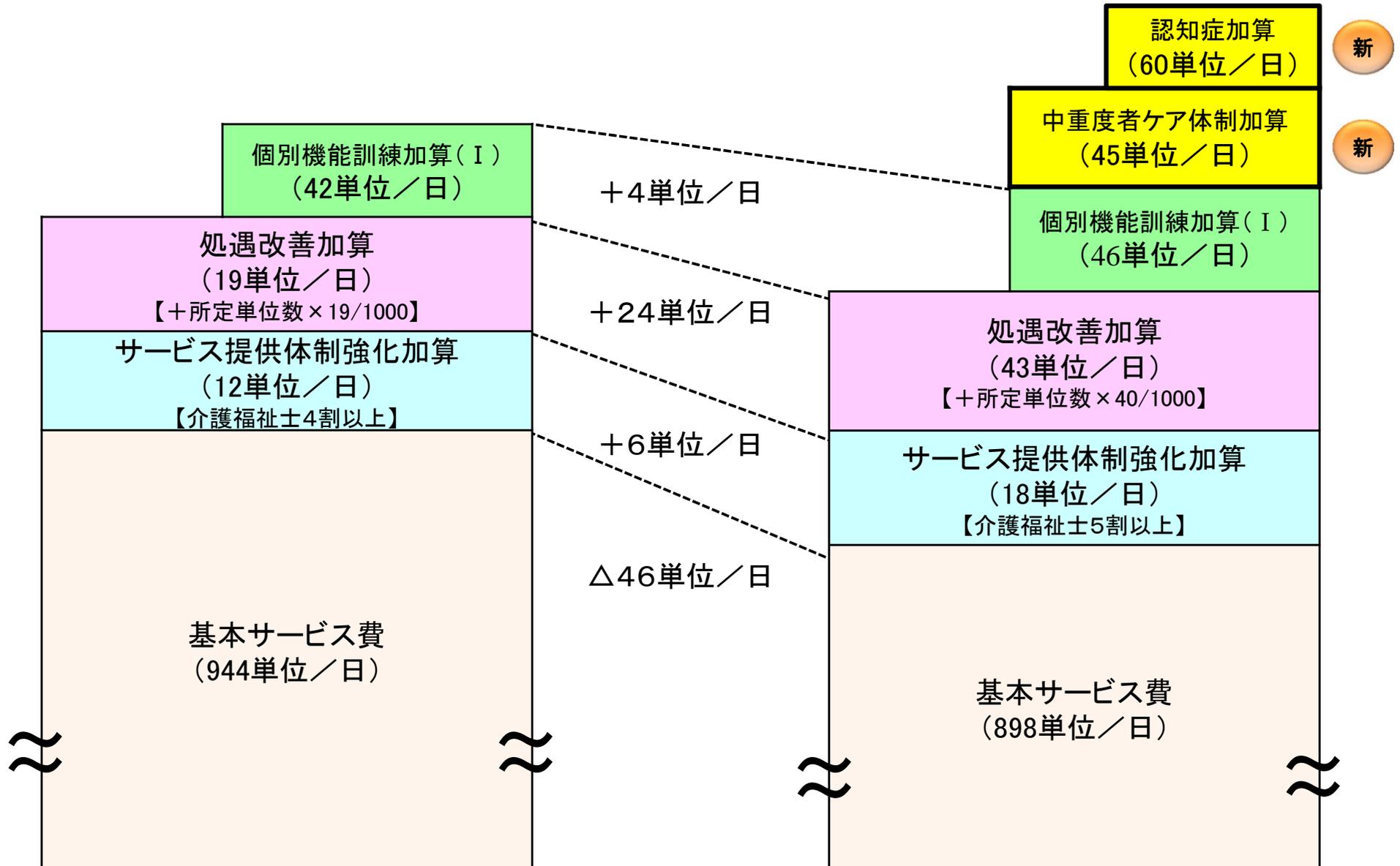
- 通所介護
- 通所リハビリテーション

5. 通所介護 (算定例)

<現行>
1,017単位/日



<見直し後>
1,110単位/日



【前提】

- 通常規模型事業所において、要介護3の利用者が、7時間以上9時間未満のサービス提供を受けた場合

- 基本報酬に加え、以下の加算を算定
 - ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(介護福祉士5割以上)
 - ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(40/1000)
 - ・ 個別機能訓練加算(Ⅰ)
 - ・ 中重度者ケア体制加算
 - ・ 認知症加算

- ・ その他、入浴介助加算(50単位/日)、栄養改善加算(150単位/月2回)等がある。

※サービス提供体制強化加算は、区分支給限度基準額の対象外である。

ポイント

・在宅生活の継続に資するサービスを提供している事業所の評価

認知症高齢者や中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している事業所について、加算として評価する。

(中重度者ケア体制加算(新規):45単位/日)

認知症加算については、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に対して加算として評価し、中重度者ケア体制加算については、事業所の利用者全員に対して加算として評価する。

(認知症加算(新規):60単位/日)

・心身機能訓練から生活行為向上訓練まで総合的に行う機能の強化

地域で在宅生活が継続できるよう生活機能の維持・向上に資する効果的な支援を行う事業所を評価するため、現行の個別機能訓練加算の算定要件について、居宅を訪問した上で計画を作成することを新たな要件として加えるとともに、加算の評価の見直しを行う。

(個別機能訓練加算(Ⅰ)42単位/日 ⇒ 46単位/日

(Ⅱ)50単位/日 ⇒ 56単位/日)

6. 通所リハビリテーション（算定例）

< 現行 >

1,035単位/日

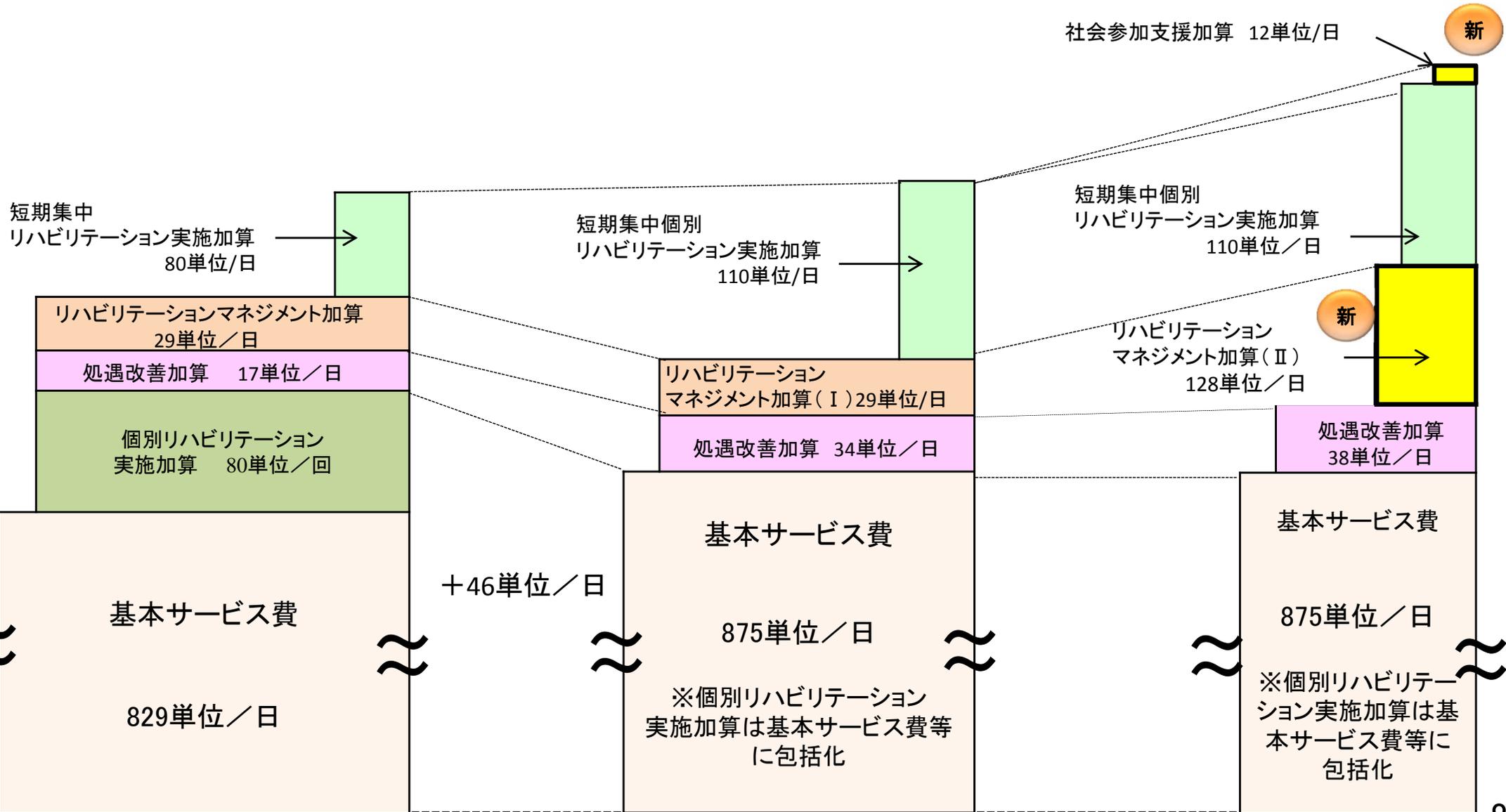


< 見直し後① >

現行と同様の加算を算定した想定
1,048単位/日

< 見直し後② >

新設の主な加算を算定した想定
1,163単位/日



【前提】

○ 通常規模の事業所が、要介護2の利用者(医療機関を退院後3月以内の者)に対して、6時間以上8時間未満の通所リハビリテーションを提供する場合

- 現行と同様の加算を算定した想定では、基本報酬に加え、
 - ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(34/1000)を算定
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(230単位/月)を算定
 - ・ 短期集中個別リハビリテーション実施加算(110単位/日)を算定
- 新設の主な加算を算定した想定では、基本報酬に加え、
 - ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(34/1000)を算定
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1020単位/月)を算定
 - ・ 短期集中個別リハビリテーション実施加算(110単位/日)を算定
 - ・ 社会参加支援加算(12単位/日)を算定
- ・ その他、重度療養管理加算(100単位/日)、中重度者ケア体制加算(20単位/日)、若年性認知症利用者受入加算(60単位/日)、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(18単位/回)等がある。

※ 図中の単位数は、月あたりの単位数を1日あたりの単位数に換算して表記している。
(通所リハビリテーションの平均的な利用像である月8日の利用を想定して換算)

・リハビリテーションマネジメントの強化

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書(様式)の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する。また、訪問指導等加算は、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体的に評価する。

(リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ : 230単位/月)

(リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ : 開始月から6月以内は1,020単位/月
開始月から6月超は 700単位/月)

※訪問指導加算(550単位/月1回を限度)は加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)に統合する。

・短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算の見直し

退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算と身体機能の回復を目的とした個別リハビリテーション実施加算を統合し、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直す。

(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内:110単位/日)

・認知症短期集中リハビリテーションの充実

認知症高齢者には個別のリハビリよりも状況が理解されやすい集団活動や何をするのかイメージされやすい活動や参加へのアプローチが導入しやすいため、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加する。

(認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ):

退院(所)日又は通所開始日から 起算して3月以内:240単位/日)

(認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(新設):

退院(所)月又は開始月から 起算して3月以内:1,920単位/月)

・活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入

ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導などにおいて、訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

(生活行為向上リハビリテーション実施加算(新設))

開始月から起算して、 3月以内:2,000単位/月

3月超6月以内:1,000単位/月)

・生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算

生活行為向上リハの提供終了後の翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を減算する。

・社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

通所リハの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い通所リハを提供する事業所の体制を評価する。

(社会参加支援加算(新規):12単位/日(評価対象期間の次の年度内に限る))

・重度者対応機能の評価

中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している事業所について、加算として評価する。

(中重度者ケア体制加算(新設):20単位/日)

通所系サービス共通の見直し

(通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護 共通)

ポイント

・送迎時における居宅内介助等の評価

送迎時に実施した居宅内介助等(電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)を通所介護、通所リハビリテーション又は認知症対応型通所介護の所要時間に含めることとする。

・延長加算の見直し

通所介護等の延長加算は、実態として通所介護事業所等の設備を利用して宿泊する場合は算定不可とするとともに、介護者の更なる負担軽減や、仕事と介護の両立の観点から、更に延長加算の対象範囲を拡大する。

(例:通所介護における延長加算 12時間以上13時間未満(新規):200単位/日
13時間以上14時間未満(新規):250単位/日)

・送迎が実施されない場合の評価の見直し

送迎を実施していない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は減算の対象とする。

(送迎を行わない場合の減算(新規): $\Delta 47$ 単位/片道)

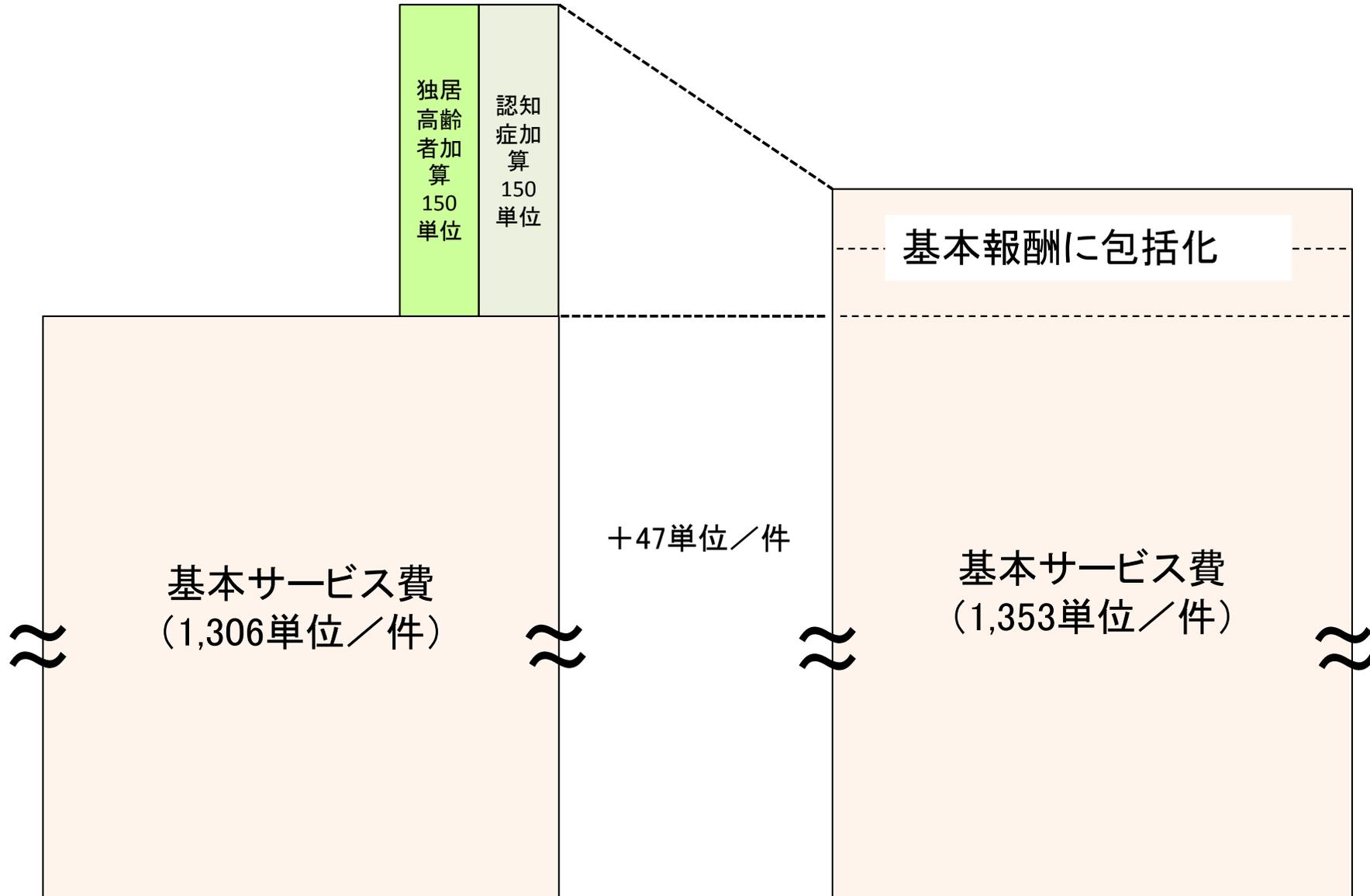
居宅介護支援

7. 居宅介護支援 (算定例)

<現行>
1,606単位/件



<見直し後>
1,353単位/件



【前提】

○ 居宅介護支援費(Ⅰ)のうち要介護3・4・5の場合

・基本報酬に認知症加算と独居高齢者加算を包括化し、1,353単位を算定

※ その他、特定事業所加算(Ⅰ)(500単位/件)等がある。

ポイント

・正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応強化

正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%を超える場合の減算の適用について、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す。

(特定事業所集中減算: Δ 200単位)

・質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進

質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、人員配置要件の強化や人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する。一方、中重度者の利用者が占める割合については、実態に即して緩和する。

(特定事業所加算(Ⅰ):500単位、(Ⅱ):400単位、(Ⅲ):300単位)

・介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し

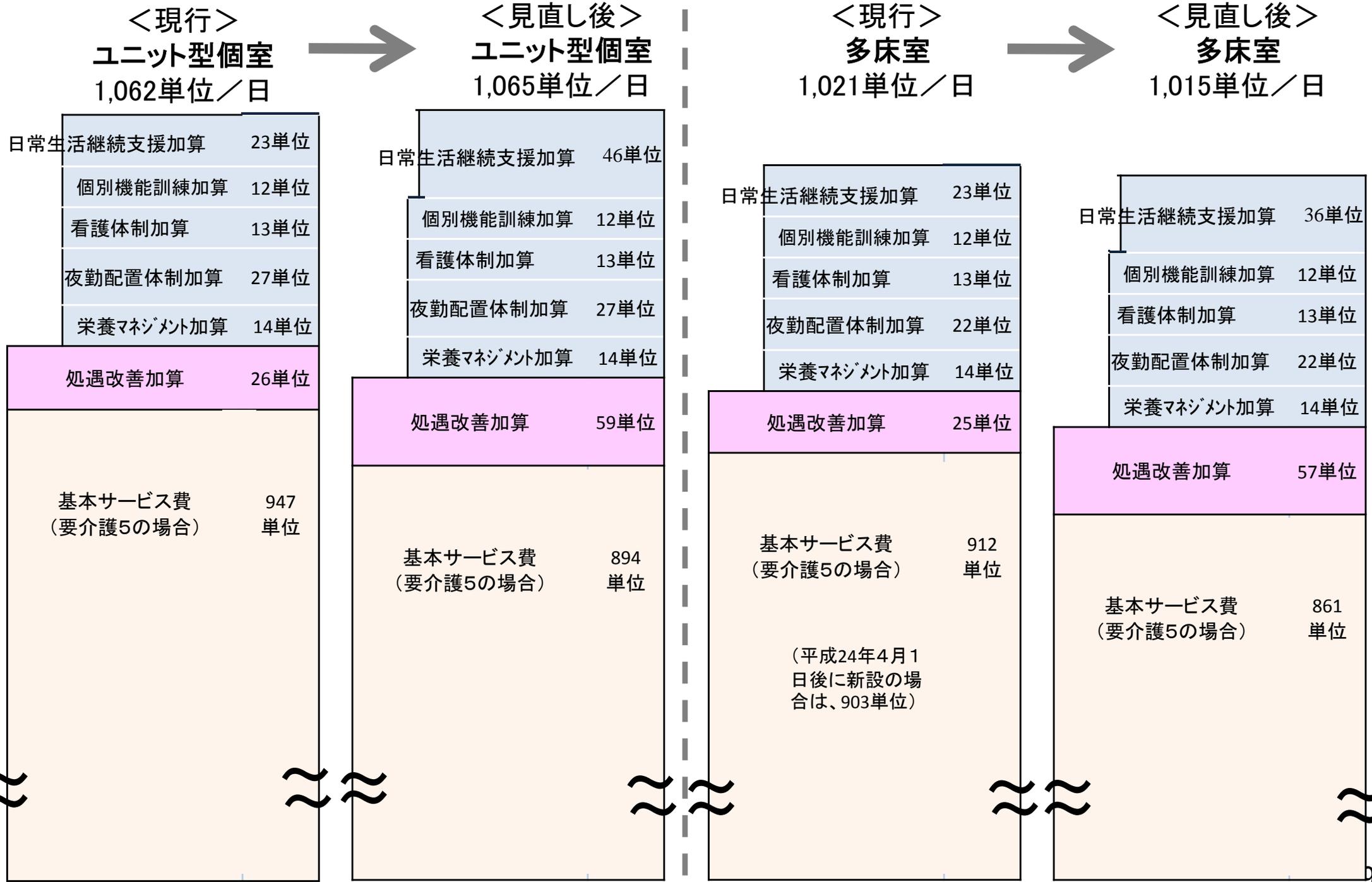
介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する。

(介護予防支援費(1月につき)414単位 ⇒ 430単位)

介護保険施設、特定施設

- 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
- 特定施設入居者生活介護

8. 介護老人福祉施設（算定例）



【前提】

- 基本サービス費は、介護福祉施設サービスを利用する要介護5の入所者の場合。
- 主な体制加算として以下を算定。(ユニット型個室の場合)
 - 栄養マネジメント加算(14単位/日)
 - 夜勤職員配置加算(Ⅱ)(入所定員31人～50人)(27単位/日)
 - 看護体制加算(Ⅱ)(入所定員31～50人)(13単位/日)
 - 個別機能訓練加算(12単位/日)
 - 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(59/1000)
 - 日常生活継続支援加算(Ⅱ)(46単位/日)
- 上記に加え、
 - 看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下144単位)、在宅・入所相互利用加算(40単位)について、今回の見直しにより充実をしている。
 - その他、サービス提供体制強化加算(日常生活継続支援加算を算定できない場合)、療養食加算・経口移行加算・経口維持加算等がある。
- 多床室の基本サービス費については、平成27年8月より、室料相当である47単位が減少し(861単位⇒814単位)、同時に、基準費用額に470円(/日)が上乘せされる。
- 新設多床室と既設多床室の報酬の区分は設けない。

・看取り介護加算、日常生活継続支援加算

平成27年度より介護老人福祉施設の入所者が原則要介護3以上となること等を踏まえ、介護老人福祉施設が今後更に重度者等の積極的な受け入れを行うことを評価する観点から、入所者に係る算定要件の見直しを行うとともに、ユニット型施設の入所者については、単位数を従来型施設の入所者よりも引き上げる。

看取り介護加算

(死亡日以前4日以上30日以下 80単位/日 ⇒ 144単位/日)

※死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同様。

日常生活継続支援加算

(23単位/日 ⇒ 36単位/日(従来型)、46単位/日(ユニット型))

・在宅・入所相互利用加算

地域住民の在宅生活の継続を支援するため、在宅・入所相互利用加算の利用を促進する観点から必要な算定要件及び単位数の見直しを行う。

(在宅・入所相互利用加算 30単位 ⇒ 40単位)

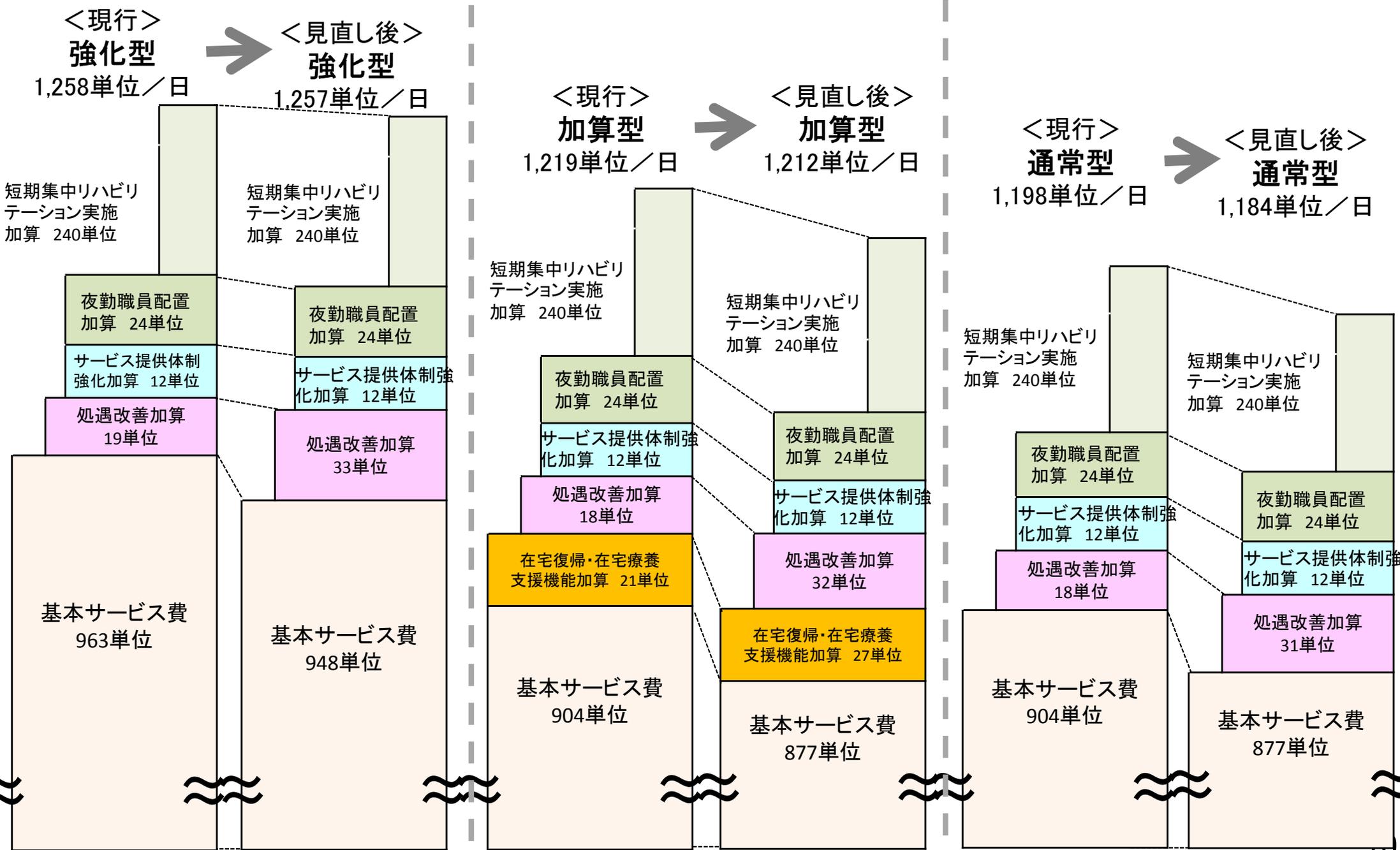
・多床室における居住費負担

介護老人福祉施設の多床室の入所者のうち、一定の所得を有する入所者については、現行の光熱水費相当分に加え、室料相当分の負担を居住費として求める。ただし、「低所得者を支える多床室」との指摘もあることを踏まえ、低所得者に配慮する観点から、利用者負担第1段階から第3段階までの者については、補足給付を支給することにより、利用者負担を増加させないこととする。

(短期入所生活介護についても同様の見直しを行う。)

※なお、当該見直しについては、平成27年8月から行うこととする。

9. 介護老人保健施設（算定例）



【前提】

- 従来型老健の多床室の場合

- 要介護3の入所者を想定

- 強化型(在宅復帰の状況が50%を超える等の要件を満たす施設)、加算型(在宅復帰の状況が30%を超える等の要件を満たす施設)、通常型(強化型及び加算型以外の施設)のそれぞれについて記載

- 基本報酬に加え、
 - 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(27/1000)を算定
 - 加算型については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(27単位/日)を算定
 - サービス提供体制強化加算(12単位/日)、夜勤職員配置加算(24単位/日)、短期集中リハビリテーション実施加算(240単位/日)を算定
 - その他、栄養マネジメント加算(14単位/日)等がある。

・施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援

入所前後訪問指導加算については、退所後の生活を支援するため以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。

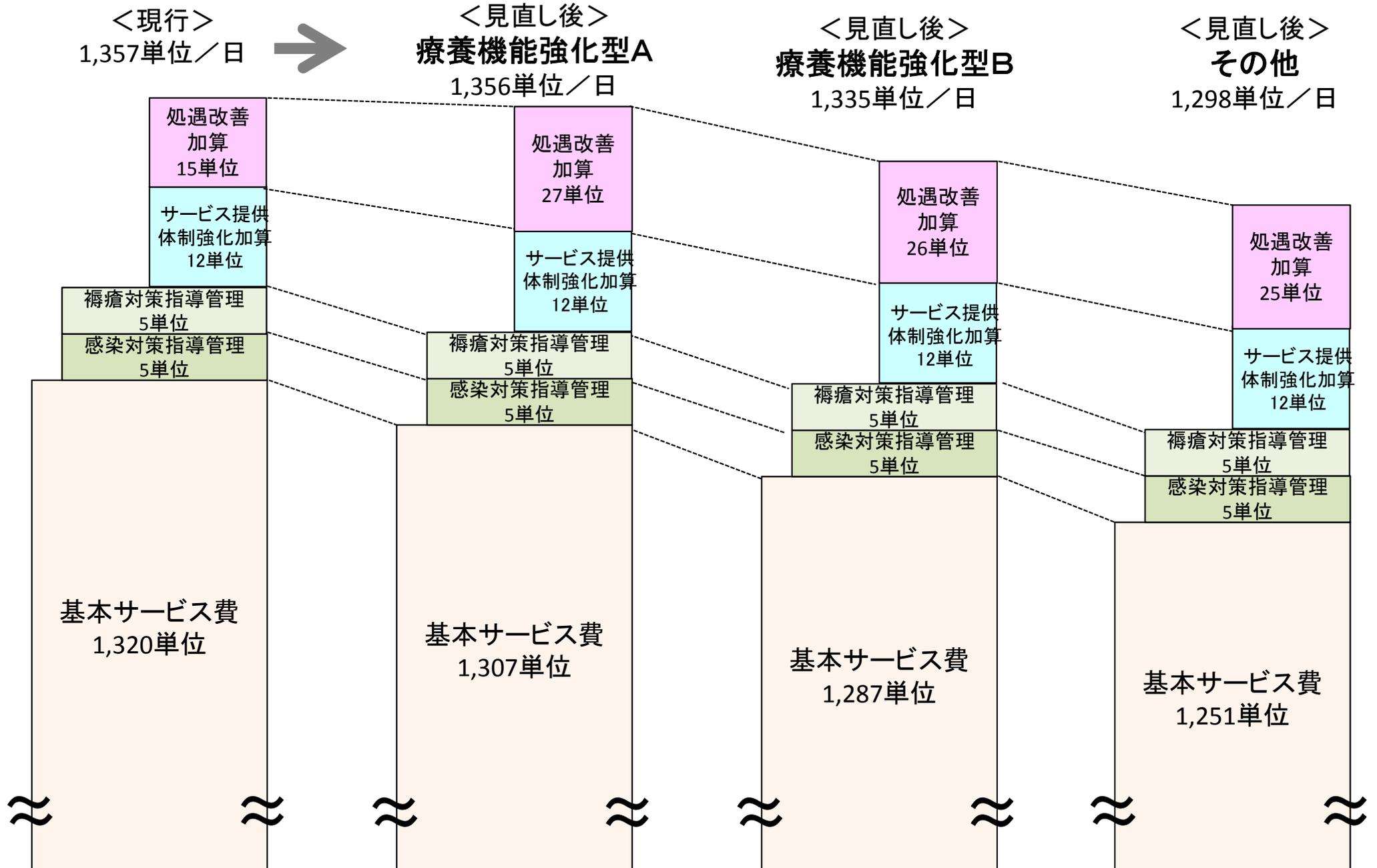
- 本人及び家族の意向を踏まえ、生活機能の具体的な改善目標を含めた施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援計画を策定していること。
- 支援計画策定に当たって、多職種が参加するカンファレンスを行っていること。

(入所前後訪問指導加算460単位／回 ⇒ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)450単位／回
(Ⅱ)480単位／回)

・看護・介護職員に係る専従常勤要件の緩和

施設の看護・介護職員は原則として当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこととされているが、訪問サービス等の併設により退所者の在宅生活を含めて支援するため、老健施設の看護・介護職員が当該施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合には、当該施設の看護・介護職員の一部に非常勤職員を充てることのできる旨を明確化。

10. 介護療養型医療施設（算定例）



【前提】

- 療養病床を有する病院の多床室の場合(看護6:1, 介護4:1)
- 要介護5の入院患者を想定
- 療養機能強化型A、B(入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者の割合が一定割合以上である等の要件を満たす病院)及びその他(療養機能強化型A及びB以外の病院)のそれぞれについて記載
- 基本報酬に加え、
 - ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(20/1000)を算定
 - ・ サービス提供体制強化加算(12単位/日)を算定
 - ・ 特定診療費のうち、感染対策指導管理(5単位/日)、褥瘡対策指導管理(5単位/日)を算定
 - ・ その他、栄養マネジメント加算(14単位/日)等がある。

・機能に応じた評価の見直しと基本報酬の見直し

介護療養型医療施設が担っている機能を重点的に評価する。

【例】療養病床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

<療養機能強化型A(多床室)>

要介護度1	778単位/日
要介護度2	886単位/日
要介護度3	1,119単位/日
要介護度4	1,218単位/日
要介護度5	1,307単位/日

<療養機能強化型B(多床室)>

要介護度1	766単位/日
要介護度2	873単位/日
要介護度3	1,102単位/日
要介護度4	1,199単位/日
要介護度5	1,287単位/日

<療養機能強化型A>

(看護・介護職員配置 病院 6:1、4:1以上 診療所 6:1、6:1以上)

○次のいずれにも適合すること。

(1)算定月の前3月間における入院患者等のうち、

- ・重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上。
- ・喀痰吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上。

(2)算定月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上。

- ・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。
- ・入院患者又はその家族等の同意を得て入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ・医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患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。

(3)生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。

(4)地域に貢献する活動を行っていること。

<療養機能強化型B>

(看護・介護職員配置 病院 6:1、4:1または5:1以上 診療所 6:1、6:1以上)

○次のいずれにも適合すること。

(1)算定月の前3月間における入院患者等のうち、

- ・重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上。
(療養病床を有する診療所の場合は100分の40以上)
- ・喀痰吸引、経管栄養、又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の30以上。
(療養病床を有する診療所の場合は100分の20以上)

(2)算定月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が100分の5以上であること。

- ・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。
- ・入院患者又はその家族等の同意を得て入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- ・医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患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。

(3)生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。

(4)地域に貢献する活動を行っていること。

<p>重篤な身体疾患を有する者</p>	<p>① NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ② Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ③ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。 イ 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下) ロ 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの ハ 出血性消化器病変を有するもの ニ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ④ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ⑤ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ⑥ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態 ⑦ 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。)又は内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。)により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合を含む。)状態 等</p>
<p>身体合併症を有する認知症高齢者</p>	<p>① 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者 ② 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者 イ パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病) ロ 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群) ハ 筋萎縮性側索硬化症 ニ 脊髄小脳変性症 ホ 広範脊柱管狭窄症 ヘ 後縦靭帯骨化症 ト 黄色靭帯骨化症 チ 悪性関節リウマチ ③ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者 等</p>
<p>経管栄養の実施</p>	<p>経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、診療所型介護療養施設サービスにおいては、経鼻経管、胃ろう若しくは腸ろう又は中心静脈栄養による栄養の実施を指す。また、過去1年間に経管栄養が実施されていた者であって、経口維持加算を算定されているものについては、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。</p>
<p>インスリン注射の実施</p>	<p>自ら実施する者は除くものであること。</p>
<p>ターミナルケアの割合</p>	<p>基準①から③までのすべてに適合する入院患者の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合が、基準を満たすものであること。</p>
<p>生活機能を維持改善するリハビリテーション</p>	<p>可能な限りその入院患者の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の間共同によって、療養生活の中で随時行うこと 等</p>
<p>地域に貢献する活動</p>	<p>地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること 等</p>

介護療養型医療施設におけるレセプトの記載事項

現在、下記のとおり検討されている。

- すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。
- 通知に示す重篤な身体疾患等に適合する患者については、摘要欄に診断群分類(DPC)コードの上6桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

- 今後、重医療・重介護の方が増加が見込まれており、介護療養病床の廃止は困難である。
- 療養機能強化型というタイプの介護療養病床の機能は、病院として残すべきである。
- 平成29年度末に介護療養病床を廃止する方針は存続しているが、今後の方向性については早めに示すことが必要である。

施設サービス共通の見直し

(特養、老健、介護療養型、ショートステイ 共通)

ポイント

・介護保険施設における基準費用額の見直し

多床室における基準費用額及び負担限度額については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額を上回っていることを踏まえ、必要な見直しを行う。

	食費	ユニット型 個室	ユニット型 準個室	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・療養等)	多床室 (特養等)	多床室 (老健・療養等)
基準費用額	1,380	1,970	1,640	1,150	1,640	$320 + \beta + \alpha$	$320 + \beta$
負担限度額 (利用者負担第3 段階)	650	1,310	1,310	820	1,310	$320 + \beta$	$320 + \beta$
負担限度額 (利用者負担第2 段階)	390	820	490	420	490	$320 + \beta$	$320 + \beta$
負担限度額 (利用者負担第1 段階)	300	820	490	320	490	0	0

注1: β については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額・負担限度額を上回っていることを踏まえた見直しで、50円/日。

注2: α については、多床室の入所者に対して室料相当の負担を求めることに伴う見直しで、470円/日。
(実施は平成27年8月から。)

・介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理(地域密着型特養を含む。)

・経口維持加算の充実

経口維持加算については、摂食・嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援を充実させる観点から、多職種による食事の観察(ミールラウンド)や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を充実させる。

(経口維持加算(Ⅰ):400単位/月、(Ⅱ):100単位/月)

・経口移行加算の充実

経口移行加算については、経管栄養により食事を摂取している入所者の摂食・嚥下機能を踏まえた経口移行支援を充実させる。

(経口移行加算28単位/日 ⇒ 28単位/日)

・療養食加算の見直し

療養食加算については、入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させる観点から、経口移行加算又は経口維持加算の併算定を可能にするとともに、評価を見直す。

(療養食加算:23単位/日 ⇒ 18単位/日)

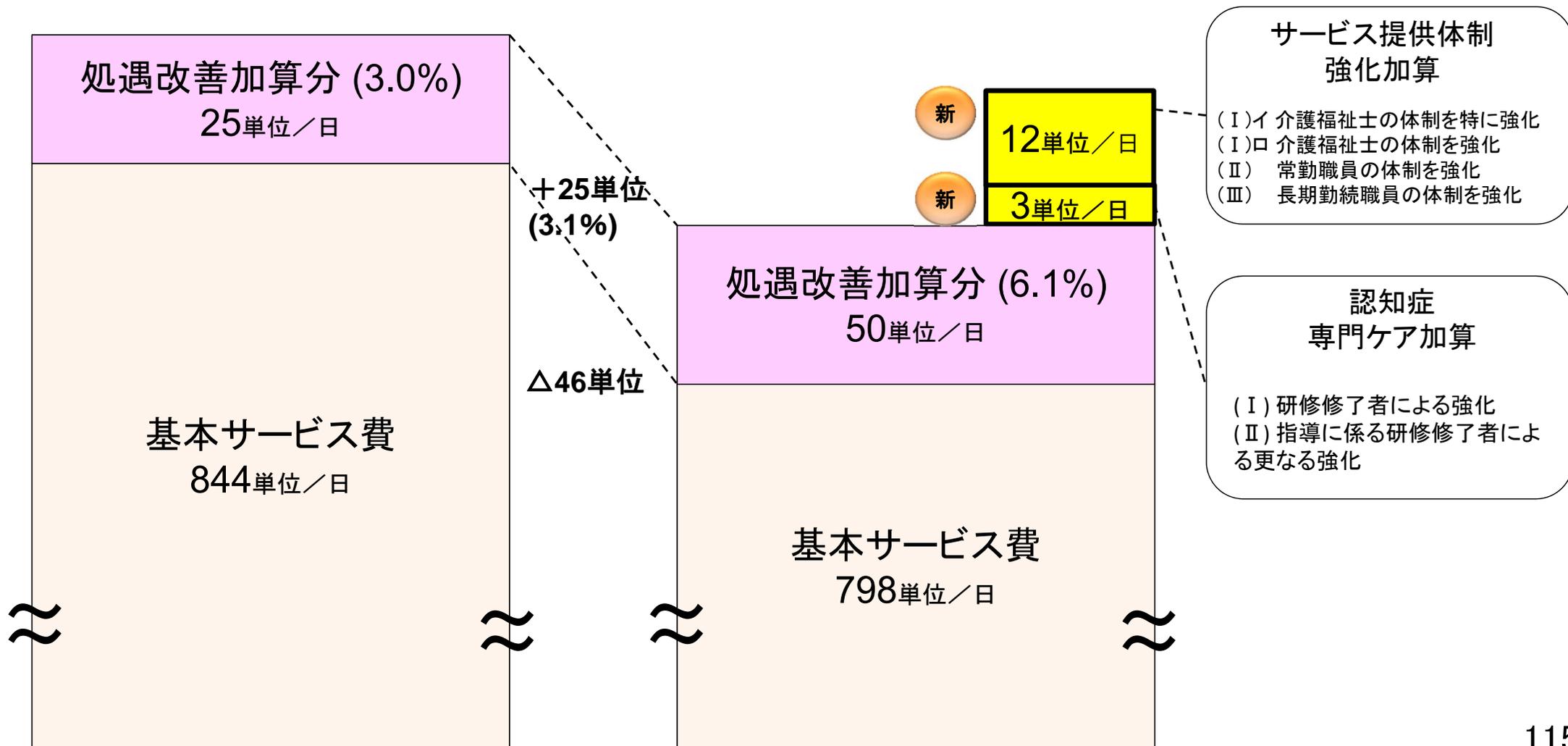
11. 特定施設入居者生活介護（算定例）

< 現行 >

869単位／日

< 見直し後 >

863単位／日



【前提】

○ 要介護5の場合

○ 基本報酬に加え、

- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(61/1000)を算定
 - 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(3単位/日)【新設】を算定
 - サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ(12単位/日)【新設】を算定

 - その他、既存の加算として、
 - 個別機能訓練加算(12単位/日)
 - 夜間看護体制加算(10単位/日)
 - 医療機関連携加算(80単位/日)
- 等がある。

・要支援2の基本報酬の見直し及び基本単位の見直し

特定施設の入居者の平均要介護度が上昇傾向にあることを踏まえ、サービス提供体制強化加算及び認知症専門ケア加算の創設による重度化への対応を行う一方、介護職員・看護職員の配置基準については、要支援1の基準(10:1)を参考に、要支援2の基準(3:1)を見直す。また、基本報酬については、この見直しに合わせて、要支援2の基本報酬の評価を含めて見直す。

(要支援1:197単位/日 ⇒ 179単位/日、要支援2:456単位/日 ⇒ 308単位/日)

・サービス提供体制強化加算の創設

介護老人福祉施設の入所者が原則として要介護3以上の者に限定される制度改正が行われたことに伴い、要介護3未満の高齢者が要介護状態に関わらず入居できる有料老人ホーム等を選択するなど、特定施設の役割が拡大することが見込まれているため、状態が軽い段階で入居した特定施設の入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進する観点から、サービス提供体制強化加算を創設する。(単位数、算定要件はP.27を参照)

・認知症専門ケア加算の創設

認知症高齢者の増加に対する評価を高め、積極的な受入れを促進する観点から、他のサービスにおいて認知症高齢者への対応に係る加算制度が設けられていることにかんがみ、認知症専門ケア加算を創設する。

(認知症専門ケア加算(Ⅰ):3単位、(Ⅱ):4単位)

・看取り介護加算の充実

看取り介護加算については、入居者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、特定施設入居者生活介護における看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。

(死亡日以前4日以上30日以下 80単位/日⇒ 144単位/日)

※死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同様。

地域密着型サービス

- 定期巡回随時対応型訪問介護看護
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービスから名称変更）
- 認知症対応型共同生活介護

地域密着型サービス共通の見直し

(小規模多機能、定期巡回随時対応型、看護小規模多機能 共通)

・総合マネジメント体制強化加算の創設

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)を提供する事業所は、日々変化し得る利用者の状態を確認しつつ、一体的なサービスを適時・適切に提供するため、利用者の生活全般に着目し、日頃から主治医や看護師、他の従業者といった多様な主体との意思疎通等を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むなどの積極的な体制整備について評価を行う。

当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

(総合マネジメント体制強化加算 1,000単位/月)

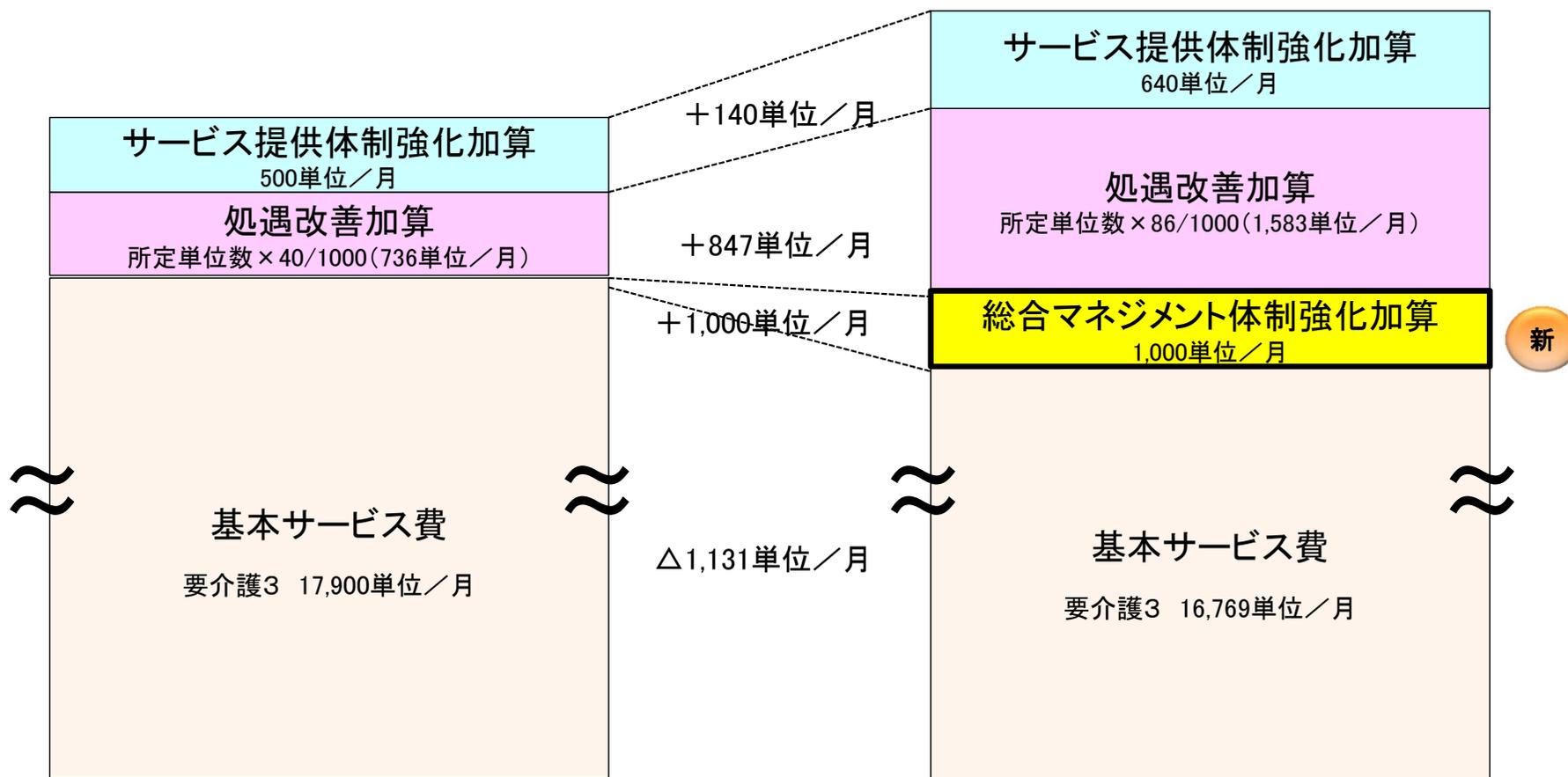
- (1)個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。
- (2)各サービスの特性に応じて、「病院又は診療所等に対し、日常的に、情報提供等を行っている」(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)、「地域における活動への参加の機会が確保されている」(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)ことなどを要件としている。

12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（算定例）

＜現行＞
合計 19,136単位／月



＜見直し後＞
合計 19,992単位／月



【前提】

○ 要介護3の場合

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)((訪問看護サービスを行わない場合)又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)を算定

○ 基本報酬に加え、次の加算を算定

- ・ 総合マネジメント体制強化加算(1,000単位/月)
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(86/1000)
- ・ サービス提供体制強化加算(640単位/月)

※ その他、初期加算(30単位/日)等がある。

※ 今回の報酬改定では、利用者が通所系サービスを利用した日における定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の減算となる単位数について見直し。

(現行)1日あたり△146単位～△665単位 ⇒ (見直し後)1日あたり△62単位～△322単位

※ サービス提供体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算は、区分支給限度基準額の対象外である。

・オペレーターの配置基準等の緩和

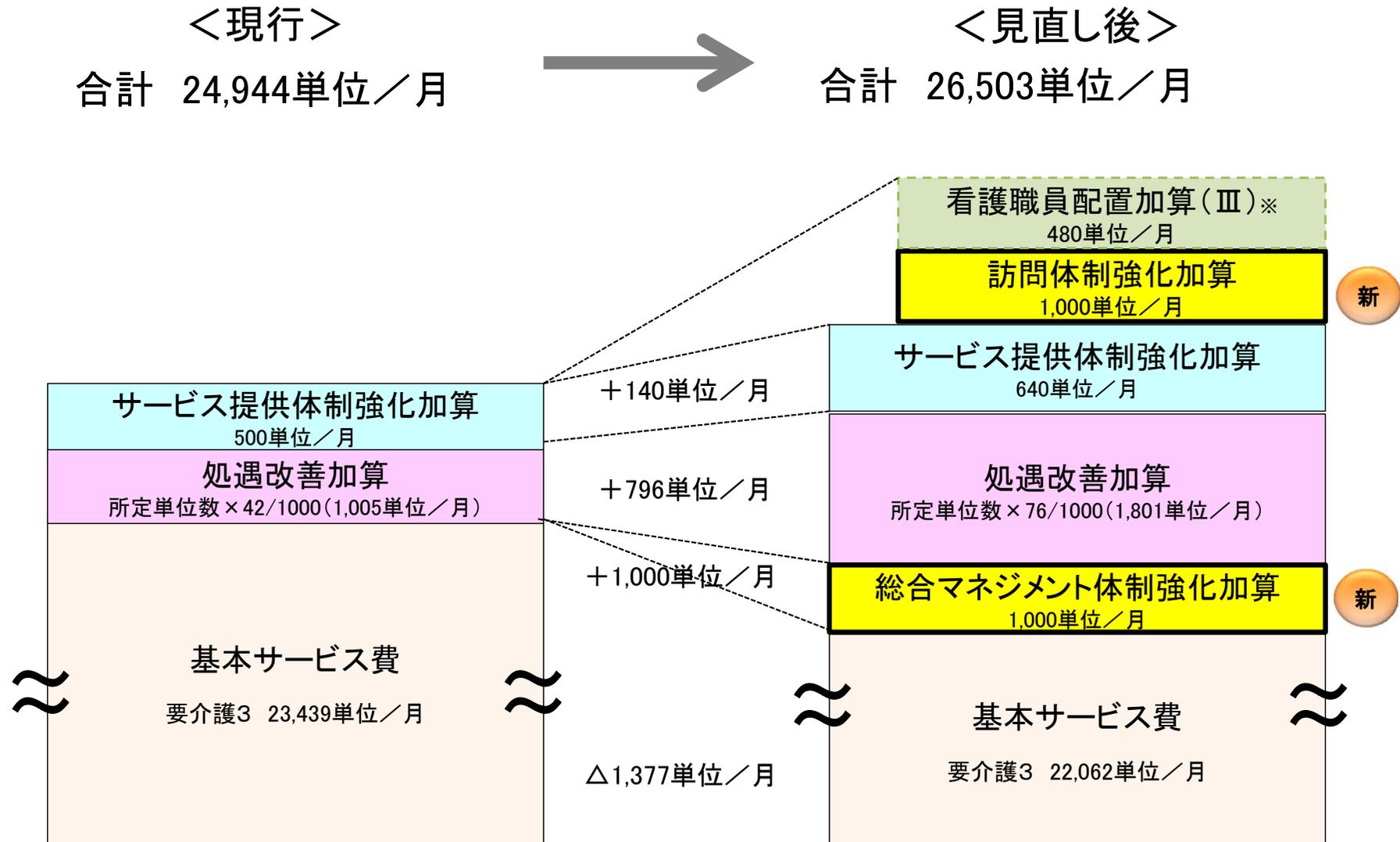
夜間から早朝まで(午後6時から午前8時まで)の間にオペレーターとして充てることができる施設・事業所の範囲として、「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加する。あわせて、複数の事業所の機能を集約し通報を受け付ける業務形態の規定を緩和する。

・同一建物に居住する者へのサービス提供に係る評価の見直し

事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(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に限る。)に居住する利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

(同一建物に居住する者へのサービス提供に係る減算(新規)⇒ △600単位/月)

13. 小規模多機能型居宅介護（算定例）



【前提】

○ 要介護3の場合

○ 同一建物居住者以外の者に対して行う場合

※今回の報酬改定において、事業所と同一の建物(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に限る。)に居住する利用者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設定している。

○ 基本報酬に加え、次の加算を算定

- ・ 総合マネジメント体制強化加算(1,000単位/月)
- ・ サービス提供体制強化加算(640単位/月)
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(86/1000)

※ 所定の要件を満たす場合は、看護職員配置加算(Ⅲ)に代えて、現行の看護職員配置加算(Ⅰ)(常勤の看護師を配置した場合:900単位)又は看護職員配置加算(Ⅱ)(常勤の准看護師を配置した場合:700単位)を取得することも可能。

※ その他、初期加算(30単位/日)、認知症加算((Ⅰ)800単位/日)等がある。

※ 訪問体制強化加算、サービス提供体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算は、区分支給限度基準額の対象外である。

・訪問サービスの機能強化

訪問サービスを積極的に提供する体制として、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1月あたり延べ訪問回数が一定数以上の事業所を評価した加算を設けるとともに、利用者の在宅生活を継続するための支援を強化する観点から、当該加算については区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

(訪問体制強化加算(新規): 1,000単位/月)

・登録定員等の緩和

小規模多機能型居宅介護の登録定員を29人以下(現行25人)とする。あわせて、登録定員が26人以上29人以下の小規模多機能型居宅介護事業所について、当該事業所の居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる広さが確保されている場合」には、通いサービスに係る利用定員を18人以下(現行15人)とすることを可能とする。

・看取り期における評価の充実

看取り期における評価として、看護師により24時間連絡できる体制を確保していること、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容について説明を行う場合等についての評価を行う。

(看取り連携体制加算(新規) ⇒ 64単位/日 (死亡日から死亡日前30日以下まで))

・看護職員の配置要件、他の訪問看護事業所等との連携

小規模多機能型居宅介護事業所の看護職員が兼務可能な施設・事業所の範囲として「同一敷地内又は隣接する施設・事業所」を追加する。また、兼務可能な施設・事業所の種別として、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等を加える。

人材確保の観点から、看護職員配置加算について、看護職員を常勤換算方法で1以上配置する場合について評価を行う。

(看護職員配置加算(Ⅲ) (新規) ⇒ 480単位/月)

・中山間地域等における小規模多機能型居宅介護の推進

中山間地域等に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を越えて小規模多機能型居宅介護を提供する場合は、新たな加算として評価する。

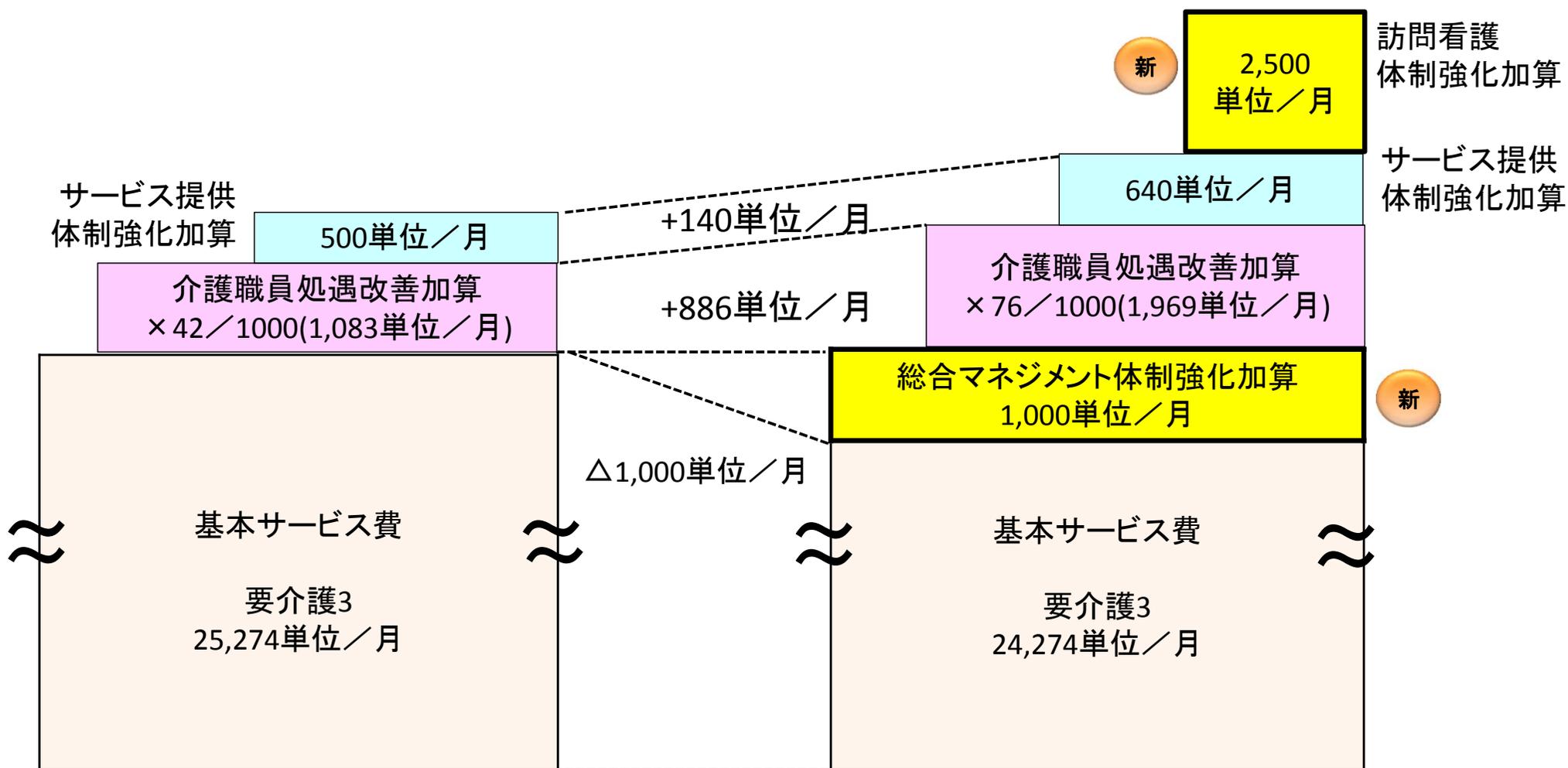
((新規) ⇒ 所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算)

14. 看護小規模多機能型居宅介護（算定例）

＜現行＞
26,857単位／月



＜見直し後＞
30,383単位／月



【前提】

- 要介護3の登録者が看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合

- 当該登録者が事業所と同一の建物以外に居住する場合
 - ※今回の報酬改定において、事業所と同一の建物(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に限る。)に居住する利用者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設定している。

- 基本報酬に加え、
 - ・ 総合マネジメント体制強化加算(1,000単位/月)を算定
 - ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(76/1000)を算定
 - ・ サービス提供体制強化加算(640単位/月)を算定

- ※ 訪問看護体制強化加算、サービス提供体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算は、区分支給限度基準額の対象外である。

・看護体制の機能に伴う評価の見直し

提供される看護の実態や利用者の重度化を踏まえた看護提供体制を評価した加算と減算を設けるとともに、利用者の在宅生活を継続する観点から、利用者の医療ニーズに重点的な対応をしている事業所に係る当該加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

・訪問看護体制強化加算(新規)： 2,500単位／月

・訪問看護体制減算(新規)：

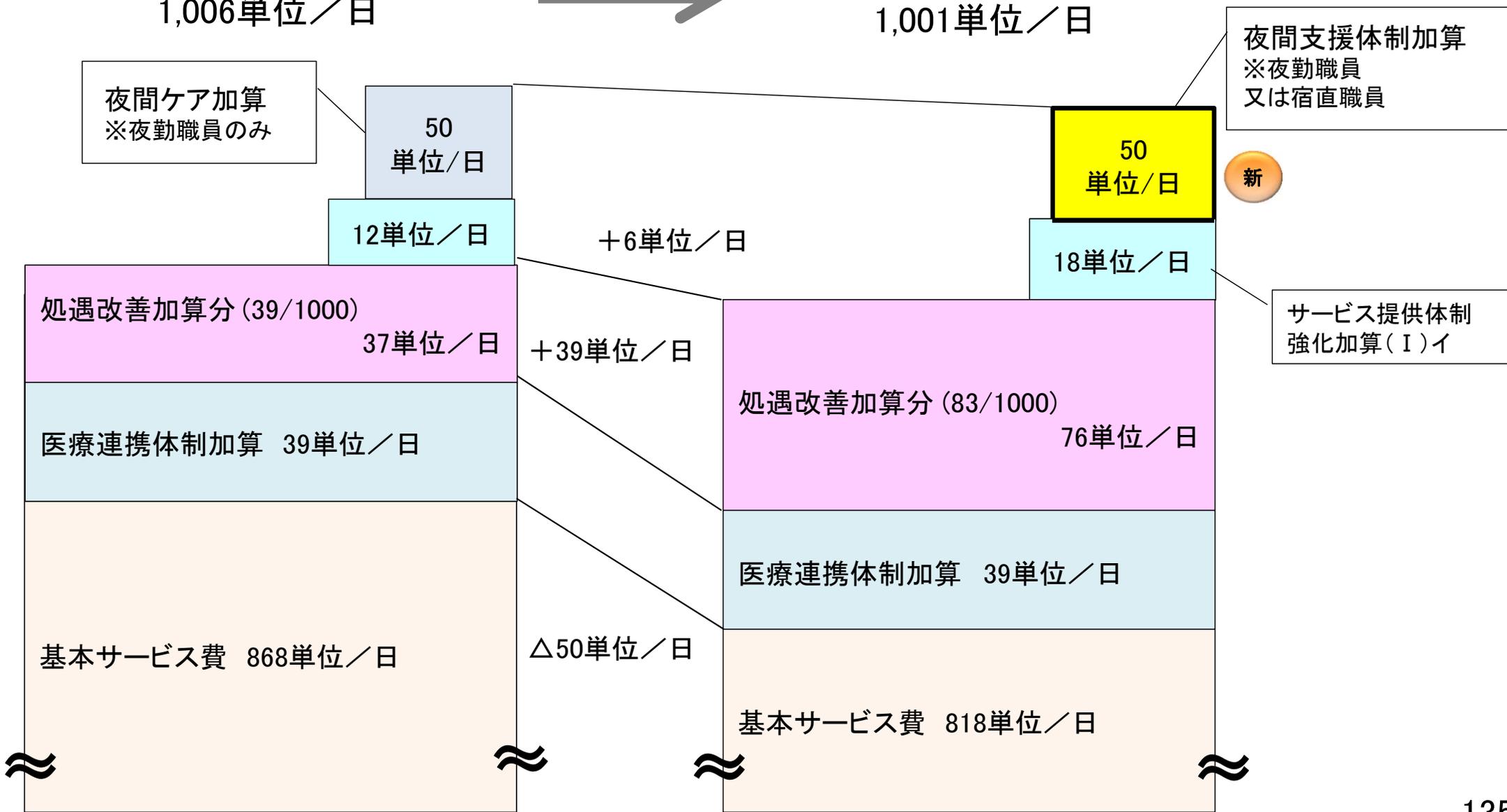
要介護1～3：△925単位、 要介護4：△1,850単位、 要介護5：△2,914単位

15. 認知症対応型共同生活介護（算定例）

＜現行＞
1,006単位／日



＜見直し後＞
1,001単位／日



【前提】

- 1ユニット事業所で要介護度3の利用者の場合

- 基本報酬に加え、
 - 夜間支援体制加算(Ⅰ)
 - サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(介護福祉士6割以上)
 - 医療連携体制加算
 - 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(83/1000)を算定

※ その他、看取り介護加算(144単位/日 死亡日以前4日以上30日以下の場合)、認知症専門ケア加算(Ⅰ)(3単位/日)等、若年性認知症受入加算(120単位/日)がある。

・夜間の支援体制の充実

夜間における利用者の安全確保の強化を更に推進する観点から、事業所における夜間勤務体制の実態を踏まえ、現在は評価の対象となっていない宿直職員による夜間の加配を新たに評価するため、「夜間支援体制加算」を創設する。

新設 ⇒ (夜間支援体制加算(Ⅰ)(1ユニット):50単位/日)
(夜間支援体制加算(Ⅱ)(2ユニット以上):25単位/日)
※現行の夜間ケア加算は廃止する。

・看取り介護加算の充実

看取り介護加算については、利用者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、認知症対応型共同生活介護事業所における看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。

(死亡日以前4日以上30日以下 80単位/日⇒ 144単位/日)
※死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同様。

・ユニット数の見直し

認知症対応型共同生活介護事業者が効率的にサービスを提供できるよう、現行では「1又は2」と規定されているユニット数の標準について、新たな用地確保が困難である等の事情がある場合には3ユニットまで差し支えないことを明確化する。

今後の課題

2025(平成37)年に向けた改革

持続可能な社会保障制度の実現

	2012 平24	2013 平25	2014 平26	2015 平27	2016 平28	2017 平29	2018 平30	2019 平31	2020 平32	2021 平33	2022 平34	2023 平35	2024 平36	2025 平37	
消費税	5%	→	8%	→	10% (延期)										
医療・介護同時改定	①	→						②	→						③
診療報酬改定	①	→	②	→	③	→	④	→	⑤	→	⑥	→	⑦		
介護保険事業計画	第5期(2012~2014)			第6期(2015~2017)			第7期(2018~2020)			第8期(2021~2023)					
介護報酬改定	①	→		②	→		③	→		④	→			⑤	
医療計画見直し		医療計画の見直し① (在宅医療の推進等)		医療法改正		医療計画の見直し② (病床機能分化)		医療計画の見直し③							

《改革の方向性》

- ① 急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができる
- ② 患者の負担にも留意
- ③ 医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で、機能に応じた充実
- ④ 急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実
- ⑤ 地域ごとに地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築

あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬改定、介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進 するための関係法律の整備等に関する法律

(地域包括ケアシステム関係)

- 地域包括ケアシステムの確立のため、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(既存の法律を改題)、「医療法」、「介護保険法」など**関連法を一括して改正し、医療と介護の総合的な確保を推進するための法律(平成26年6月成立)**

他に、高齢者の医療の確保に関する法律(保険者協議会の法制化)、看護師等の人材確保の促進に関する法律(ナースセンター)など

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

- 地域包括ケアシステムの定義づけ
- 国、都道府県、市町村単位で、医療と介護の総合的な確保(国の基本方針、都道府県・市町村の計画)
- 新たな財政支援制度(基金)の創設**

医療法

- 医療計画の期間を、介護保険事業支援計画に合わせる(5年→6年、在宅医療は3年ごとに見直し)
- 在宅医療を5疾病5事業と同列に位置づけ
- 病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)を導入**

介護保険法

- 地域ケア会議の法制化
- 地域包括支援センターの機能強化(認知症対策)
- 介護予防・日常生活支援総合事業の拡大

病床機能報告制度

- 病院と有床診療所（一般病床、療養病床）が、病棟単位で、4つの医療機能ごとの現状と今後の方向を、自主的に選択し、都道府県に報告
- 「今後の方向」:6年後。短期の変更予定がある場合も含む。別途、2025年度時点の医療機能の予定も参考情報として報告（任意）

地域の現状と
将来の分析

地域医療ビジョン

1. 2025年の医療需要（入院、外来、疾患別）
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
 - 「地域医療構想区域」ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
 - 施設設備
 - 医療従事者の確保・養成 等

「協議の場」

- 地域医療ビジョンの実現のため、「診療に関する学識経験者の団体」、医療関係者、医療保険者等が協議を行う。

都道府県知事の 権限行使

- 病院の新規開設・増床の際、不足の医療機能を担うという条件を付与。
- 医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合、医療審議会での説明等を求め、医療審議会の意見を聴いた上で転換中止を要請（公的医療機関等は命令）。
- 「協議の場」の協議が調わない場合は、医療審議会の意見を聴いた上で、不足の医療機能への医療提供を要請（公的医療機関等は指示）。
- 非稼働病床の削減を要請（公的医療機関等は指示）できる

医療機能の 分化

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行(~29年度)
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

平成26年 介護保険制度改正の主な内容について

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。

また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

* 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度

* 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大

* 軽減対象：市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円(年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外

・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外

・給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

平成26年 介護保険法改正（医療介護総合確保推進法） 新しい地域支援事業の全体像

＜現行＞

介護保険制度

＜見直し後＞

【財源構成】
 国 25%
 都道府県 12.5%
 市町村 12.5%
 1号保険料 21%
 2号保険料 29%

【財源構成】
 国 39.5%
 都道府県 19.75%
 市町村 19.75%
 1号保険料 21%

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)
 訪問看護、福祉用具等
 訪問介護、通所介護

介護予防事業
 又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
 ○二次予防事業
 ○一次予防事業
 (介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。)

包括的支援事業
 ○地域包括支援センターの運営
 ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
 ○介護給付費適正化事業
 ○家族介護支援事業
 ○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
 (要支援1～2、それ以外の者)
 ○介護予防・生活支援サービス事業
 ・訪問型サービス
 ・通所型サービス
 ・生活支援サービス(配食等)
 ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
 ○一般介護予防事業

包括的支援事業
 ○地域包括支援センターの運営
 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
 ○**在宅医療・介護連携の推進**
 ○**認知症施策の推進**
 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
 ○**生活支援サービスの体制整備**
 (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
 ○介護給付費適正化事業
 ○家族介護支援事業
 ○その他の事業

地域支援事業

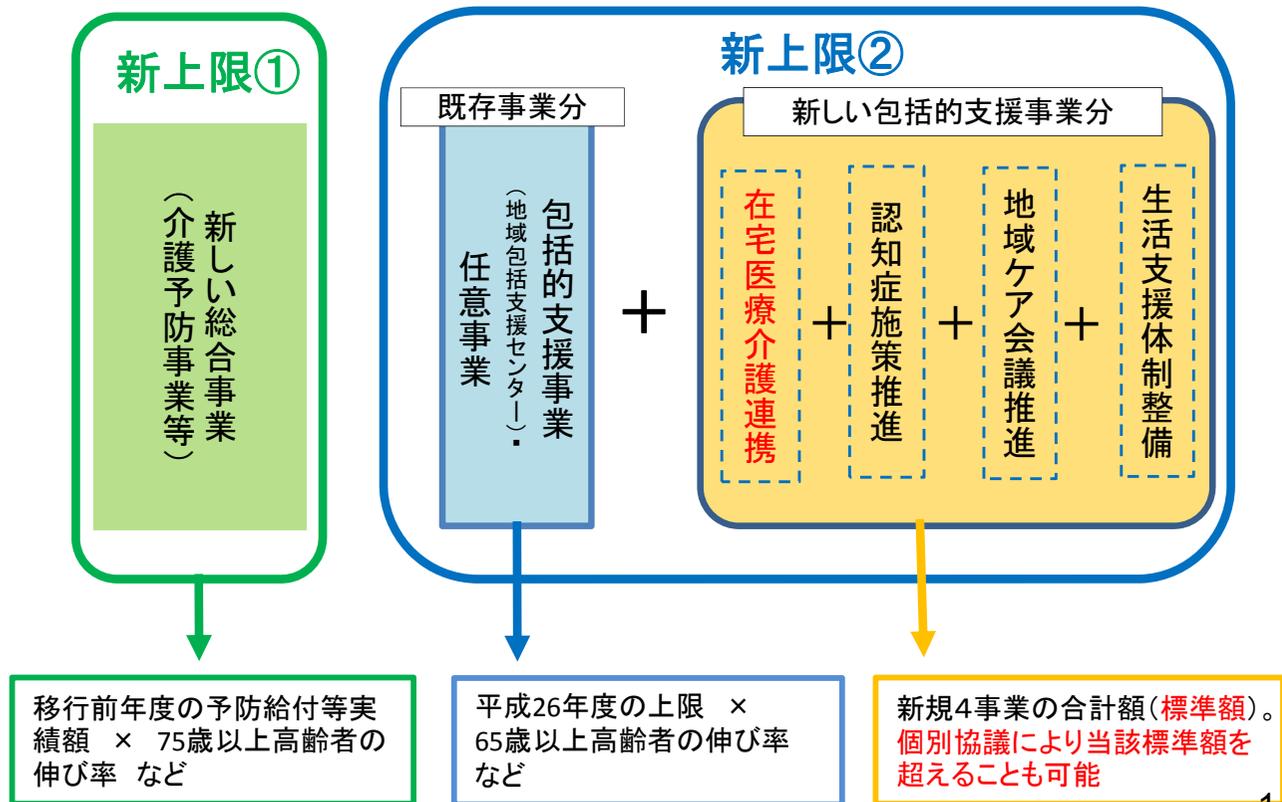
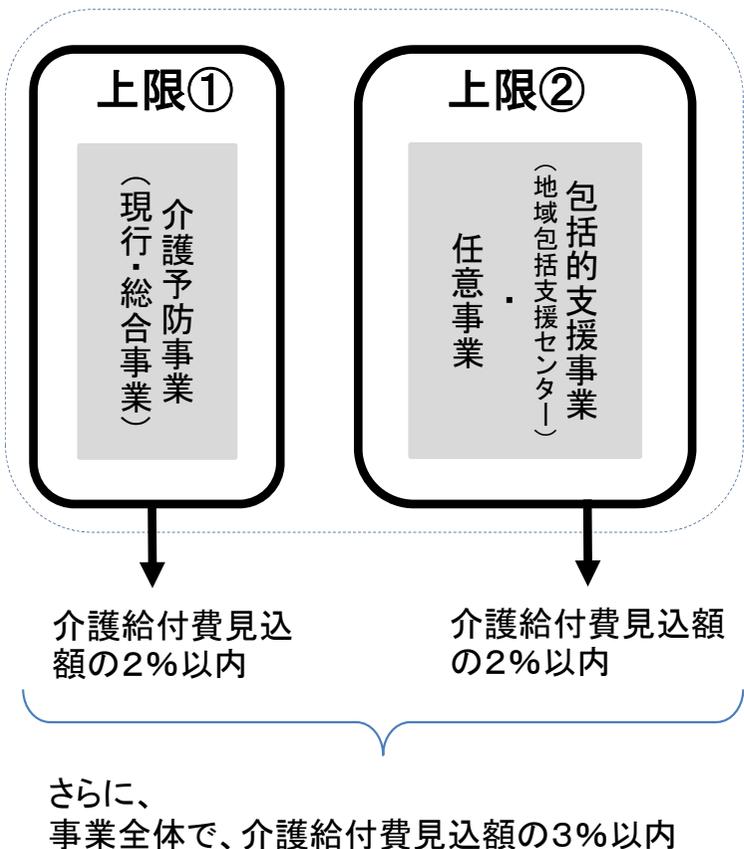
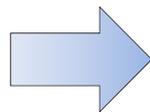
地域支援事業は法律及び政令に規定される上限額の範囲内で、市町村が事業を実施することとされている。平成27年度以降は、新しい総合事業及び新しい包括的支援事業の創設に伴い、上限の取扱いを見直す。

現行の上限

- 「介護予防事業(上限①)」と「包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)・任意事業(上限②)」の2つの区分で設定。
- 上限①と上限②の、それぞれの上限を超えることはできない。
- さらに、地域支援事業全体の上限を超えることはできない。

平成27年度以降の上限

- 「新しい総合事業(新上限①)」と「包括的支援事業・任意事業(新上限②)」の2つの区分で設定。
※包括的支援事業は、地域包括支援センターの運営に加え、新しく包括的支援事業に制度化された4つの事業を含む。
- 新上限①と新上限②の、それぞれの上限を超えることはできない。
- 新上限②については、「既存事業分」と「新しい包括的支援事業分」の合計額とする。
※新上限①と新上限②の新しい包括的支援事業分については個別協議の枠組みも設けられている。また、地域支援事業全体の上限は廃止



市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

参考

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携
13億円(公費:26億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策
28億円(公費:56億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議
24億円(公費:47億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化
54億円(公費:107億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

地域医療介護総合確保基金

都道府県

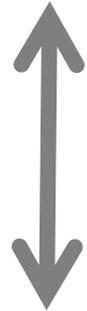
医療分(904億円)

- ・医療従事者の確保・養成に関する事業
- ・**在宅医療の推進に関する事業**
- ・病床の機能分化・連携に関する事業

介護分(724億円)

(平成27年度～)

- ・介護施設等の整備に関する事業(634億円)
- ・介護従事者の確保に関する事業(90億円)



共に在宅医療に関する事業が存在するが、
都道府県事業と市区町村事業の棲み分けは？
また、都道府県・郡市区医師会との関わりは？

介護保険 地域支援事業

市区町村

新

在宅医療・介護連携推進事業 (平成27年度～)

※8事業から構成されており、それぞれ委託可能

公費26億円(国:13億円、地方13億円)(平成27年度)

制度化までの経緯と概要、医師会との関わり

- 医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～平成27年度）により一定の成果を得た。
それを踏まえ、平成27年度より介護保険法の中で制度化を行う。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が実施主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施する。
- 8事業から構成され、それぞれの事業を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援する。

市区町村

介護保険 地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業
(平成27年度～)

※平成30年度には全市町村で8事業すべてを実施

- ①地域の医療・介護サービス資源の把握
- ②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ③切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進
- ④医療・介護関係者の情報共有の支援
- ⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援
(在宅医療・介護連携支援センター (仮称))
- ⑥医療・介護関係者の研修
- ⑦地域住民への普及啓発
- ⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

都道府県

地域医療介護総合確保基金(医療分)

在宅医療の推進に関する事業
(平成26年度～)

- 在宅医療の充実のための事業
(例)・在宅医療推進協議会の設置・運営
・個別の疾患、領域等に着目した質の向上
・在宅医療に関する普及啓発
- 市区町村以外の主体(市区町村による委託先は除く)が行う在宅医療連携拠点事業等の事業
- 市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的または補完的に行う在宅医療・介護連携に関する事業
(例)・在宅医療・介護連携のための相談員(コーディネーター)の育成
・ICTによる医療介護情報共有
・市区町村が在宅医療・介護連携推進事業の一部のみ実施しており、残りの事業を補完する場合 等

事業項目と取組例

(実施主体は市町村。各事業は委託可能)

①地域の医療・介護サービス資源の把握

- ・地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ・必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査

②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

③切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

- ・地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

④医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ・在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。(在宅医療・介護連携支援センター(仮称))

⑥医療・介護関係者の研修

- ・地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ・介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

⑦地域住民への普及啓発

- ・地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ・パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ・同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

① (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

ポイント

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集

- ・医療機関等に関する事項については、医療機能情報提供制度（医療情報ネット、薬局機能情報提供制度）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。

2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用

- ・把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市区町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。



実施内容・方法

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集

- (1) 地域の医療・介護の資源に関し、把握すべき事項・把握方法を検討。
- (2) 既存の公表情報から把握すべき事項を抽出。
- (3) 公表情報以外の事項が必要な場合、追加調査を実施することを検討。
- (4) 追加調査を実施する場合は、調査事項・調査方法・活用方法等について、**地域の医療・介護関係者と検討**した上で、協力を得つつ医療機関・介護サービス事業所を対象に調査を実施。
- (5) 調査結果等をもとに、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。

2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用

- (1) 医療・介護関係者に対しての情報提供
把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査したうえで、地域の医療・介護関係者向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、地域の医療・介護関係者に提供。
- (2) 地域住民に対する情報提供
把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、住民に配布するとともに、必要に応じて市区町村等の**広報紙**、**ホームページ**に掲載。

② (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策等の検討を行う。



ポイント

- (1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは差し支えないが、議題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市区町村が主体的に取り組む。
- (2) 課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置。
- (3) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議のワーキンググループ等は、(ア)から(ク)の他の事業項目の実施に係る検討の場として活用。

実施内容・方法

- (1) 在宅医療及び介護サービスの提供状況((ア)の結果)、在宅医療・介護連携の取組の現状を踏まえ、市区町村が在宅医療・介護連携の課題(※)を抽出。
(※) 情報共有のルール策定、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築、主治医・副主治医制導入の検討、医療・介護のネットワーク作り、顔の見える関係作り、住民啓発等
- (2) 抽出された課題や、その対応策等について、市区町村が検討し、対応案を作成。
- (3) **医療・介護関係者の参画する会議を開催**し、市区町村が検討した対応案等について検討。

留意事項

- (1) 会議の構成員は、**郡市区医師会**等の医療関係者等、介護サービス事業者の関係団体等、地域包括支援センターに加え、地域の実情に応じて、訪問看護事業所、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。
- (2) 本事業の主旨を満たす議論を行う場合には、地域ケア会議の場で本事業の会議を代替しても差し支えない。

③ (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

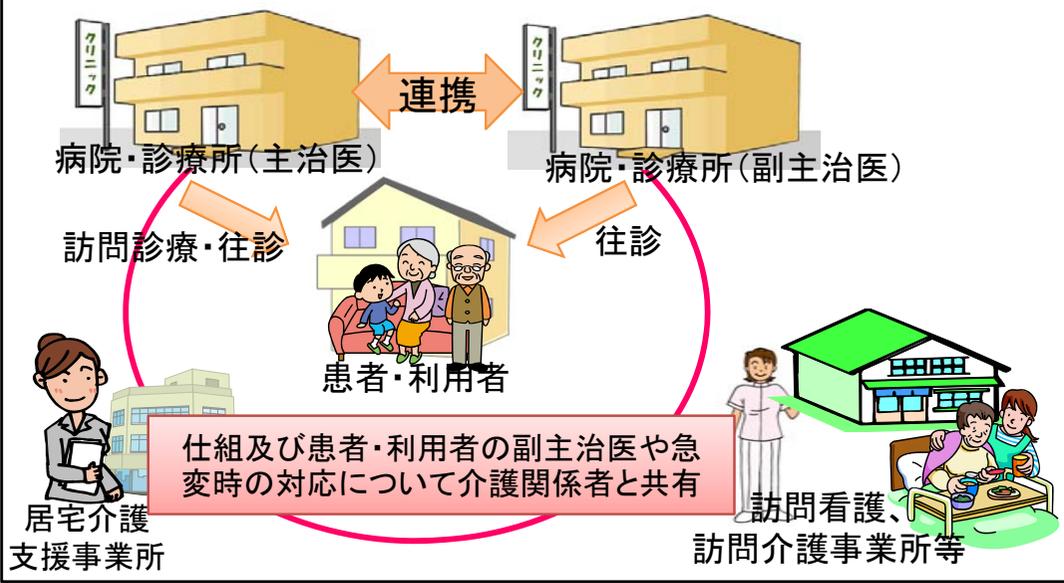
- (1) **地域の医療・介護関係者の協力**を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、**地域の医療・介護関係者の理解と協力**を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

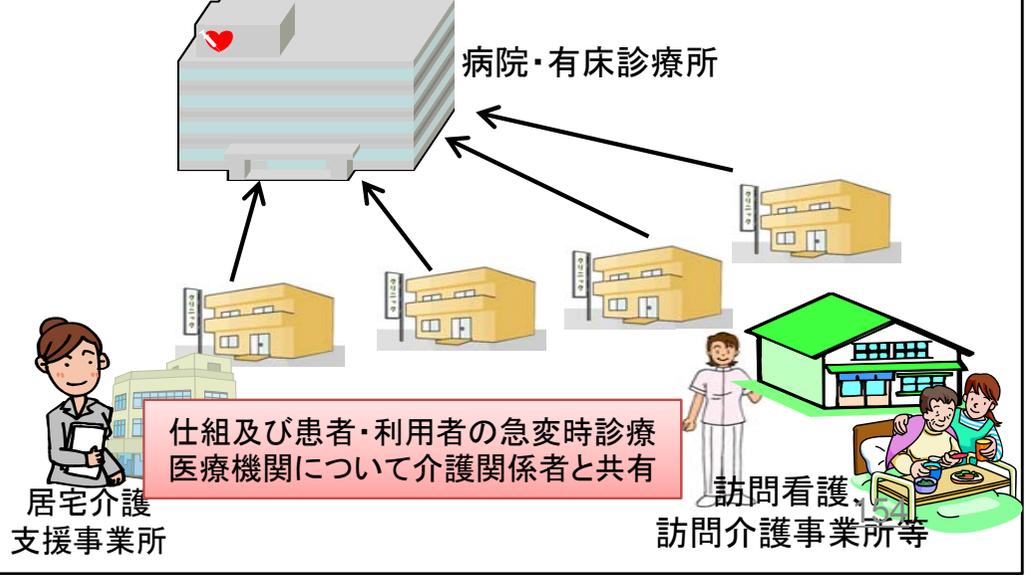
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては**郡市区医師会**を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



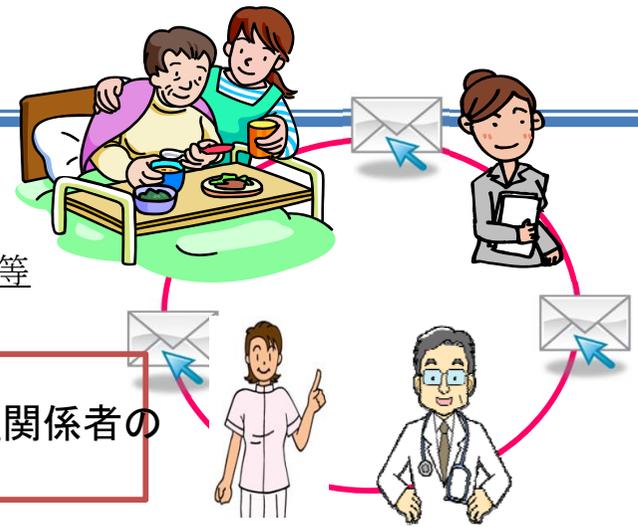
(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



④ (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等



ポイント

- 既存の情報共有ツールの改善や、情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者の双方が利用しやすい様式等になるよう考慮する。

実施内容・方法

1. 情報共有ツールの作成

- (1) 地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その改善等や新たな情報共有ツール作成の必要性について、関係する医療機関や介護サービス事業者の代表、情報共有の有識者等からなるWGを設置して検討(※地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも可)。
- (2) 作成又は改善を行う場合、WGにおいて、情報共有の方法(連絡帳、連絡シート、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等)や内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報の取り扱いを含む)等を策定。
※ 実際に情報共有ツールを使用する**地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえること。**

2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催や、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を配布。
- (2) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討。
- (3) 必要に応じて、情報共有ツールの内容や手引き等を改定し、関係者に対し、十分周知。

留意事項

- 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するよう配慮する。

⑤ (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。

また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。



実施内容・方法

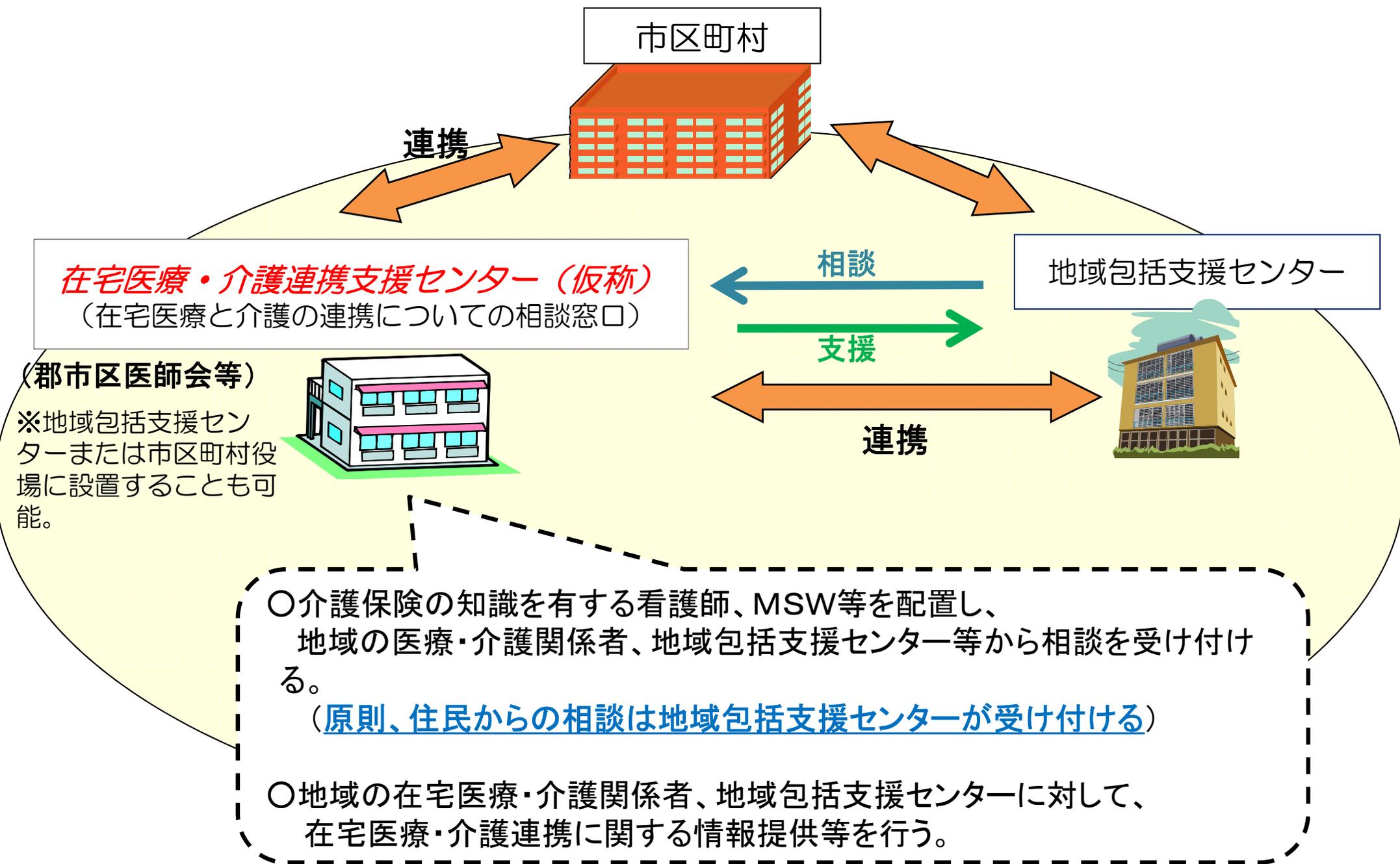
- (1) 地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置。
- (2) (イ)の会議の活用等により運営方針を策定する。
- (3) **郡市区医師会**、地域包括支援センター等の**協力**を得て、地域の医療・介護関係者に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知。
- (4) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施。

留意事項

- (1) 介護関係者からの相談は、地域包括支援センターとの連携により対応する。地域住民からの相談等は、原則として引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接地域住民に対応することも差し支えない。
- (2) 必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談窓口の名称を設定し、関係者等に周知すること。
- (3) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケアマネジャー資格を持つ者など介護に関する知識も有する人材を配置することが望ましい。

在宅医療・介護連携支援センター(仮称)について

参考



⑥ (カ) 医療・介護関係者の研修



地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、他職種でのグループワーク等の研修を行う。
また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

実施内容・方法

1. 多職種連携についてのグループワーク

- (1) 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、**医療・介護関係者等の理解と協力**を得る。
 - (2) 医療・介護関係者等を対象にグループワーク等の多職種研修を開催する。
- <研修例> 医療機関・介護事業所等の地域における役割・特徴等の共有、(イ)で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行う 等

2. 医療・介護関係者に対する研修

- (1) 既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討。
- (2) 新たに研修する場合は、研修内容、目標等を含む実施計画を作成と、既存の研修との位置づけを整理。
- (3) 参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

<医療関係者に対する研修の例>
介護保険で提供されるサービスの種類と内容、ケアマネジャーの業務、地域包括ケアシステム構築を推進するための取組(地域ケア会議等)等に関する研修

<介護関係者に対する研修の例>
医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、在宅医療をうける利用者・患者に必要な医療処置や療養上の注意点等に関する研修



・在宅ケア活動発表会(かたり隊)
地域包括ケアシステムの実現に向けた地域の取り組みを共有

「まちづくりいつするの 今でしょ! チーム平成で進める地域協働ケア」

「夫婦二人が自宅で生活を送れるように、多職種連携で支援した。」

「地域が一体となった連携活動を! ~地域住民と共に行う地域作り~」

「熊本在宅ドクターネットにおける『事前指定書』作成の取り組み」

「多職種プレゼンリレー」

出典「地域包括ケアシステムの実現に向けた在宅医療・介護連携の推進における実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」(熊本市提供資料)(平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

⑦ (キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

実施内容・方法

- (1) 普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討。
- (2) 必要な場合、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成。
- (3) 在宅医療や介護サービスで受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき、講演会等を開催。
- (4) 在宅医療、介護サービスで受けられるサービス内容や、利用方法等について地域住民向けのパンフレット、等を作成し、配布するとともに、市区町村等のホームページ等で公表。
- (5) 作成したパンフレット等は医療機関等にも配布する。なお、必要に応じて、医療機関等での講演を行うことも考慮する。

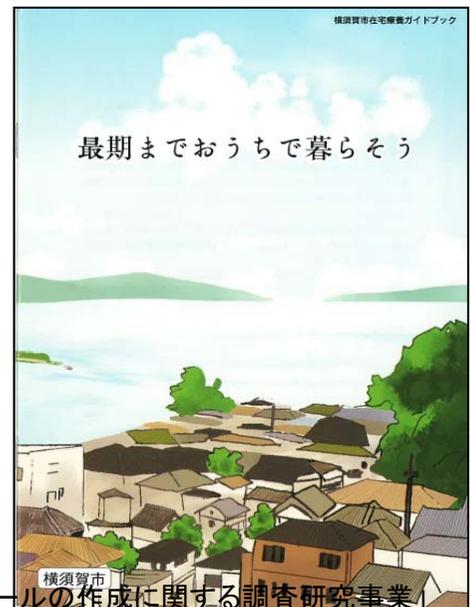
留意事項

○ 老人クラブ、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的である。

【まちづくり
出前トーク】



出典：「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業（横須賀市提供資料）（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）



（横須賀市提供資料）



（鶴岡地区医師会）

⑧ (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。



実施内容・方法

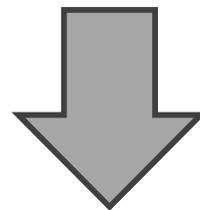
- (1) 隣接する市区町村の関係部局、病院関係者、**医師会**及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、都道府県関係部局、保健所**等が参加する会議を開催**し、広域連携が必要となる事項について、検討する。
- (2) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (3) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県や保健所の担当者の支援のもと、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (4) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

留意事項

市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、**都道府県医師会等との協力が不可欠**である。特に病院への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、都道府県等の協力においては、特に医療との接点が多い保健所の協力を得ることも考慮する。

市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施する場合、同事業は総合確保基金の対象とならない。

また、地域における医療・介護提供体制構築にあたっては、それぞれの地域の実情によって必要とする事業や資源が異なるため、特に東京のような大都市では、総合確保基金によってすべての基礎自治体からの個別の要求に応えることは困難である。



郡市区医師会においては「地域支援事業」との関わりが重要となる。

地域支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」は、平成27年度より、順次実施される。(平成30年度にはすべての市区町村で実施)

まず各地域で確認すべきは、その市区町村が、

- いつから事業を開始する予定なのか。
- 8事業をすべて同時に行うのか、バラバラに行うのか。
- どの事業を委託することを考えているのか。
- その事業はどのカウンターパートと協議するのか。

今後の課題(介護給付費分科会 審議報告)

○通所リハビリテーションや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについては、それらの共通の機能とともに、それぞれのサービスに特徴的な機能(例えばリハビリテーション、機能訓練、認知症ケアなど)の明確化等により、一体的・総合的な機能分類や評価体系となるよう引き続き検討する。また、その際には、現行の事業所単位でのサービス提供に加えて、例えば地域単位でのサービス提供の視点も含め、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供の在り方についても検討する。

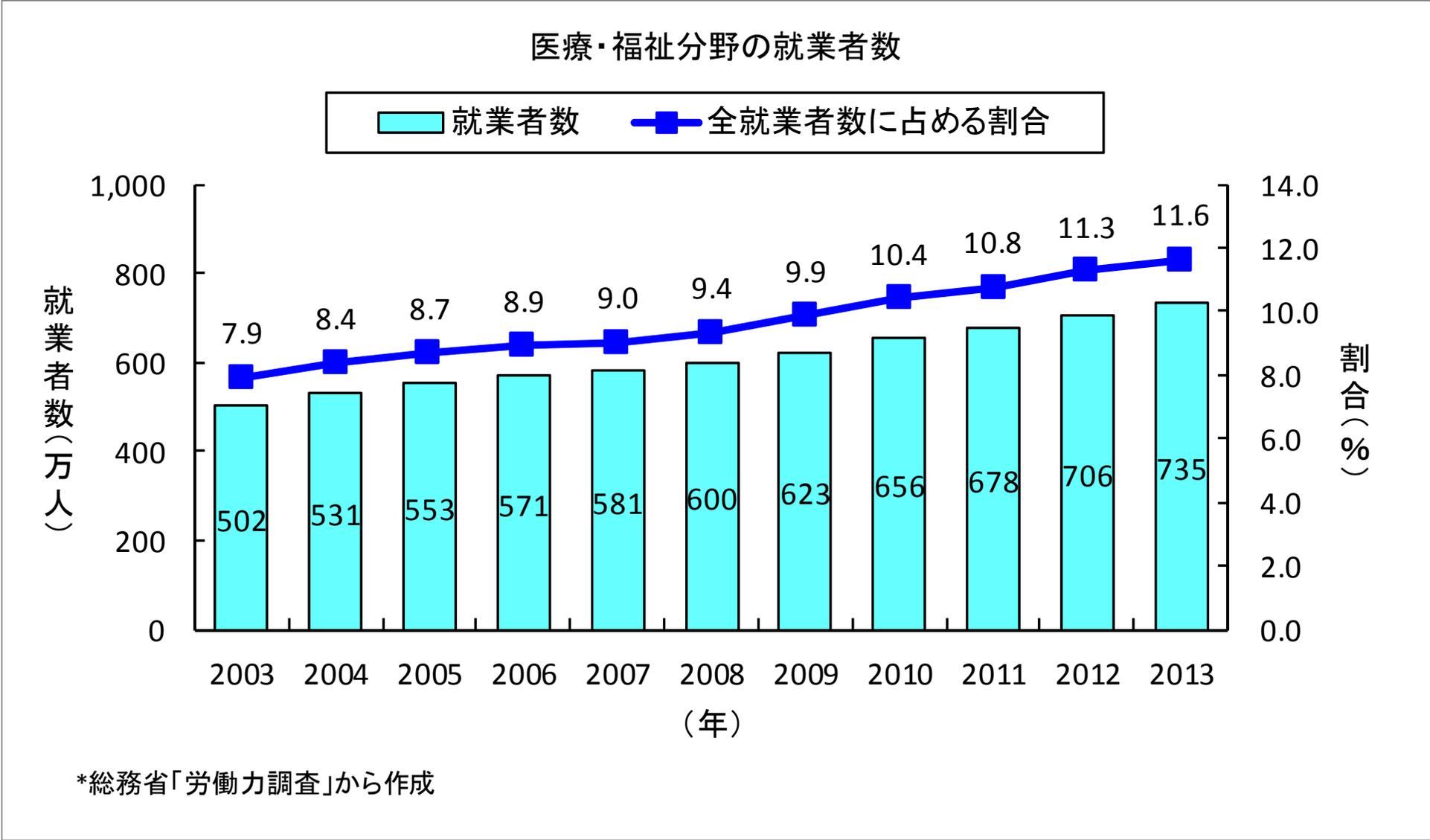
○介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

○今後の診療報酬との同時改定を念頭に、特に医療保険との連携が必要な事項については、サービスの適切な実態把握を行い、効果的・効率的なサービス提供の在り方を検討する。

○介護事業経営実態調査については、これまでの審議における意見(例えば調査対象期間など)も踏まえ、次期介護報酬改定に向けてより有効に活用されるよう、引き続き調査設計や集計方法を検討する。

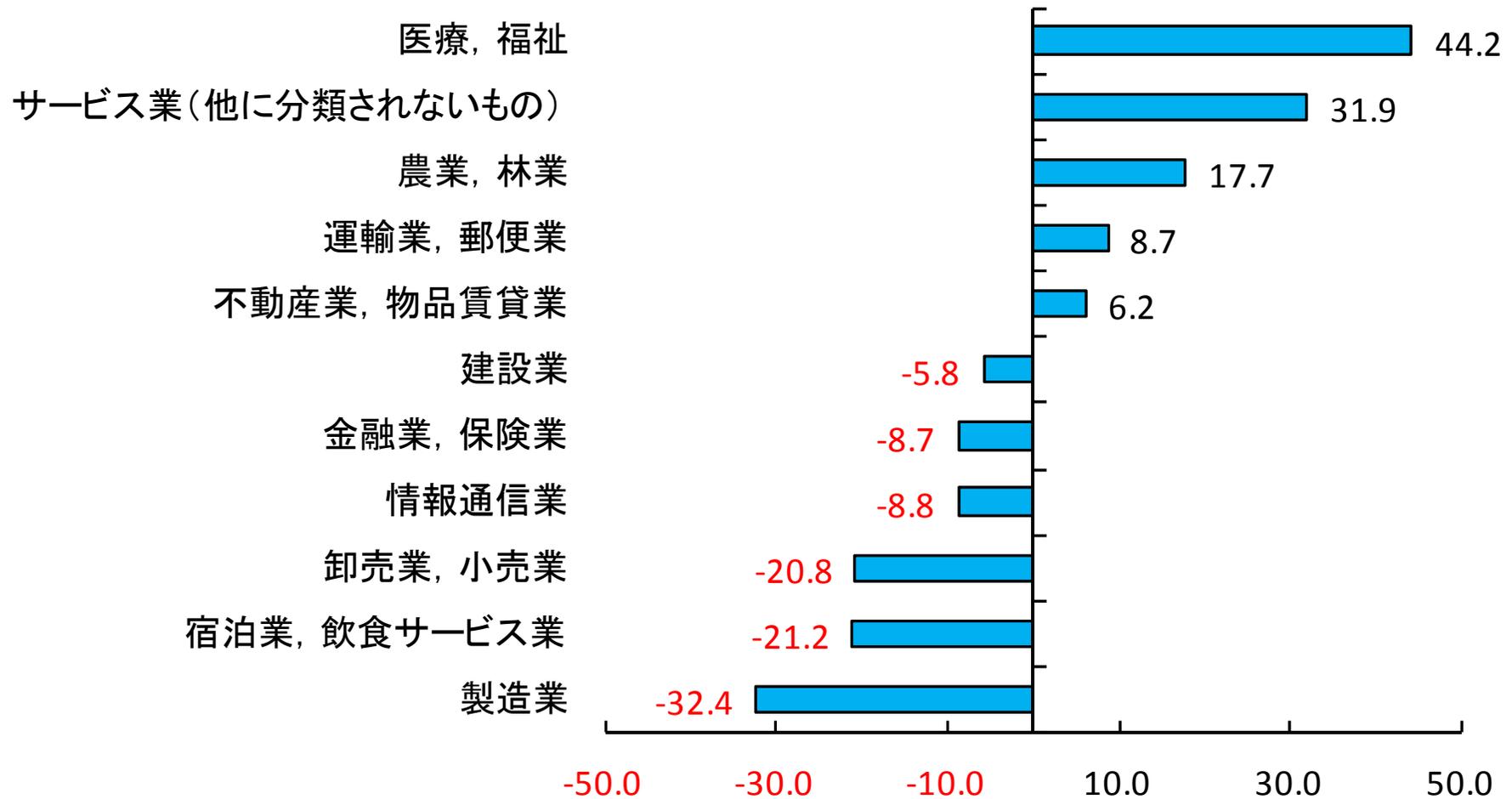
医療・福祉分野の就業者数は、2013年には735万人、全就業者数の11.6%に達している。

地方の特に町村部では、医療・福祉の就業者割合が2割を超えるところもある。



転職者の参入が多いのも医療・福祉分野である。

過去5年間の転職就業者の転入・転出の差(2012年)

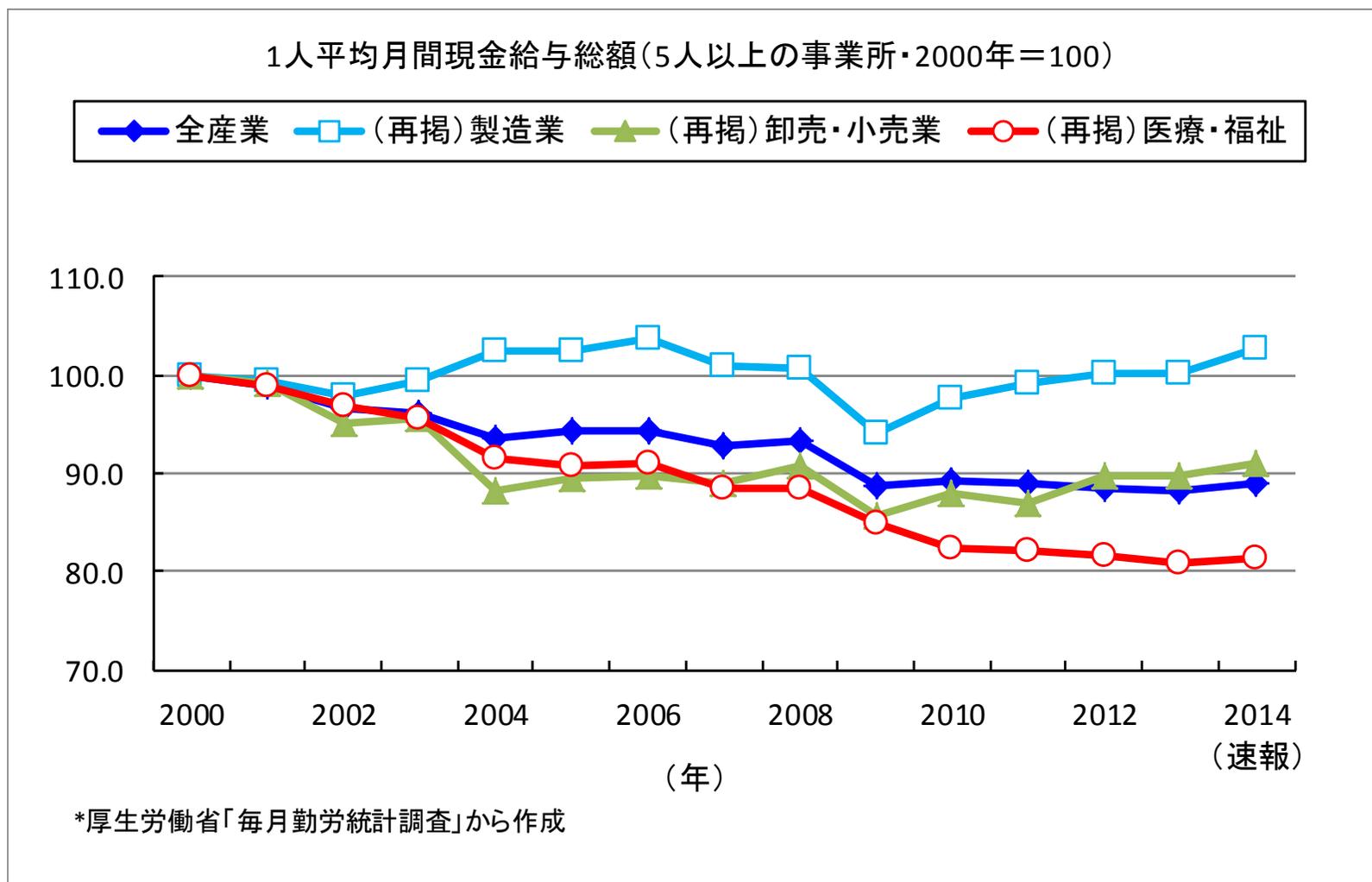


*総務省「就業構造基本調査」から作成

(万人)

医療・福祉分野の1人1月当たり給与は、雇用が拡大して、非正規低賃金の雇用者が増えたという背景もあるとは思われるが、2000年に比べて約2割低下している。

医療・福祉分野の給与費財源は、診療報酬や介護報酬などであるが、物価や賃金が上昇していないことを理由に抑制される。しかし、現在は、医療・福祉の労働者の割合が高まり、医療・福祉の賃金が増えていないので平均賃金も改善しない。そして、さらに診療報酬等が抑制され、賃金が上昇しないという循環になっている。



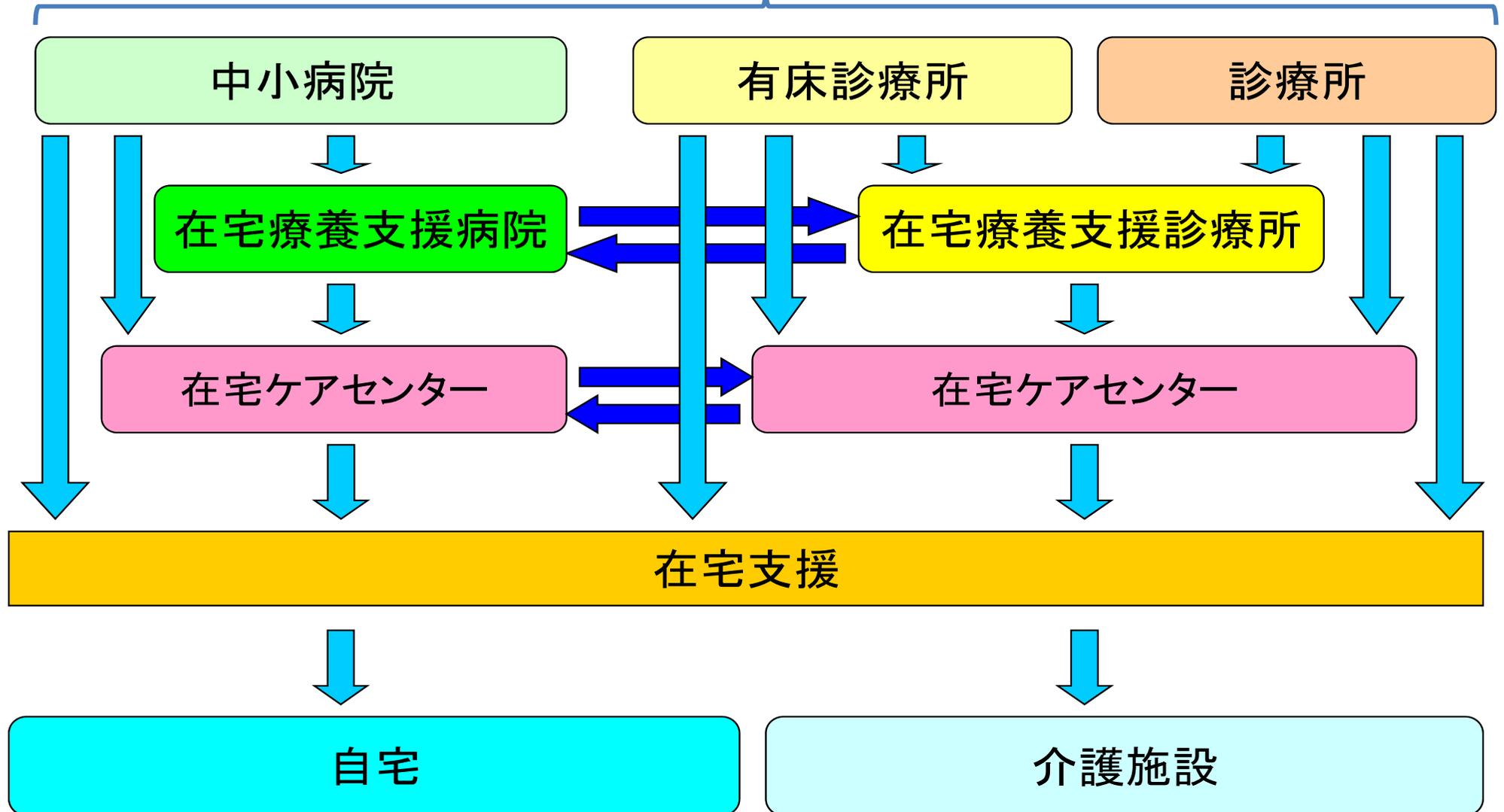
日本医師会としての意見と今後検討すべき事項

(社会保障審議会 介護給付費分科会)

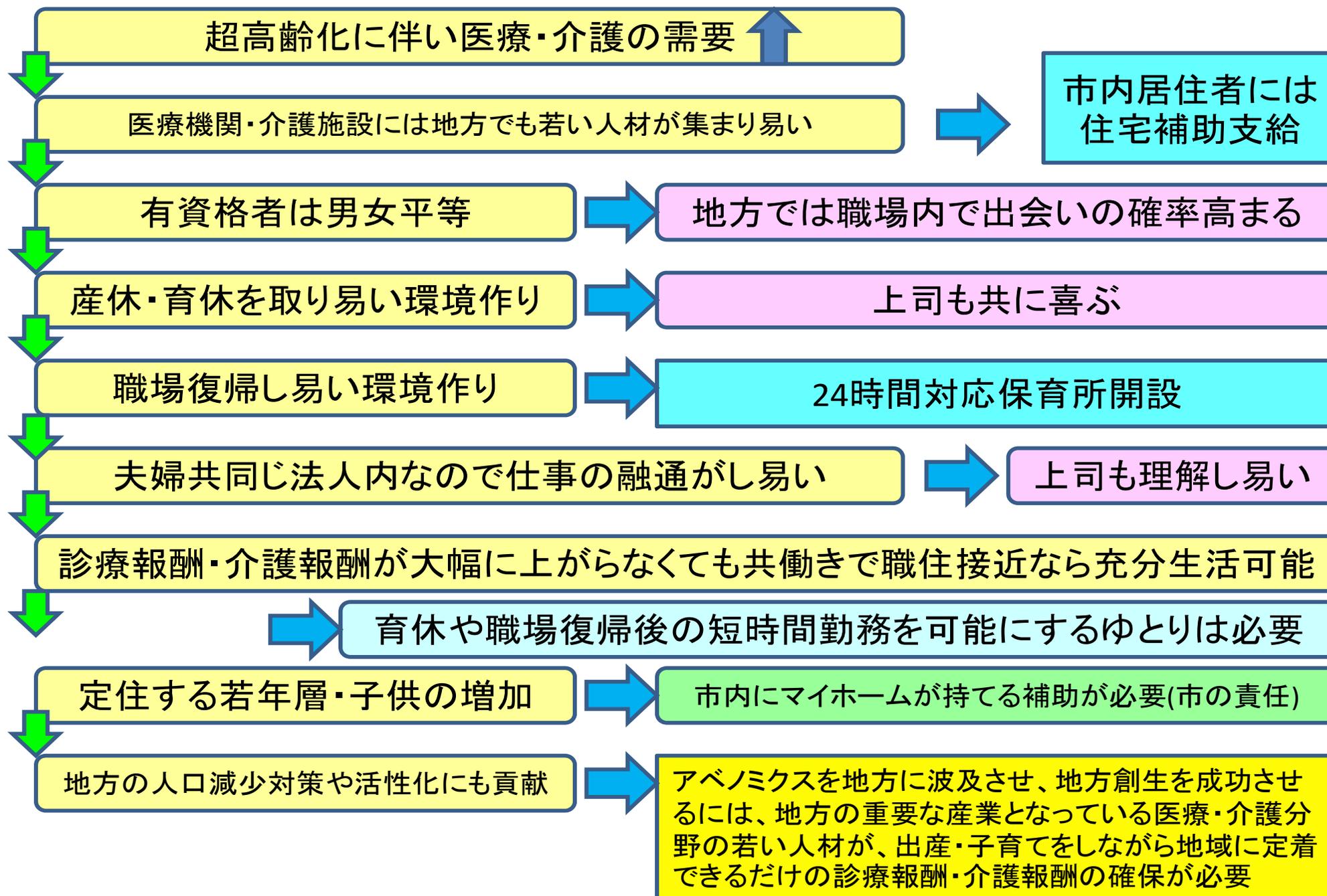
- 介護保険サービスは、今や地方の少子化対策、人口減少対策や地域活性化対策にも繋がる重要な産業と捉えることができる。我が国の経済成長を下支えし、地方創生に貢献する観点から、介護サービス施設・事業所の経営安定化が図られ、介護従事者も安心して地域に定着することのできるよう、介護分野の安定した経営基盤の確保が必要である。
- 介護職員処遇改善加算については、今後も継続する場合でも、単に給与の引き上げにとどまらず、サービスの質の向上のための研修や、産休・育休の取得、保育所の整備、短時間勤務の導入といったワークライフバランスの改善に必要な人件費増加への対応など、より広く活用できるような仕組みとすべきであると考えます。
- 今回の介護報酬改定では、中重度者や認知症高齢者等への対応について重点的に評価されたが、こうした方は医療ニーズと介護ニーズを併せ持つため、地域においてこれまでどおり暮らし続けられるよう、適切な医療の裏付けのある介護が提供できる環境整備を構築すべきである。また、平成30年度に予定される診療報酬・介護報酬の同時改定に向けては、特養をはじめとする施設等における医療提供体制および報酬体系についての議論を本格化させる必要がある。

既存資源を活用した日本型在宅支援モデル

かかりつけ医機能



医療機関・介護施設における地域活性化モデル



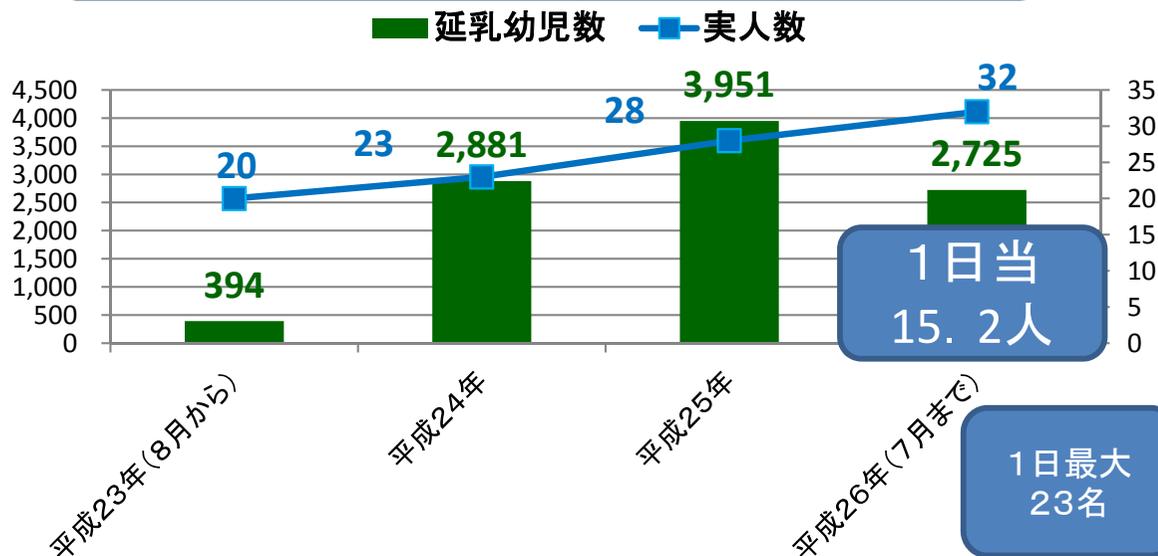
院内保育所の開設

平成23年8月OPEN

フロイデ キンダー
ガルテン

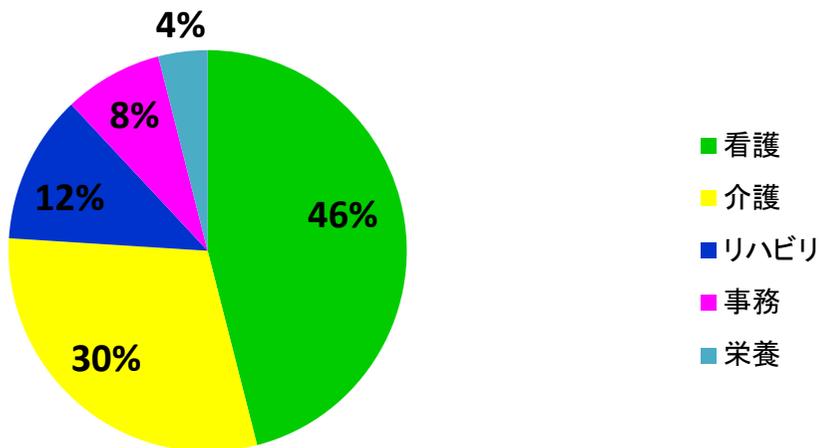


利用状況推移(延乳幼児数)



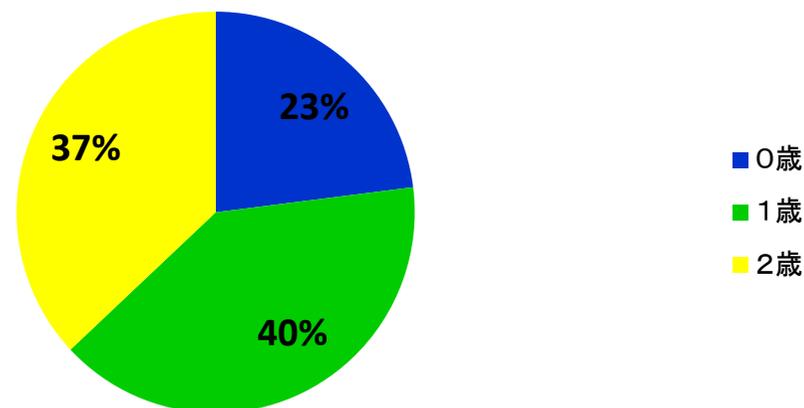
利用状況推移(保護者の職種)

職種別比率

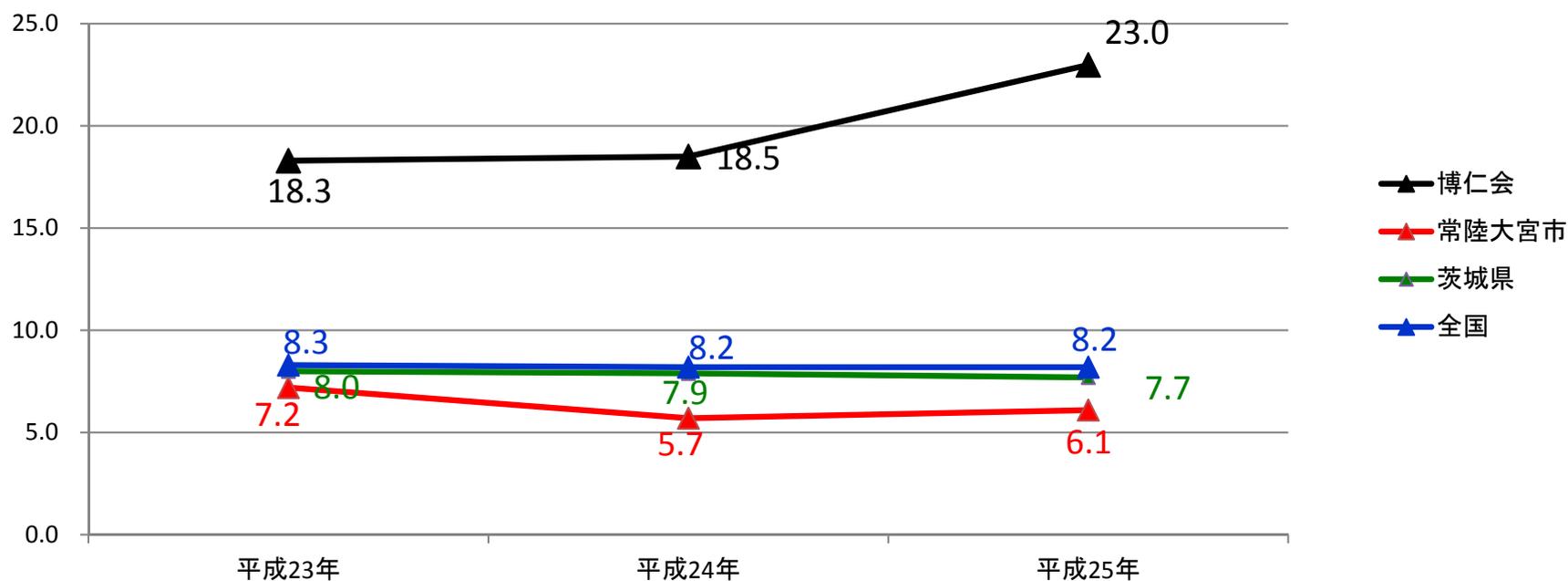


利用状況推移(乳幼児年齢)

年齢別比率



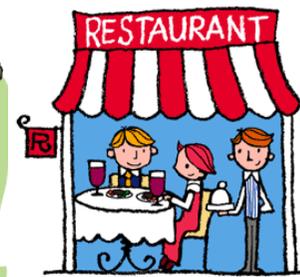
●博仁会普通出生率 (1,000人当たりの出生率)



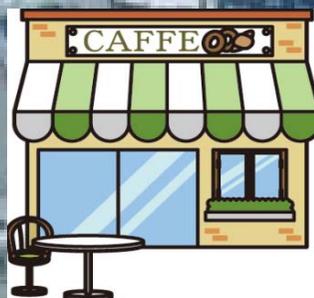
医療機関を中心とした街づくり計画

高齢者タウン

デイサービス・高齢者住宅・遊歩道公園
保育所・コンビニ・レストラン



バリアフリー化
電柱埋設化



病院・老健・特養・コミュニティカフェ

ご清聴ありがとうございました。

