

社会保障審議会介護給付費分科会(第117回)議事次第

日時：平成26年12月19日(金)
14:00から17:00まで
於：ベルサール半蔵門(ホール)

議 題

1. 平成27年度介護報酬改定に向けて
(審議報告のとりまとめに向けて)
2. その他

平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告(案)

社会保障審議会介護給付費分科会

平成 年 月 日

平成 27 年度介護報酬改定に向けて、当分科会は、平成 26 年4月より〇回にわたって審議を重ねるとともに、事業者団体ヒアリングを実施した。

これまでの議論に基づき、平成 27 年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

I 平成 27 年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

1. 基本認識

- 介護保険制度の創設から 15 年目を迎え、介護サービスの提供は着実に拡充されてきた。しかしながら、今後更なる増加が見込まれる高齢者の地域における暮らしを支えるためには、介護サービスの充実とともに、団塊の世代が全て 75 歳以上となり、医療ニーズを併せ持つ要介護者の増大が見込まれる 2025 年(平成 37 年)に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を構築していくことが喫緊の課題である。
- このような認識のもと、平成 23 年の制度改正では「地域包括ケアシステム」の理念規定を介護保険法に明記することに加え、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指すため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスなどの新たなサービスを創設した。また、これに続く平成 24 年度の介護報酬改定において、制度改正の趣旨を踏まえ、介護サービスの充実・強化を図りながら、診療報酬との同時改定として医療と介護の役割分担と連携を強化することで、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた基盤強化を推進した。
- こうした一連の流れの中で、今般の平成 26 年の制度改正では、高度急性期医療から在宅医療・介護、さらには生活支援まで、一連のサービスを地域において切れ目なく総合的に確保するため、「医療提供体制の見直し」と「地域包括ケアシステムの構築に向けた見直し」が一体的に行われた。
- 介護保険制度における具体的な対応としては、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの充実などを市町村が行う地域支援事業に位置づけるとともに、要支援者の多様なニーズに対応するため、従来、予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、市町村

が行う地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)に移行することとした。

また、今般の医療・介護の一体的な制度改革に先駆けて行われた平成 26 年度の診療報酬改定において、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等にも取組がなされた。

- 一方、2025 年が 10 年後に迫る中で人口構造に目を向けると、2025 年以降、我が国の介護保険制度を支える 40 歳以上人口は減少に転じるとともに、既に減少局面に入っている生産年齢人口(15 歳から 64 歳)についても、趨勢的に減少が続くといった、これまで経験したことのない環境に直面することが見込まれる。

このため、“2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築”とともに、保険制度の支え手や介護サービスの担い手の減少とは対照的に今後も増大が見込まれる介護ニーズに対して、質の高い介護人材を確保し、より効率的なサービスの提供体制をいかに構築していくのか、といった“2025 年以降を見据えた対応”も考慮すべき時期に差し掛かっている。

- このような状況等を背景として、今般の制度改革後初となる今回の介護報酬改定においても、制度改革の趣旨を踏まえ、今後想定される診療報酬と介護報酬の同時改定も見据えつつ、地域包括ケアシステムを着実に構築していく観点から、その基本的な考え方を整理すれば、おおむね次の3点に集約されるものと考えられる。

2. 平成 27 年度介護報酬改定の基本的な考え方

(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

- 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について、「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生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するためには、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っていく必要がある。
- 今般の平成 26 年の制度改革では、在宅医療・介護連携の推進、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置などを地域支援事業に位置づけ、特に、認知症の早期発見、早期対応の推進に向けた施策を推進することとしたところであり、今回の介護報酬改定においても、医療と介護の連携も含め、中重度の要介護者や認知症高齢者への支援を強化していくことが重要である。
- また、平成 26 年度の診療報酬改定や今後の地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の推進による医療機関から在宅復帰促進の流れの中で、在宅医療・介護のニーズが高まることから、この点からも、中重度の要介護者が無理なく在宅生活を継続できるように対応力を高めていくことが必要である。
- このような観点から、特に医療・看護ニーズに対応した定期巡回・随時対応型

訪問介護看護など包括報酬サービスの更なる普及促進を図り、中重度の要介護者や認知症高齢者の在宅生活を支えるためのサービス提供を強化していく必要がある。

また、在宅において高齢者が自立した生活を送るためには、生活機能の維持・向上を図るとともに、生活機能の低下を防ぐことが重要であり、リハビリテーションについては、「心身機能」へのアプローチのみならず、「活動」や「参加」といった要素を強化し、社会とのつながりが維持された在宅生活を継続できるように支援することが重要である。

- また、施設サービスについては、地域包括ケアシステムの構築における地域の拠点としての機能を発揮して在宅での生活を支援するとともに、中重度の要介護者を支える役割を果たしていると考えられる。

このため、介護老人福祉施設における中重度の要介護者を支える施設としての機能、介護老人保健施設における病院から退院した者及びその他の生活機能が低下した者の在宅復帰を支援する施設としての機能、介護療養型医療施設における医療ニーズの高い中重度の要介護者を支える施設としての機能といった、それぞれに求められる機能を更に高めていく必要がある。

(2) 介護人材確保対策の推進

- 介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であり、その確保は最重要の課題である。また、将来的なマンパワー減少を見据え、質の高い介護人材を確保するとともに、効果的かつ効率的に配置するといった観点も重要である。
- 介護人材の確保に当たっては、雇用管理の改善など事業者自らの意識改革や自主的な取組を推進することが重要であるとともに、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、それぞれが積極的に取り組むべき課題であり、事業者の取組がより促進される仕組みを構築していくことが必要である。
- また、介護人材の確保については、より中期的に「参入促進」、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」といった視点から対策を総合的に講じていくことが重要であり、介護報酬改定とともに、新たな財政支援制度(基金)を活用しつつ、事業者の取組がより促進される仕組みの構築を促していく必要がある。
- 特に、介護報酬における対応としては、資質向上や雇用管理改善の取組を通じて介護職員の社会的・経済的評価が高まっていくという好循環を生み出して安定的な処遇改善につなげていくことが重要である。
- また、要介護者へのサービスは専門職による提供であり、専門性の高い人材をいかに確保していくかが課題である。今後は、限られた人材を「地域全体」で

効果的・効率的に確保していく視点が求められる。

(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

- 地域包括ケアシステムの構築を図る一方、保険料と公費で支えられている介護保険制度の持続可能性を高め、限りある資源を有効に活用するためには、より効果的で効率的なサービスを提供することが求められている。
- また、「経済財政運営と改革の基本方針 2014」(いわゆる「骨太の方針」)など様々な指摘がある中で、各サービスの運営実態も踏まえつつ、必要な適正化にも取り組む必要がある。
- このような観点から、必要なサービス評価の体系化・適正化や規制緩和等を進めていくことが必要であるが、その際、2. (1)でも述べたとおり、中重度の要介護者や認知症高齢者への支援を強化する視点も踏まえた対応が求められることに留意が必要である。

Ⅱ 平成 27 年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

- 平成 27 年度介護報酬改定の基本的な考え方とその主な改定内容を整理すると以下のとおり。なお、各サービスの報酬・基準に係る内容については、Ⅲで再掲している事項も含めて記載している。

《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》

A. 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 将来、中重度の要介護者や認知症高齢者となったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、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、中重度の要介護状態となっても無理なく在宅生活を継続できるよう、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「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせて提供する包括報酬サービスの機能強化等を図る。

(1) 中重度の要介護者を支援するための包括報酬型の地域密着型サービスの充実

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

(訪問看護サービスの提供体制の見直し)

ア. 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について、他の訪問看護事業所との契約に基づき、当該訪問看護事業所に行わせることを可能とする。²

(通所サービス利用時の減算の改善)

イ. 通所介護等の利用の有無による1日あたりの訪問回数に大きな差異がないことを踏まえ、現行の減算率を緩和する。

② 小規模多機能型居宅介護

(訪問サービスの機能強化)

小規模多機能型居宅介護について、利用者の在宅生活の継続を促進する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、訪問を担当する従業者を一定程度配置するとともに、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は、新たな加算として評価する。

また、小規模多機能型居宅介護について、利用者の在宅生活の継続を促進する観点から、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。

¹ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のうち、訪問看護サービスが同じ事業所で一体的に提供されるもの。

² 基準改正事項（省令事項）は下線付き斜体で記載。

③ 複合型サービス

(看護体制の機能に伴う評価の見直し)

複合型サービスは、医療ニーズのある中重度の要介護者が在宅での療養生活を送ることを支援するサービスとして創設されたが、現在の登録利用者にサービス提供されている看護の実態に偏りが見られることや、今後は利用者の重度化に伴い訪問看護の重要性が高まることが想定されることから、現行の基本報酬において、看護提供体制を評価した減算と加算を設ける。

また、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。

④ 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共通(小規模多機能型居宅介護のみ★³)

(総合マネジメント体制強化加算の創設等)

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・適切に提供することが求められる。

このため、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必要があり、通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」が存在する。当該コストは、現行もそれぞれの基本サービス費の中で手当されているが、より効果的・効率的に利用者を主体とした在宅における生活の継続を可能とする観点から、積極的な体制整備に係る評価として、総合マネジメント体制強化加算を創設するとともに、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。

(2) 中重度の要介護者が在宅の生活に移行又は継続するための支援の充実

① 短期入所生活介護

(緊急短期入所に係る加算の充実)

ア. 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急的に行う場合を評価する緊急短期入所受入加算については、要件を緩和するとともに充実を図る。

(緊急時における基準緩和 ★)

イ. 利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急やむを得ないと認めた場合などの一定の条件下においては、専用の居室以外の静養室での受入れを可能とする。

³ 介護予防も同様の措置を講ずる場合には★を付記。

(ADL・IADL の維持・向上を目的とした機能訓練を実施している事業所の評価★)
ウ. 事業所が利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員が、ADL・IADL の維持・向上を目的として実施する個別の機能訓練を実施する場合には、新たな加算として評価する。

(緊急時における短期利用や宿泊ニーズへの対応 ★)

エ. 基準該当短期入所生活介護の提供について、一定の条件下において、専用の居室以外の静養室等での実施を可能とする。また、小規模多機能型居宅介護事業所に併設して実施することを可能とし、その場合には、浴室・トイレ等について共用を可能とする。

さらに、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において、登録者以外の短期利用を可能とする。

② 介護老人福祉施設

(在宅・入所相互利用加算の充実)(地域密着型を含む)

在宅・入所相互利用加算については、地域住民の在宅生活の継続を支援するため、当該加算の利用を促進する観点から、「同一個室」の利用を求めていることや、要介護3以上に利用者を限っていることについて見直すとともに、関係者との連携・調整の実施を適切に評価した単位数とする。

③ 介護老人保健施設

(介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化)

介護老人保健施設における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する。

(3) その他のサービスにおける対応

① 訪問介護

(20分未満の身体介護の見直し)

ア. 在宅における中重度の要介護者の支援を促進するため、訪問介護における身体介護の時間区分の1つとして「20分未満」を位置づける。

また、現行の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」又は「実施に関する計画を策定している」場合について、日中と夜間・深夜・早朝の算定要件を共通のものとした上で、算定対象者を見直し、要介護1及び要介護2の利用者については、認知症等により、短時間の身体介護が定期的に必要と認められる場合には、算定を可能とする(要介護1及び要介護2の利用者に対する「20分未満の身体介護」の算定については、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」訪問介護事業所に限る。)。この場合には、従前どおり、前回提供した訪問介護から概ね2時間以上

の間隔を空けることを求めないが、「20分未満の身体介護」を算定する利用者に係る1月あたりの訪問介護費は、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）における当該利用者の要介護度に対応する単位数の範囲内とする。

（サービス提供責任者の配置による加算の充実）

イ. 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行う。

② 訪問看護

（中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制の評価 ★）

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は、新たな加算として評価する。

③ 通所介護

（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）

認知症高齢者や重度の要介護者が増加していくことが見込まれる中で、在宅生活を継続するためには、「認知症対応機能」、「重度者対応機能」、「心身機能訓練から生活行為力向上訓練まで総合的に行う機能」を充実させる必要がある。このような観点から、認知症高齢者や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。

④ 療養通所介護

（重度要介護者の療養生活継続に資するサービスを提供している事業所の評価）

在宅における重度要介護者の療養生活継続への対応として、複数名での送迎や入浴の体制を評価するための加算を創設する。

⑤ リハビリテーション

（認知症短期集中リハビリテーションの改善）

ア. 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や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（通所リハビリテーション）。

（重度者対応機能の評価）

- イ. 重度の要介護者を積極的に受け入れ、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、実利用者のうち要介護3以上の利用者を一定割合以上受け入れ、かつ、提供時間を通じて看護職員を専従で1以上配置している事業所の体制を評価する(通所リハビリテーション)。

(重度療養管理加算の拡大)

- ウ. 要介護3の者に対しても重度療養管理加算の対象となる医療処置を必要とする利用者が存在することから、現行の重度療養管理加算については、要件を見直し、加算の対象者を要介護3まで拡大する(通所リハビリテーション)。

⑥ 短期入所生活介護

(重度者への対応の強化)

重度者の増加に対応するため、急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合には、新たな加算として評価する。

⑦ 特定施設入居者生活介護

(認知症専門ケア加算の創設 ★)(地域密着型を含む)

認知症高齢者の増加に対する評価や、積極的な受け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。

⑧ 認知症対応型共同生活介護

(夜間の支援体制の充実 ★)

夜間ケア加算について、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。

⑨ 認知症対応型通所介護

(利用定員の見直し ★)

共用型認知症対応型通所介護の利用定員について、認知症対応型共同生活介護事業所が認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、「1ユニット3人以下」に見直す。

B. 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

○ リハビリテーションの理念を踏まえた「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。

(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

(リハビリテーションの基本理念)

- ① 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に関する基本方針に規定する(訪問看護、通所介護、認知症対応型通所介護も同様に規定する)。

(活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入)

- ② 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(通所リハビリテーション)。

(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)

- ③ 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へ移行するなど、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する。

(2) 認知症短期集中リハビリテーションの改善 A.(3)⑤ア.再掲

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(通所リハビリテーション)。

(3) リハビリテーションマネジメントの再構築

(リハビリテーションマネジメントの強化)

- ① 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)の充実や計画策定と活用のプロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション)。

(リハビリテーションを提供する事業者に係る運営基準 ★)

- ② 訪問・通所リハビリテーションを提供する事業者は、介護支援専門員や各指定居

宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーションカンファレンスの場に参画し、リハビリテーションの観点から利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めることとする。

C. 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) 小規模多機能型居宅介護

(看取り期における評価の充実)

中重度の要介護者への対応の更なる強化を図るため、看取り期における評価について、看護師による24時間連絡体制が確保されていること、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に加え、医師・看護師・介護職員等が共同して必要に応じて利用者又は家族への説明を行う場合等について、新たな加算として評価する。

(2) 介護老人福祉施設等

(看取り介護加算の充実)

看取り介護加算については、入所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、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり新たな要件を追加し、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。

- (ア) 入所者等の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの入所者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
- (イ) 介護記録、検査データその他の入所者等に係る資料により、入所者等の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、入所者及びその家族等への説明を適宜実施すること
- (ウ) 施設又は事業所における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

(3) 介護老人保健施設

(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。

- (ア) 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
- (イ) 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

(4) 介護療養型医療施設

(機能に応じた評価の見直し)

今後、医療ニーズの高い中重度の要介護者への対応の更なる強化が必要となる中で、介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っていると同時に、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能を担っている。このため、介護療養型医療施設が担っているこれらの機能について、今後も確保していくため、以下のとおり新たな要件を設定した上で、重点的に評価する。

- (ア) 入院患者のうち、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が一定割合以上であること
- (イ) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること
- (ウ) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること
- (エ) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること
- (オ) 地域に貢献する活動を実施していること

D. 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・嚥下機能の低下等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。

(1) 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のための適正なサービスの供給及びその内容を充実させる観点から、現行のスクリーニング手法による評価区分を廃止し、多職種による食事観察(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管理を評価する。

(2) 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咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能面の取組を充実させる。

(3) 加算内容に応じた名称の変更

口腔機能維持加算、口腔機能維持管理体制加算については、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため、口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算に名称を変更する。

(4) 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。

《2.介護人材確保対策の推進》

○ 地域包括ケアシステムの構築と更なる推進に向け、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。

(1) 介護職員処遇改善加算の拡大

介護職員処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)については、介護職員の処遇改善が後退しないよう現行の加算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行うための区分を創設する。

介護職員の処遇を含む労働条件については、本来、労使間において自律的に決定すべきものである。他方、介護人材の安定的確保及び資質の向上を図るためには、給与水準の向上を含めた処遇改善が確実かつ継続的に講じられることが必要である。

平成 24 年度介護報酬改定においても、このような考え方のもと、処遇改善加算は「例外的かつ経過的な取扱い」として設けられた経緯があり、平成 25 年度の「介護従事者処遇状況等調査結果」の総括において、処遇改善加算の創設とその後の更なる普及により、安定的かつ継続的な処遇改善につながっているものの、「賃金体系等の人事制度の整備等について、依然として改善の余地がある」と指摘されたことを踏まえると、引き続き、事業主による資質向上に向けた取組を進めるとともに、労働者も主体的・積極的にキャリアアップに取り組むことが必要である。

このため、現時点においてはその取組の途上にあると考えられることから、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するため、現行の処遇改善加算を維持しつつ、更なる資質向上を前提とした評価を実施していくことが適切と考える。

処遇改善加算の将来的な取扱いについては、引き続き検討することが適当である。

(2) サービス提供体制強化加算の拡大

介護福祉士については、継続的に専門性を高めることを前提とし、介護職の中

核的な役割を担う存在として位置づける方向性が示されていることを踏まえ、介護福祉士の配置がより一層促進されるよう、サービス提供体制強化加算の要件については、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価するための区分を創設する。

また、処遇改善に向けた取組を一層推進する観点から、処遇改善加算と同様に、サービス提供体制強化加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

(※) なお、介護人材確保に当たっては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、現行の都道府県による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すことが求められる。具体的には、事業者の取組がより促進される仕組みとなるよう、各事業所の基本情報に教育訓練のための制度、各種研修、キャリア段位制度の取組等、従業者の資質向上に向けた取組状況を追加する。また、勤務時間、賃金体系、休暇制度、福利厚生、離職率など従業者が事業所を選択する際に最低限必要と考えられる項目について、事業所が自ら直接公表できる仕組みとする。

《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》

○ 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て必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

(1) サービス評価の適正化

(基本的な考え方)

① 「経済財政運営と改革の基本方針 2014」(いわゆる「骨太の方針」)を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、I 2. の基本的な考え方に基づき、「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」や「介護人材確保対策の推進」の視点を踏まえた対応が必要である。

(居宅介護支援に係る認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化)

② 認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供であり、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する。

(小規模型通所介護の基本報酬の見直し)

③ 小規模型通所介護の基本報酬について、通常規模型事業所と小規模型事業所のサービス提供に係る管理的経費の実態を踏まえ、評価の適正化を行う。

(短期入所生活介護における長期利用者の基本報酬の適正化)

- ④ 長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続 30 日を超える利用者)については、基本報酬の評価を適正化する。

(複数の福祉用具を貸与する場合の価格の適正化 ★)

- ⑤ 福祉用具の貸与価格について、複数の福祉用具を貸与する場合は、給付の効率化・適正化の観点から、予め都道府県等に減額の規程を届け出ることにより、通常の貸与価格から減額して貸与することを可能とする。

(介護予防サービスにおける基本報酬の見直し)

- ⑥ 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、介護予防を目的としたものとして包括的に評価しているが、通所介護とは異なり、いわゆる「レスパイト機能」を有していないことから、長時間の利用は想定されない。
このため、介護予防サービスのあり方と提供実態を踏まえた上で、通常規模型通所介護及び通常規模型通所リハビリテーションの基本報酬の評価と整合性が図られるように適正化を行う。

(介護老人福祉施設の多床室における居住費負担の見直し)

- ⑦ 介護老人福祉施設の多床室については、事実上の生活の場として選択されていることを踏まえ、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者の居住費について、現行の光熱水費相当分に加え、室料相当分の負担を求める。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、多床室については、プライバシーに配慮した居住環境改善に向けた取組についても進める。

(2) 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

(訪問系サービスにおける取扱い)

- ① 訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、訪問看護及び訪問リハビリテーションについて、以下の場合の評価を適正化する。
 - (ア) 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。
 - (イ) 事業所と同一建物以外の建物(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一定数以上であるものについて、新たに減算する。

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護における取扱い)

- ② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における集合住宅におけるサービス提供については、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。)に居住する利用者の介護報酬を新たに減算する仕組みを設ける。

(小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスにおける取扱い)(小規模多機能型居宅介護のみ★)

- ③ 小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスについては、サービスの提供実態を踏まえ、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。)に居住する利用者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設定する。

(3) 通所系サービスにおいて送迎がない場合の評価の見直し

(送迎が実施されない場合の評価の見直し)(認知症対応型通所介護のみ★)

通所介護、通所リハビリテーション及び認知症対応型通所介護について、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。

(4) 報酬評価の体系化・適正化と運営の効率化

(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)

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算は、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、早期かつ集中的な介入を行う部分についての評価として統合し見直す(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション)。

また、身体機能の回復を目的とした個別リハビリテーションについての評価(個別リハビリテーション実施加算)は、退院(所)後間もない者に対する同様な評価の短期集中リハビリテーション実施加算と統合するとともに、長期間継続されて実施される個別リハビリテーションの評価は基本報酬に包括する(通所リハビリテーション)。

(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 ★)

- ② 訪問看護ステーションによる理学療法士等の訪問と、訪問リハビリテーションについて、サービスの提供実態を踏まえ、基本的な報酬の整合性を図る。

(訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションを同一事業者が提供する場合の運営の効率化 ★)

- ③ 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に、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基準を見直す。

(5) 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 ★)

- ① 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人以上に緩和する。

(通所介護における看護職員の配置基準の緩和 ★)

- ② 地域で不足している看護職員については、その専門性を効果的に活かすことができるよう、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したものとする。

(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)

- ③ 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。

(小規模多機能型居宅介護における看護職員配置の緩和 ★)

- ④ 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加える。

(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 ★)

- ⑤ 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。

(「特別養護老人ホーム」の職員に係る専従要件の緩和)

- ⑥ 「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

定の趣旨を明確化する。

(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)

- ⑦ 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ついては、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ができる旨を明確化する。

Ⅲ 各サービスの報酬・基準に係る見直しの基本的な方向

1. 居宅介護支援

(認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化) Ⅱ3.(1)②再掲

- ① 認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供であり、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する。

(公平・中立性の確保の推進)

- ② ケアマネジメントの質を確保する観点から、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%以上である場合には減算の適用とされているが、公平・中立性を更に推進するため、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を現状よりも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。

(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)

- ③ 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、主任介護支援専門員などの人員配置要件を強化する。また、法定研修等における実習受入事業所となるなど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。なお、当該加算の算定要件のうち、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。

(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)

- ④ 介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業(以下「新総合事業」という。)」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定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新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。

(居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携 ★)

- ⑤ 居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

(地域ケア会議における関係者間の情報共有 ★)

- ⑥ 今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

2. 訪問系サービス

(1) 訪問介護

(20分未満の身体介護の見直し) II 1.A.(3)①ア.再掲

- ① 在宅における中重度の要介護者の支援を促進するため、訪問介護における身体介護の時間区分の1つとして「20分未満」を位置づける。

また、現行の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」又は「実施に関する計画を策定している」場合について、日中と夜間・深夜・早朝の算定要件を共通のものとした上で、算定対象者を見直し、要介護1及び要介護2の利用者については、認知症等により、短時間の身体介護が定期的に必要と認められる場合には、算定を可能とする(要介護1及び要介護2の利用者に対する「20分未満の身体介護」の算定については、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を受けている」訪問介護事業所に限る。)。この場合には、従前どおり、前回提供した訪問介護から概ね2時間以上の間隔を空けることを求めないが、「20分未満の身体介護」を算定する利用者に係る1月あたりの訪問介護費は、定期巡回・随時対応型訪問介護費(I)(訪問看護サービスを行わない場合)における当該利用者の要介護度に対応する単位数の範囲内とする。

(サービス提供責任者の配置基準等の見直し)

- ② 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行う。II 1.A.(3)①イ.再掲

また、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人以上に緩和する。★ II 3.(5)①再掲

(訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算の取扱い ★)

- ③ サービス提供責任者の任用要件について、介護福祉士への段階的な移行を進めるため、平成27年4月以降は訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算割合を引き上げる。ただし、減算が適用される訪問介護事業所が、人員基準を満たす他の訪問介護事業所と統合し出張所(いわゆる「サテライト事業所」)となる場合は、平成29年度末までの間、減算適用事業所を統合する訪問介護事業所全体について、当該減算を適用しないこととする。

(生活機能向上連携加算の拡大)

- ④ 自立支援型サービスとしての機能強化を図るため実施している、生活機能向上連携加算について、通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、リハビリテーション専門職と共同して、利用者の身体状況等を評価し、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合について、新たに加算対象とする。

(訪問介護と新総合事業を一体的に実施する場合の人員等の基準上の取扱い)

- ⑤ 訪問介護事業者が、訪問介護及び新総合事業における第一号訪問事業を、同一の事業所において、一体的に実施する場合の人員、設備及び運営の基準については、訪問介護及び介護予防訪問介護を一体的に実施する場合の現行の基準に準ずるものとする。

(2) 訪問看護

(中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制の評価 ★) II 1.A.(3)②再掲

- ① 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は、新たな加算として評価する。

(病院・診療所からの訪問看護の充実 ★)

- ② 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を促し、同時に病院看護職に対する OJT(訪問看護への従事)による訪問看護職の育成を推進するため、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。

(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) II 3.(4)②再掲

- ③ 訪問看護ステーションによる理学療法士等の訪問と、訪問リハビリテーションについて、サービスの提供実態を踏まえ、基本的な報酬の整合性を図る。★
また、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マネジメントを徹底する。

(3) 訪問リハビリテーション

(リハビリテーションマネジメントの強化) II 1.B.(3)①再掲

- ① 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)の充実や計画策定と活用プロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する。

(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)

II 3.(4)①再掲

- ② 短期集中リハビリテーション実施加算は、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、早期かつ集中的な介入を行う部分についての評価として統合し見直す。

(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) II 1.B.(1)③再掲

- ③ 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、質の高いサービスを提供する事業所の体制を評価する。

(4) 集合住宅に居住する利用者へのサービス提供 II 3.(2)①再掲
(訪問系サービスにおける評価の見直し)

訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、訪問看護及び訪問リハビリテーションについて、以下の場合の評価を適正化する。

- (ア) 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。
- (イ) 事業所と同一建物以外の建物(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一定数以上であるものについて、新たに減算する。

3. 通所系サービス

(1) 通所介護

(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) II 1.A.(3)③再掲

- ① 認知症高齢者や重度の要介護者が増加していくことが見込まれる中で、在宅生活を継続するためには、「認知症対応機能」、「重度者対応機能」、「心身機能訓練から生活行為力向上訓練まで総合的に行う機能」を充実させる必要がある。このような観点から、認知症高齢者や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。

(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)

- ② 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らるとともに、加算の評価の見直しを行う。

(地域連携の拠点としての機能の充実 ★)

- ③ 利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動等と連携し、通所介護事業所を利用しない日でも利用者を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるよう、生活相談員の専従要件を緩和し、事業所内に限った利用者との対話を主体とした相談業務のみならず、サービス担当者会議に加えて地域ケア会議への出席などが可能となるようにする。

(小規模型通所介護の基本報酬の見直し) II 3.(1)③再掲

- ④ 小規模型通所介護の基本報酬について、通常規模型事業所と小規模型事業所のサービス提供に係る管理的経費の実態を踏まえ、評価の適正化を行う。

(看護職員の配置基準の緩和 ★) II 3.(5)②再掲

- ⑤ 地域で不足している看護職員については、その専門性を効果的に活かすことができるよう、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したものとする。

(地域密着型通所介護に係る基準の創設)

- ⑥ 平成 28 年度に地域密着型通所介護が創設されることに伴い、地域との連携や運営の透明性を確保するための運営推進会議の設置など、新たに基準を設けるとともに、基本報酬の設定については、上述④における見直し後の小規模型通所介護の基本報酬を踏襲する。

(小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所への移行に向けた経過措置)

- ⑦ 小規模な通所介護事業所が小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所に移行する際に、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所としての基準について、平成 29 年度末までの経過措置を設ける。

また、経過措置期間内において、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所としての人員配置基準を満たさない場合には、小規模多機能型居宅介護の基本報酬を減算(70/100)する。

(通所介護(大規模型・通常規模型)のサテライト事業所への移行 ★)

- ⑧ 小規模な通所介護事業所が通所介護(大規模型・通常規模型)事業所のサテライト事業所へ移行するに当たっては、一体的なサービス提供の単位として本体事業所に含めて指定するなど、現行のサテライト事業所の取扱いに従って実施する。

(通所介護と新総合事業における通所事業を一体的に実施する場合の人員等の基準上の取扱い)

- ⑨ 通所介護事業者が、通所介護及び新総合事業における第一号通所事業を、同一の事業所において、一体的に運営する場合の人員、設備及び運営の基準については、通所介護及び介護予防通所介護を一体的に実施する場合の現行の基準に準ずるものとする。

(夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化 ★)

- ⑩ 通所介護事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス(宿泊サービス)を実施している事業所については、届出を求めることとし、事

故報告の仕組みを設けるとともに、情報公表を推進する。

(2) 療養通所介護

(重度要介護者の療養生活継続に資するサービスを提供している事業所の評価)

Ⅱ 1.A.(3)④再掲

- ① 在宅における重度要介護者の療養生活継続への対応として、複数名での送迎や入浴の体制を評価するための加算を創設する。

(地域密着型サービスへの移行に係る基準の創設)

- ② 平成 28 年度に地域密着型サービスへ移行することに伴い、地域との連携や運営の透明性を確保するための運営推進会議の設置など、新たに基準を設けるとともに、基本報酬の設定については現行の基本報酬を踏襲する。

(夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化)

- ③ 療養通所介護事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス(宿泊サービス)を実施している事業所については、届出を求めることとし、事故報告の仕組みを設けるとともに、情報公表を推進する。

(3) 通所リハビリテーション

(リハビリテーションマネジメントの強化) Ⅱ 1.B.(3)①再掲

- ① 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)の充実や計画策定と活用のプロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する。

(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)

Ⅱ 3.(4)①再掲

- ② 短期集中リハビリテーション実施加算は、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、早期かつ集中的な介入を行う部分についての評価として統合・見直す。

また、身体機能の回復を目的とした個別リハビリテーションについての評価(個別リハビリテーション実施加算)は、退院(所)後間もない者に対する同様な評価の短期集中リハビリテーション実施加算と統合するとともに、長期間継続されて実施される個別リハビリテーションの評価は基本報酬に包括する。

(認知症短期集中リハビリテーションの改善) Ⅱ 1.A.(3)⑤ア. Ⅱ 1.B.(2)再掲

- ③ 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。

(活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入) II 1.B.(1)②再掲

- ④ 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。

(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) II 1.B.(1)③再掲

- ⑤ 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、質の高いサービスを提供する事業所の体制を評価する。

(重度者対応機能の評価) II 1.A.(3)⑤イ.再掲

- ⑥ 重度の要介護者を積極的に受け入れ、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、実利用者のうち要介護3以上の利用者を一定割合以上受け入れ、かつ、提供時間を通じて看護職員を専従で1以上配置している事業所の体制を評価する。

(重度療養管理加算の拡大) II 1.A.(3)⑤ウ.再掲

- ⑦ 要介護3の者に対しても重度療養管理加算の対象となる医療処置を必要とする利用者が存在することから、現行の重度療養管理加算については、要件を見直し、加算の対象者を要介護3まで拡大する。

**(4) 通所系サービス共通(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)
(認知症対応型通所介護のみ★)**

(送迎時における居宅内介助等の評価)

- ① 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)

- ② 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。

(送迎が実施されない場合の評価の見直し) II 3.(3)再掲

- ③ 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。

4. 訪問系・通所系サービス共通

(リハビリテーションの基本理念) II 1.B.(1)①再掲

- ① 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に関する基本方針に規定する(訪問看護、通所介護、認知症対応型通所介護も同様に規定する)。

(訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションを同一事業者が提供する場合の運営の効率化 ★) II 3.(4)③再掲

- ② 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に、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基準を見直す。

(リハビリテーションを提供する事業者に係る運営基準 ★) II 1.B.(3)②再掲

- ③ 訪問・通所リハビリテーションを提供する事業者は、介護支援専門員や各指定居宅サービス事業所の担当者等がリハビリテーションカンファレンスの場に参画し、リハビリテーションの観点から利用者主体の日常生活に着目した支援方針や目標、計画を共有できるよう努めることとする。

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所生活介護

(緊急短期入所に係る加算の見直し) II 1.A.(2)①ア. 一部再掲

- ① 短期入所生活介護において、緊急時の円滑な受入れが促進されるよう、空床確保の体制を評価する緊急短期入所体制確保加算については、廃止する。
一方、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急的に行う場合を評価する緊急短期入所受入加算については、要件を緩和するとともに充実を図る。

(緊急時における基準緩和 ★) II 1.A.(2)①イ.再掲

- ② 利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急やむを得ないと認めた場合などの一定の条件下においては、専用の居室以外の静養室での受入れを可能とする。

(ADL・IADL の維持・向上を目的とした機能訓練を実施している事業所の評価 ★)

II 1.A.(2)①ウ.再掲

- ③ 事業所が利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員が、ADL・IADL の維持・向上を目的として実施する個別の機能訓練を実施する場合には、新たな加算として評価する。

(重度者への対応の強化) II 1.A.(3)⑥再掲

- ④ 重度者の増加に対応するため、急変の予測や早期発見等のために看護職員に

よる定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合には、新たな加算として評価する。

(長期利用者の基本報酬の適正化) II 3.(1)④再掲

- ⑤ 長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続 30 日を超える利用者)については、基本報酬の評価を適正化する。

(緊急時における短期利用や宿泊ニーズへの対応 ★) II 1.A.(2)①エ.再掲

- ⑥ 基準該当短期入所生活介護の提供について、一定の条件下において、専用の居室以外の静養室等での実施を可能とする。また、小規模多機能型居宅介護事業所に併設して実施することを可能とし、その場合には、浴室・トイレ等について共用を可能とする。

さらに、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において、登録者以外の短期利用を可能とする。

(2) 短期入所療養介護

(リハビリテーションの評価の見直し ★)

介護老人保健施設における短期入所療養介護において、算定率の高いリハビリテーション機能強化加算を基本サービス費に包括化する。また、当該加算の要件のうち、個別リハビリテーションについては、計画の策定については、個別リハビリテーション実施加算の要件に位置づける。

6. 特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む)

(サービス提供体制強化加算の創設 ★)

- ① 今般の制度改正により、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ことに伴い、有料老人ホーム等の特定施設の役割が拡大することが見込まれている。このため、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、介護老人福祉施設と同様に、サービス提供体制強化加算を創設する。

(認知症専門ケア加算の創設 ★) II 1.A.(3)⑦再掲

- ② 認知症高齢者の増加に対する評価や、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。

(看取り介護加算の充実) II 1.C.(2)再掲

- ③ 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、以下のとおり新たな要件を追加し、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。

- (ア) 入居者の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの入居者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
- (イ) 介護記録、検査データその他の入居者に係る資料により、入居者の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、入居者及びその家族等への説明を適宜実施すること
- (ウ) 施設における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

(要支援2の基本報酬の見直し)

- ④ 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、この見直しに合わせて、要支援2の基本報酬の評価も見直す。

(短期利用の要件緩和)

- ⑤ 空き部屋を活用した短期利用については、都市部などの限られた資源を有効に活用しつつ、地域における高齢者の一時的な利用の円滑化を図るため、経験年数要件については複数の施設を運営する場合等を想定して事業者としての経験を評価する方式に見直すとともに、本来入居者の入居率を 80%以上確保するという要件を撤廃する。

(法定代理受領の同意書の廃止 ★)

- ⑥ 事業者が介護報酬を代理受領する要件として、有料老人ホームのみ、国民健康保険団体連合会に対して入居者の同意書を提出することが義務づけられているが、老人福祉法の改正により、前払金を受領する場合は、その算定根拠を書面で明らかにすることが義務づけられていることから、この要件を撤廃する。

(養護老人ホームにおけるサービス提供のあり方の見直し ★)

- ⑦ 養護老人ホームについて、個別に要介護者に対して委託による訪問介護等を提供する外部サービス利用型だけではなく、施設自体に介護職員等を配置することで多くの要介護者に対して効率的にサービスを提供することが可能な一般型とすることができることとする。

7. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

(複数の福祉用具を貸与する場合の価格の適正化 ★) II 3.(1)⑤再掲

- ① 福祉用具の貸与価格について、複数の福祉用具を貸与する場合は、給付の効率化・適正化の観点から、予め都道府県等に減額の規程を届け出ることにより、通常の貸与価格から減額して貸与することを可能とする。

(福祉用具専門相談員の資質の向上 ★)

- ② 福祉用具専門相談員の指定講習内容の見直しを踏まえ、現に従事している福祉用具専門相談員について、福祉用具貸与(販売)に関する必要な知識の修得及び能力の向上といった自己研鑽に常に努めることとする。

8. 地域密着型サービス

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

(訪問看護サービスの提供体制の見直し) II 1.A.(1)①ア.再掲

- ① 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について、他の訪問看護事業所との契約に基づき、当該訪問看護事業所に行わせることを可能とする。

(通所サービス利用時の減算の改善) II 1.A.(1)①イ.再掲

- ② 通所介護等の利用の有無による1日あたりの訪問回数に大きな差異がないことを踏まえ、現行の減算率を緩和する。

(オペレーターの配置基準等の緩和) II 3.(5)③再掲

- ③ 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。

(介護・医療連携推進会議及び外部評価の効率化)

- ④ 介護・医療連携推進会議と外部評価は、ともに「第三者による評価」という共通の目的であることを踏まえ、事業所が引き続き、自らその提供するサービスの質の評価(自己評価)を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する介護・医療連携推進会議に報告した上で公表する仕組みとする。

(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)

II 3.(2)②再掲

- ⑤ 集合住宅におけるサービス提供について、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。)に居住する利用者の介護報酬を新たに減算する仕組みを設ける。

(2) 小規模多機能型居宅介護

(訪問サービスの機能強化) II 1.A.(1)②再掲

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用者について、在宅生活の継続を促進する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、訪問を担当する従業者を一定程度配置するとともに、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は、新たな加算として評価する。

また、小規模多機能型居宅介護の利用者について、在宅生活の継続を促進する観点から、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。

(登録定員等の緩和 ★)

- ② 小規模多機能型居宅介護の登録定員を 29 人以下とする。あわせて、登録定員が 26 人以上 29 人以下の指定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、「機能を十分に発揮し得る適当な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 人以下とすることを可能とする。

なお、宿泊サービスに係る利用定員については、利用状況等を踏まえ、現行のとおりとする。

(看取り期における評価の充実) II 1.C.(1)再掲

- ③ 中重度の要介護者への対応の更なる強化を図るため、看取り期における評価について、看護師による 24 時間連絡体制が確保されていること、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に加え、医師・看護師・介護職員等が共同して必要に応じて利用者又は家族への説明を行う場合等について、新たな加算として評価する。

(運営推進会議及び外部評価の効率化 ★)

- ④ 運営推進会議と外部評価は、ともに「第三者による評価」という共通の目的を有することを踏まえ、事業所が引き続き、自らその提供するサービスの質の評価(自己評価)を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告した上で公表する仕組みとする。

(看護職員の配置要件、他の訪問看護事業所等との連携) II 3.(5)④ 一部再掲

- ⑤ 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加える。★

また、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は、新たな加算として評価する。

(地域との連携の推進 ★)

- ⑥ 小規模多機能型居宅介護の地域との連携を推進していくため、小規模多機能型居宅介護事業所と同一敷地内に併設する事業所が新総合事業を行う場合は、利用者の処遇に支障がないことを前提に、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が、新総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等の職務と兼務することを可能とするとともに、事業所の設備(居間及び食堂を除く)について、新総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等との共用を可能とする。

(同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し ★) II 3.(2)③再掲

- ⑦ サービスの提供実態を踏まえ、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。)に居住する利用者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設定する。

(事業開始時支援加算の見直し ★)

- ⑧ 事業所開始時支援加算については、平成 26 年度末までの経過措置であることから、現に定めるとおり、廃止する。

(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 ★) II 3.(5)⑤再掲

- ⑨ 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。

(小規模多機能型居宅介護と広域型特別養護老人ホームとの併設 ★)

- ⑩ 小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に併設できる施設・事業所については、広域型の特別養護老人ホームなどの社会福祉施設や介護老人保健施設との併設を認めていない取扱いを見直し、施設類型に関わらず、小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえた上で、市町村が個別に判断できるように見直す。

(中山間地域等における小規模多機能型居宅介護の推進 ★)

- ⑪ 中山間地域等に居住している利用者に対して、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。

(3) 複合型サービス

(看護体制の機能に伴う評価の見直し) II 1.A.(1)③再掲

- ① 複合型サービスは、医療ニーズのある中重度の要介護者が在宅での療養生活を送ることを支援するサービスとして創設されたが、現在の登録利用者にサービス提供されている看護の実態に偏りが見られることや、今後は利用者の重度化に伴い訪問看護の重要性が高まることが想定されることから、現行の基本報酬において、看護提供体制を評価した減算と加算を設ける。

また、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。

(同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し) II 3.(2)③再掲

- ② サービスの提供実態を踏まえ、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。)に居住する利用者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設定する。

(登録定員等の緩和)

- ③ 複合型サービスの登録定員を 29 人以下とする。あわせて、登録定員が 26 人以上 29 人以下の指定複合型サービス事業所について、当該事業所の居間及び食堂を合計した面積が、「機能を十分に発揮し得る適当な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 人以下とすることを可能とする。なお、宿泊サービスに係る利用定員については、利用状況等を踏まえ、現行のとおりにする。

(運営推進会議及び外部評価の効率化)

- ④ 運営推進会議と外部評価は、ともに「第三者による評価」という共通の目的を有することを踏まえ、事業所が引き続き、自らその提供するサービスの質の評価(自己評価)を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告した上で公表する仕組みとする。

(サービス名称の変更)

- ⑤ サービスの普及に向けた取組の一環として、医療ニーズのある中重度の要介護者が地域での療養生活を継続できるよう、「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」を組み合わせることで、利用者や家族への支援の充実を図るというサービス内容が具体的にイメージできる名称として、「看護小規模多機能型居宅介護」に改称する。

(事業開始時支援加算の延長)

- ⑥ 事業開始時支援加算については、平成 26 年度末までの時限措置としていたが、現在の加算の算定状況や収支状況等を踏まえ、今後も更なる整備促進を図る観点から、平成 29 年度末まで延長する。

(4) 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共通事項(小規模多機能型居宅介護のみ★)

(総合マネジメント体制強化加算の創設等) II 1.A.(1)④再掲

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を提供する事業所は、日々変化する利用者の状態を確認しつつ、一体的なサービスを適時・適切に提供することが求められる。

このため、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必要があり、通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」が存在する。当該コストは、現行もそれぞれの基本サービス費の中で手当されているが、より効果的・効率的に利用者を主体とした在宅における生活の継続を可能とする観点から、積極的な体制整備に係る評価として、総合マネジメント体制強化加算を創設するとともに、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。

(5) 認知症対応型共同生活介護

(夜間の支援体制の充実 ★) II 1.A.(3)⑧再掲

- ① 夜間ケア加算について、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。

(看取り介護加算の充実) II 1.C.(2)再掲

- ② 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における看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり新たな要件を追加し、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。
- (ア) 利用者の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの利用者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
 - (イ) 介護記録、検査データその他の利用者に係る資料により、利用者の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、利用者及びその家族等への説明を適宜実施すること
 - (ウ) 事業所における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

(ユニット数の見直し ★)

- ③ 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。

(同一建物に併設できる施設・事業所の範囲の見直し ★)

- ④ 認知症対応型共同生活介護事業所と同一建物に併設できる施設・事業所については、家庭的な環境と地域住民との交流の下、認知症対応型共同生活介護が適切に提供されるものと認められる場合には、併設を可能とする。

(6) 認知症対応型通所介護

(利用定員の見直し ★) II 1.A.(3)⑨再掲

- ① 共用型認知症対応型通所介護の利用定員について、認知症対応型共同生活介護事業所が認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、「1ユニット3人以下」に見直す。

(運営推進会議の設置 ★)

- ② 地域との連携や運営の透明性を確保するため、平成28年度から「運営推進会議」の設置を義務づけるなど、地域密着型通所介護の新たな基準を踏まえ、地域との連携等に関する規定について所要の基準改正を行う。

(夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化 ★)

- ③ 認知症対応型通所介護事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス(宿泊サービス)を実施している事業所については、届出を求めるとし、事故報告の仕組みを設けるとともに、情報公表を推進する。

(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(サテライト型特養の本体施設に係る要件の緩和)

サテライト型地域密着型介護老人福祉施設の本体施設として認められる対象について、現行の「指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は病院若しくは診療所」に加え、「指定地域密着型介護老人福祉施設」を追加する。

9. 介護予防サービス

(基本報酬の見直し) II 3.(1)⑥再掲

介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、介護予防を目的としたものとして包括的に評価しているが、通所介護とは異なり、いわゆる「レスパイト機能」を有していないことから、長時間の利用は想定されない。

このため、介護予防サービスのあり方と提供実態を踏まえた上で、通常規模型通所介護及び通常規模型通所リハビリテーションの基本報酬の評価と整合性が図られるように適正化を行う。

10. 介護保険施設等

(1) 介護老人福祉施設(地域密着型を含む)

(看取り介護加算の充実) II 1.C.(2)再掲

- ① 看取り介護加算については、入所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、介護福祉施設サービスにおける看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり新たな要件を追加し、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。
 - (ア) 入所者の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの入所者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
 - (イ) 介護記録、検査データその他の入所者に係る資料により、入所者の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、入所者及びその家族等への説明を適宜実施すること
 - (ウ) 施設における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

(「特別養護老人ホーム」の職員に係る専従要件の緩和) II 3.(5)⑥再掲

- ② 「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する。

(日常生活継続支援加算のサービス提供体制強化加算への一元化)

- ③ 「介護福祉士の手厚い配置」と「重度の入所者の受入れ」を同時に評価している日常生活継続支援加算については、同じく介護福祉士の手厚い配置を評価するサービス提供体制強化加算と要件が重複していること等を踏まえ、サービス提供体制強化加算によって一元的に評価する。

(在宅・入所相互利用加算の充実) II 1.A.(2)②再掲

- ④ 在宅・入所相互利用加算については、地域住民の在宅生活の継続を支援するため、当該加算の利用を促進する観点から、「同一個室」の利用を求めていることや、要介護3以上に利用者を限っていることについて見直すとともに、関係者との連携・調整の実施を適切に評価した単位数とする。

(障害者生活支援員に係る加算の拡大)

- ⑤ 障害者生活支援員に係る加算の対象となる障害者について、65歳以前より精神障害を有し、特別なケアが必要と考えられる重度の精神障害者を新たに追加する。これに併せて、同加算で配置を評価している「障害者生活支援員」について、精神障害者に対する生活支援に関し専門性を有する者を新たに追加する。

(多床室における居住費負担の見直し) II 3.(1)⑦再掲

- ⑥ 介護老人福祉施設の多床室については、事実上の生活の場として選択されていることを踏まえ、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者の居住費について、現行の光熱水費相当

分に加え、室料相当分の負担を求める。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、多床室については、プライバシーに配慮した居住環境改善に向けた取組についても進める。

（基本報酬の見直し）

- ⑦ 介護老人福祉施設の基本サービス費については、「経済財政運営と改革の基本方針 2014」（いわゆる「骨太の方針」）など様々な指摘がある中で、引き続き収支差が高い水準を維持していることを踏まえ、評価を適正化する。

（2）介護老人保健施設

（在宅復帰支援機能の更なる強化）Ⅱ1.A.(2)③再掲

- ① 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する。

（施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援）Ⅱ1.C.(3)再掲

- ② 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。
 - （ア）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
 - （イ）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

（看護・介護職員に係る専従常勤要件の緩和）Ⅱ3.(5)⑦再掲

- ③ 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ついては、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ができる旨を明確化する。

（3）介護療養型医療施設

（機能に応じた評価の見直し）Ⅱ1.C.(4)再掲

今後、医療ニーズの高い中重度の要介護者への対応の更なる強化が必要となる中で、介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っていると同時に、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設として

の機能を担っている。このため、介護療養型医療施設が担っているこれらの機能について、今後も確保していくため、以下のとおり新たな要件を設定した上で、重点的に評価する。

- (ア) 入院患者のうち、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が一定割合以上であること
- (イ) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること
- (ウ) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること
- (エ) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること
- (オ) 地域に貢献する活動を実施していること

(4) 介護保険施設等における基準費用額の見直し

多床室における居住費については、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、見直しを行う(短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においても同様の見直しを行う)。

(5) 介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。)

(経口維持加算の充実) II 1.D.(1)再掲

- ① 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のための適正なサービスの供給及びその内容を充実させる観点から、現行のスクリーニング手法による評価区分を廃止し、多職種による食事観察(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管理を評価する。

(経口移行加算の充実) II 1.D.(2)再掲

- ② 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咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能面の取組を充実させる。

(加算内容に応じた名称の変更) II 1.D.(3)再掲

- ③ 口腔機能維持加算、口腔機能維持管理体制加算については、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため、口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算に名称を変更する。

(療養食加算の見直し) II 1.D.(4)再掲

- ④ 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。

11. その他

(1) 介護職員の処遇改善

(処遇改善加算の拡大) II 2.(1)再掲

- ① 処遇改善加算については、介護職員の処遇改善が後退しないよう現行の加算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行うための区分を創設する。

介護職員の処遇を含む労働条件については、本来、労使間において自律的に決定すべきものである。他方、介護人材の安定的確保及び資質の向上を図るためには、給与水準の向上を含めた処遇改善が確実かつ継続的に講じられることが必要である。

平成 24 年度介護報酬改定においても、このような考え方のもと、処遇改善加算は「例外的かつ経過的な取扱い」として設けられた経緯があり、平成 25 年度の「介護従事者処遇状況等調査結果」の総括において、処遇改善加算の創設とその後の更なる普及により、安定的かつ継続的な処遇改善につながっているものの、「賃金体系等の人事制度の整備等について、依然として改善の余地がある」と指摘されたことを踏まえると、引き続き、事業主による資質向上に向けた取組を進めるとともに、労働者も主体的・積極的にキャリアアップに取り組むことが必要である。

このため、現時点においてはその取組の途上にあると考えられることから、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するため、現行の処遇改善加算を維持しつつ、更なる資質向上を前提とした評価を実施していくことが適切と考える。

処遇改善加算の将来的な取扱いについては、引き続き検討することが適当である。

(サービス提供体制強化加算の拡大) II 2.(2)再掲

- ② 介護福祉士については、継続的に専門性を高めることを前提とし、介護職の中核的な役割を担う存在として位置づける方向性が示されていることを踏まえ、介護福祉士の配置がより一層促進されるよう、サービス提供体制強化加算の要件については、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価するための区分を創設する。

また、処遇改善に向けた取組を一層推進する観点から、処遇改善加算と同様に、サービス提供体制強化加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

- (※) なお、介護人材確保に当たっては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、現行の都道府県による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すことが求められる。具体的には、事業者の取組がより促進される仕組みとなるよう、各事業所

の基本情報に教育訓練のための制度、各種研修、キャリア段位制度の取組等、従業者の資質向上に向けた取組状況を追加する。また、勤務時間、賃金体系、休暇制度、福利厚生、離職率など従業者が事業所を選択する際に最低限必要と考えられる項目について、事業所が自ら直接公表できる仕組みとする。

(2) サービス評価の適正化

(基本的な考え方) II 3.(1)①再掲

「経済財政運営と改革の基本方針 2014」(いわゆる「骨太の方針」)を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、I 2. の基本的な考え方に基づき、「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」や「介護人材確保対策の推進」の視点を踏まえた対応が必要である。

(3) 地域区分

(基本的な考え方)

地域区分については、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、客観的に地域区分を設定する観点から、公務員(国家公務員又は地方公務員(以下同じ。))の地域手当の設定に準拠する。また、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」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。

また、広域連合を構成する自治体が適用されている地域区分の割合が異なる場合は、構成する自治体間の協議により、その自治体が適用されている区分の範囲内で設定する。

これらの見直しに当たっては、自治体の意見を聴取した上で必要な経過措置を講じる。

また、各サービスの人件費割合については、各サービスの人員配置基準に基づき、実態を精査の上で、必要に応じて見直しを行う。

なお、地域区分は、地域間における人件費の差を勘案して、地域間の介護保険費用の配分方法を調整するものであることから、財政的な増減が生じないよう財政中立で行うことが原則である。

一方、地域区分の設定方法として、介護人材確保での近隣自治体との均衡を考慮し、地域の実情を踏まえ市町村域を超えた、より広域的な範囲において設定が可能となるようにすべきとの意見があった。

IV 今後の課題

- 平成 27 年度介護報酬改定の基本的考え方や各サービスの報酬・基準の見直し
の方向については以上のとおりであり、今回の報酬改定に基づき、「地域包括ケア
システム」の構築に向けた着実な対応が求められる。

- その上で、次回の介護報酬改定においては、介護保険制度の持続可能性という
視点とともに、質の高い介護サービスの安定的な供給とそれを支える介護人材の
確保、医療と介護の連携・機能分担、更なる効果的・効率的なサービス提供を推進
するための報酬体系の見直し、報酬体系の簡素化など、介護サービスのあるべき
方向性も踏まえた検討を行うとともに、診療報酬との同時改定も見据えた対応が必
要であり、例えば以下のような課題が考えられる。
 - 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。

 - 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及びその評価手法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、調査の精度を更に高めるため、引き続き調査設計や集
計方法を検討する。

地域密着型通所介護の基準創設に伴う整理

- 平成28年度に地域密着型通所介護が創設されることに伴い、地域との連携や運営の透明性を確保するための運営推進会議の設置など、新たに基準を設ける。
- 当該基準の創設に当たっては、現行の居宅サービス基準に係る通所介護に関する規定を参考としつつ、地域密着型サービス特有の観点を踏まえた基準を規定する必要があるとあり、療養通所介護も同旨の改正を行う（平成28年度施行）。
- また、「通所介護」であるという観点から、認知症対応型通所介護に関する規定についても、同旨の改正を行う（平成28年度施行）。

	地域との連携に関する規定		
	運営推進会議の設置 (おおむね6月に1回以上)	事業運営にあたっての 地域との交流	事業所と同一の建物に居住する 者以外へのサービス提供に 関する努力義務規定
地域密着型通所介護(新設)	○	○	○
療養通所介護(新設)	○(※)	○	○
認知症対応型通所介護	○	(既に規定あり)	○

※ 療養通所介護については、現行上の基準に規定されている「安全・サービス提供管理委員会」が担う機能を平成28年度以降も引き続き求めることとし、運営推進会議の設置に関する事項については一定の配慮をすることとしてはどうか。

(参考) 地域密着型サービスにおける地域との連携等に関する規定

○指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準

【以下の規定は小規模多機能型居宅介護の場合】

(地域との連携等)

第八十五条 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する区域を管轄する法第十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターの職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下この項において「運営推進会議」という。)を設置し、おおむね二月に一回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。

- 2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。
- 3 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。
- 4 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定小規模多機能型居宅介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。
- 5 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定小規模多機能型居宅介護の提供を行うよう努めなければならない。

○指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

(安全・サービス提供管理委員会の設置)

第五十五条の十七 指定療養通所介護事業者は、安全かつ適切なサービスの提供を確保するため、地域の医療関係団体に属する者、地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者その他指定療養通所介護の安全かつ適切なサービスの提供を確保するために必要と認められる者から構成される安全・サービス提供管理委員会(以下この条において「委員会」という。)を設置しなければならない。

- 2 指定療養通所介護事業者は、概ね六月に一回以上委員会を開催することとし、事件事例等、安全管理に必要なデータの収集を行うとともに、当該データ等を踏まえ、指定療養通所介護事業所における安全かつ適切なサービスの提供を確保するための方策の検討を行い、当該検討の結果についての記録を作成しなければならない。
- 3 指定療養通所介護事業者は、前項の検討の結果を踏まえ、必要に応じて対策を講じなければならない。

参考資料

（これまでの介護給付費分科会資料より抜粋）

1. 居宅介護支援

論点2

認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に
応じたケアマネジメントの提供であり、ケアマネジャーの基本の業務であることを踏まえ、
加算による評価ではなく、基本報酬に包括化し評価を見直してはどうか。

対応案

- 認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に
応じたケアマネジメントの提供であり、ケアマネジャーの基本の業務であることを踏ま
え、加算による評価ではなく、基本報酬に包括化し評価を見直す。

居宅介護支援における各種加算の取得状況

	特定事業所加算 Ⅰ	特定事業所加算 Ⅱ	初回加算	入院時情報連携 加算(Ⅰ)	入院時情報連携 加算(Ⅱ)
居宅介護支援	1.74% (0.70%)	47.85% (24.77%)	4.34%	0.91%	0.20%

※受給者に占める割合。特定事業所加算の（ ）内は加算を取得した事業所の占める割合。

	退院・退所 加算	認知症加算	独居高齢者加 算	小規模多機能 型居宅介護事 業所連携加算	複合型サービ ス事業所連携 加算	緊急時等居宅 カンファレンス 加算
居宅介護支援	1.10%	21.77% (85.47%)	12.10% (78.53%)	0.03%	0.003%	0.01%

※受給者に占める割合。認知症加算・独居高齢者加算の（ ）内は加算を取得した事業所の占める割合。

出典：介護給付費実態調査（平成26年5月審査分）

論点3

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%以上である場合については減算の適用になるが、公平・中立性の確保の更なる推進の観点から、適用割合や対象サービスの範囲を見直してはどうか。

対応案

- ケアマネジメントの質を確保する観点から、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%以上である場合について減算を適用しているが、減算を適用する割合を引き下げる方向で見直す。
- 対象サービスの範囲については、現在訪問介護、通所介護、福祉用具貸与が対象であるが、対象サービスの限定を外す方向で見直す。

※居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス

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、通所介護、通所リハビリテーション、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（利用期間を定めて行うものに限る。）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、地域密着型特定施設入居者生活介護（利用期間を定めるものに限る。）

(参考) 特定事業所集中減算における適用除外(正当な理由)の範囲

正当な理由なく、当該事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が90%以上である場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等、90%を超えることについて以下の通り正当な理由がある場合を除く。

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合

(例) 訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合

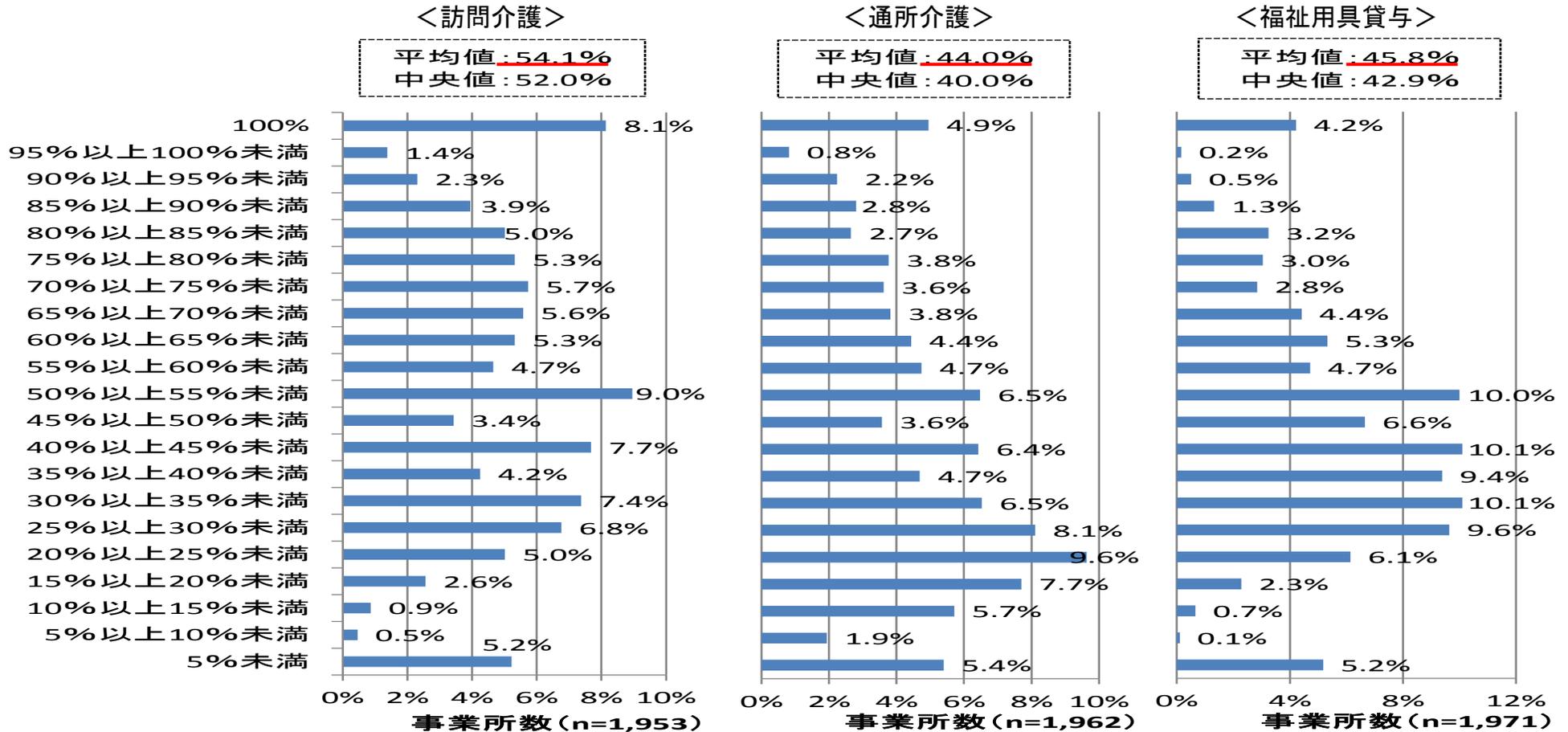
紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。

- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者集中していると認められる場合
- ⑤ その他正当な理由と都道府県知事(指定都市及び中核市においては、指定都市又は中核市の市長)が認めた場合

紹介率最高法人の占める割合

○各事業所のケアプランに位置づけられるサービスについて、紹介率最高法人(※)が占める平均割合を見ると、訪問介護で54.1%、通所介護で44.0%、福祉用具貸与で45.8%となっている。

紹介率最高法人への集中度別の事業所割合

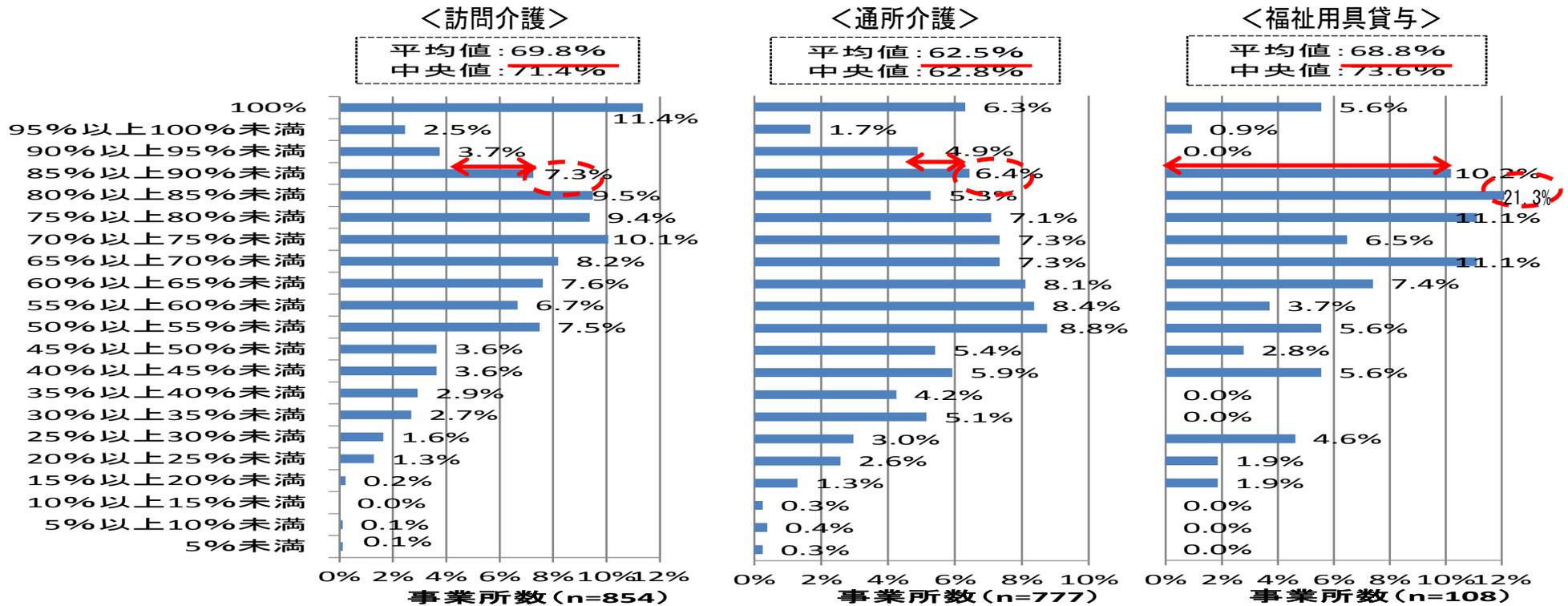


※紹介率最高法人とは、利用者それぞれのケアプランに位置付けられた同一のサービスについて、当該サービスを提供する法人のうち、最も多く利用されている法人のこと。
 【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業 速報値」

紹介率最高法人の占める割合（サービス提供事業所が居宅介護支援事業所と併設の場合）

- サービス提供事業所が居宅介護支援事業所と併設している場合、紹介率最高法人(※)の占める平均割合はそれぞれ69.8%、62.5%、68.8%と増加しており、サービス提供事業所と併設の場合は、特定事業所への集中が大きい傾向となっている。
- 90%以上95%未満と85%以上90%未満の間で、紹介率最高法人の占める割合の差が大きい状況が見られる。
- 紹介率最高法人の占める割合が90%から80%の間で、一旦高くなる状況が見られる。

紹介率最高法人への集中度別の事業所割合
(各サービスの提供事業所が併設している場合)



※紹介率最高法人とは、利用者それぞれのケアプランに位置付けられた同一のサービスについて、当該サービスを提供する法人のうち、最も多く利用されている法人のこと。

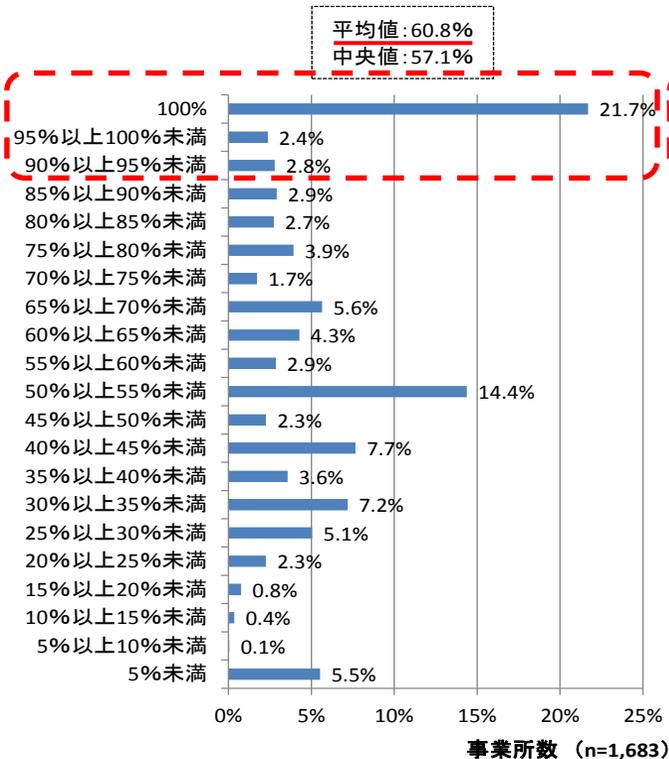
【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業 速報値」

特定事業所への集中度別の事業所数割合（通所リハビリテーション）

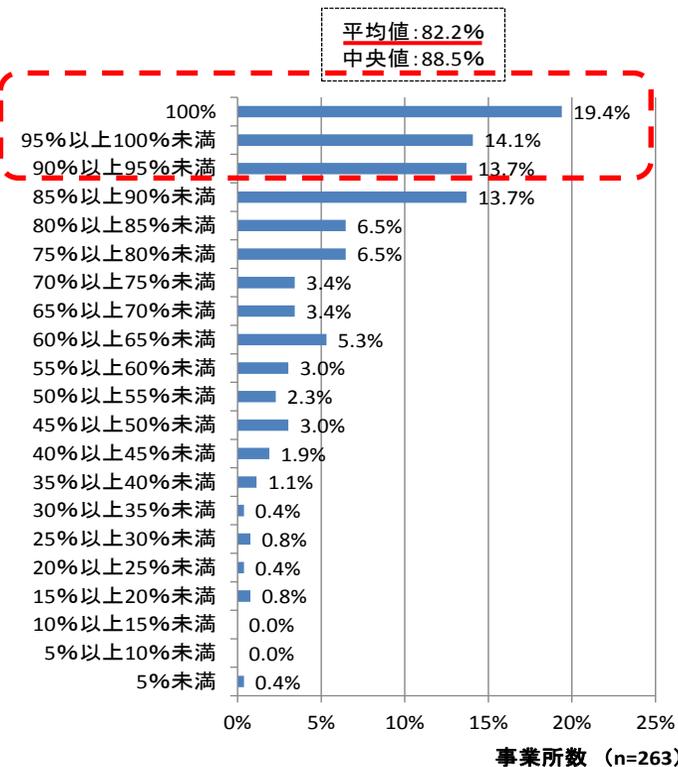
○通所リハビリテーションについて、紹介率最高法人が占める割合の平均は60.8%であり、居宅介護支援事業所とサービス提供事業所が併設する場合は82.2%に増加する。

○各サービスについて紹介率最高法人への集中度が90%以上の場合でも特定事業所集中減算が適用されている割合は少ない。正当な理由があり、減算の対象外となっている場合が多いと見られる。

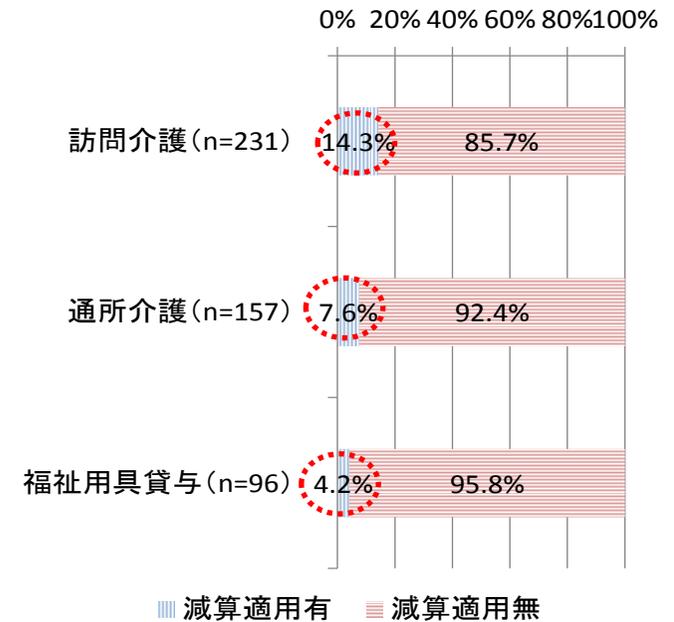
通所リハビリテーションの
紹介率最高法人への集中度別事業所割合



通所リハビリテーションの
紹介率最高法人への集中度別事業所割合
(提供事業所が併設している場合)



紹介率最高法人への集中度90%以上の
事業所における特定事業所集中減算適用状況



論点4

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、算定要件の見直しを図ってはどうか。

対応案

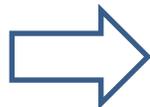
- 質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価という観点から、主任介護支援専門員等の人員配置要件の強化や、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備について、算定要件に追加する。
- 特定事業所加算の算定要件のうち、「要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の50以上であること。」については、実態に即した緩和を行う。

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の推進について

【イメージ図】

〔現行〕

特定事業所加算 I



〔改正案〕(要件に変更のある部分)

(新)特定事業所加算 I (特定事業所加算 I 相当/月)

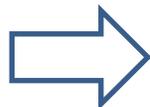
- ・主任介護支援専門員の人員配置要件の強化
- ・中重度の利用者の占める割合の要件の緩和
- ・法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

(新)特定事業所加算 II (特定事業所加算 II + α /月)

- ・介護支援専門員の人員配置要件の強化
- ・法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備



特定事業所加算 II



(新)特定事業所加算 III (特定事業所加算 II 相当/月)

- ・法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

(参考) 特定事業所加算の算定要件について

特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを提供する事業所に対する加算

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月
- ・ 特定事業所加算（Ⅱ） 300単位／月

【特定事業所加算（Ⅰ）】

- ① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

【特定事業所加算（Ⅱ）】

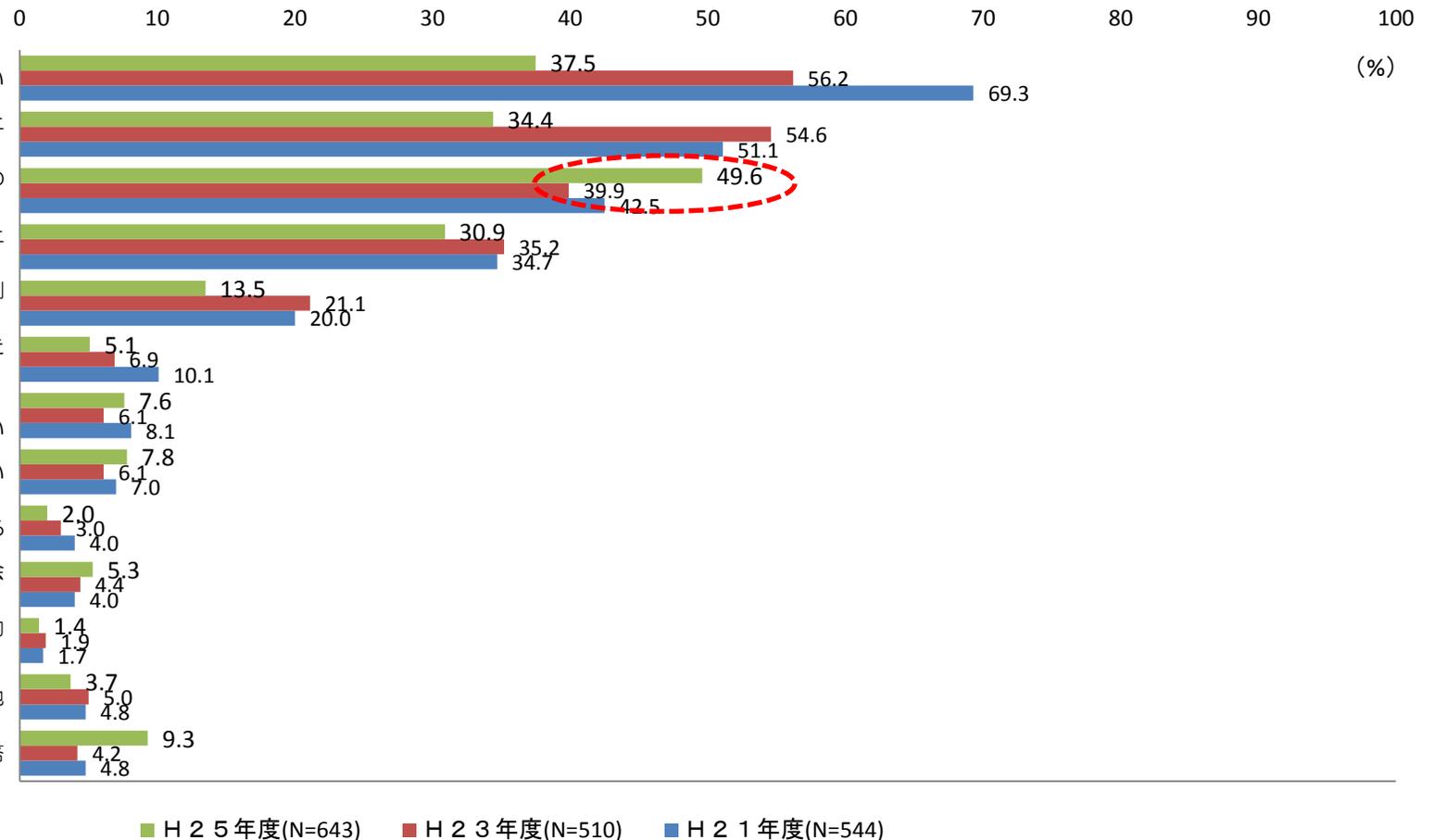
- 特定事業所加算（Ⅰ）の①、③、④、⑥、⑦、⑨及び⑩を満たすこと並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

※（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。

特定事業所加算が取れない理由

○ 必要な人員を配置すること、中重度者の受入れが困難なことが加算を取得しにくい理由となっている。

特定事業所加算が取れない理由（複数回答）

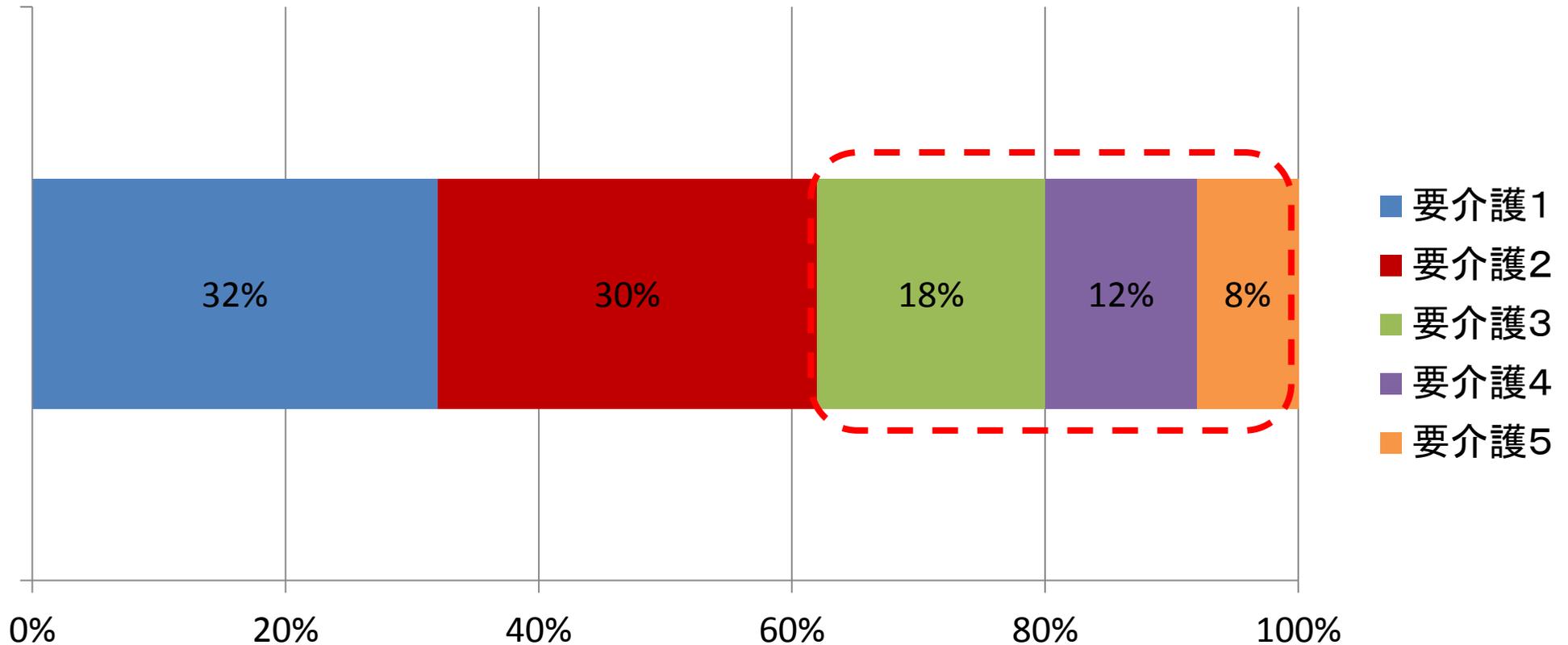


出典(株)三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成25・21年度・19年度老人保健健康増進等事業)
 (株)三菱総合研究所「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」(平成23年度老人保健健康増進等事業)
 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」(平成21・24年度)

居宅介護支援における要介護度別利用者数の割合

○ 居宅介護支援における要介護度別利用者数の割合については、要介護状態区分3、4及び5で38%を占める。

居宅介護支援における要介護度別利用者数の割合



【出典】厚生労働省「介護給付費実態調査報告」(平成25年5月～平成26年4月分)

主任介護支援専門員の概要と研修受講者数

- 主任介護支援専門員研修は、平成18年度から平成24年度までの累計で4万3千人以上が受講している。

主任介護支援専門員の概要

【業務内容】

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務を実施。

【役割】

他の介護支援専門員に適切な助言・指導を行うことができ、また、地域における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたつてフォーマルサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善できるような提案などを行うことが求められる。

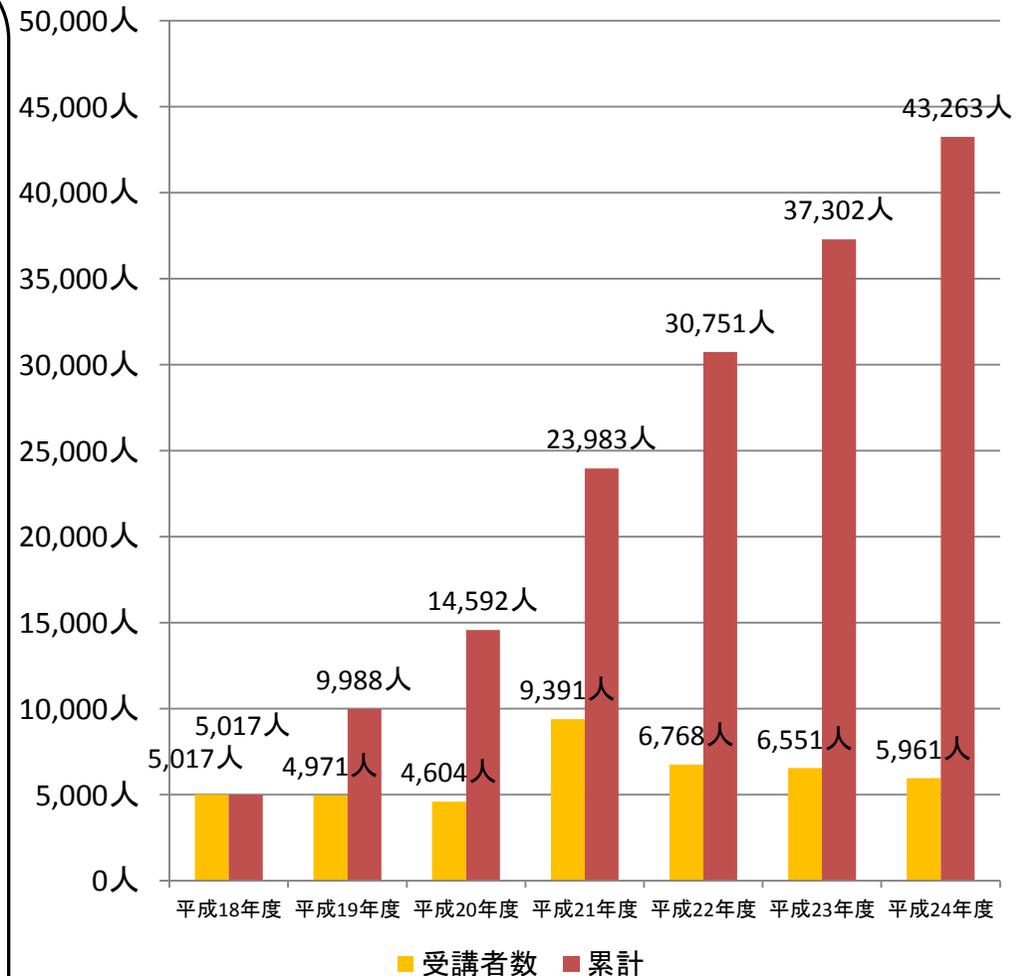
【活動の場】

- 「地域包括支援センター」における指導者的介護支援専門員
- 一定規模以上の事業所で、他の介護支援専門員に対する助言・指導など

【受講要件】

介護支援専門員として一定の実務経験（実務経験5年以上の専従者等）

主任介護支援専門員研修事業受講者数



【出典】厚生労働省調べ

介護支援専門員実務研修における実習について

介護支援専門員研修課程の見直しに伴い、実務研修の実習については、

- ・ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会
- ・実施上の効果を高めるため、指導方法を強化

の観点で内容を見直し、実施要綱(※)において、実習における留意点を新たに記載
このため、実務研修の実習の実施に当たっては、居宅介護支援事業所の協力が必要

※「介護支援専門員資質向上事業の実施について」(平成26年7月4日老発0704第2号)
(別紙1)介護支援専門員実務研修実施要綱

介護支援専門員実務研修実施要綱(抜粋)

4 研修実施上の留意点

(1) 研修実施方法

イ 実習における留意点

実習先としては、特定事業所加算を取得している事業所のような指導体制が整っている事業所で行うことが適切であり、主任介護支援専門員が配置されている事業所に協力してもらうことが適当である。

実習に当たっては、一つの事例だけではなく、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験することが効果的であり、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントプロセス(同行等による利用者の居宅訪問、サービス担当者会議開催のための準備や当該会議への同席も含む)を経験することが適当である。なお、実習期間中にサービス担当者会議が開催される機会がなく、会議に同席できなかった場合には、実習先の指導者によって、サービス担当者会議の準備や会議当日の議事進行の方法等を説明することにより理解を促すこと。

実習においては、事前に実習に係る対象者等の同意を得るとともに、特に対象者の安全の確保や知り得た秘密の厳守について万全を期すよう受講者に周知徹底すること。

論点5

新しい総合事業の導入に伴い、多様な主体により多様な形態で提供されるサービスが介護予防サービス計画に位置付けられていくことを踏まえ、適正に評価し、基本報酬を見直してはどうか。

対応案

- 介護予防支援について、予防訪問介護と予防通所介護が新しい総合事業に移行することに伴い、多様な主体により多様なサービス形態で提供されるようになり、介護予防サービス計画に位置付けられていくことを踏まえ、適正に評価し、基本報酬を見直す。

新しい総合事業のサービスの類型について

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。

○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービスの例			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

新しい総合事業のサービスの類型について

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービスの例		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

2. 訪問系サービス

(1) 訪問介護

論点1

在宅での中・重度要介護者の支援を促進するため、定期巡回・随時対応サービスの普及とあわせ、1日複数回サービスを提供する選択肢の1つとして、20分未満の身体介護の算定要件を見直してはどうか。

対応

- 夜間・深夜・早朝時間帯について、日中時間帯と同様に、要介護3以上であって一定の要件を満たす者に限り算定を認める。
- 「20分未満の身体介護」を算定する利用者に係る1月あたりの訪問介護費は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(一体型(訪問看護サービスを行わない場合))における当該利用者の要介護度に対応する単位数の範囲内とする。
- 「20分未満の身体介護」を算定する場合、同一建物居住者へのサービス提供に係る減算割合を引き上げる。

20分未満の身体介護の算定要件について

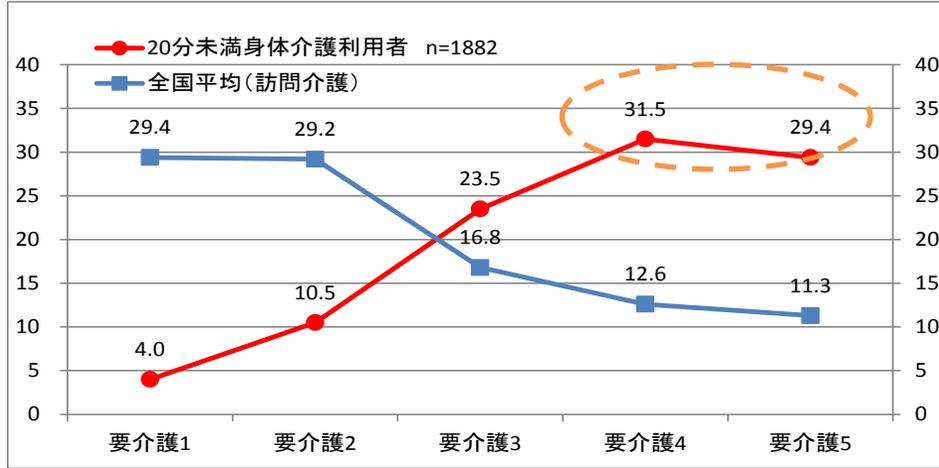
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第19号）
- 厚生労働大臣が定める基準（平成24年3月13日厚生労働省告示第96号）

夜間・深夜早朝	算定要件なし
日中	以下の要件を全て満たす
利用対象者	<ul style="list-style-type: none">・要介護3から要介護5までの者であり、障害高齢者の日常生活自立度ランクB～Cの利用者・当該利用者に係るサービス担当者会議（サービス提供責任者が出席するものに限る。）が、3月に1度以上開催されており、当該会議において、1週間のうち5日以上、夜間又は早朝の時間帯を含めた20分未満の身体介護が必要と認められた者であること。
体制要件	<ul style="list-style-type: none">・毎日、深夜帯を除く時間帯（6:00～22:00）を営業時間として定めていること。・常時、利用者又は家族等からの連絡に対応できる体制にあること。・「定期巡回・随時対応サービスの指定を受けている」又は「定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があり、実施に関する計画を策定している」こと。
留意事項	<ul style="list-style-type: none">・単なる見守り・安否確認のみのサービスによる算定は認めない

短時間訪問介護の現状について①

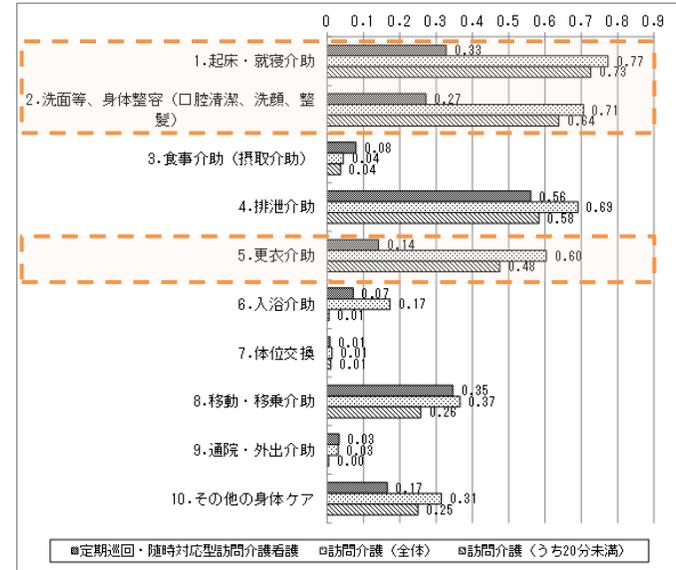
- 要介護4～5が合わせて60.9%を占め、重度者の割合が高い。
- 「20分未満の身体介護」の平成25年度における算定状況は、訪問介護全体と比べて増加率が高く(対前年比1.79倍)、特に夜間帯のみ算定が認められている要介護1(同2.25倍)及び要介護2(同2.04倍)の増加率が高い。

「20分未満の身体介護」利用者の要介護度別割合



全国平均:平成23年介護サービス施設・事業所調査より訪問介護利用者n=21315

「20分未満の身体介護」のサービス内容(要介護1・2)
(利用者1人あたり訪問回数/日)



訪問介護費の対前年増加率(年間)

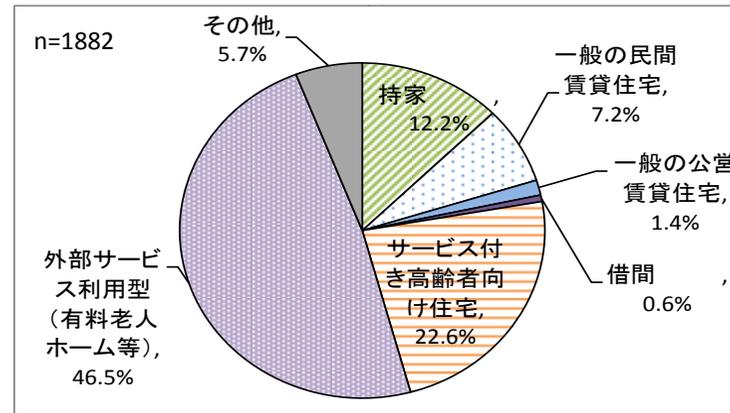
(単位:百万単位)

単位数	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問介護全体(2013)(a)	71,176	11,898	15,478	13,973	14,253	15,574
うち20分未満(b)	1,778	103	215	414	539	507
訪問介護全体(2012)(c)	68,163	11,332	14,982	13,377	13,479	14,993
うち20分未満(d)	991	46	105	225	301	315
対前年増加率(全体)(a)/(c)	1.04	1.05	1.03	1.04	1.06	1.04
対前年増加率(20分未満)(b)/(d)	1.79	2.25	2.04	1.84	1.79	1.61

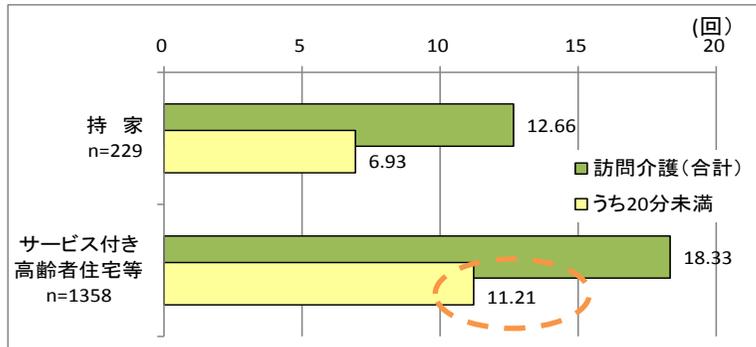
短時間訪問介護の現状について②

- 住居は「外部サービス利用型(有料老人ホーム等)」が46.5%、「サービス付高齢者向け住宅」が22.6%であり、集合住宅以外での利用が進んでいない。
- 算定要件が設けられている日中時間帯に利用がある者は約2割であり、早朝、夜間、深夜の時間帯のみ利用している者が約6割である。

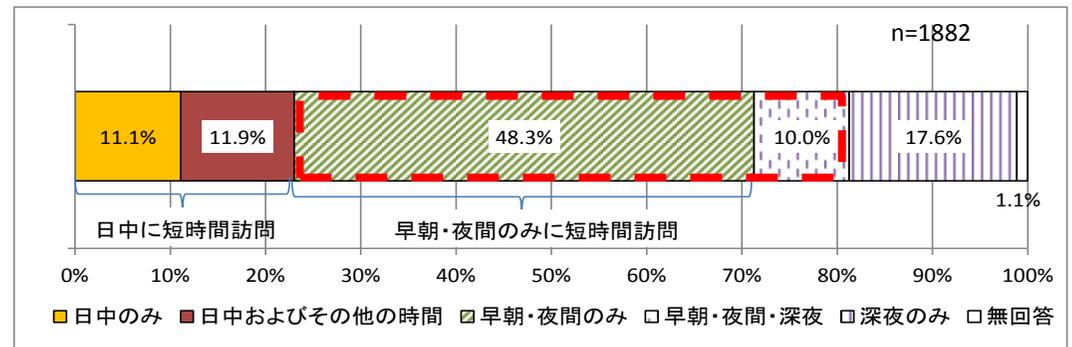
「20分未満の身体介護」利用者の住居の形



利用者1人あたり訪問回数(1週間)



「20分未満の身体介護」の時間帯別利用パターン



短時間訪問介護の現状について③

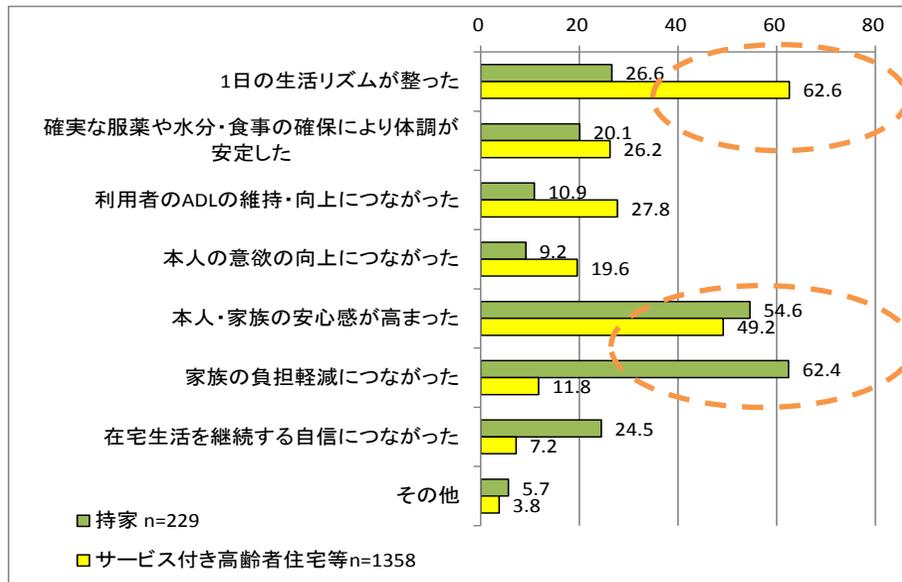
「20分未満の身体介護」の利用者への効果

○ 利用者にとっての効果としては、持家の場合は「家族の負担軽減につながった」「本人・家族の安心感が高まった」が多く、サービス付き高齢者向け住宅等では「1日の生活リズムが整った」「本人・家族の安心感が高まった」が多く、住居形態による差がみられた。

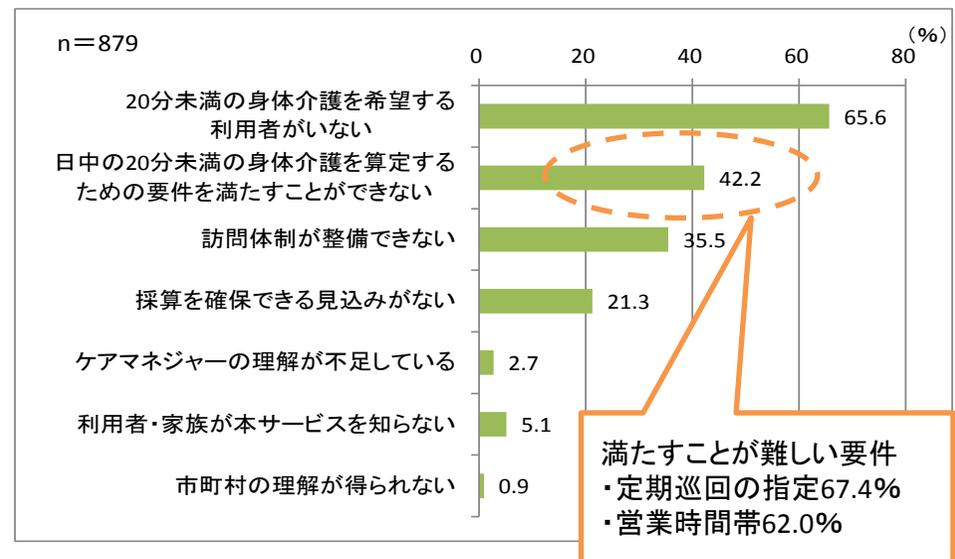
「20分未満の身体介護」の非算定の理由

○ 20分未満の身体介護を算定していない理由としては、「希望する利用者がいない」が65.6%、「日中の要件を満たすことができない」が42.2%と多かった。要件としては、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定(計画)」67.4%や「22時～翌6時までを除く時間帯を営業時間として定めること」62.0%が障壁となっている。

「20分未満の身体介護」利用者への効果【利用者票】



20分未満の身体介護を算定していない理由【非算定事業所】



論点2

在宅中重度者への対応の更なる強化を図るとともに、効率的な事業運営を図る観点から、サービス提供責任者の配置等を見直してはどうか。

対応

- 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者について、特定事業所加算による加算を行う。
- 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について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」に緩和する。

特定事業所加算の見直しについて

	算定要件	加算率
特定事業所加算Ⅰ	体制+人材(イ及びロ)+重度対応(イ)	所定単位数の20/100加算
特定事業所加算Ⅱ	体制+人材(イ又はロ)	所定単位数の10/100加算
特定事業所加算Ⅲ	体制+重度対応(イ)	所定単位数の10/100加算
特定事業所加算Ⅳ[新規]	体制+人材(新ハ)+重度対応(新ロ)	所定単位数の〇/100加算

《算定要件》

(下線部及び点線枠内は新たに規定する事項)

①体制要件

- イ 訪問介護員及びサービス提供責任者全員に個別研修計画が策定され、研修が実施または予定
- ロ 下の基準に従ってサービス提供が行われていること
 - ・利用者情報等の伝達・技術指導のための会議を定期的(概ね月1回以上)に開催
 - ・サービス提供責任者からの情報等の伝達、担当の訪問介護員からの適宜報告
- ハ 訪問介護員全員に健康診断等を定期的に実施
- ニ 緊急時等の対応方法を利用者に明示

②人材要件

- イ 訪問介護員のうち、介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者及び旧訪問介護員1級課程修了者の総数が50%以上
- ロ すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧訪問介護員1級課程修了者

新ハ 人員基準に基づき置かなければならない常勤のサービス提供責任者数を上回る数のサービス提供責任者を常勤により配置していること。
(ただし、前年度の平均利用者数が一定割合以下の事業所に限る。)

③重度対応要件

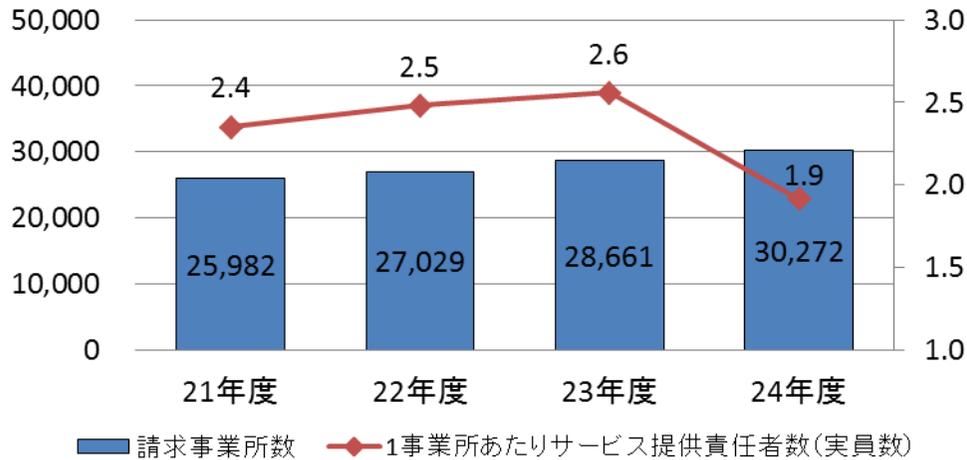
- イ 前年度又は前3カ月の利用者総数のうち、要介護4・5、認知症(日常生活自立度Ⅲ以上)の利用者並びにたんの吸引等の行為が必要な者が20%以上

新ロ 前年度又は前3カ月の利用者総数のうち、要介護3・4・5、認知症(日常生活自立度Ⅲ以上)の利用者並びにたんの吸引等の行為が必要な者が一定割合以上

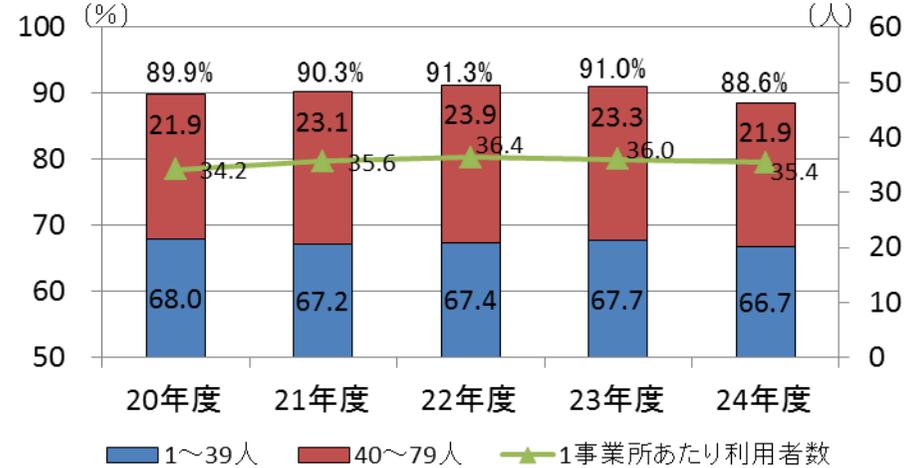
訪問介護事業所の状況

- 1事業所あたりのサービス提供責任者は、前年度と比べて減少。
- 訪問介護事業所は、1事業所あたり利用者数が80人未満の事業所が約9割を占める。
- 平均要介護度は2.4台で推移しており、要介護3以上の者が半数を占める事業所は4割に満たないなど、要介護度が比較的軽度な者による利用が多数を占める。

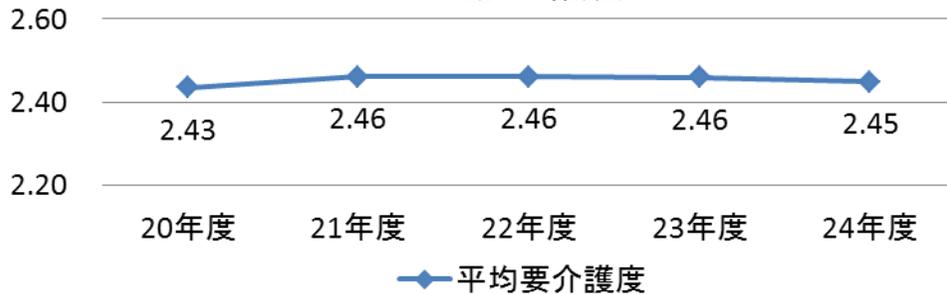
請求事業所数と1事業所あたりサービス提供責任者数



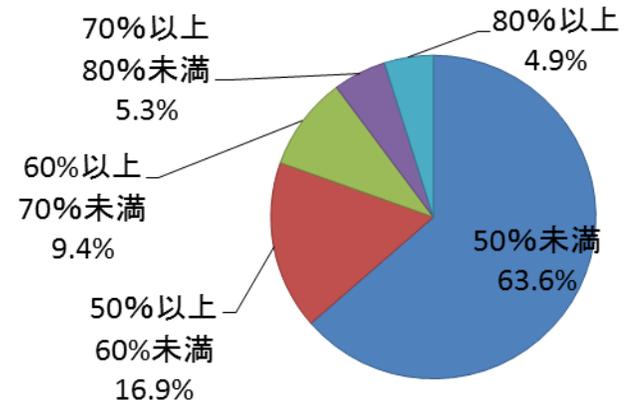
利用者が80人未満の事業所と1事業所あたり利用者数



平均要介護度



要介護3以上の利用者が占める割合別の事業所構成割合



【出典】(左)「介護サービス施設事業所調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)
 「介護給付費実態調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)」
 (右)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)
 「訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業」

訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算の取扱いについて

第111回 介護給付費分科会
(H26.10.22)資料より抜粋

2(1)③

論点3

サービス提供責任者の任用要件について、介護福祉士への段階的な移行を進める上で、平成27年4月から、減算割合を引き上げてはどうか。

対応

- 23年度の介護給付費分科会において提示した見直し方針に従い、27年4月から、サービス提供責任者減算の減算率を引き上げる。
- 減算率は、「訪問介護員3級修了者である訪問介護員に係る減算」の取扱いに準じ、△30%とする。
- ただし、減算が適用される訪問介護事業所が、人員基準を満たす他の訪問介護事業所と統合し出張所(いわゆる「サテライト事業所」)となる場合は、平成29年度末までの間、減算適用事業所を統合する訪問介護事業所全体について、当該減算を適用しないこととする。

○ 段階的な廃止 (案)

平成24年度	～	平成26年度まで	10%減算
平成27年度	～	平成29年度まで	30%減算 (一定の要件を満たす場合は減算を適用しない(平成29年度末まで))
平成30年度			サービス提供責任者の任用要件から「実務経験3年以上の訪問介護員2級課程修了者」を廃止

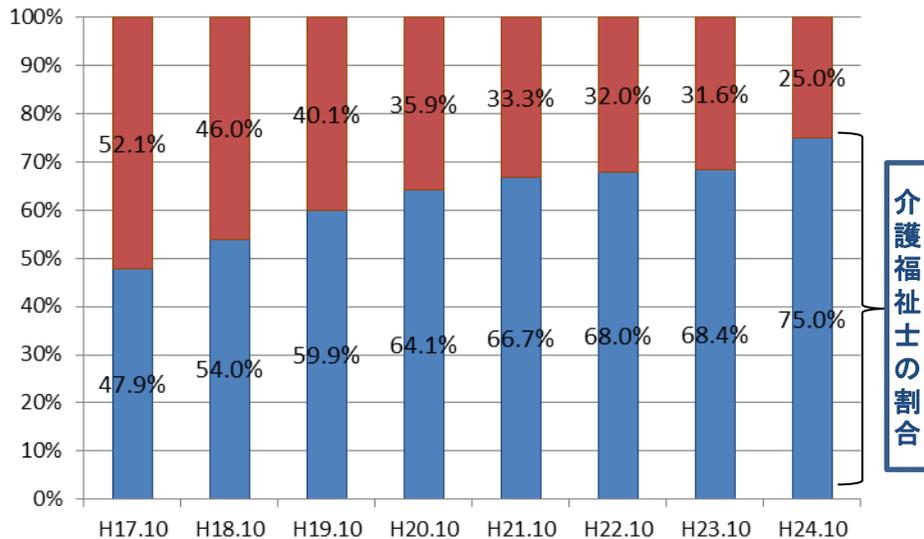
【参考】 過去の訪問介護員3級課程修了者の取扱いについて

平成15年度	～	平成17年度	10%減算
平成18年度	～	平成20年度	30%減算
平成21年度			報酬上の評価を廃止 (現に従事していた者は1年の経過措置)

訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る状況

- サービス提供責任者の任用要件である「実務経験3年以上の訪問介護員2級課程修了者」については、制度創設以来「暫定的な要件」とされている。
- サービス提供責任者のうち介護福祉士である者は着実に増加しており、訪問介護員2級課程修了者である者は9.0%である。
- 訪問介護員2級課程修了者であるサービス提供責任者に係る減算の算定事業所数は、平成26年5月審査分において383事業所(全体の1.2%)である。

サービス提供責任者に占める介護福祉士割合の推移



(出典)「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

サービス提供責任者の保有資格別の実員数(H24.10現在)

	H24.10	勤務形態別	
		常勤	非常勤
サービス提供責任者(総数)	59,471人 (100.0%)	55,048人	4,423人
うち介護福祉士	44,576人 (75.0%)	42,099人	2,477人
うち介護職員基礎研修修了者	4,597人 (7.7%)	4,369人	228人
うち訪問介護員1級課程修了者	4,777人 (8.0%)	4,462人	315人
うち訪問介護員2級課程修了者	5,370人 (9.0%)	3,967人	1,403人

2級課程修了者であるサービス提供責任者減算の算定状況

	平成24年5月審査分	平成25年5月審査分	平成26年5月審査分
請求事業所数	123	320	383
単位数	6,565,134単位	19,318,273単位	18,511,260単位

出典:「介護給付費実態調査」(老健局振興課による特別集計)

(参考)「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月老企25号)

第三の一の1(2)⑤

二級課程を修了した者であって、三年以上介護等の業務に従事したものをサービス提供責任者とする取扱いは暫定的なものであることから、指定訪問介護事業者は出来るだけ早期に、これに該当するサービス提供責任者に介護職員基礎研修若しくは一級課程の研修を受講させ、又は介護福祉士の資格を取得させるよう努めなければならないこと。

訪問介護におけるサテライト事業所

- 訪問介護では、本体事業所とは別に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所(いわゆる「サテライト事業所」)を設けることが可能であり、職員管理の一元的な運用や本体事業所と出張所との間の相互支援体制が確保されているなどの一定の要件を満たす場合には、本体の事業所に含めて指定することができる。

○指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について (平成11年9月17日老企第25号)

第二 総論

1 事業者指定の単位について

事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行うものとするが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる取扱いとする。

- ① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制(例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制)にあること。
- ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- ④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
- ⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

第三 訪問介護に関する基準

1 人員に関する基準

(1) 訪問介護員等の員数(基準第五条第一項)

- ③ 出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の訪問介護員等の勤務延時間数には、出張所等における勤務延時間数も含めるものとする。

サービス提供責任者の2級ヘルパー要件の段階的廃止について

論点3: サービス提供責任者の質の向上を図るため、3年以上の実務経験を有する訪問介護員2級課程修了者の任用要件を、段階的に廃止してはどうか。

【対応】 実務経験3年を有する2級ヘルパーのサービス提供責任者に対する減算〔新設〕(案)

訪問介護員2級課程修了者のサービス提供責任者が1人以上配置されている場合、当該事業所において提供された訪問介護サービスに係る基本単位を10%減算

(例) 身体介護30分未満 254単位×90%=229単位

注 当該サービス提供責任者の担当利用者かどうかにかかわらず事業所全体のサービス費を減算

○ 段階的な廃止(案)

平成24年度	～	平成26年度まで	10%減算
平成27年度	～	平成29年度まで	10%+α減算(減算率は次期改定時に検討)
平成30年度			サービス提供責任者の任用要件から「実務経験3年以上の訪問介護員2級課程修了者」を廃止

【参考】 過去の訪問介護員3級課程修了者の取扱いについて

平成15年度	～	平成17年度	10%減算
平成18年度	～	平成20年度	30%減算
平成21年度			報酬上の評価を廃止(現に従事していた者は1年の経過措置)

論点4

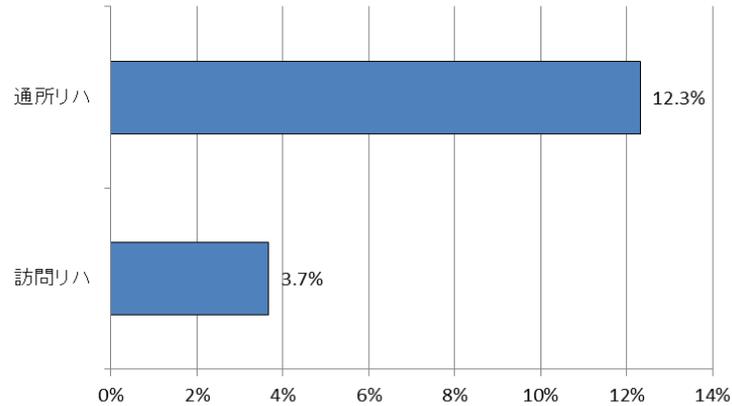
リハビリテーション専門職の意見を踏まえた訪問介護計画の作成を促進してはどうか。具体的には、訪問リハビリテーション実施時に限定している算定要件について、加算対象となるサービス類型を拡大してはどうか。

対応

- 訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し、リハビリテーション専門職と利用者の身体の状態等の評価を共同して行った場合に限定している算定要件について、通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行した場合も加算対象とする。

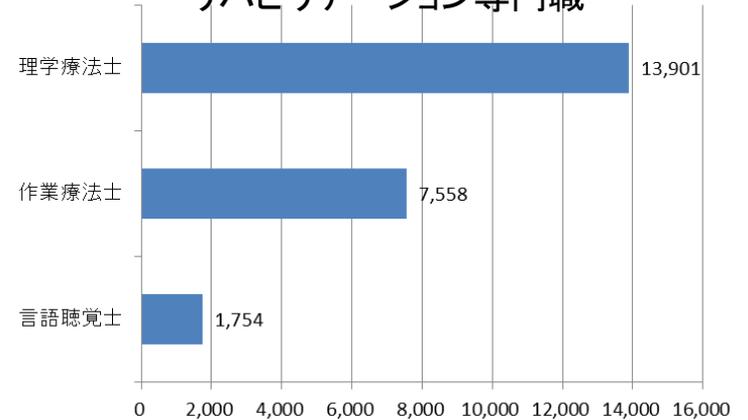
自立支援型の訪問介護サービスの推進

訪問介護利用者があわせて利用する介護サービスの状況



出典:介護給付費実態調査月報(平成26年5月審査分)を特別集計

通所リハビリテーション事業所に従事するリハビリテーション専門職



出典:介護サービス施設・事業所調査

平成23年10月17日介護給付費分科会(第82回)資料

- 訪問介護については、リハビリテーション専門職と連携し、自立支援型サービスとしての機能強化を図るべきではないか。

「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)(抄)

- リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を創設したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。

「介護保険制度の見直しに関する意見」 (平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会)(抄)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の状況が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- しかしながら、(略)十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。
そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

2. 訪問系サービス

(2) 訪問看護

論点1

在宅での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強化が求められている。これらのニーズに対応する訪問看護ステーションの体制を評価することとしてはどうか。

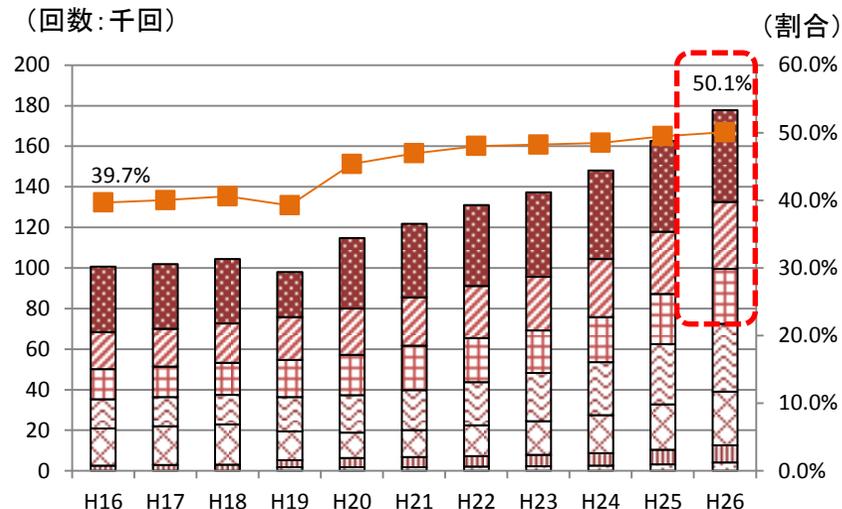
対応

- ・ 在宅での中重度要介護者の療養生活を継続するための支援を更に強化する観点から、医療ニーズに対応したサービス提供体制の評価を行うため、新たに加算を設ける。
- ・ 在宅中重度の要介護者の医療ニーズに対して、以下のような重点的な対応を実施している体制を評価する。
電話等により常時対応できる体制や緊急時に訪問看護を行う体制(緊急時訪問看護加算)、特別な管理を必要とする利用者に対して計画的な管理を行う体制(特別管理加算)、在宅での死亡まで看護を提供する体制(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算定実績等があること。

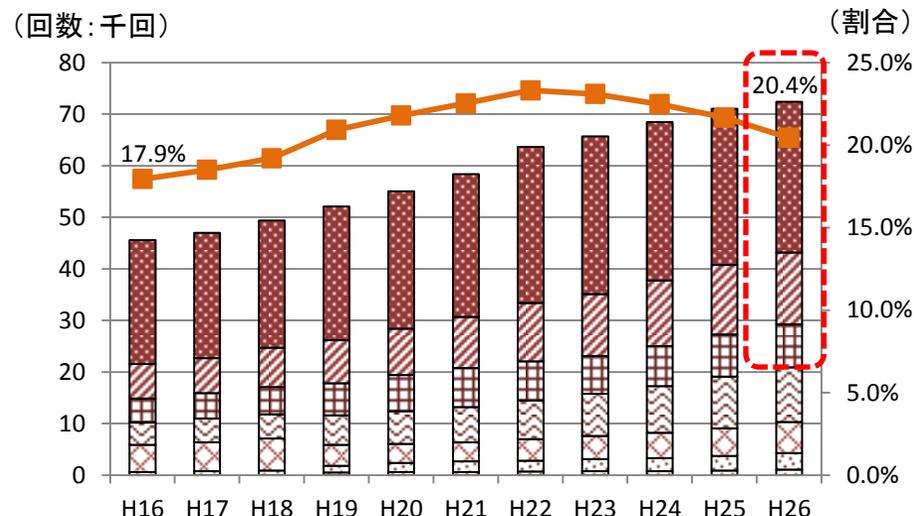
訪問看護の加算状況

- 訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算(注1)の算定割合は近年、微増傾向であり、また、要介護度3以上の中重度者が6割以上を占めている。
- 特別管理加算(注2)の算定割合は近年、微減であり、要介護度3以上の中重度者が7割以上を占めている。

【緊急時訪問看護加算の算定数及び訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算算定割合の推移】



【特別管理加算の算定数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移】



(注1) 緊急時訪問看護加算とは、指定訪問看護事業所が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。指定訪問看護を担当する医療機関においては、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

(注2) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

- 特別管理加算(Ⅰ) 医科診療報酬点数表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。
- 特別管理加算(Ⅱ) 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又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、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。

論点2

医療機関の患者の在宅復帰の促進、在宅要介護者の重度化も含めた訪問看護のニーズは今後さら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を促し、同時に病院看護職に対するOJT(訪問看護への従事)による訪問看護職の育成を推進するため、病院又は診療所からの訪問看護の報酬の見直しを行ってはどうか。

対応

- ・ 病院・診療所からの訪問看護の報酬単価を増額する。

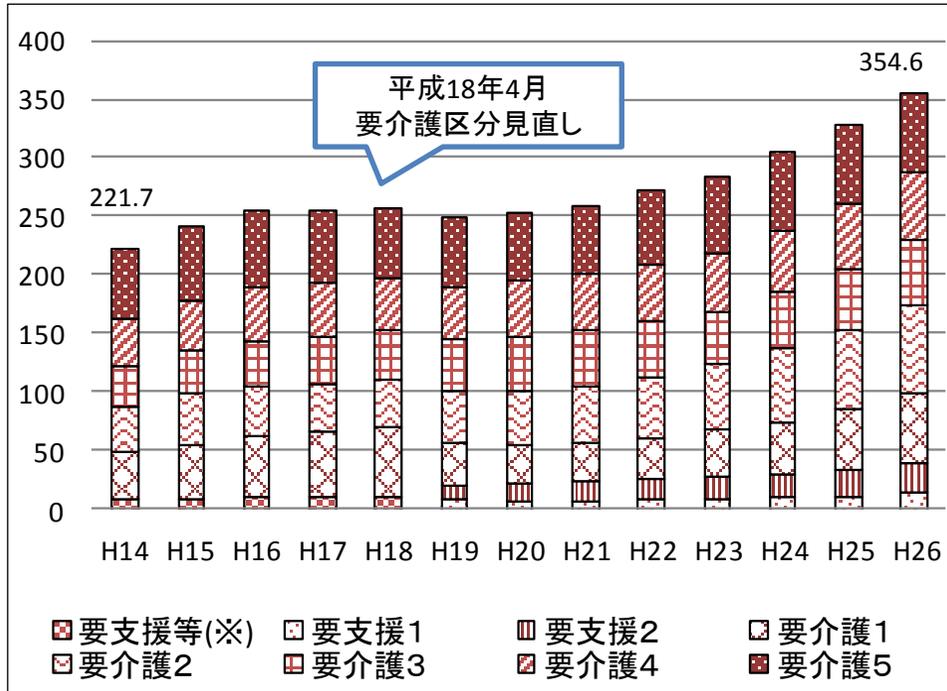
※ 参考

	現行	
	訪問看護ステーション	病院・診療所
20分未満	318単位	256単位
30分未満	474単位	383単位
30分以上1時間未満	834単位	553単位
1時間以上1時間30分未満	1,144単位	815単位

訪問看護の概況（利用者数・事業所数）

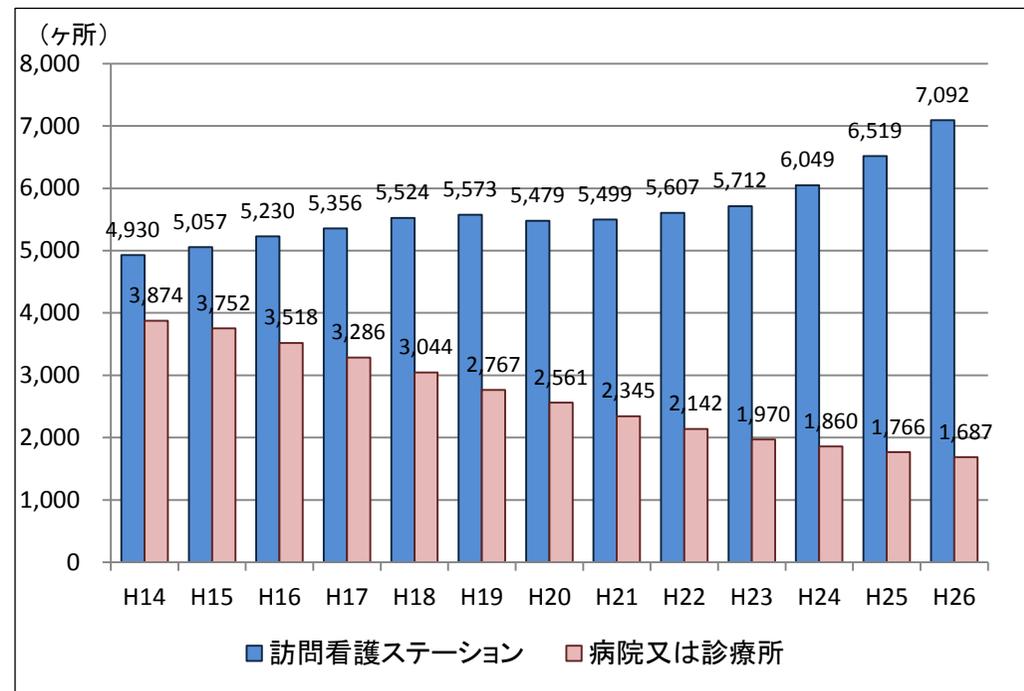
- 訪問看護の利用者数は約354.6千人、訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と共に増加傾向にあるものの、病院又は診療所からの訪問看護（請求事業所数）は減少傾向にある。
- 訪問看護利用者の半数以上は、要介護3以上の中重度者である。

【訪問看護利用者数の年次推移(千人)】



(※)平成18年までは「要支援」を、平成19年及び平成20年においては「経過的要介護」を指す。

【訪問看護事業所数の年次推移】



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各月審査分)

○ 訪問看護利用者数(千人)

総数 ^{※2}	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
354.6	12.5	26.5	59.4	74.7	55.7	58.3	67.5
(%)	(3.5%)	(7.5%)	(16.8%)	(21.1%)	(15.7%)	(16.4%)	(19.0%)

※2 総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成26年4月審査分)

論点3

訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としてのリハビリテーションと、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との評価について見直しも含めた再整理が必要ではないか。

対応

- ・ 今後の通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションに関する議論にあわせて、これらも整理することとしてはどうか。

※ 参考

訪問看護費 (指定訪問看護ステーションの場合)	看護職員による訪問の場合 (所要時間20分未満の場合)	318単位
	理学療法士等による訪問の場合 (1回につき)	318単位
訪問リハビリテーション費	訪問リハビリテーション費 (1回につき)	307単位

※ 訪問看護費における理学療法士等の訪問について〔平成12年3月1日老企第36号第2の4(4)〕

- ① 理学療法士等による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものである。(後略)
- ② 理学療法士等による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、1人の利用者につき週に6回を限度として算定する。

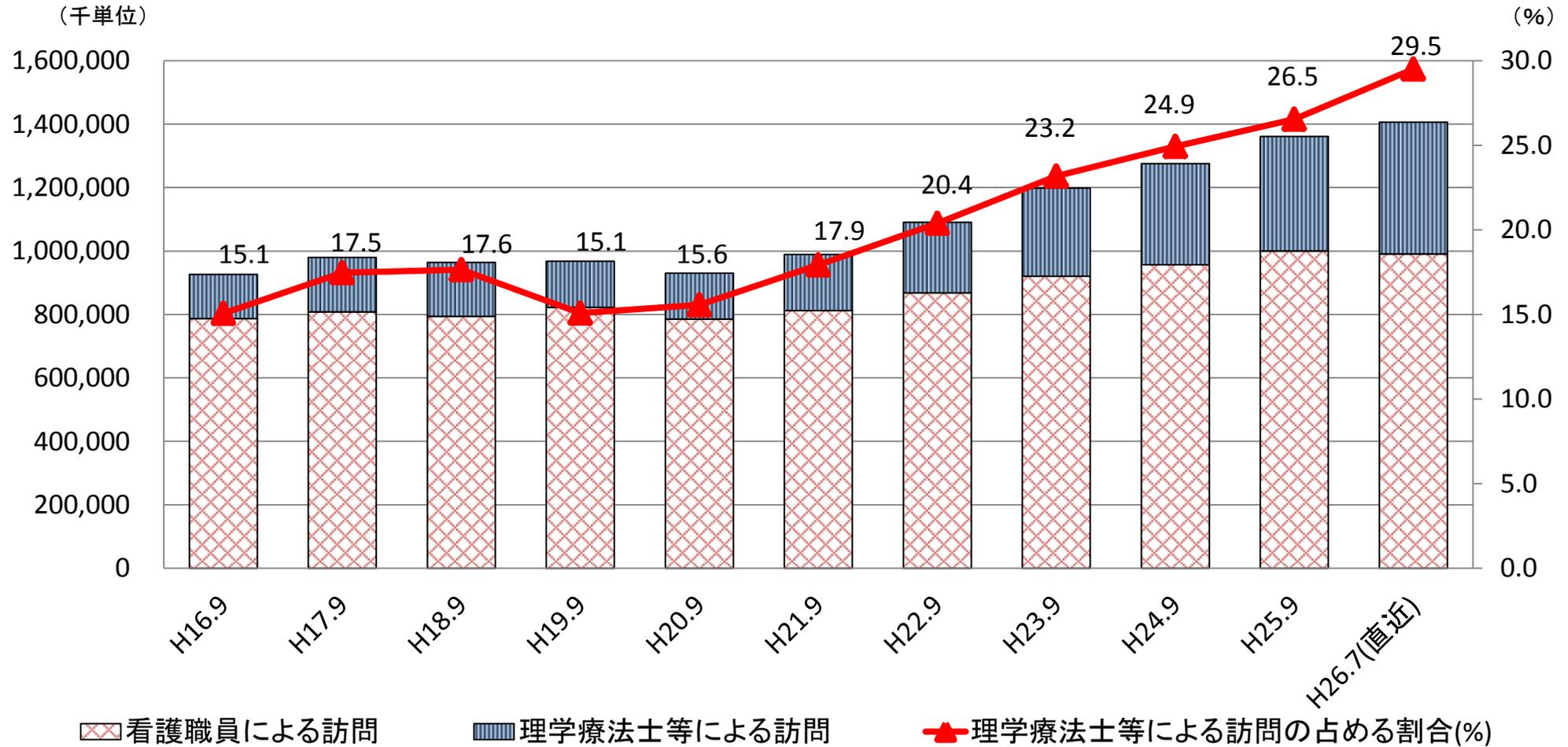
※ 訪問リハビリテーション費の算定の基準について〔平成12年3月1日老企第36号第2の5(1)〕

- ① (略)
- ② 訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。

訪問看護ステーションの職種別訪問看護費の推移

○ 平成21年以降、訪問看護ステーションにおける訪問看護費に占める理学療法士等による「訪問看護の一環としてのリハビリテーション」の増加が著しい。

【訪問看護ステーションにおける職種別訪問看護単位数の推移】



※ 看護職員とは、看護師、保健師、准看護師
 ※ 理学療法士等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

訪問リハビリテーションとの訪問看護ステーションによるリハビリテーションの 一体的見直しについて

第114回 介護給付費分科会
(H26.11.13)資料より抜粋

2(2)③

論点6

訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としてのリハビリテーションと、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、サービスの提供実態を踏まえた評価の一体的な見直しとともに、リハビリテーションマネジメントの充実を推進してはどうか。

対応案

- 訪問看護の理学療法士等の訪問と訪問リハビリテーションの基本的な報酬評価を合わせる。
- 訪問看護の理学療法士等の訪問に対しても、訪問リハビリテーションと同様なリハビリテーションマネジメントの充実を推進するための加算を新設する。

※ 参考

訪問看護費 (指定訪問看護ステーションの場合)	看護職員による訪問の場合 (所要時間20分未満の場合)	318単位
	理学療法士等による訪問の場合 (1回につき)	318単位
訪問リハビリテーション費	訪問リハビリテーション費 (1回につき)	307単位

訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較

○ 訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較では、年齢、性別、利用者の疾患、訪問頻度、要介護度、プログラム内容など似かよった内容であった。

利用者像	訪問リハビリテーション事業所 (n=1694)	訪問看護ステーションのリハビリ テーション(n=1614)
年齢	77.4歳	76.6歳
性別	男45.6% 女54.4%	男45.8% 女54.2%
主治医の同一法人内割合	42.1%	15.4%
ケアマネジャー同一法人内割合	27.6%	25.1%
利用者の疾患	脳血管疾患(軽中度) 31.8% 運動器疾患(軽中度) 26.6% 脳血管疾患(重度) 14.7%	脳血管疾患(軽中度) 33.7% 運動器疾患(軽中度) 21.3% 脳血管疾患(重度) 15.9%
訪問サービス頻度	1.6回	1.5回
一回あたりの提供時間	41.1分	52.3分
要介護度	要支援 8.3% 要介護1～3 55.6% 要介護4～5 34.7%	要支援 6.9% 要介護1～3 55.8% 要介護4～5 35.3%
プログラム内容	ROM訓練 79.2% 筋力増強訓練 76.6% 歩行訓練 67.8%	ROM訓練 81.8% 筋力増強訓練 78.6% 歩行訓練 68.9%

2. 訪問系サービス

(3) 訪問リハビリテーション

論点1

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、リハビリテーションマネジメントのリハビリテーション実施計画書の(様式の)充実や計画策定と活用のプロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有のしくみの新たな評価など、リハビリテーションマネジメントに関する報酬評価を再構築してはどうか。

対応案

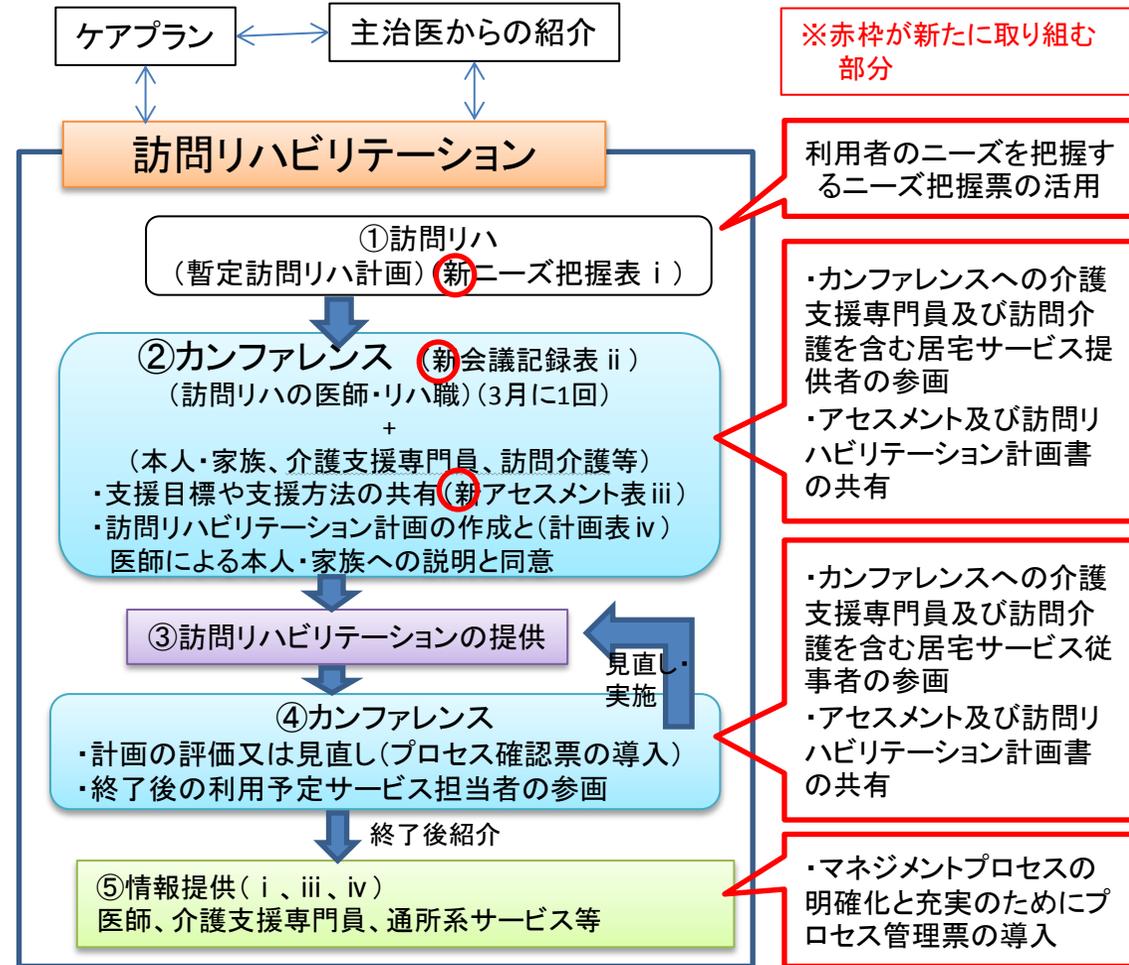
- 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算について、新たな評価内容の追加や算定要件の見直しにより報酬を引き上げる。
 - ・ 利用者主体の日常生活に着目した目標設定
 - ・ 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入
 - ・ プロセスマネジメントの導入
 - ・ 通所リハビリテーションの訪問指導等加算で評価されている理学療法士等による利用者の居宅への訪問評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化(訪問指導等加算のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)
- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価されている訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取組の充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価する。

また、理学療法士等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に対する評価を、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化する(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に対する評価のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)。

訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントの再評価

- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価された訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取り組みの充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価することとしてはどうか。
- 理学療法士等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に対する評価を、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化（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に対する評価をリハビリテーションマネジメント加算への包括化）

【訪問リハビリテーションの流れ】



居宅サービスにおける多職種協働の推進（リハビリテーションカンファレンスの活用）

- 通所・訪問リハビリテーションで開催するリハビリテーションカンファレンスの場を活用し、介護支援専門員や各居宅サービス事業所のスタッフ等がその場に参画、当該利用者に関する方針や目標、計画を検討、共有してはどうか。
- また、効率的・効果的な情報共有できるように介護支援専門員の居宅サービス関連書式の書式とできるだけ共通とし、情報の共有が容易になるよう工夫してはどうか。

介護支援専門員

協働の場

サービス担当者会議

- 通所リハビリテーションの医師、PT、OT、ST、看護職員、介護職員、本人・家族、介護支援専門員や利用者の支援に関わる居宅サービス提供者が参加
- リハビリテーションカンファレンス記録
サービス担当者会議録と共通性を持たせる

リハビリテーションカンファレンス

医師

情報の共有

利用者に関する情報や支援方針、
目標、計画の共有

- ニーズ調査票
- アセスメント票
- リハビリテーション計画書

通所・訪問リハビリテーション

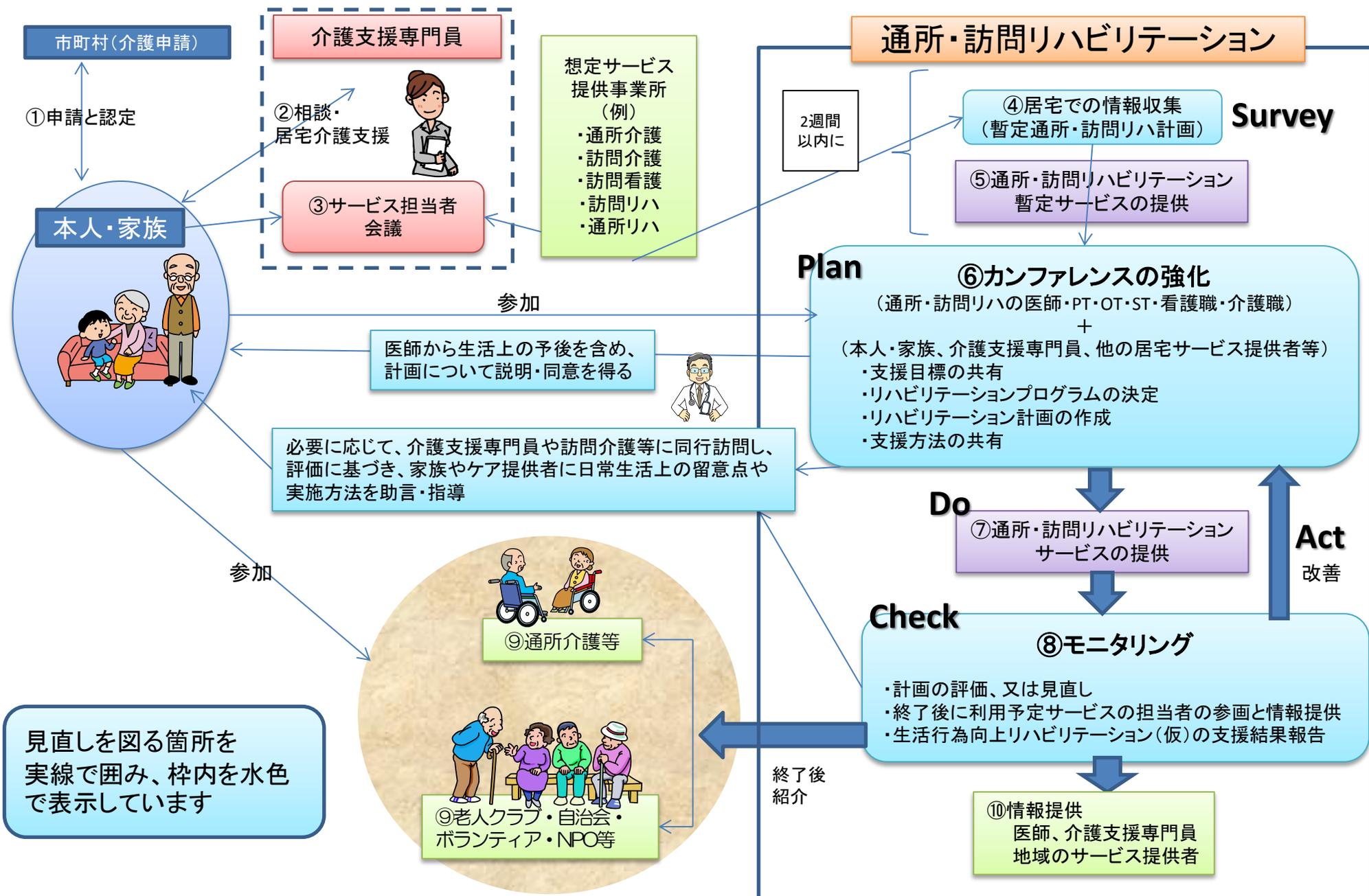
訪問系サービス

訪問介護

* 生活機能向上連携加算

通所介護

通所・訪問リハビリテーションのマネジメント再構築の全体像



訪問リハビリテーションにおける 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の見直しについて

第114回 介護給付費分科会
(H26.11.13)資料より抜粋

2(3)②

論点2-2

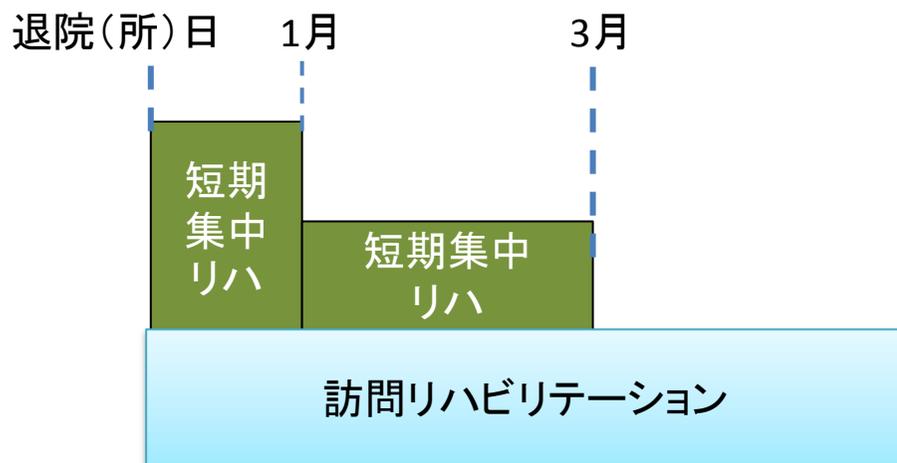
短期集中リハビリテーションは、退院(所)後間もない者に対するリハビリテーションとして、実施時間等の機能を見直してはどうか。

対応案

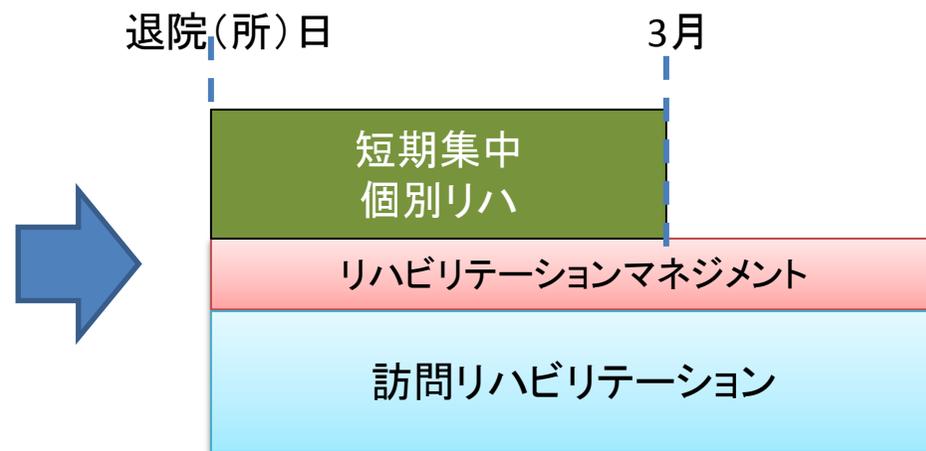
- 短期集中リハビリテーションは、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的として、実施期間を3月とするなど、頻度や時間などの機能を見直す。

【イメージ】

現行



機能見直し



論点3

通所リハビリテーション及び訪問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してはどうか

対応案

- 利用者が計画に基づき、一定期間以内に通所系サービスや地域支援事業などに移行した場合の実績(利用者に占める割合)を評価する。
- 通所リハビリテーションの(仮)生活行為向上リハビリテーションには適応しない。

<具体例イメージ>

通所リハビリテーション

⇒通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

訪問リハビリテーション

⇒通所リハビリテーション、通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

2. 訪問系サービス

(4) 集合住宅に居住する利用者へのサービス提供

論点1 集合住宅に居住する利用者への訪問系サービス等の評価の見直し

- ① 事業所と同一建物の集合住宅に居住する利用者へ訪問系サービスを提供した場合の報酬の減算の要件を見直してはどうか。
- ② 事業所と同一建物以外の集合住宅に居住する利用者へ訪問系サービスを提供した場合にも報酬を減額することとしてはどうか。
- ③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、集合住宅の居住者が利用した場合にも減算の仕組みを導入することとしてはどうか。

対応案

(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、旧高齢者専用賃貸住宅に限る)に居住する利用者に対して訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、その利用者に対する報酬を10%減算する。
- ・ 上記以外の範囲に所在する建物(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、旧高齢者専用賃貸住宅に限る)に居住する利用者に対して訪問する場合は、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、その利用者に対する報酬を10%減算する。

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

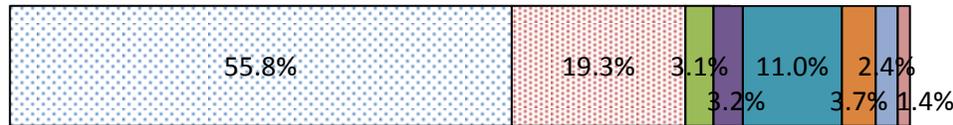
- ・ 集合住宅に居住する利用者に対する報酬の減算の仕組みを新たに設ける。
- ・ 具体的には、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅に限る)に居住する利用者に対して提供する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、その利用者に対する報酬を1月あたり〇単位減算する。

訪問介護の同一建物減算の状況について①

- 訪問介護利用者のうち、サービス付き高齢者向け住宅等（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、旧高齢者専用賃貸住宅）の居住者は23.6%である。
- 同一建物減算の適用を受けた訪問介護事業所と同一建物は、有料老人ホーム(56.5%)が最も多く、次いでサービス付き高齢者向け住宅(18.1%)である。
- 同一建物減算が適用された事業所は、平成26年5月審査分において551事業所(全体の1.7%)である。

訪問介護利用者の居住する建物

(n=15,524)

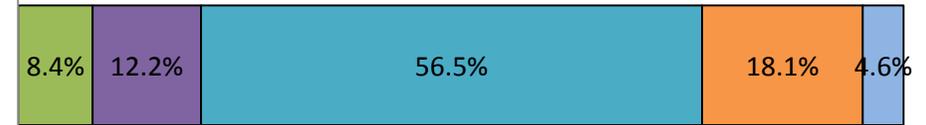


0% 20% 40% 60% 80% 100%

- 戸建住宅
- 養護老人ホーム
- 有料老人ホーム
- 旧高齢者専用賃貸住宅
- 集合住宅(アパート、マンション等)
- 軽費老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- その他

同一建物減算が適用された建物

(n=237)



0% 20% 40% 60% 80% 100%

- 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

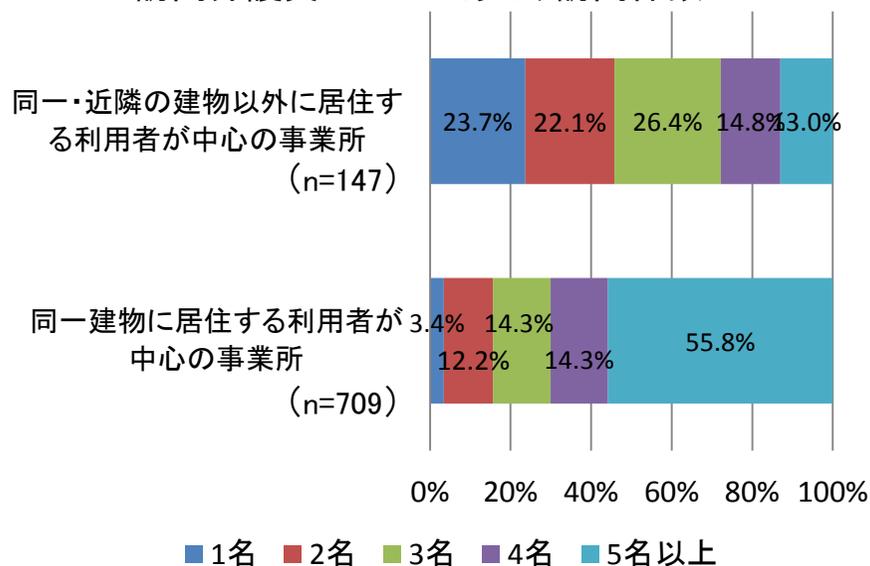
同一建物減算の算定状況

	平成24年5月審査分	平成25年5月審査分	平成26年5月審査分
請求事業所数	560	486	551
単位数	175,730千単位	174,392千単位	201,386千単位

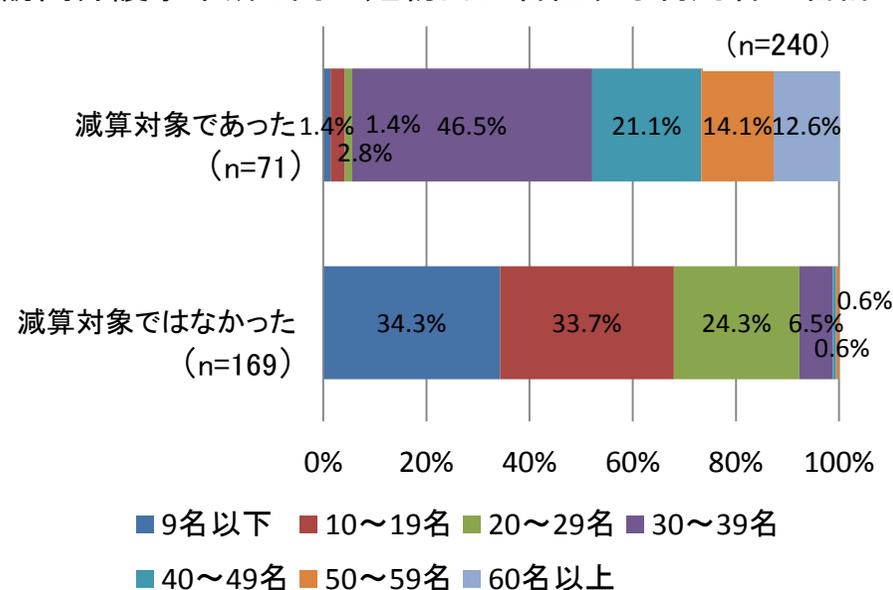
訪問介護の同一建物減算の状況について②

- 訪問介護員一人1日あたりの訪問件数は、「同一建物以外に居住する利用者が中心の事業所」では3名以下が約7割に対し、「同一建物に居住する利用者が中心の事業所」では5名以上が5割以上である。
- 事業所と集合住宅が同一建物にあるもののうち、「減算対象ではなかった」訪問介護事業所について、当該同一建物内に居住する利用者数は、「10～19名」が33.7%、「20～29名」が24.3%であった。
- 事業所から利用者宅までの平均移動時間(片道)は、「事業所と隣接、同一敷地内又は道路を挟んで近隣にある建物」の利用者の場合、その他の地域の利用者に対する場合と比べて、移動時間が短い。

訪問介護員一人1日あたり訪問件数



訪問介護事業所と同一建物内に居住する利用者の合計



訪問介護員一人1日あたり訪問件数(同一建物減算適用の有無別)

事業所の区分	訪問件数
同一建物減算の適用事業所	5.6件
同一建物減算の非適用事業所	3.5件

事業所から利用者宅への最短・最長の移動時間(利用者の居所別)

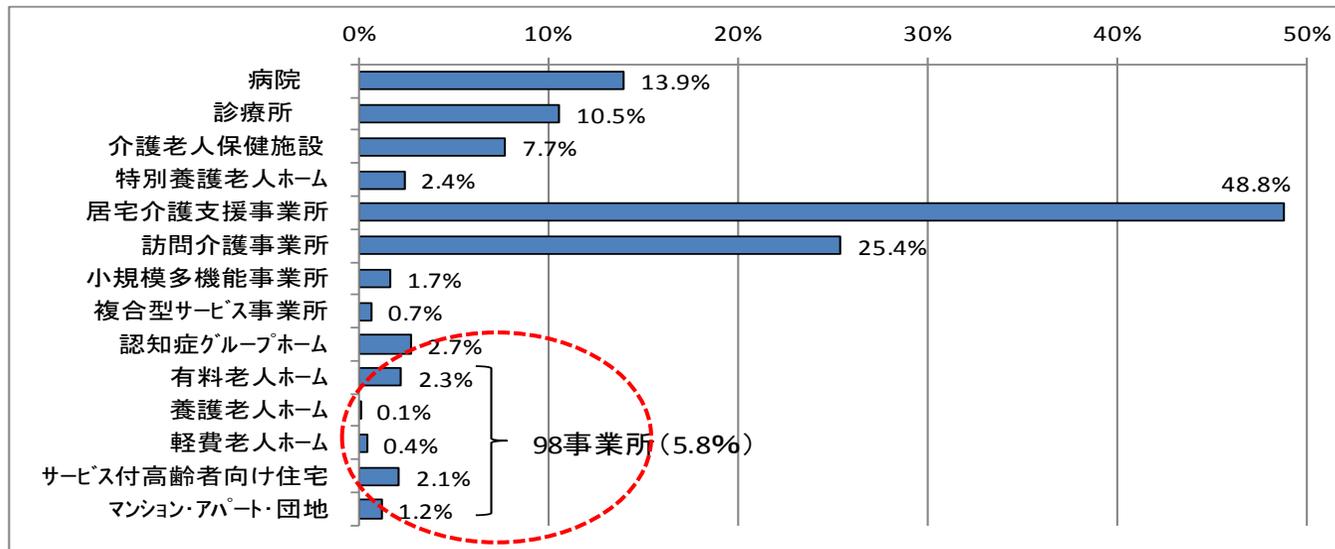
事業所の区分	最短	最長
事業所と隣接、同一敷地内又は道路を挟んで近隣にある建物	2.9分	5.3分
上記以外の地域にある戸建て住宅	5.8分	28.4分

訪問看護ステーションの同一建物減算の状況について

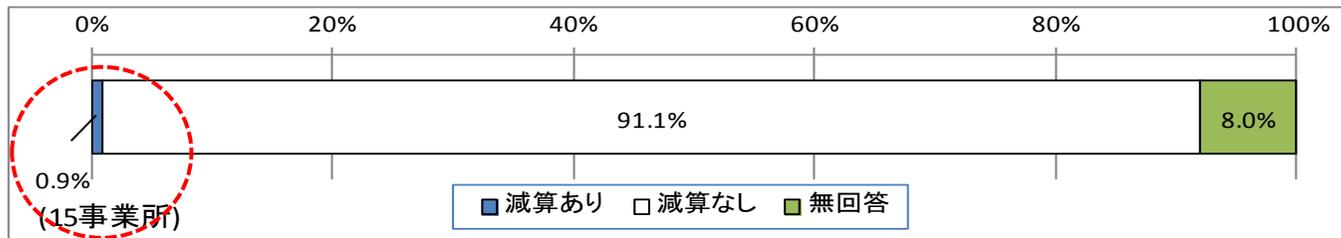
平成26年6月11日
介護給付費分科会資料より抜粋

- 「有料老人ホーム」「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」「サービス付高齢者向け住宅」「マンション・アパート・団地」のいずれかの集合住宅が同一建物内にある事業所(集合住宅併設)は98事業所で、全体の5.8%である。
- 介護保険で、同一建物に居住する利用者への訪問による減算があった事業者は15事業所(0.9%)である。

[ステーションと同一建物内にある施設・事業所等(n=1,679)]



[同一建物居住の利用者への訪問による減算の有無(n=1,679)]

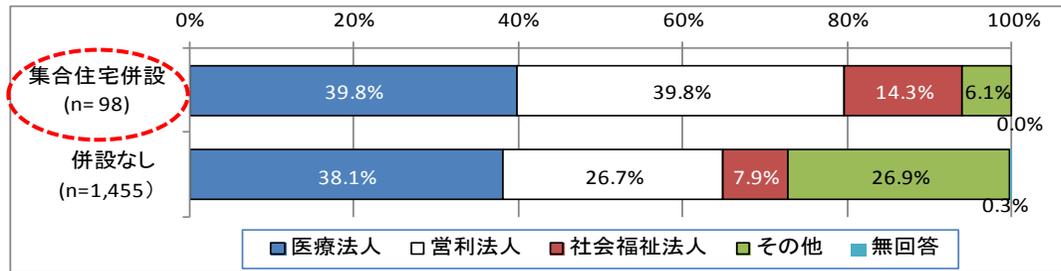


集合住宅を併設する訪問看護ステーションの特徴について

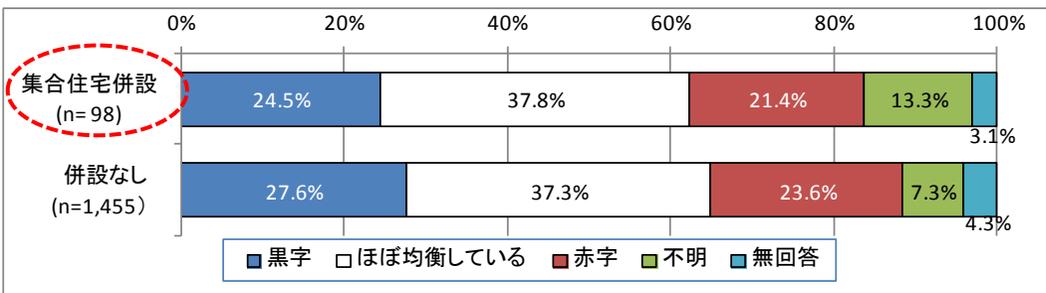
平成26年6月11日
介護給付費分科会資料より抜粋

- 集合住宅併設では、「医療法人」「営利法人」がそれぞれ39.8%であった。「社会福祉法人」が14.3%で、これら以外の法人では集合住宅併設はほとんどなかった。
- 集合住宅併設の場合、同一開設主体が「訪問介護事業所」を運営している場合が73.5%にのぼった。
- 集合住宅の併設有無により、経営状況には特に差は認められなかった。

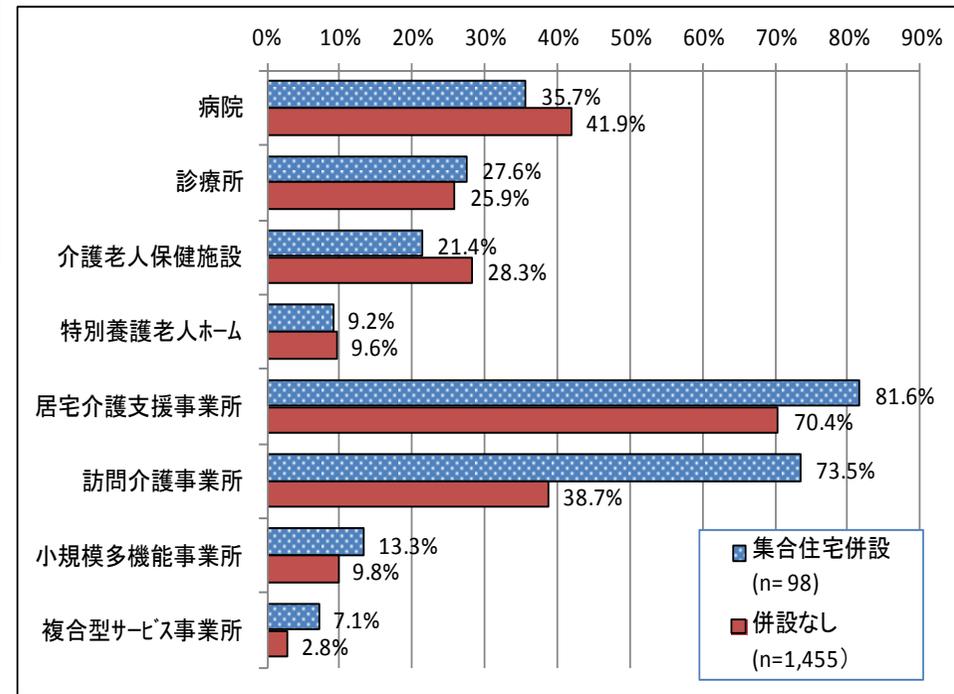
[開設主体の法人種類]



[経営状況]



[同一開設主体の運営施設・事業所(複数回答)]



【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究事業」

3. 通所系サービス

(1) 通所介護

論点1

認知症高齢者や重度の要介護者が増えていくと見込まれる中で、在宅生活を継続するためには、「認知症対応機能」、「重度者対応機能」、「心身機能訓練から生活行為力向上訓練まで総合的に行う機能」を充実させ、これらの機能を評価軸として、介護報酬上の評価を行ってはどうか。

① 認知症高齢者や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している事業所の評価

認知症高齢者や重度要介護者を一定数以上受け入れ、かつ体制を確保している事業所を加算で評価してはどうか。

対応案

以下のいずれかの要件を満たし、介護職員又は看護職員を指定基準より常勤換算方法で複数以上加配している事業所を報酬の加算で評価する。

- 利用者のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上を一定割合以上受け入れ、かつ、認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修又は認知症介護実践者研修を修了した者を提供時間を通じて専従で1以上配置している。
- 利用者のうち要介護度3以上の利用者を一定割合以上受け入れ、かつ、看護職員を提供時間を通じて専従で1以上配置している。

※ いずれの場合もサービスの提供方法として、「認知症の症状の進行の緩和」や「重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続」に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成していることを要件とする。

通所介護において充実を図ることが求められる機能

平成26年8月27日（第106回）
介護給付費分科会資料

- 通所介護では、今後増加が見込まれる認知症高齢者や重度の要介護者を積極的に受け入れるとともに、心身機能向上から生活行為力向上訓練まで総合的に行うことにより自立した在宅生活を継続するサービスとして期待されている。
- また、利用者の地域での暮らしを支えるためには、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動等と連携し、利用者がサービスを利用しない日でも利用者を支える地域連携拠点が求められている。

居宅サービスの機能

（地域でこれらの機能を効果的・効率的に組み合わせて高齢者の生活を支える）

生活機能の維持・向上、生活援助

生活機能の維持・向上



心身機能の
維持・向上



活動の
維持・向上



社会参加の
促進

生活援助



家族の負担軽減

家族の
負担軽減



※レスパイトは、左記の機能を発揮することで果たされる機能



認知症高齢者・重度者への対応

全ての事業所で実施すべき
基本的な取組

- アセスメントに基づく個別サービス計画の立案、計画に基づくサービス提供、計画の評価及び見直しといったPDCAに基づくサービスの提供
- 地域の他の事業所や専門職等との連携を通じたサービスの提供
- 利用者の社会性の維持



地域連携の拠点としての機能

※ [] は通所介護において充実を図る機能

- ② 心身機能訓練から生活行為力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に生活機能の維持・向上に資する効果的な支援を行う事業所を適切に評価するため、現行の個別機能訓練加算について、実効性を担保する仕組みや加算の算定要件を見直してはどうか。

対応案

- 利用者の住まいを訪問し、在宅での生活状況や家族の状況を把握した上で、機能訓練を行うことが在宅生活の継続を支援するために効果的であると考えられるため、個別機能訓練加算の算定要件に居宅を訪問した上で計画を作成することを要件として加え、併せて加算の評価の見直しを行う。
- また、個別機能訓練加算(Ⅱ)は、残存機能を活用して生活機能の維持・向上に関する目標設定を行い、ADL及びIADL訓練など活動・参加へのアプローチを中心に行うものであるが、個別機能訓練加算(Ⅰ)と同様に筋力増強訓練や関節可動域訓練など心身機能へのアプローチを中心に行っている実態があるため、目的・趣旨を明確にするとともに、それぞれの加算の実行性を担保するため、それぞれの趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目を明示し、それらの項目を含んだ取組を行った場合に評価する。

論点2

利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動等と連携し、通所介護事業所を利用しない日でも利用者を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるように、人員配置基準の要件を緩和してはどうか。

対応案

- 利用者が地域で主体的な暮らしを続けるためには、生活相談員の専従要件を緩和し、事業所内に限った利用者との対話を主体とした相談業務だけではなく、サービス担当者会議に加えて「地域ケア会議への出席」、「利用者宅に訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助」や「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し利用者に必要な各種の生活支援を担ってもらう」等の社会資源の発掘・活用など、利用者の生活全般を支える取組については、生活相談員として通所介護を提供しているものとみなし、地域連携の拠点としての展開を推進する。

論点3

通所介護の基本報酬については、前年度の1月当たりの平均利用延人員数により事業所規模別の設定としているが、実態に応じて、現行の報酬設定をどのように考えるか。

対応案

- 小規模型通所介護については、通常規模型事業所と小規模型事業所のサービス提供に係る管理的経費の実態を踏まえ、その評価の適正化を行う。

通所介護の基本報酬について

通所介護の基本報酬については、収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないように設定されている。

区分	小規模型通所介護費	通常規模型通所介護費	大規模型(Ⅰ)通所介護費	大規模型(Ⅱ)通所介護費
報酬 延利用者の平均	月300人以下	月301人以上750人以内	月751人以上900人以内	月901人以上
所要時間5時間以上7時間未満	<p>705 単位 831 単位 957 単位 1,082 単位 1,208 単位</p> <p>要介護1 2 3 4 5</p>	<p>606 単位 713 単位 820 単位 927 単位 1,034 単位</p> <p>要介護1 2 3 4 5</p>	<p>596 単位 701 単位 806 単位 911 単位 1,017 単位</p> <p>要介護1 2 3 4 5</p>	<p>580 単位 683 単位 785 単位 887 単位 989 単位</p> <p>要介護1 2 3 4 5</p>
対通常規模型比	+16.3%～+16.8%	—	▲1.7%～▲1.6%	▲4.4%～▲4.2%

(参考) 現行の基本報酬のイメージ

基本報酬

機能訓練(※)

通所サービス基本部分
(入浴、排せつ、食事等の介護等)

(※) 平成24年度報酬改定にて、機能訓練指導員を120分配置した場合に評価する加算は、基本報酬に組み入れている。

サービス提供1回当たりの管理的経費について

報酬の事業所規模区分に応じて、小規模型事業所と通常規模型事業所のサービス提供1回当たりの管理的経費を比較すると、小規模型事業所は、通常規模型事業所に比べ、7.6%高い結果となった。

小規模型と通常規模型の管理的経費（サービス提供1回当たりの比較）

	小規模型	通常規模型
給与費	5,632円	5,446円
減価償却費	358円	424円
その他	2,956円	2,657円
事業所数	1,253か所	1,748か所
平均延利用者数	244.4人	566.6人

	小規模型の 管理的経費	通常規模型の 管理的経費
減価償却費+その他	3,314円	3,081円

※ サービス提供1回当たりに要する管理的経費を事業所規模別で比較すると**小規模型が7.6%高い。**

（出典）平成26年介護事業経営実態調査特別集計

（参考）平成24年度介護報酬改定に関する審議報告（平成23年12月7日）（抄）

小規模型通所介護については、通常規模型通所介護事業所と小規模型通所介護事業所のサービス提供に係る管理的経費の実態を踏まえ、スケールメリットに着目した報酬設定は維持しつつも、その評価の適正化を行う。

小規模型事業所の基本報酬について

【論点2】

通常規模型事業所と小規模型事業所の、サービス提供1回あたりに要する管理的経費の実態に応じて、小規模型の基本報酬について適正化を行ってはどうか。

- ※ 小規模型事業所の報酬単価は、管理的経費などのスケールデメリットを考慮し、通常規模型より17%高い設定となっている。
- ※ 管理的経費の実績から比較すると、小規模型におけるサービス提供1回当たりのコストは、通常規模型と比較して約15%高い結果となっている。

小規模型と通常規模型の管理的経費額（サービス提供1回当たりの比較）

	小規模型の 中間値	通常規模型の 中間値
給与費	5,960円	4,930円
減価償却費	459円	484円
その他	2,901円	2,448円
委託費(再掲)	171円	187円
光熱水費(再掲)	381円	389円
修繕費(再掲)	72円	62円
賃借料(再掲)	638円	416円
保険料(再掲)	139円	85円
租税公課(再掲)	45円	27円
事業所数	455か所	366か所
平均延利用者	231人	549人



	小規模型の 管理的経費	通常規模型の 管理的経費
減価償却費+その他	3,360円	2,932円



サービス提供1回あたりに要する管理的経費額

$$3,360円/2,932円 = 1.1459 \dots$$

→ 小規模型が約15%高い

論点4

地域で不足している看護職員の専門性を効果的に活かすことができるように、配置基準を見直してはどうか。

対応案

- 地域で不足している看護職員については、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により健康状態の確認を行った場合、人員配置基準を満たしたものとみなす。

論点5

平成28年4月1日から地域密着型通所介護が創設されることに伴い、新たに報酬や基準省令を創設することが必要。

対応案

- 地域密着型通所介護の基本報酬については、小規模型事業所の基本報酬を踏襲する。
 - 地域密着型通所介護は、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性を確保するため、新たに運営推進会議の設置を規定する。
 - 市町村の事務負担軽減の観点から、他の地域密着型サービスの運営推進会議等の開催回数より緩和し、地域密着型通所介護の運営推進会議の開催は、おおむね6月に1回以上とする。
- ※認知症対応型通所介護の運営推進会議は地域密着型通所介護に準ずる。

平成28年4月1日からの通所介護の基本報酬の区分（案）について

平成28年4月1日からの通所介護の基本報酬の区分は以下のとおりとなる。

【都道府県指定】

- 通常規模型通所介護費 : 前年度の1月当たりの平均延利用者数750人以下
- 大規模型通所介護費（Ⅰ） : 前年度の1月当たりの平均延利用者数751人以上900人以下
- 大規模型通所介護費（Ⅱ） : 前年度の1月当たりの平均延利用者数901人以上

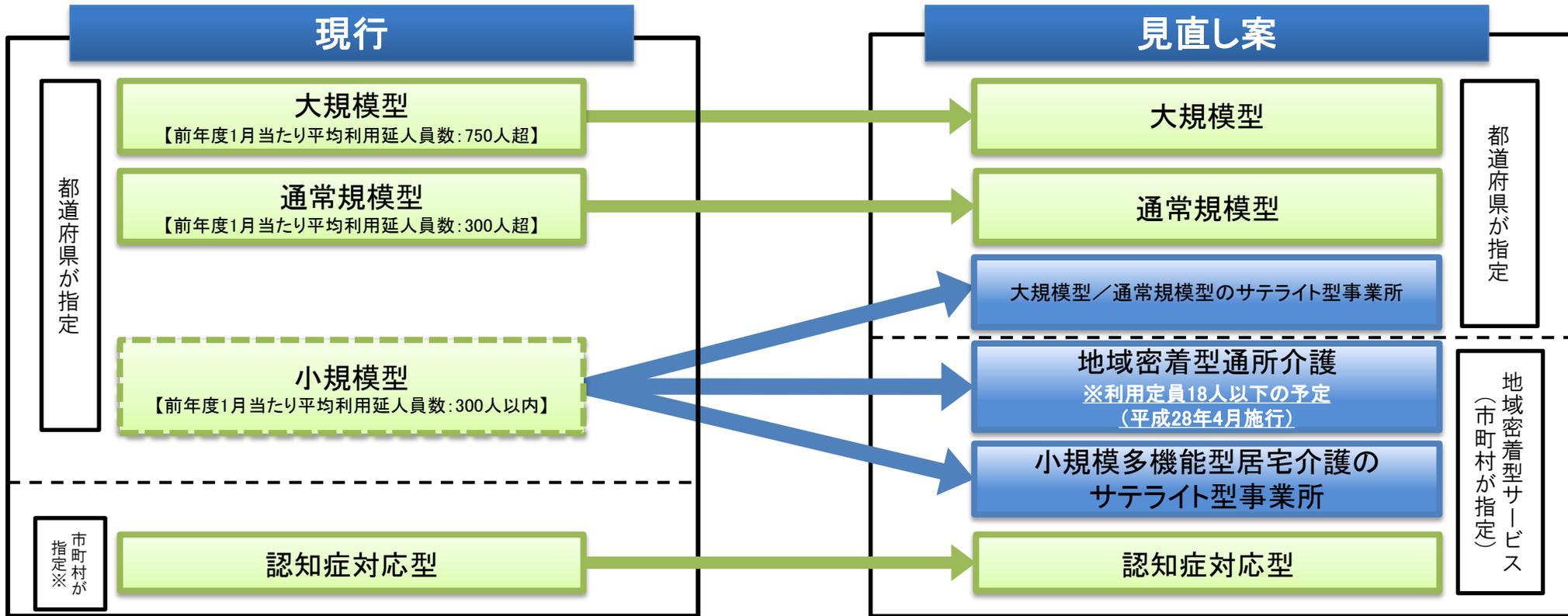
【市町村指定】

- 地域密着型通所介護費 : 利用定員18人以下
- 療養通所介護費 : 利用定員 9人以下

	平成27年4月1日～	平成28年4月1日～	参考
都道府県指定	小規模型通所介護費		利用定員18人以下は地域密着型通所介護に移行する。
	通常規模型通所介護費	通常規模型通所介護費	
	大規模型通所介護費（Ⅰ）	大規模型通所介護費（Ⅰ）	
	大規模型通所介護費（Ⅱ）	大規模型通所介護費（Ⅱ）	
	療養通所介護費		
市町村指定		地域密着型通所介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用定員18人以下 ・ 運営推進会議の設置
		療養通所介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用定員9人以下

小規模通所介護の移行について

- 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する**地域密着型サービスへの移行**、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、**通所介護（大規模型・通常規模型）や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行**を検討。
- **地域密着型通所介護**は利用定員18人以下とすることを予定しており、平成28年4月施行予定。



※地域密着型サービス

- ※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等
 - 事業所の指定・監督
 - 事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取
 - 運営推進会議への参加 等
- ※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

論点6

小規模な通所介護事業所が「小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所」や「通所介護(大規模型・通常規模型)のサテライト事業所」に移行する場合、その要件をどのように考えるか。

① 小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所への移行

小規模な通所介護事業所が小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所に移行するにあたっては、本来の小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所の基準を満たすまで、経過措置を設けてはどうか。

対応案

- 小規模な通所介護から移行する場合には宿泊室等が必要であるが、宿泊室等の設置には一定の経過措置(平成29年度末まで)を設ける。
- また、経過措置期間内に、通所介護としての人員配置で運営を行う場合には、小規模多機能型居宅介護の基本報酬に人員基準欠如減算(70/100)を適用する。
- 指定申請の際、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所の整備計画を策定し、市町村に提出する。

② 通所介護(大規模型・通常規模型)のサテライト事業所への移行

小規模な通所介護事業所が通所介護(大規模型・通常規模型)事業所のサテライト事業所へ移行するにあたっては、現行のサテライト事業所の取扱いに従って実施してはどうか。

対応案

- サテライト事業所については、一体的なサービス提供の単位として本体事業所に含めて指定する。
- 同一法人のサテライト事業所となる場合のみ移行が可能である。

3. 通所系サービス

(2) 療養通所介護

論点1

在宅での重度要介護者の療養生活継続への対応を強化するため、療養通所介護における重度要介護者への対応体制を評価することとしてはどうか。

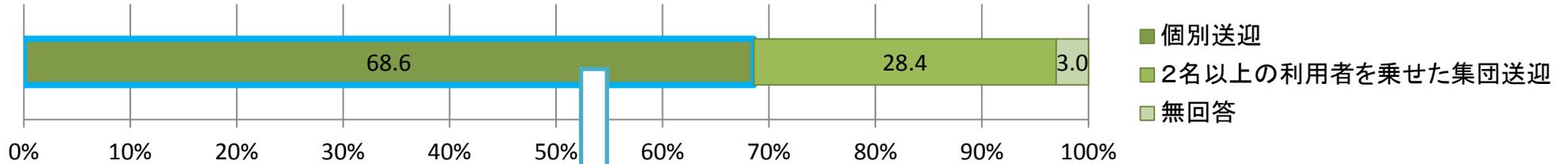
対応案

- 重度要介護者の送迎には複数名体制での個別送迎が必要とされている実態を踏まえて、「個別送迎体制強化加算(仮称)」を設ける。
- 重度要介護者の入浴には複数名体制での介助が必要とされている実態を踏まえて、「入浴介助体制強化加算(仮称)」を設ける。

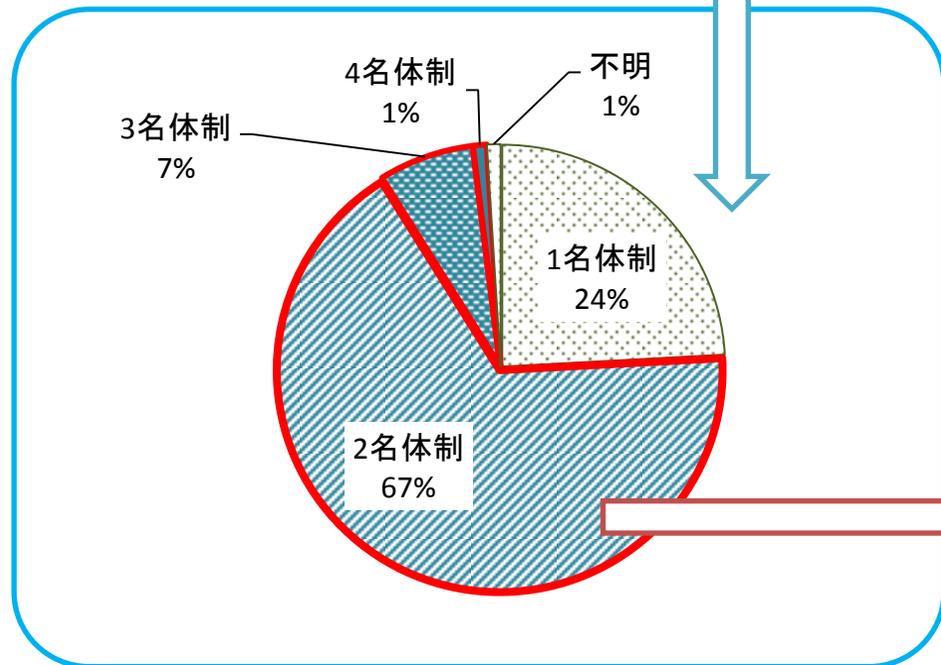
療養通所介護 ③利用者別の送迎状況

- 療養通所介護の利用者について、個別送迎を実施している割合は68.6%である。
- 個別送迎に係る人員配置では2名体制が67%と最多で、複数名体制は74.9%を占める。
- 個別送迎に係る複数名体制の職種では、ほぼ全ての利用者に看護職員が同伴している。

【療養通所介護事業所における利用者別個別送迎の状況(n=296)】



【個別送迎に係る人員体制(n=203)】



【個別送迎に係る複数名体制における職種内訳(n=152)】

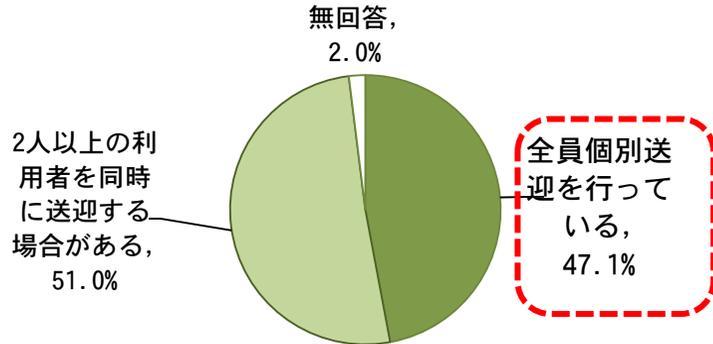
体制	職種内訳※	利用者数
2名体制	看+看	6
	看+介	86
	看+他	38
	介+介	5
	介+他	1
3名体制	看+看+看	2
	看+看+介	1
	看+看+他	2
	看+介+介	1
	看+介+他	7
	看+他+他	1
	4名体制	看+看+看+介
看+介+介+他	1	

※職種内訳 看=看護職員 介=介護職員 他=その他職員

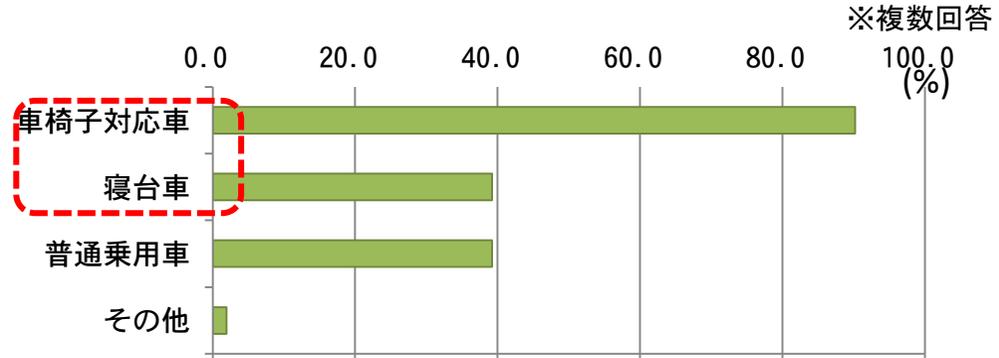
療養通所介護 ④事業所別の送迎状況

- 療養通所介護事業所のうち47.1%の事業所は、利用者全員に個別送迎を行っている。
- 送迎に車椅子対応車を使用している事業所は90.2%、寝台車を使用している事業所は39.2%であり、重度者の送迎に対応している。
- 送迎時の困難点・工夫点としては、安全に送迎するための人員配置や、ストレッチャー対応できる車両の整備、吸引器の常備などの送迎用車両の設備整備が挙げられている。
- 送迎に看護職員が同伴する理由としては、人工呼吸器を装着しているため、送迎中の喀痰吸引が必要なため、急変の可能性があるため観察が必要なため、などが挙げられている。

【療養通所介護事業所における個別送迎の状況(n=51)】



【療養通所介護事業所で使用する車両の種類(n=51)】



【送迎時の困難点・工夫点】

※自由記載

- 人工呼吸器使用者など、安全に送迎するための人員確保。
- 救護担架、リフト、スライディングシート、ストレッチャー、リクライニング車いすなど、介護スタッフの体を壊さないよう、利用者へも負担のないよう工夫している。ほとんど個別送迎している。
- 人工呼吸器を使用しているため。吸引器を常備し必要に応じて使用する。

【送迎時に看護職員が同伴する理由】

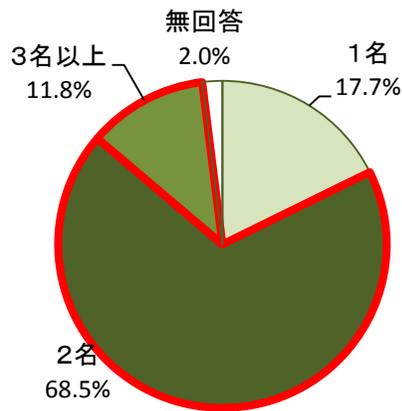
※自由記載

- 状態が不安定、見守り要。
- 急変の可能性あり
- バイタルサイン測定し、利用不可の決定をするため
- BIPAP(人工呼吸器)使用あり、緊急時対応が必要なため

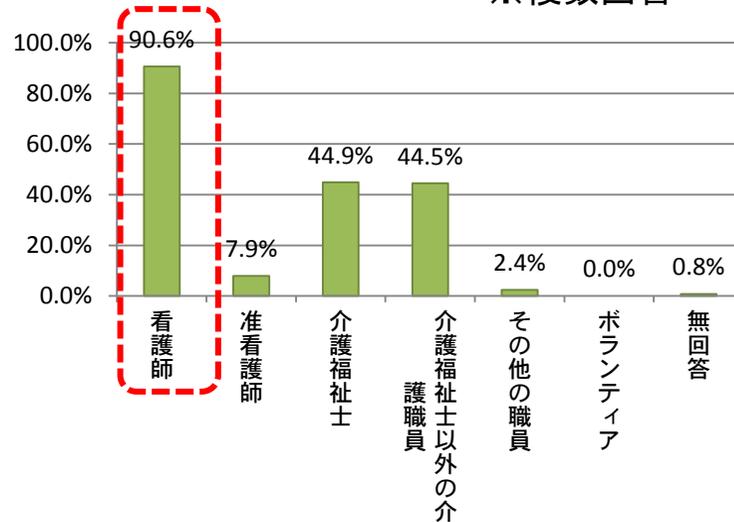
療養通所介護 ⑦入浴介助状況

- 療養通所介護で入浴を行う利用者のうち80.3%に対し、2名以上の職員で入浴介助している。
- 入浴介助の職員種別では、利用者の90.6%に看護師が1名以上対応し、2名以上で対応する場合は「看護師+介護職員」の組み合わせが多く、専門職が手厚く入浴介助している。
- 入浴にかかる時間は30～45分未満が70.9%と最多で、60分以上の利用者も3.9%であった。
- 入浴時には、状態確認・観察、吸引、人工呼吸器やカテーテルの取扱い等の配慮を行っている。

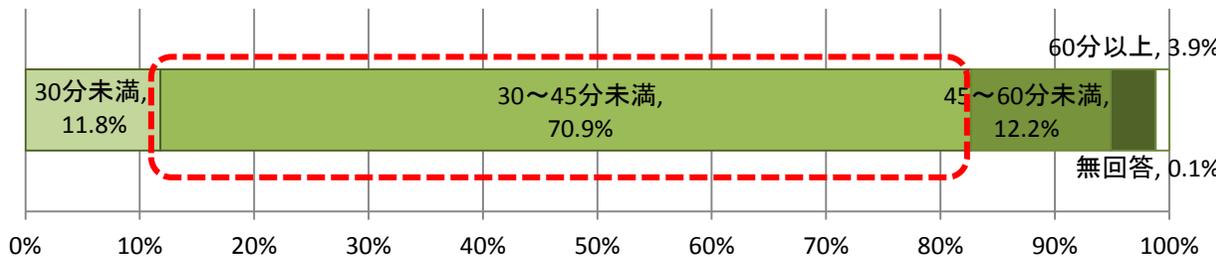
【利用者別 入浴介助に必要な職員数(n=254)】



【利用者別 入浴介助の職員種別(n=254) ※複数回答】



【利用者別 入浴にかかる時間(n=254)】



【入浴時に医療者として配慮している点】

※自由記載

- ◆ バルンカテーテル留置のため取扱注意。
- ◆ 気管切開部の汚染防止、痰のつまり等がないよう吸引をする。
- ◆ 両側腎ろうカテーテル抜去予防やライン確認、挿入部の観察確認など。
- ◆ 血圧低下やめまいの有無。
- ◆ 脈拍、末梢色や呼吸状態。
- ◆ 入浴時はアンビュー使用のため、呼吸が安全に行われること。
- ◆ 褥瘡の状態(場合によってはシャワー浴へ変更)。
- ◆ 四肢拘縮が強いため、骨折等に注意。
- ◆ 座位姿勢不安定のため、体幹保持。
- ◆ 認知症による不安感が強く攻撃的になりやすいため、安心、安全に入浴できるよう声かけをしたり、歌を歌って気分を和ませたりする。

3. 通所系サービス

(3) 通所リハビリテーション

論点1

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、リハビリテーションマネジメントのリハビリテーション実施計画書の(様式の)充実や計画策定と活用のプロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有のしくみの新たな評価など、リハビリテーションマネジメントに関する報酬評価を再構築してはどうか。

対応案

- 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算について、新たな評価内容の追加や算定要件の見直しにより報酬を引き上げる。
 - ・ 利用者主体の日常生活に着目した目標設定
 - ・ 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入
 - ・ プロセスマネジメントの導入
 - ・ 通所リハビリテーションの訪問指導等加算で評価されている理学療法士等による利用者の居宅への訪問評価を、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化(訪問指導等加算のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)
- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価されている訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取組の充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価する。

また、理学療法士等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に対する評価を、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化する(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に対する評価のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)。

生活期リハビリテーションマネジメントの再構築（全体像）

見直しのポイント

(1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

(2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

(3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

Plan(計画)

- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

Do(サービス提供)

Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

- リハビリテーション開始前の情報収集
 - ・サービス担当者会議への参画
 - ・医師からの診療情報提供書
 - ・介護支援専門員からのケアマネジメント連絡用紙
 - ・居宅訪問による本人・家族のニーズの把握(様式A)

通所・訪問リハビリテーション事業所

- 暫定リハビリテーションサービスの提供
- 医師の診察
- アセスメント(様式B)

- リハビリテーションカンファレンスの強化
 - ・協働:本人・家族、医師、PT、OT、ST、看護職、介護職
 - ・通所・訪問リハビリテーション計画の作成(様式C)

医師による本人と家族への説明・同意

- リハビリテーションサービス提供
 - 利用者のニーズや状態に基づき作成された計画に従って提供される

Act(改善)

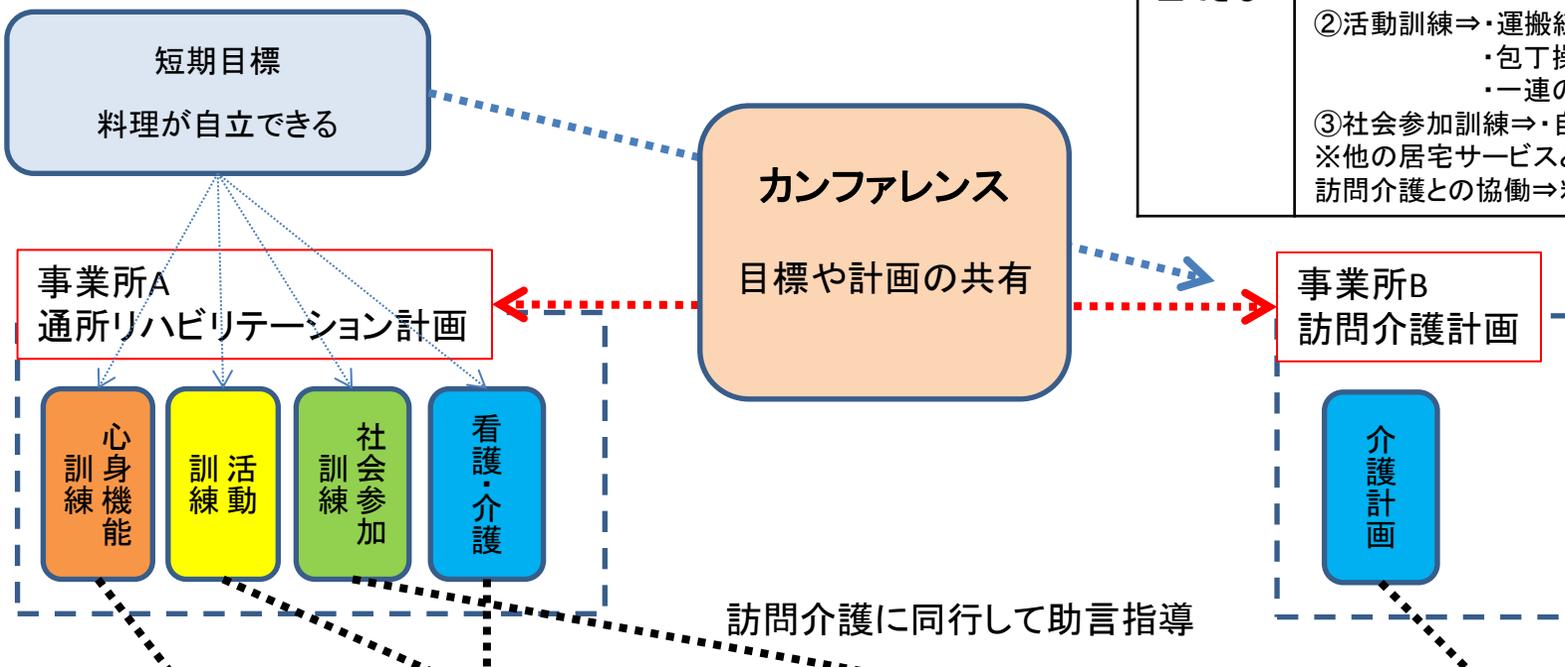
- 利用者のモニタリング(評価) (様式A、様式B)
- PDCAサイクルの管理 (様式Eの活用)

- サービス提供終了時の情報提供
 - ・医師への診療情報提供書
 - ・介護支援専門員等へのケアマネジメント連絡用紙
 - ・サービス提供終了後に利用を予定するサービス(通所介護等)の提供者への情報提供 (様式A、様式B、様式C)

(参考) 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

○ 通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取を考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を 実施。 同時に訪 問介護と 同行訪問

利用者の一日のタイムスケジュール(例)

9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
							訪問介護	

リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実 (生活機能に焦点を当てたアプローチの強化)

第114回 介護給付費分科会
(H26.11.13)資料より抜粋

3(3)②、③、④

論点2-1(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。
- 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。
- ③ ADLやIADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの仕組みを導入してはどうか。

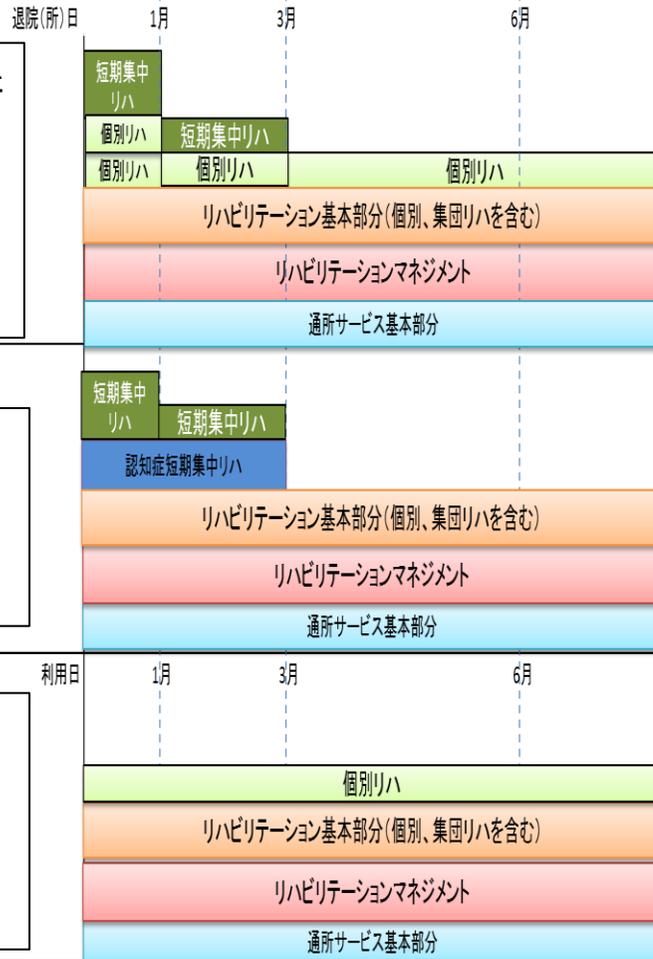
対応の全体像案

① 身体機能を向上するための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する。

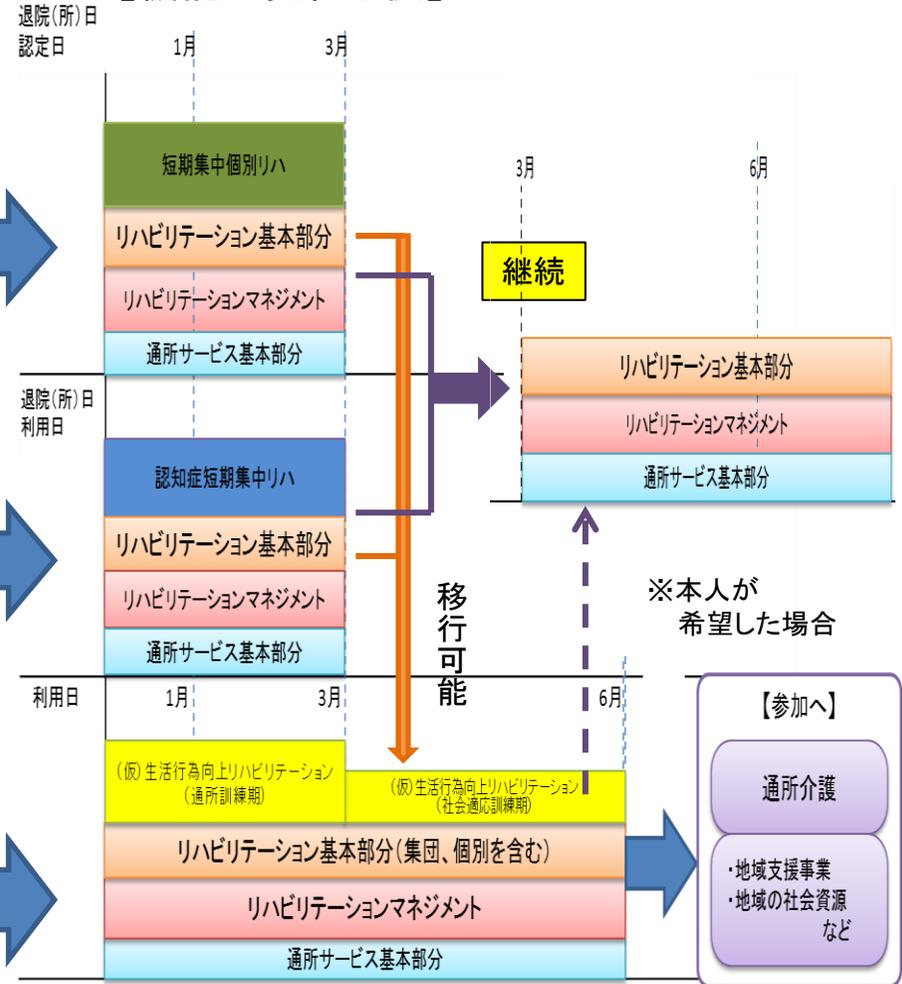
② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。

③ 歩行・排泄動作などのADLや調理などのIADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの創設を行う。

【現行】



【機能の見直し後】



論点2-1（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。

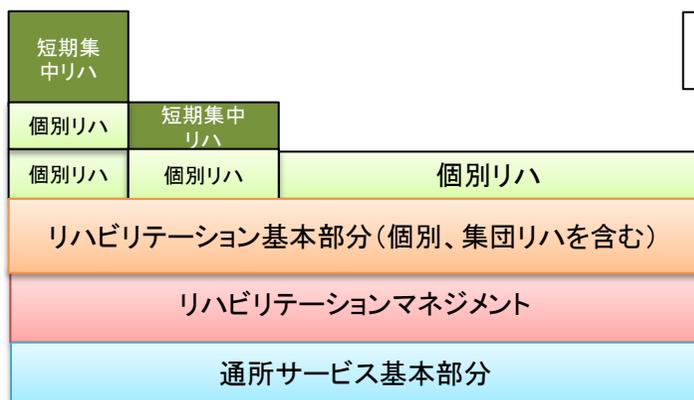
対応案

- ・ 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。

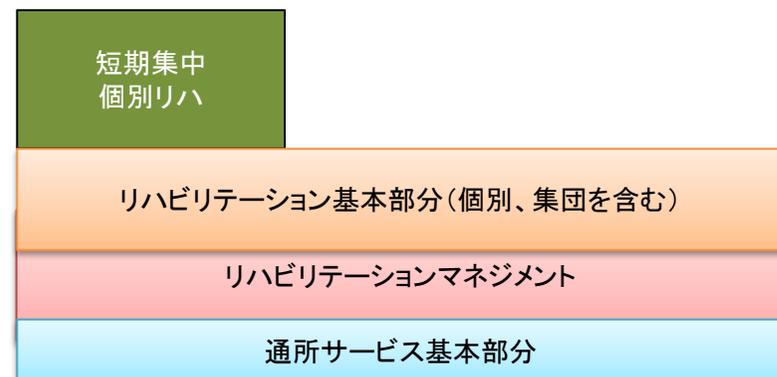
【イメージ】

← 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



通所リハビリテーションと通所介護の比較：平均利用期間

○ 通所リハビリテーション、通所介護ともに、平均利用期間が4年程度であった。

		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	49.6ヶ月	48.0ヶ月
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ(個別機能訓練)時間	16.6分	22.4分

参考：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

論点2-1(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。

対応案

- ・ 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の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】



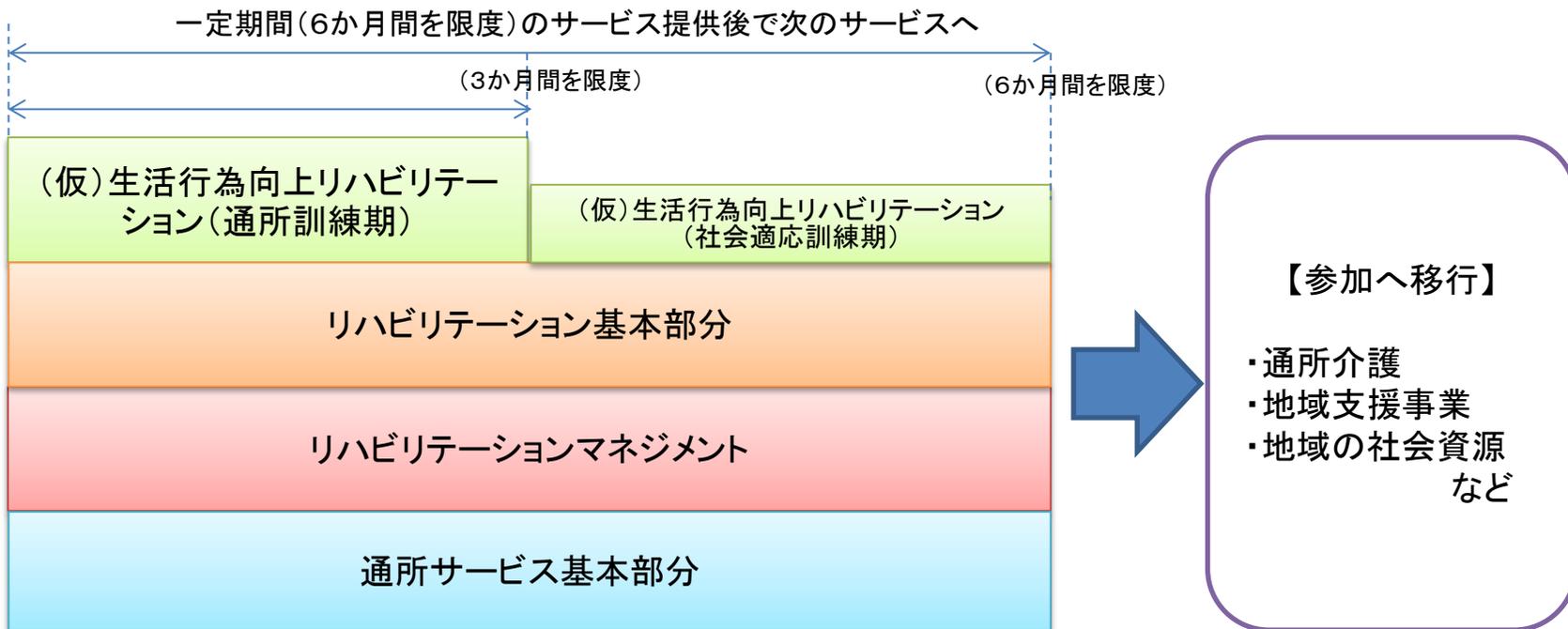
論点2-1(通所リハビリテーション)

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。

対応案

- 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】



(仮) 生活行為向上リハビリテーションの概要

心身機能訓練の評価に馴染みやすい時間・単位制の報酬体系とは別に、特に在宅生活者で徐々に生活機能が低下する廃用症候群など、早期の段階で「活動」や「社会参画」への重点的な取組が推進されるような、包括的な新たな報酬体系を導入し、それらも選択可能とする。

- ①介護サービス利用者でADL/IADLなどの生活機能が低下し、居宅サービス等で通所リハビリテーションが必要とされた者、②肺炎などを契機に急激に生活機能が低下した場合等において医師がリハビリテーションが必要であると判断した者に対し、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する。
- 利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」という生活行為を目標とする。
- 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。主に通所訓練を重点的に行う時期(前半のおおむね3か月間)と、主に参加への移行を念頭においた訓練の時期(残りのおおむね3か月間)に分けて、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。
- 目標とした生活行為の自立若しくは達成により、次のサービス(自主的な取り組みを含む)につなぐなど、終了を意識した、短期的、集中的な取り組みとする。また、終了時カンファレンスにて、本人が通所リハビリテーションの利用を希望した場合、リハビリテーションを継続することができるが、報酬については適正な水準に調整するものとする。
- 取組の具体的な内容を「(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画書」(様式F)として策定し、カンファレンス等で継続的に評価・見直しを行う。
- (仮)生活行為向上リハビリテーションは、一定の研修を受講した者が実施する。

※・1月1回包括単位

- ・利用日から6か月間の実施
- ・目標達成で終了
- ・実施頻度・回数・時間は実施計画で決定

肺炎などを契機に急激に生活機能が低下し、医師が通所リハビリテーションが必要であると判断した者

ADL/IADLなどの生活機能低下に対し、居宅サービス等が通所リハビリテーションが必要と考えた者

認定とケアプラン

【通所リハビリテーション】

リハビリテーションマネジメント
(カンファレンスにて対象者の決定)

(仮)生活行為向上リハビリテーション

(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成(通所と訪問を組合せ)

【6か月後】 目標とする生活行為が達成
○「(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画」の支援結果のまとめを作成

リハビリテーションマネジメント
(カンファレンスにて情報公開・提供)

通所リハビリテーション以外の通所系サービス若しくは地域の社会資源の利用など

通所リハ		買い物に行きたいが不安で夫に依存していた方への訪問指導事例	
通所リハビリテーション(介護予防)事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)	要支援1	
	<p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p>		
	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫) 	<ul style="list-style-type: none"> ・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる)
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる 	<p>【考察】</p> <p>実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」と「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。</p> <p>買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。</p>
介入内容	<ol style="list-style-type: none"> ①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習 	<ol style="list-style-type: none"> ①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討 	

同行者がいれば買い物が可能に



スーパーを想定した模擬的アプローチ

実際場面で活動参加を繰り返し習慣化へ向けたアプローチ

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に



活動の習慣化 役割の拡大へ 地域とのつながり

結果 : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

論点3

通所リハビリテーション及び訪問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してはどうか

対応案

- 利用者が計画に基づき、一定期間以内に通所系サービスや地域支援事業などに移行した場合の実績(利用者に占める割合)を評価する。
- 通所リハビリテーションの(仮)生活行為向上リハビリテーションには適応しない。

<具体例イメージ>

通所リハビリテーション

⇒通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

訪問リハビリテーション

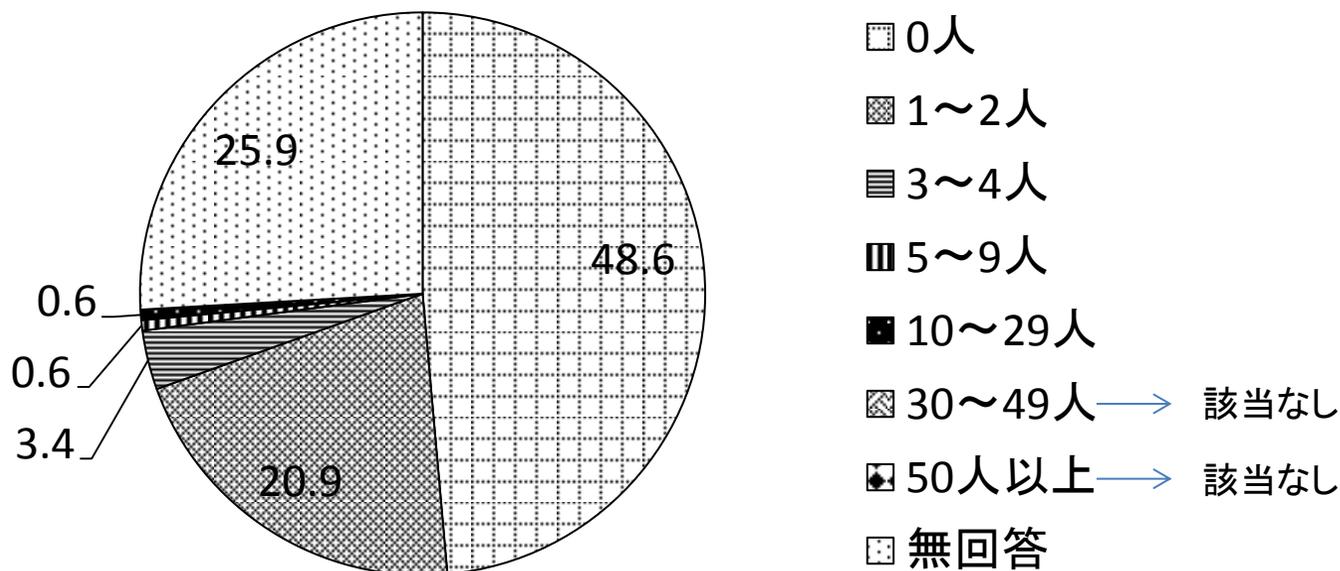
⇒通所リハビリテーション、通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

通所リハビリテーションの終了者のうち、 身体機能・動作能力・社会参加の改善に応じたサービス終了者の現状

○ 改善による終了人数別の事業所割合では、終了人数が0人の事業所が最も多く48.6%、次いで、1～2人の20.9%、3～4人の3.4%であった。10～29人が終了したと答えた事業所が0.6%で2事業所あった。

- ・ 通所リハビリテーション事業所623カ所に対し、郵送にて調査を実施。321事業所より回答(回収率 41.5%)。
- ・ 過去3か月間(平成26年4月～6月末)に利用を終了した方の内訳(a死亡、b入院、c本人の拒否、d入所、e身体機能・動作能力・社会参加の改善、fその他、g不明)とその人数を回答依頼。
- ・ 身体機能・動作能力・社会参加の改善のみを集計した。

改善による終了人数別の事業所割合



回答事業所数=321事業所
単位:%

論点4

重度要介護者を一定数以上受け入れ、かつ体制を確保している事業所を加算で評価してはどうか。

対応案

- 以下の要件を満たし、介護職員又は看護職員を指定基準より常勤換算方法で複数以上加配している事業所を報酬の加算で評価する。

(要件)

実利用者のうち要介護3以上の利用者を一定割合以上受け入れ、かつ、看護職員を提供時間を通じて専従で1以上配置している。

論点5

要介護4・5以上の利用者に対し一定の医療処置を実施した場合の評価について、対象を要介護3まで拡大してはどうか。

対応案

- 加算の対象者に要介護3の医療処置を要する者を含め、要介護3以上に拡大する。

通所リハビリテーションでの介護度別医療処置の実施状況

○ 要介護3の者においても、重度療養管理加算の算定要件となる医療処置（経管栄養、喀痰吸引、ストーマケア、褥瘡処置等）の実施を要する利用者が存在する。

要介護	経管栄養	透析	人工呼吸器	気管切開	喀痰吸引	ストーマケア	モニター測定	褥瘡ケア	膀胱カテーテル
1	0%	0.5%	0%	0%	0%	0.4%	5.6%	0.2%	0.2%
2	0%	0.9%	0%	0.4%	0.2%	0.9%	4.9%	0.9%	1.1%
3	0%	0.7%	0%	0%	0.3%	1.3%	6.6%	3.6%	0.3%
4	0.6%	4.5%	0%	0%	0.6%	0.6%	8.4%	4.5%	5.8%
5	10.7%	0%	0%	3.6%	7.1%	0%	5.4%	8.8%	7.1%

3. 通所系サービス

(4) 通所系サービス共通(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)

論点10

送迎時に行った居宅内介助等を通所介護の所要時間に含めることにより評価してはどうか。

対応案

- 送迎時に行った居宅内介助等(電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)を通所介護の所要時間に含めることとする。
- 所要時間に含めることができる時間は、居宅内介助等の所要時間が過剰とならないように30分以内とするとともに、ケアプランと通所介護計画に位置付けた上で実施する。
- 一定の有資格者が行うこととする。

送迎時における居宅内介助等の評価について

論点8

送迎時に行った居宅内介助等を通所リハビリテーションの所要時間に含めることにより評価してはどうか。

対応案

- 送迎時に行った居宅内介助等(電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)を通所リハビリテーションの所要時間に含める。
- 所要時間に含めることができる時間は、居宅内介助等の所要時間が過剰とならないように30分以内とするとともに、ケアプランと通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する。
- 一定の有資格者が行うこととする。

論点11

所要時間7時間以上9時間未満の通所介護の提供後から、自主事業の宿泊サービス実施前までの間に日常生活上の世話を行った場合、延長加算が算定可能であることをどう考えるか。

対応案

- 通所介護の延長加算は、実態として通所介護の設備を利用して宿泊する場合は算定不可とする。
- また、介護者の更なる負担軽減や、仕事と介護の両立のため、更に延長加算を強化する。

論点9

利用者が自ら事業所に通う場合(家族等が送迎を実施する場合も含む)や事業所において送迎を実施していない場合には、その利用者に対する報酬を実態にあわせ、適正化してはどうか。

対応案

- 送迎を行っていない場合(利用者が自ら通う場合、家族等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。

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所生活介護

論点1

短期入所生活介護において、緊急時の円滑な受け入れが促進されるように、緊急短期入所に係る加算の見直しや、緊急時における居室以外での受け入れを可能としてはどうか。

① 緊急短期入所に係る加算の見直し

短期入所生活介護において、緊急時の円滑な受け入れが促進されるように、緊急短期入所に係る加算を見直してはどうか。

対応案

- 空床確保の体制を評価している「緊急短期入所体制確保加算」については、事業所の全利用者について算定することとなっているが、この仕組みは廃止する。
- 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急的に行う場合を評価する「緊急短期入所受入加算」については、要件を緩和し、評価を引き上げる。

論点2

ADL・IADLの維持・向上を目的として機能訓練を実施している事業所を人員配置の体制面から評価してはどうか。

対応案

- 利用者の住まいを訪問した上で、個別の機能訓練計画を作成する。
- その上で、専従の機能訓練指導員を配置し、在宅生活継続に資する目的で、ADL・IADLの維持・向上を目的とした個別の機能訓練を実施する場合には、新たに加算で評価する。

論点3

重度者の増加に対応するため、手厚い健康管理及び医療との連携を評価してはどうか。

対応案

- 以下の事業所要件を満たし、重度な利用者を受け入れた場合、医療連携強化加算(仮称)として評価する。

【事業所要件】

- (1) 看護体制加算(Ⅱ)を算定していること。
- (2) 急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。
- (3) 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えてあらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること。
- (4) 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること。

【利用者要件】

看護職員による手厚い健康管理を要する状態であること。

短期入所生活介護における重度者への対応

← 同一日の併算不可 →

在宅中重度者
受入加算
(421単位等/日)

在宅で訪問看護利用がある中重度
の利用者への看護の対応
(委託契約に基づいて訪問看護事
業所に支払う)

訪問看護事業所



連携

医療連携強化加算
(仮称)

看護職員の定期的な巡視による健康管理
及び急変時の医療との連携体制の確保
(在宅での訪問看護利用実績を問わない)



医療機関

連携



短期入所生活介護

看護体制加算※
(4単位/日他)

利用者の重度化や医療ニーズに
対応するため、看護師の常勤配置
や基準を上回る看護職員の配置が
ある場合に加算

入院
(医療保険)

訪問診療・往診
(医療保険)

- 急変等に備えた手厚い健康管理
- 医療機関等との連携

配置医は、初・再診料、往診料を算定できない。
検査、画像診断、投薬、注射等は算定可能。

(参考) 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合
又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものである
ため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入
所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

(特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて
平成18年3月31日 保医発0331002)

※参考

- ・看護体制加算(I)(4単位)
看護師常勤1名以上
- ・看護体制加算(II)(8単位)
- ①(単独型・併設型)看護職員を常勤換算で25又はその端数を増すごとに1以上
(空床利用型)看護職員を常勤換算で25又はその端数を増すごとに1以上かつ、
配置基準+1名以上
- ②事業所の看護職員、または、医療機関・訪問看護ステーションの看護職員の連
携によって24時間連絡体制を確保

論点4

長期間の利用者には、その利用実態を鑑み、基本報酬の適正化を行ってはどうか。

対応案

- 短期入所生活介護の基本報酬については、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームの基本報酬より高い設定となっているが、長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者)については、基本報酬の評価を適正化する。

論点5

基準該当短期入所生活介護の基準緩和や小規模多機能型居宅介護の空床利用等を可能とし、緊急時における短期利用や宿泊ニーズに対応する環境の整備を促進してはどうか。

② 小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの宿泊室の利活用

緊急時における短期利用や宿泊ニーズの環境を整備するため、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの宿泊室に空床がある場合など一定の条件下においては、短期利用を認めてはどうか。

対応案

- 登録定員に空きがある場合であって、当該日において宿泊室に空きがある場合には、緊急やむを得ない場合などの一定の条件を付した上で、登録者以外の短期利用を可能とする。

5. 短期入所系サービス

(2) 短期入所療養介護

論点

リハビリテーションの実施に応じた評価となるよう見直してはどうか。

対応案

- 介護老人保健施設の短期入所療養介護において、算定率の高いリハビリテーション機能強化加算を基本サービス費に包括化する。当該加算の要件のうち、個別リハビリテーション計画の策定については個別リハビリテーション実施加算の要件に位置付ける。

【参考(現行)】

○介護老人保健施設における短期入所療養介護

・リハビリテーション機能強化加算(30単位/日、算定率約90%)

イ 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1人以上配置していること。

ロ 介護老人保健施設基準第2条に定める理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置していること。

(注:常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上)

ハ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤換算方法で入所者の数を50で除した数以上配置していること。

ニ 医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適切に行う体制にあること。

・個別リハビリテーション実施加算(240単位/日)

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを20分以上行った場合に算定。

※介護老人保健施設の基本サービス費の見直しに伴い、介護老人保健施設における短期入所療養介護の基本サービス費を見直す。

※介護予防短期入所療養介護についても同様の見直しを行う。

短期入所療養介護について

短期入所療養介護の基本方針

短期入所療養介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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、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を行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第141条）

必要となる人員・設備等

短期入所療養介護を行うことのできる施設は次のとおりであり、必要な人員・設備等は、原則としてそれぞれの施設として満たすべき基準による。

- 介護老人保健施設
- 療養病床を有する病院若しくは診療所
- 診療所

※診療所（療養病床を有するものを除く。）においては、以下の要件を満たすこと。

- ・床面積は利用者1人につき6.4㎡とすること
- ・食堂及び浴室を有すること
- ・機能訓練を行うための場所を有すること

6. 特定施設入居者生活介護

論点1

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の利用者が重点化されることを踏まえ、特定施設入居者生活介護の役割が拡大することから、手厚い介護体制の確保を推進することとしてはどうか。

対応案

- ・ 特定施設入居者生活介護等の利用者に関しては、特別養護老人ホームの入所者資格の重点化に伴う住まいとしての役割が拡大することが見込まれている。
- ・ 従って、軽度者が入居して重度化した場合であっても、引き続き特定施設においてサービスを提供し続けるための体制を確保する観点での検討が必要。
- ・ そこで、手厚い介護体制の確保を推進する観点から、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)と同様に、サービス提供体制強化加算を創設してはどうか。

参考：現行の介護福祉施設サービスにおけるサービス提供体制強化加算

		単位数	要件
サービス 提供体制 強化加算	(Ⅰ)	12単位/日	介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が50%
	(Ⅱ)	6単位/日	看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%
	(Ⅲ)	6単位/日	勤続年数3年以上の者の占める割合が30%

特定施設入居者生活介護の職員の配置状況

- 軽度の段階からの入居者に対しても、十分な職員体制を確保することにより、重度化した場合も引き続き安心して暮らし続けられるような居住・介護環境を整えている事業者に対して、介護福祉施設サービスと同様の評価を行い、増大するケア付きの居住環境に対するニーズに応える措置が必要。
- なお、H25老健事業の調査によると、現状の特定施設入居者生活介護における職員の配置状況は以下のとおり。なお、いずれの数値も常勤換算をしたもの。

	平均	要件を満たす施設
介護職員の数	23.9人	
うち介護福祉士の数	9.9人（41%）	32%
介護・看護職員の数	28.7人	
うち常勤職員の数	19.4人（68%）	44%

論点2

認知症高齢者への対応によって増加する負担に対する評価や、積極的な受け入れを促進する観点からも、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置かれていることに鑑み、認知症専門ケア加算を創設してはどうか。

対応案

- 特定施設入居者生活介護等の利用者に関しては、特別養護老人ホームの入所者資格の重点化に伴う住まいとしての役割が拡大することが見込まれている。
- 現状においても、特定施設には認知症の入居者が一定程度生活していることから、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や、認知症高齢者グループホームと同様に、認知症の高齢者に対する体制を整備している施設に対する評価を行うこととしてはどうか。

参考: 現行の介護福祉施設サービス・認知症対応型共同生活介護における認知症専門ケア加算

		単位数	要件
認知症 専門ケ ア加算	(I)	3単位/日	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活自立度のランクⅢ以上の者(以下「対象者」という。)の占める割合が50% ・「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を、(1)対象者が20人未満の場合は1人、(2)対象者が20人以上の場合は、10人ごとに更に1人
	(II)	4単位/日	<ul style="list-style-type: none"> ・(I)の要件を満たすこと ・「認知症介護指導者研修」の修了者を1人以上

認知症高齢者の利用状況

平成26年7月23日 介護給付費分科会資料を一部修正

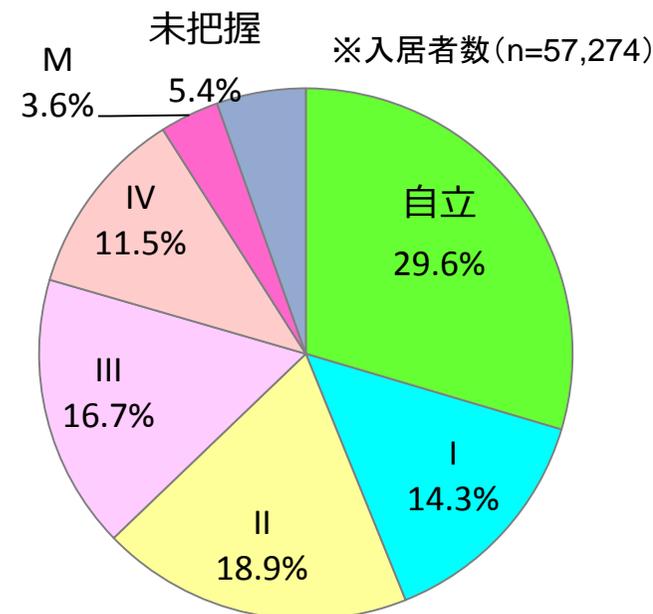
- 現状における認知症高齢者の居場所として、特定施設も一定数を受け入れる状況となっている。
- 特定施設入居者生活介護等の事業所として代表的な有料老人ホームにおいても、入居者における認知症高齢者の日常生活自立度については、**『Ⅲ』以上の入居者が31.8%**を占めている。
- 「認知症専門ケア加算」の要件である**『Ⅲ』以上の入居者が50%以上の施設**については、**全体の31.1%**であり、住宅型有料老人ホームよりも介護付有料老人ホームの方が、受け入れがやや少ない。

居場所別の内訳 (H22.9.30)

	日常生活自立度 Ⅱ以上	定員数に 占める割合
居宅	140 万人	—
特定施設	10 万人	63%
グループホーム	14 万人	93%
介護老人福祉施設	41 万人	91%
介護老人保健施設等※	36 万人	86%
医療機関	38 万人	—
合計	280 万人	—

※ 介護療養型医療施設を含む。

日常生活自立度 (H25.7.1)



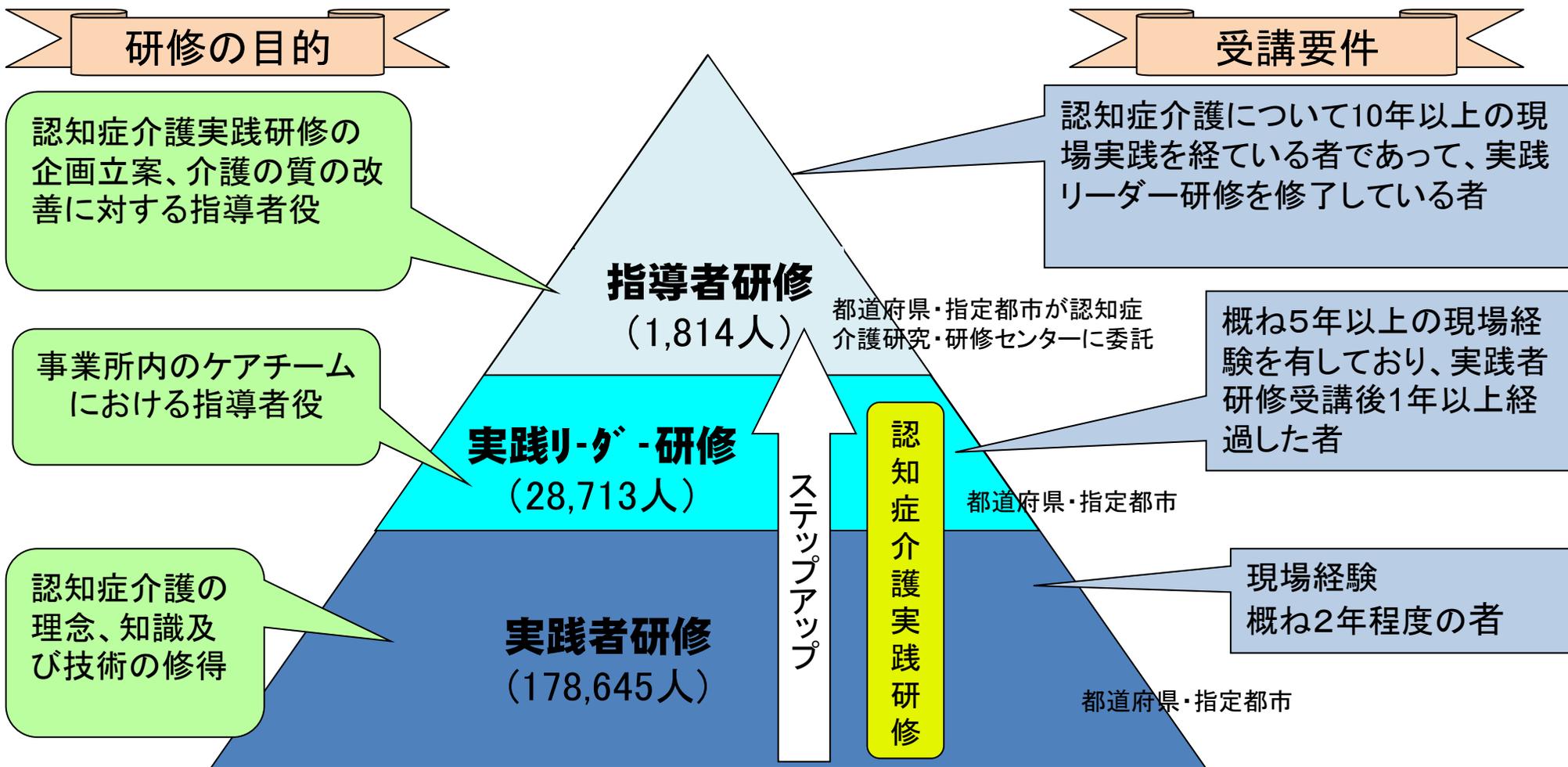
該当施設数 (H25.7.1)

	『Ⅲ』以上の高齢者が50%以上入居している施設
有料老人ホーム全体	34.5 %
介護付有料老人ホーム	31.1%
住宅型有料老人ホーム	37.2%

※ 平成25年度老人保健健康増進等事業「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」(全国有料老人ホーム協会)

認知症の介護にかかる研修

【認知症介護研修の概要について】



※ 括弧内は平成25年度までの累計修了者数(認知症・虐待防止対策推進室調べ)

※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

認知症介護指導者研修・認知症介護実践リーダー研修の概要

	認知症介護指導者研修	認知症介護実践リーダー研修
実施主体	都道府県・市町村 (認知症介護研究・研修センターに委託)	都道府県・市町村
受講要件	認知症介護について10年以上の現場実践を経ている者であって、実践リーダー研修を終了している者	おおむね5年以上の現場経験を有しており、実践者研修受講後1年以上経過した者
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、チームケアを効率的・効果的に機能させる能力を有した指導者となるためのもの
研修時間	<標準> 講義・演習等 200時間 +実習4週間	<標準> 講義・演習3420分 +実習 (職場実習4週間、他施設3日等)

論点3

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、特定施設における看取り介護の質を向上させるために、看取り介護加算の充実を図ってはどうか。

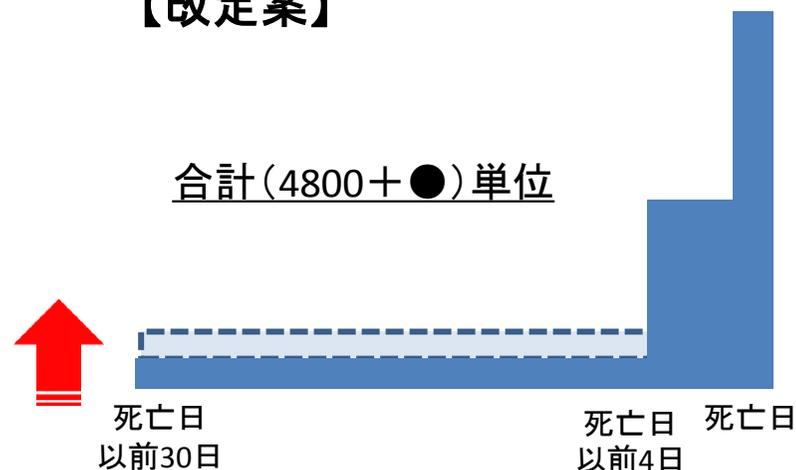
対応案

- 新たな要件として、①入居者の日々の変化を記録により、多職種で共有することによって連携を図り、看取り期早期からの入居者及びその家族等の意向を尊重をしながら、看取り介護を実施すること、②当該記録等により、入居者及びその家族等への説明を適宜行うことを追加し、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に対し、単位数を引き上げる。
- また、特定施設における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。

【現行】



【改定案】



施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

体制の整備

- 「看取りに関する指針」の策定
- 入居者又はその家族等への指針の説明
- 看取りに関する職員研修
- 医師、看護職員(24時間の連絡できる体制の確保)、介護職員(看護職員不在時の対応の周知)等の連携体制の整備
- 個室又は静養室の整備
- 救急搬送のための連絡体制の整備

看取り介護

- 「看取り介護に係る計画」の作成
- 入居者又はその家族等への計画の説明
- 多職種連携のための情報共有(入居者の日々の変化の記録)
- 入居者又はその家族等への文書による情報提供(説明支援ツールの活用)
- 弾力的な看護職員体制(オンコール体制又は夜勤配置)
- 家族の悲嘆への援助

体制の改善

- 「看取りに関する指針」の見直し
- 看取りに関する報告会の開催
- 入居者及びその家族等、地域への啓発活動(意見交換)

振り返り

- 看取り後のケアカンファレンス
- 職員の精神的負担の把握と支援

報酬改定による特定施設における看取り対応の強化

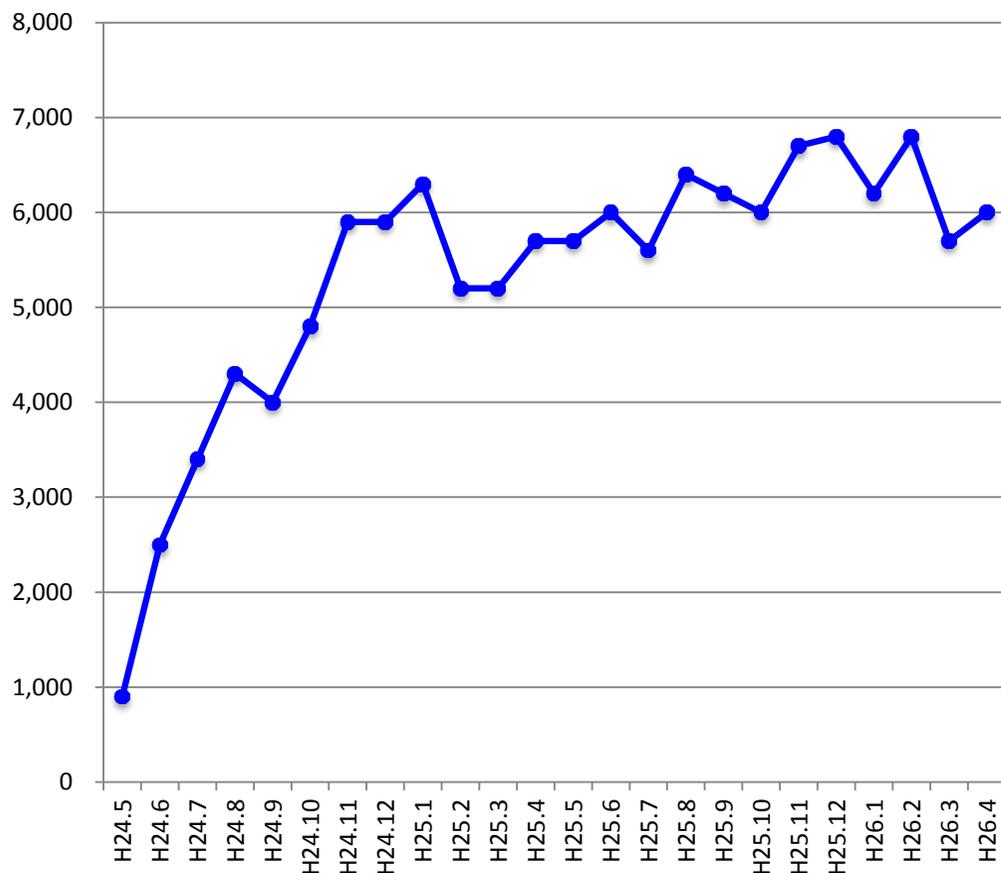
平成24年4月改定

・「看取り介護加算」の創設

【死亡日以前4日～30日：80単位/日、死亡日の前日・前々日：680単位/日、死亡日：1280単位/日】

算定日数/月

看取り介護加算の算定状況



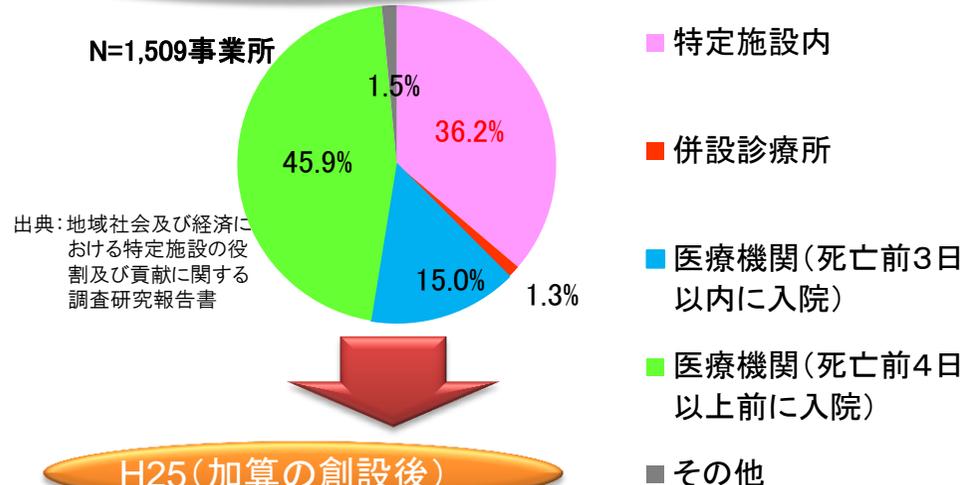
出典：介護給付費実態調査

【特定施設入居者生活介護と地域密着型特定施設入居者生活介護の合算】

H22(加算の創設前)

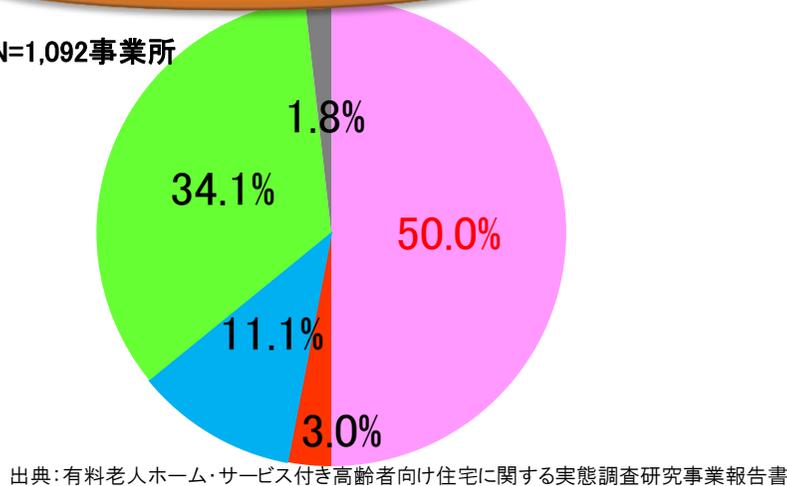
N=1,509事業所

出典：地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究報告書



H25(加算の創設後)

N=1,092事業所



出典：有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書

論点4

特定施設入居者生活介護(介護予防)については、利用者が重度化しつつあることを踏まえ、基本報酬の見直しを図ってはどうか。

対応案

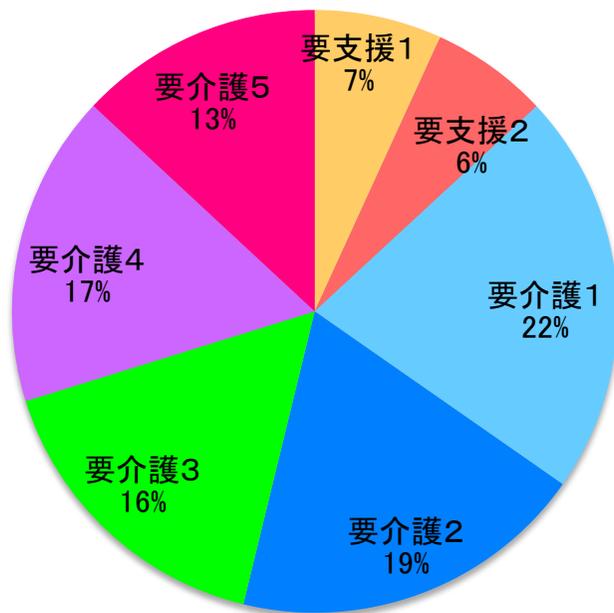
- 特定施設入居者生活介護の利用者の平均要介護度が上昇傾向にあることを踏まえて、加算の見直しによる重度化への対応を行う一方で、基本報酬については、職員配置基準と合わせた見直しを行うこととしてはどうか。
- 具体的には、介護職員・看護職員の配置基準については、要支援2の基準(3:1)を、要支援1の基準(10:1)に揃え、これに合わせて基本報酬の見直しを行うこととしてはどうか。

特定施設入居者生活介護の実態

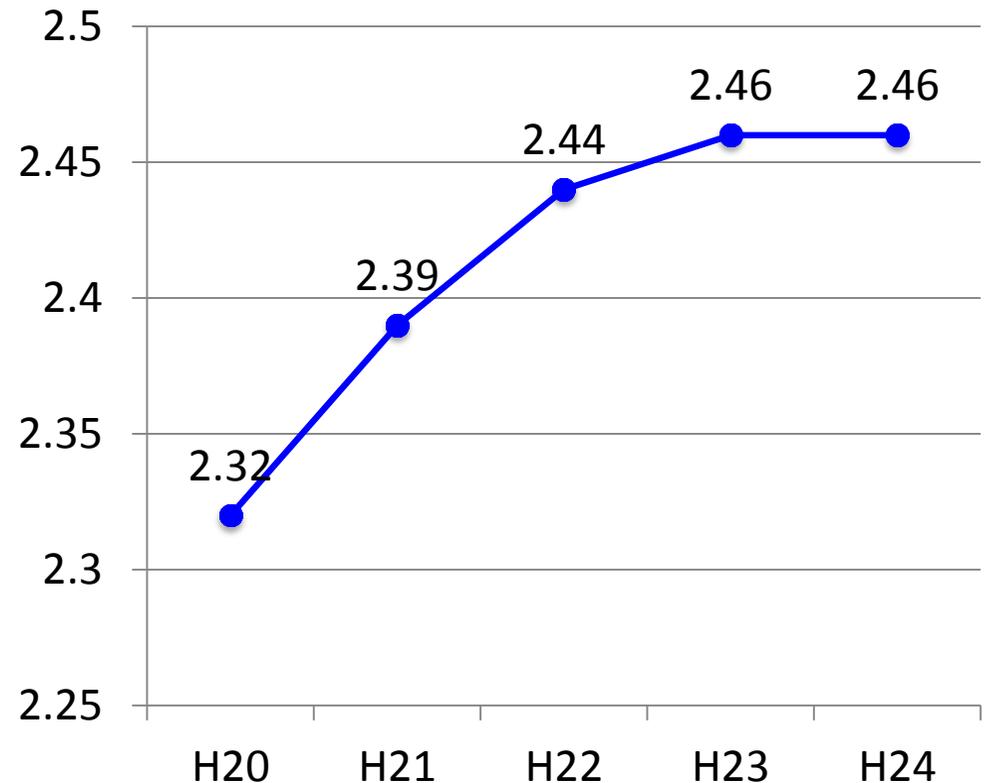
平成26年7月23日 介護給付費分科会資料を一部修正

- 特定施設入居者生活介護等の受給者は、特定の区分に偏らず、要支援1から要介護5まで、状態像が広く分布している(平成24年度)。
- 近年における受給者の平均要介護度は、重度化の傾向にある。

状態別の受給者割合 (H24)



平均要介護度の推移(H20~H24)



※ H24の「要介護」は「特定施設入居者生活介護」と「地域密着型特定施設入居者生活介護」の合計。

※ 「要支援1・2」については、利用者数に0.375を乗じて平均要介護度を算出している。

論点5

特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む)における空き部屋を活用したショートステイについて、都市部などの限られた資源を有効に活用しつつ、地域における高齢者の一時的な利用の円滑化を図るため、要件の見直しを行ってはどうか。

対応案

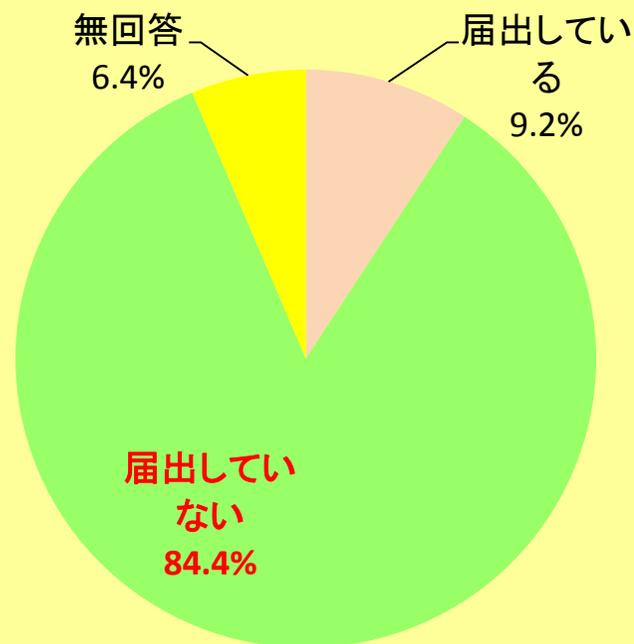
- 現行の要件のうち、①開設後3年を経過したものであること、②入居率80%以上であること、という2つの要件が、制度の円滑利用の阻害要因となっている。
- ①については、個別の施設における経験ではなく、複数の施設を運営する場合も含む事業者としての経験を評価するべきではないかと指摘されている。
- ②については、不測の事態により入居率が80%未満となる場合に、事前に予約を受けていた短期利用の申込みを、事業者側からキャンセルせざるを得なくなる等の課題が指摘されている。
- なお、本来は居住の場として位置づけられていることから、短期利用の利用者の割合の上限を定員の10%とすることを基準化しているところ。
- 具体的には、以下のような見直し(告示の改正)を行ってはどうか。
 - (1): 認知症対応型共同生活介護のH24改定の例に倣い、「居宅サービス等の運営について3年以上の経験を有すること」という合理化を図る。
 - (2): 入居率80%以上であることとする要件については、撤廃する。

特定施設入居者における短期利用制度

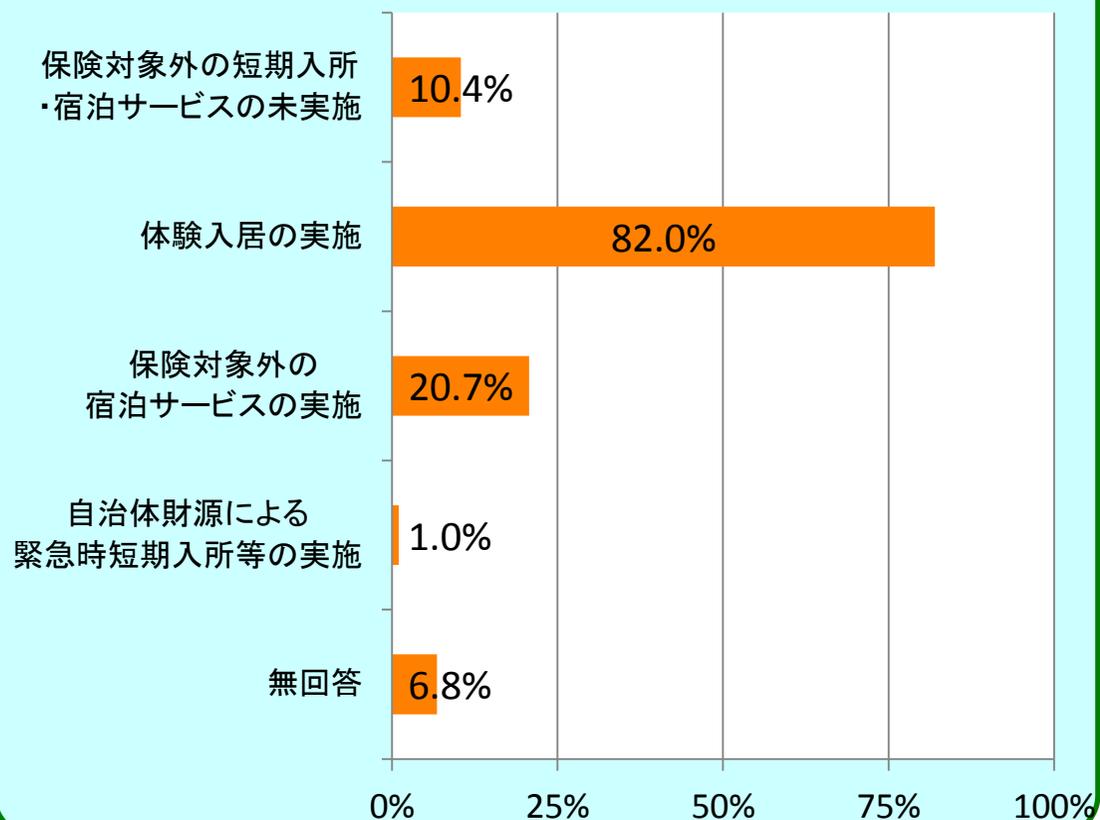
平成26年7月23日 介護給付費分科会資料

- 平成24年度に設けられた特定施設の短期利用の活用は進まない一方で、20%以上の特定施設において、空室を活用した介護保険外・自費負担によるショートステイサービスが実施されている。
- 特定施設の短期利用制度には、入居率が80%以上という要件が課せられており、空室の少ない特定施設では短期利用の受け入れが難しいことから、特定施設の短期利用制度の活用が進んでいない。

短期利用の届出状況



保険対象外サービスとしての取組状況



7. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

論点1

給付の効率化・適正化の観点から、貸与事業所が複数の福祉用具を貸与する場合において、予め都道府県等に減額の規定を届け出ることにより、通常の貸与価格から減額して貸与することを可能にしてはどうか。

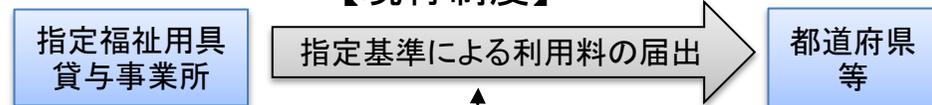
対応案

- 都道府県に提出する運営規程(利用料)について、複数の福祉用具を貸与する場合に価格を減額する規定の届け出を行うことが出来ることとする。

複数の福祉用具を貸与する場合の価格について

○ 都道府県に提出する運営規程(利用料)について、複数の福祉用具を貸与する場合に価格を減額する規程の届け出を出来ることとする。

【現行制度】



貸与価格(单品)		△△貸与事業所
種目	名称	貸与価格
車いす	〇〇標準型車いす	8,000円
車いす付属品	〇〇クッション	2,000円
車いす付属品	〇〇テーブル	1,000円
特殊寝台	〇〇電動ベッド	10,000円
特殊寝台付属品	サイドレール	1,100円

↓ 届け出た利用料に基づいて請求

〇〇車いす (8,000円) 〇〇クッション (2,000円) 〇〇テーブル (1,000円)

個々の単価を合計

合計金額 : 11,000円

【複数貸与時の減額ルールへの届出】

○ 複数の福祉用具を貸与する場合、効率化・適正化の観点から、減額する場合のルールを届け出ることにより、価格の減額を認める。



(例)
【数量により減額する場合】

- ・2種類貸与時
合計額から〇〇円減額
- ・3種類貸与時
合計額から△△円減額

【種目の組合せにより減額する場合】

- ※基本となる福祉用具と一体的に使用されるものを想定
- ・特殊寝台と特殊寝台付属品を貸与時
合計額から〇〇円減額
- ・車いすと車いす付属品を貸与時
合計額から△△円減額

(参考) 介護保険における福祉用具

【制度の概要】

- 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。

【厚生労働大臣告示において以下のものを対象種目として定めている】

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売
対象種目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車いす(付属品含む) ・ 特殊寝台(付属品含む) ・ 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 ・ 手すり ・ スロープ ・ 歩行器 ・ 歩行補助つえ ・ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ・ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腰掛便座 ・ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ・ 入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト) ・ 簡易浴槽 ・ 移動用リフトのつり具の部分

【給付制度の概要】

① 貸与の原則

利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。

② 販売種目(原則年間10万円を限度)

貸与になじまない性質のもの(他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態・品質が変化し、再利用できないもの)は、福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。

③ 現に要した費用

福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしている。

8. 地域密着型サービス

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

論点2

定期巡回・随時対応サービスの提供実績は、通所サービス利用の有無により大きな差がないことから、減算率を見直してはどうか。

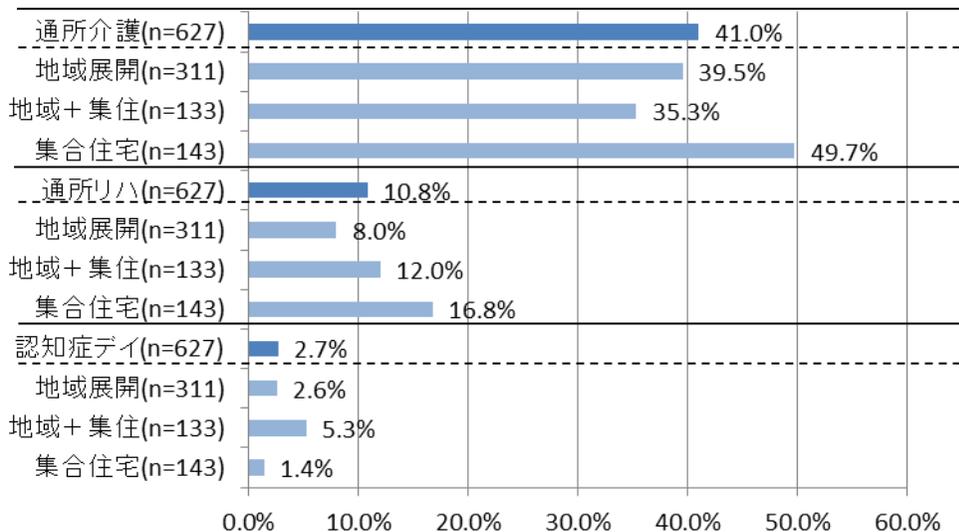
対応

- 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を受けている利用者に対して、定期巡回・随時対応サービスを行った場合の減算（定期巡回・随時対応サービスの1日あたり所定単位数の2／3相当額）を軽減してはどうか。

他の介護保険サービス（通所系）の利用状況①

- 通所介護利用日は、1日約2/3、単位数が減算される仕組みとなっている。
- 定期巡回サービス提供後の他の介護保険サービスの利用状況は、「通所介護」が41%と高い。
- 定期巡回による訪問回数や1回あたり訪問時間は、通所介護の利用の有無による差異はみられない。

〔他の介護保険サービス（通所系）の利用状況〕



〔通所系サービスを利用した場合の取扱い〕

指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（抄）
（平成18年厚生労働省告示第126号）

1 定期巡回・随時対応型訪問介護費

注4 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を受けている利用者に対して、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、通所介護を利用した日数に、1日当たり次に掲げる単位数を乗じて得た単位数を所定単位数から減算する。

- ① 連携型（訪看利用なし）、一体型 ② 連携型（訪看利用あり）
- | | | | |
|----------|-------|----------|-------|
| (1) 要介護1 | 145単位 | (1) 要介護1 | 201単位 |
| (2) 要介護2 | 242単位 | (2) 要介護2 | 302単位 |
| (3) 要介護3 | 386単位 | (3) 要介護3 | 450単位 |
| (4) 要介護4 | 483単位 | (4) 要介護4 | 550単位 |
| (5) 要介護5 | 580単位 | (5) 要介護5 | 661単位 |

通所介護の有無に関わらず同数

〔通所介護利用の有無別の1日当たり訪問回数〕

（地域展開）	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護利用者全体	2.8	1.4	2.2	2.9	3.3	4
通所介護利用日	2.7	1.1	2.2	2.8	3.2	4.9
通所介護利用なしの日	2.8	1.5	2.2	3	3.4	3.6

（集合住宅）	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護利用者全体	7.6	5.8	5.6	8.1	8.9	9.8
通所介護利用日	6.6	6	5.3	6.6	7	8.3
通所介護利用なしの日	8.1	5.7	5.7	9.4	9.5	10.6

通所介護の有無に関わらず同時間

〔通所介護利用の有無別の訪問1回あたり訪問時間（分）〕

（地域展開）	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護利用者全体	26.9	25.2	27.0	25.1	28.2	27.4
通所介護利用日	24.5	21.6	25.7	23.2	26.6	23.9
通所介護利用なしの日	27.8	26.4	27.6	25.9	28.6	29.4

（集合住宅）	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護利用者全体	12.4	9.9	11.3	11.6	13.2	15.5
通所介護利用日	12.2	8.9	10.8	12.7	13.5	14.8
通所介護利用なしの日	12.5	10.3	11.6	11.1	13.1	15.8

論点5

同一の集合住宅の利用者とそれ以外の住居の利用者に対するサービスの提供実態を踏まえ、同一建物減算を導入してはどうか。

対応

- 一定数以上の利用者が同一建物に居住する場合には、職員の移動時間が軽減されることを踏まえ減算する。

現行の集合住宅へのサービス提供の場合の減算

- 集合住宅の利用者に対しサービスを提供する場合、移動等に係る労力が在宅利用者へのサービス提供に比して少ないことを踏まえ、減算を行っている。
- 居宅療養管理指導に関しては、利用者の居住場所に係る区分について、医療保険との整合性を図ってきている。

	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</u>（<u>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、旧高専質に限る</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登録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（宿泊サービスに限る）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービスに限る）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>	---	—

地域展開型と集合住宅型のサービスの状況について①

- 一人一日当たりの平均定期訪問回数は、「地域展開」事業所が2.1回、「集合住宅」事業所が5.7回となっている。
- 随時対応について、一人一か月あたりの平均コール回数をみると、「地域展開」事業所は6.6回、「集合住宅」事業所は38.4回と差がみられる。また、コール件数に対する訪問対応の割合をみると、「集合住宅」事業所は9割以上が訪問対応をおこなっている。
- 総訪問時間を比較すると、要介護1、3、4では差が見られるが、要介護5の定期訪問では差が見られない。なお、1回当たりの提供時間は、「地域展開」事業所が平均27.8分、「集合住宅」事業所が13.3分となっている。

【定期訪問】要介護度別平均訪問回数(一人・一日当たり)

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体(n=133)	2.9	2.0	2.6	3.3	3.7	4.1
地域展開(n=79)	2.1	1.3	1.8	2.3	2.7	3.0
地域+集住(n=25)	3.1	1.8	2.9	3.7	3.7	4.3
集合住宅(n=23)	5.7	4.8	5.0	5.6	6.7	6.7

【定期訪問】要介護度別平均総訪問時間(分)(一人・一日当たり)

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体(n=616)	79.5	47.3	62.7	80.8	99.6	112.2
地域展開(n=304)	74.9	32.5	61.8	79.7	97.1	111.1
地域+集住(n=129)	78.6	55.8	59.4	69.0	91.9	116.7
集合住宅(n=143)	86.2	55.0	63.5	94.6	112.0	103.6

【随時対応】時間帯別平均コール回数(一人・一か月当たり)

	全体	早朝 (6-8)	日中 (8-18)	夜間 (18-22)	深夜 (22-6)
全体(n=126)	11.9	1.6	4.7	3.3	4.2
地域展開(n=76)	6.6	1.9	3.1	1.7	1.6
地域+集住(n=23)	5.2	0.3	2.2	1.6	1.7
集合住宅(n=22)	38.4	0.9	13.8	11.0	15.6

要介護度別平均ケア提供時間(一回当たり)

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体(n=616)	19.6	16.6	18.9	19.3	20.6	21.1
地域展開(n=304)	27.8	24.5	28.4	26.4	27.9	29.9
地域+集住(n=129)	20.1	23.7	18.5	16.7	20.7	22.3
集合住宅(n=143)	13.3	10.8	11.8	13.8	14.5	14.6

※上記2つの表は利用者票より

【随時訪問】訪問対応をおこなった割合(%)

	全体	早朝 (6-8)	日中 (8-18)	夜間 (18-22)	深夜 (22-6)
全体(n=124)	73.9	48.1	73.9	80.3	75.6
地域展開(n=74)	46.5	27.3	43.1	52.8	62.9
地域+集住(n=24)	60.1	52.7	64.2	57.2	60.0
集合住宅(n=21)	93.7	83.4	97.2	99.2	79.6

※上記3つの表は事業所票より

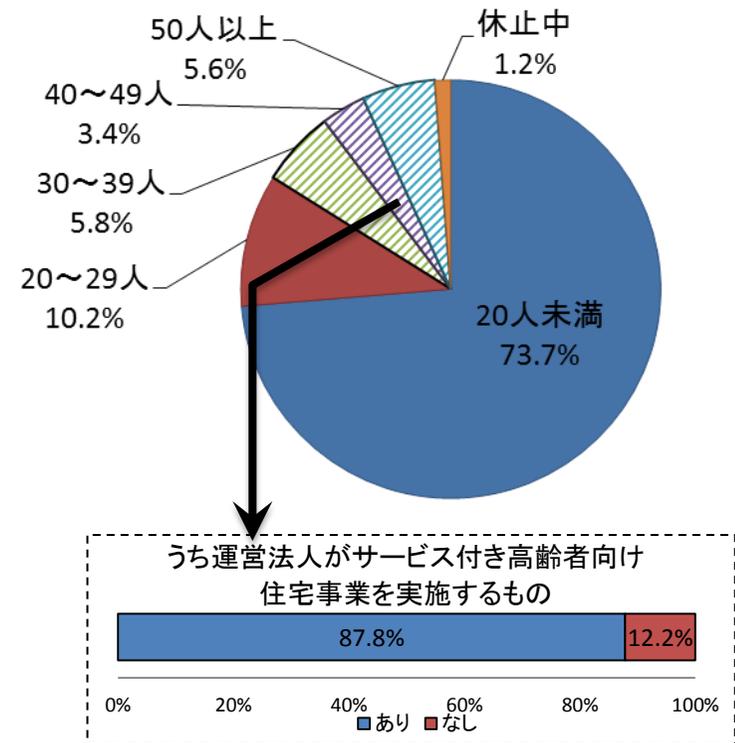
地域展開型と集合住宅型のサービスの状況について②

- 定期訪問をおこなう職員一人当たりの総移動時間(事業所間平均)をみると、「地域展開」事業所は105.8分、「地域+集住」事業所は116.7分、「集合住宅」事業所は85.0分となっているが、「集合住宅」事業所の一人一日当たりの平均移動時間の分布をみると、一日1時間未満の事業所が4割を占めており、「地域展開」の8.6%と比較し、差がみられる。
- また、「地域展開」について、実際のサービスエリアの規模別にみると、「5km²未満」では一日1時間未満の割合が22.2%と他の区分と比べ高く、「50km²以上」では一日2時間以上の割合が62.5%を占める。

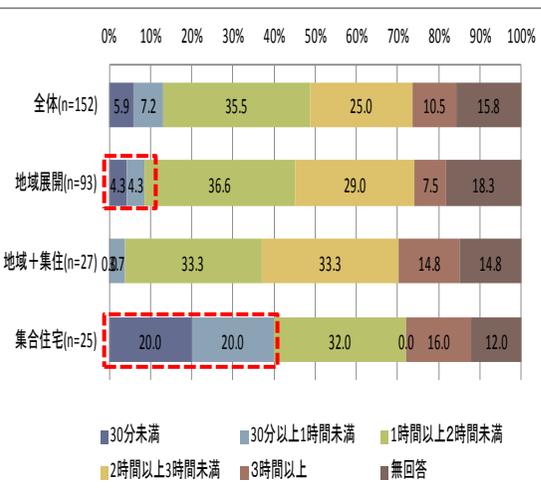
[平均移動時間(一人・一日当たり)]

全体	地域展開	地域+集住	集合住宅
104.1分	105.8分	116.7分	85.0分

[利用者数(平成26年6月)]

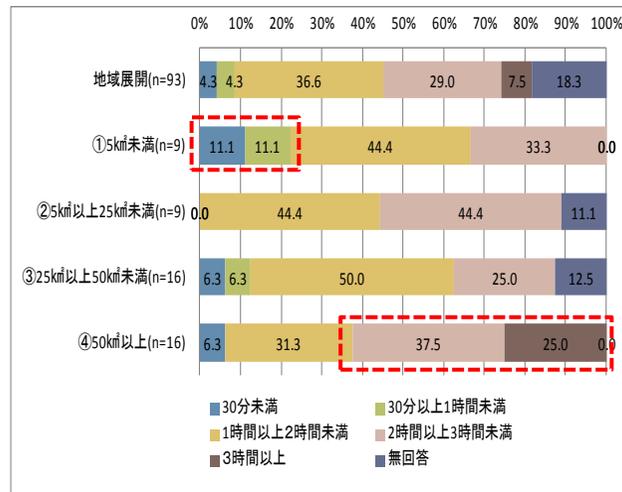


[平均移動時間(一人・一日当たり)の分布]



【地域展開】

実際のサービスエリア別にみた平均移動時間(一人・一日当たり)



【出典】(左)老健局振興課調べ

(右)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「集合住宅における定期巡回・随時対応サービスの提供状況に関する調査研究事業」

8. 地域密着型サービス

(2) 小規模多機能型居宅介護

論点1

今後、小規模多機能型居宅介護の利用者の在宅生活を継続する観点から、訪問サービスの重要性が高まることが想定されることから、訪問サービスを強化した類型を創設してはどうか。

- ① 訪問サービスを積極的に提供する小規模多機能型居宅介護事業所の評価
 - ・ 「訪問体制強化加算」を新たに設けてはどうか。

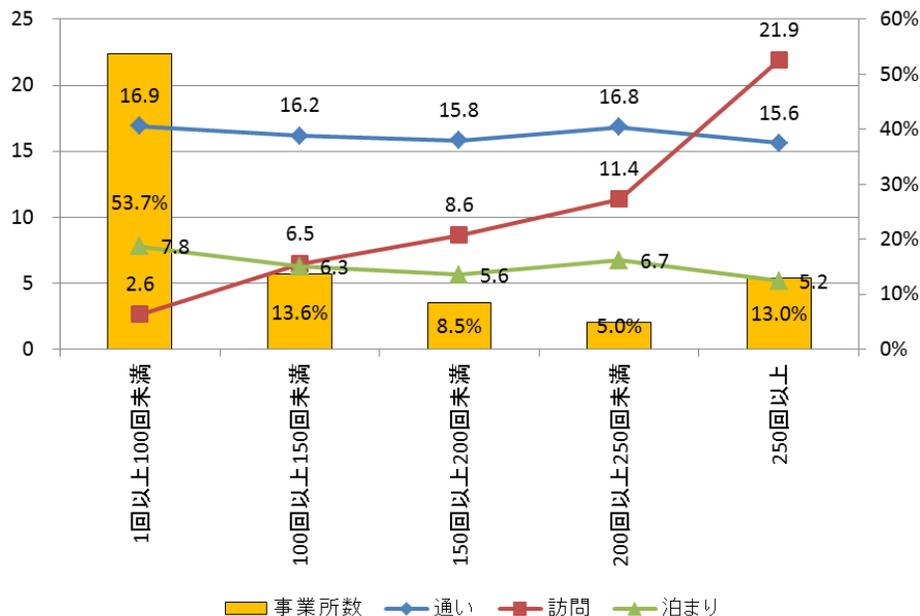
対応

- ・ 在宅生活を継続するための支援を更に強化する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、新たに「訪問体制強化加算」(仮称)を新設する。
- ・ 算定要件は以下のとおりとする。
 - ① 訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置
 - ・ 特定の職員を訪問サービスに固定するものではない。
 - ② 1月あたり延べ訪問回数が一定回数以上の指定小規模多機能型居宅介護事業所
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅等を併設する事業所については、登録者のうち同一建物以外の利用者が一定以上を占める場合であって、かつ、同一建物以外の利用者に対して、上記の要件を満たす場合に算定対象とする。

サービスの実施状況

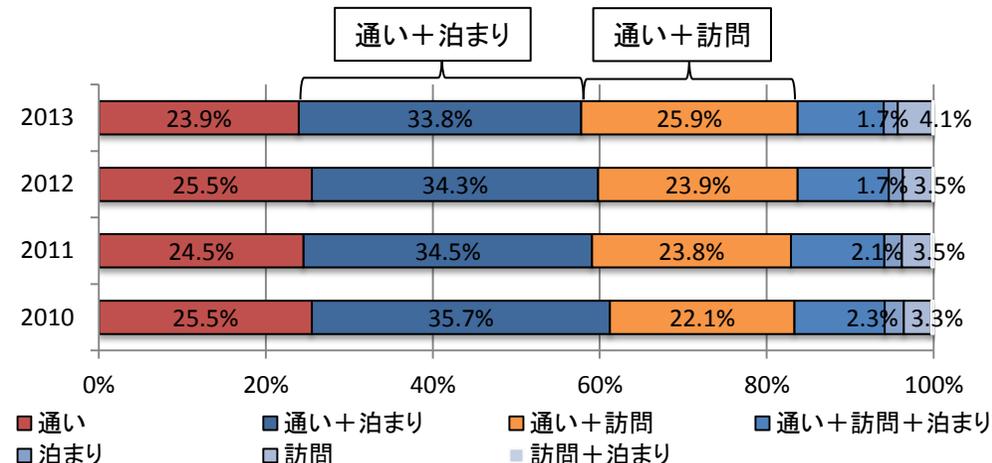
- 当該事業所の延べ訪問回数に関わらず、「通い」「泊まり」の利用状況は概ね同程度である。
- 利用タイプ別にみると、「通い+訪問」は増加傾向にあり、一方で「通い+泊まり」は減少傾向にある。
- 訪問回数の多い事業所では、主治医との連携や地域との交流の取組割合が高い。

[1事業所あたり月間訪問回数別の利用状況]
(利用者1人あたりの月間利用回数)

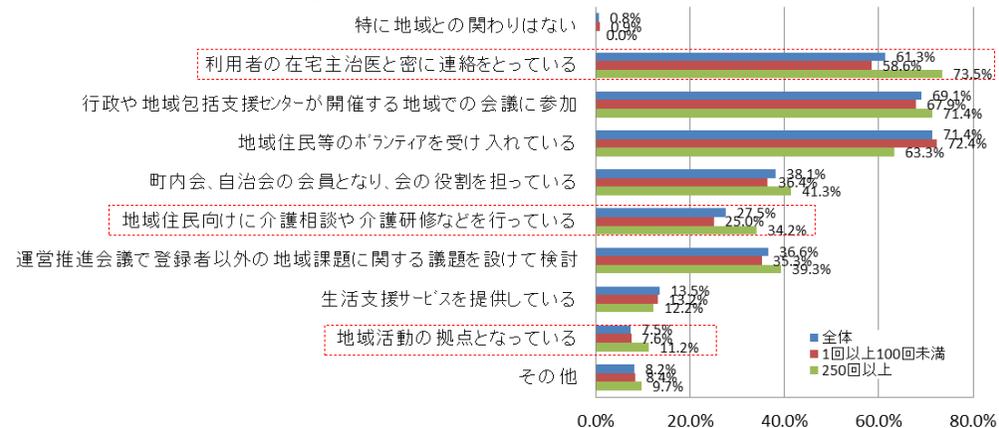


	事業所数	通い	訪問	泊まり
全体(サ高住等との併設なし)	1,707(100%)	16.4	7.1	7.0
月間延べ訪問回数				
1回以上100回未満	917(53.7%)	16.9	2.6	7.8
100回以上150回未満	233(13.6%)	16.2	6.5	6.3
150回以上200回未満	145(8.5%)	15.8	8.6	5.6
200回以上250回未満	85(5.0%)	16.8	11.4	6.7
250回以上	222(13.0%)	15.6	21.9	5.2

[利用タイプ別利用状況]



[地域等との連携の取組状況]



【出典】(左)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「集合住宅における小規模多機能型居宅介護の提供状況に関する調査研究事業」

(右)平成25年度老人保健健康増進等事業「運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)

論点1－②

小規模多機能型居宅介護や複合型サービスにおいては、在宅生活を継続するための支援を更に強化する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため「訪問体制強化加算(仮称)」や「看護体制強化加算(仮称)」の新設を検討しているが、当該加算については限度額に含まないこととしてはどうか。

対応案

- 小規模多機能型居宅介護については、在宅生活を継続するための支援を更に強化する観点から、訪問サービスを積極的に提供する体制の評価を行うため、新たに「訪問体制強化加算」(仮称)を新設することを提案しているところ。
- また、複合型サービスについては、訪問看護を実施している利用者が一定割合以上を占めており、利用者の医療ニーズに積極的に対応している複合型サービス事業所の体制の評価を行うため、新たに「看護体制強化加算(仮称)」を新設することを提案しているところ。

※ 「訪問体制強化加算(仮称)」や「看護体制強化加算(仮称)」の創設については、第111回給付費分科会においてそれぞれ提示。

- 積極的な体制構築や基盤整備を図る事業所への評価の充実が求められることを踏まえると、限度額が理由で、一体的なサービス提供の普及を促すという包括報酬サービスの施策目的の達成が困難とならないよう制度的な配慮が必要と考える。このため、上述の2つの加算については、限度額の対象外に位置づけることで対応することとしてはどうか。

論点2

在宅中重度者への対応の更なる強化を図るため、看取りの実施に対する評価を導入してはどうか。

対応

- 看取り介護加算を新たに設ける。

(算定要件)

- 看護職員配置加算(Ⅰ)を算定していること。
- 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。
- 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、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、随時、利用者又は家族への説明を行い、同意を得て介護が行われていること。

論点4

看護職員に係る配置要件や加算要件について、効率化の観点から見直してはどうか。

②看護職員配置加算の加算要件の見直し

- ・ 人材確保の観点から、常勤の(准)看護師の配置を要件とする看護職員配置加算の加算要件を緩和してはどうか

対応

- ・ 看護職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)の加算要件を見直し、常勤要件に替えて、常勤換算方法で1人以上の(准)看護師を配置する場合に加算対象とする。

論点6

サービスの提供実態を踏まえ、現行の同一建物減算に替えて、同一建物居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設けてはどうか

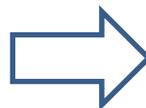
対応

- 現行の同一建物減算は廃止する。
- 新たに、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ける。

(報酬構造)

【現行】

小規模多機能型居宅 介護費	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5



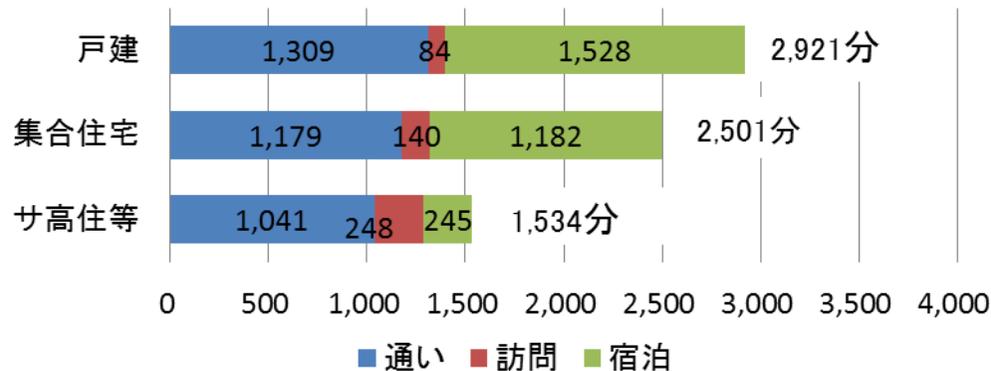
【改定案】

小規模多機能型居宅 介護費(Ⅰ) 同一建物以外の居住者 に対して行う場合	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5
小規模多機能型居宅 介護費(Ⅱ) 同一建物居住者に対し て行う場合	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5

集合住宅におけるサービス提供状況

- 1週間におけるサービスの提供時間は、戸建ての利用者で2,921分、サ高住等で1,534分だった。
- 利用者1人あたり、平均的なサービス提供回数は、1カ月(平成25年11月)で、通いは平均は17.0回、訪問は10.5回、宿泊は7.3回だった。
- 住居が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅では、「訪問」の提供回数が多く、「宿泊」の提供回数は少なく、戸建とは異なる傾向がみられた。

[1週間のサービス提供時間(単位:分)]



[住居の形態別 通い・訪問・宿泊回数(1人あたり平均)(単位:回)]

	通い回数		訪問回数		宿泊回数	
	件数	平均	件数	平均	件数	平均
全体	35,737	17.0	33,912	10.5	34,047	7.3
戸建	27,456	17.2	25,874	6.3	26,335	7.7
集合住宅	4,007	16.5	3,845	12.9	3,742	5.5
有料老人ホーム	982	14.1	1,011	52.0	878	1.0
サービス付き高齢者向け住宅	1,571	14.4	1,523	36.5	1,443	0.8
旧高齢者専用賃貸住宅	470	13.5	473	50.2	433	0.8

[同一建物減算の算定状況]
(各年5月審査分)

	平成24年	平成25年	平成26年
請求事業所数	28	22	29
単位数	7,233,931	5,832,061	6,604,270

論点7

今年度末までの経過措置であることから、現に定めるとおり、廃止してはどうか。

対応

- 事業開始時支援加算は、現に定めるとおり、平成27年3月31日をもって廃止する。

論点10

中山間地域等に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合を評価してはどうか。

対応

- 小規模多機能型居宅介護については、「通い」「訪問」も実施していることから、中山間地域等に居住している利用者に対して通常の事業の実施地域を越えてサービス提供(送迎・訪問)を行う場合には、新たに加算で評価する。

8. 地域密着型サービス

(3) 複合型サービス

論点1

通い・泊まり・訪問介護・訪問看護のサービスを組み合わせることにより、医療ニーズのある中重度の要介護者の在宅療養生活を支援するサービスとして創設された複合型サービスであるが、現在の登録利用者にサービス提供されている訪問看護の実態に偏りがみられること、今後は利用者の重度化に伴い訪問看護の重要性が高まることが想定されることから、報酬算定を見直してはどうか。

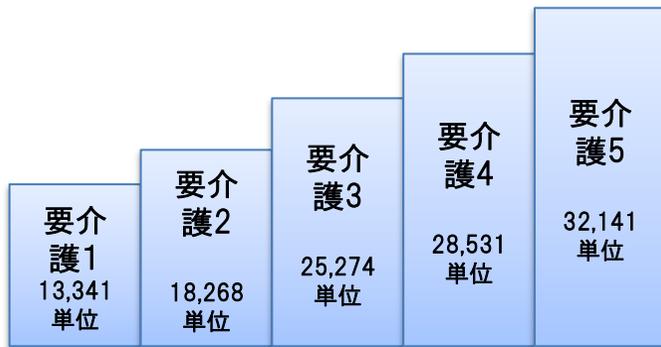
対応

- 現行の基本報酬をもとに、下記のような複合型サービス事業所の看護体制を評価した減算及び加算を設ける。
 - 訪問看護を実施していない利用者が一定割合以上の複合型サービス事業所については、適正化の観点から、基本報酬に内包されている訪問看護サービス部分について減算を行う。
 - 訪問看護を実施している利用者が一定割合以上を占めており、利用者の医療ニーズに重点的に対応している複合型サービス事業所については、そのサービス提供体制を評価して加算を行う。

複合型サービスの報酬算定の見直しのイメージ

報酬構造イメージ図

【現行】
○基本報酬

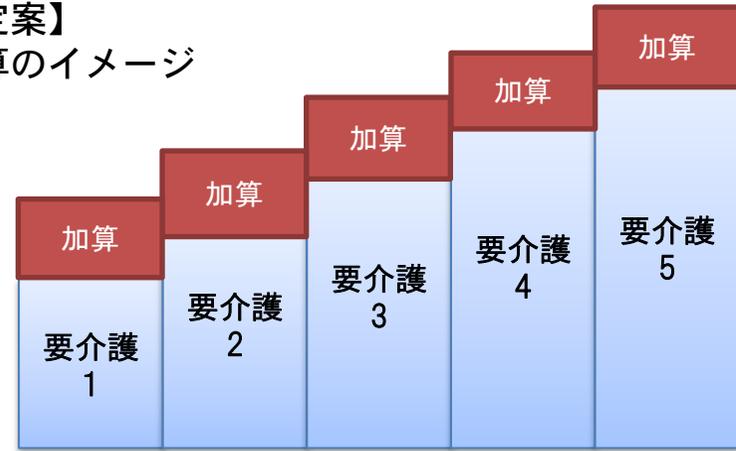


基本報酬

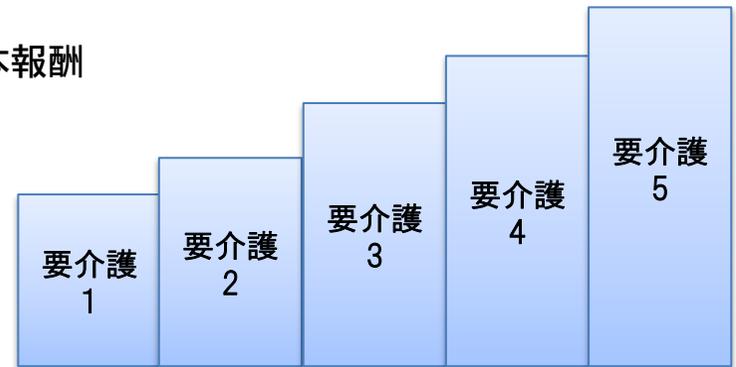
要介護1	13,341
要介護2	18,268
要介護3	25,274
要介護4	28,531
要介護5	32,141



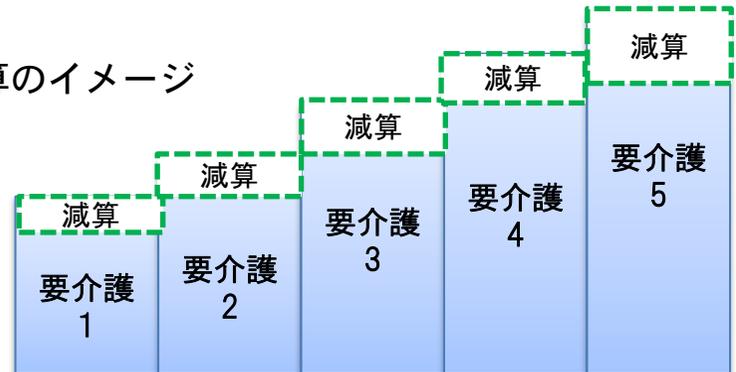
【改定案】
○加算のイメージ



○基本報酬



○減算のイメージ



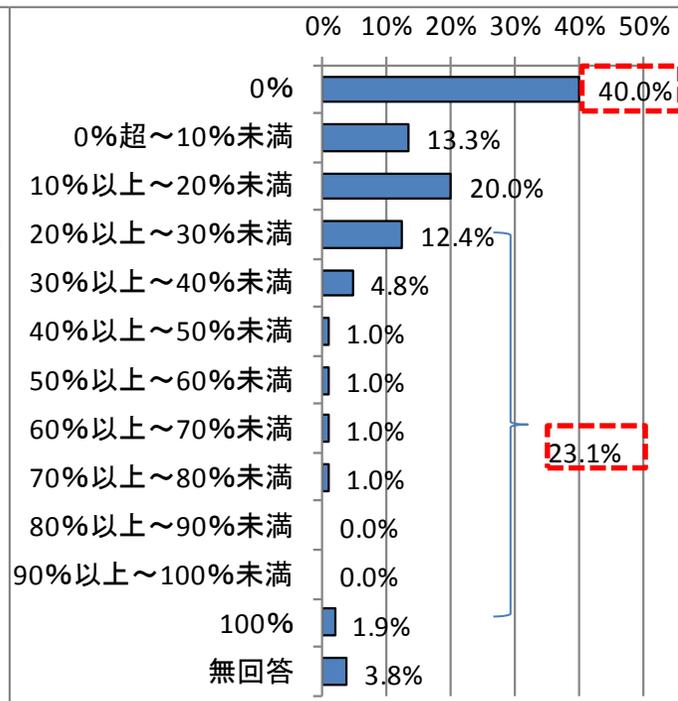
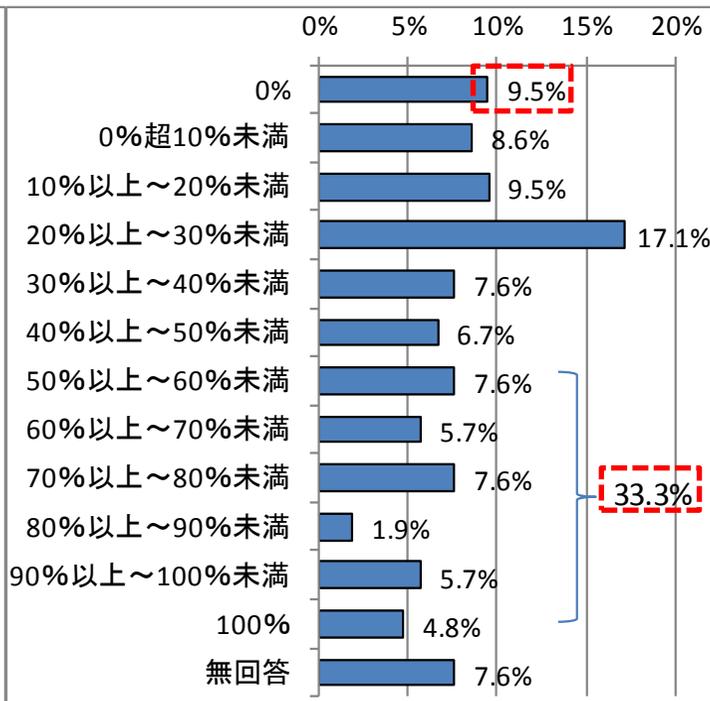
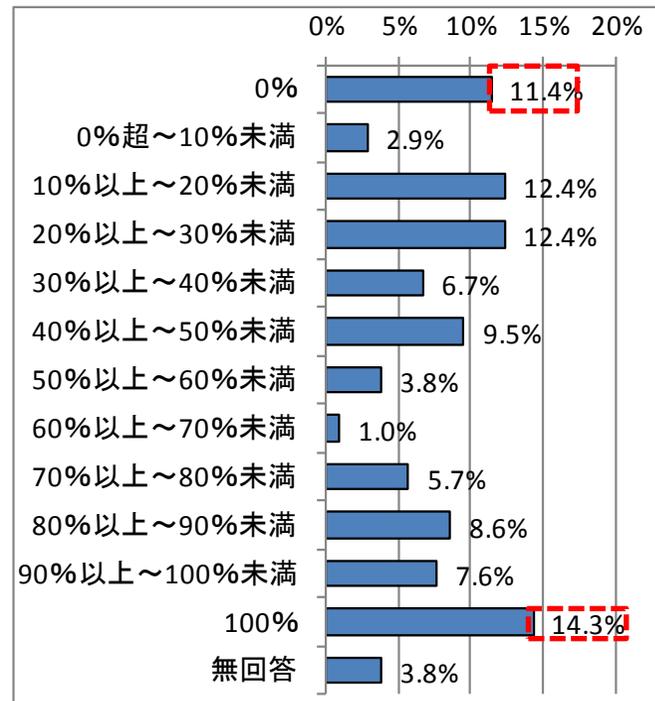
複合型サービスのサービス提供実態②事業所別の訪問看護の状況

- 平成26年6月1日時点で開設している複合型サービス事業所151か所のうち105か所からの回答によると、
- 訪問看護指示書の交付の有無について、全ての利用者が交付有りの事業所は14.3%である一方で、全ての利用者が交付無しの事業所は11.4%である。
 - 訪問看護の提供について、利用者の半数以上に提供している事業所は33.3%である一方で、利用者に全く提供していない事業所は9.5%である。
 - 特別管理加算の算定者割合について、利用者の20%以上を占めている事業所は23.1%である一方で、算定者無しの事業所は40.0%である。

【事業所ごとの訪問看護指示書交付有の利用者比率(n=105)】

【事業所ごとの訪問(看護)を提供した利用者比率(n=105)】

【事業所ごとの特別管理加算有の利用者比率(n=105)】



回答件数	平均値	標準偏差	中央値
101	49.4	35.9	40.0

回答件数	平均値	標準偏差	中央値
97	40.1	30.5	33.3

回答件数	平均値	標準偏差	中央値
101	12.8	18.9	6.7

複合型サービスのサービス提供実態③医療ニーズ対応の事業所の特徴

平成26年6月1日時点で開設している複合型サービス事業所151か所のうち105か所からの回答によると、

- 登録利用者全数に占める特別管理加算の算定者割合が20%を超えている事業所の特徴として、登録利用者数が少ない一方で、看護師(常勤換算)数を手厚く配置している。

【登録利用者数】

	事業所数	平均値(人)	中央値(人)
全体	104	15.59	17.50
特別管理加算算定利用者が20%以上	24	13.92	15.00
特別管理加算算定利用者が20%未満	76	16.18	18.00

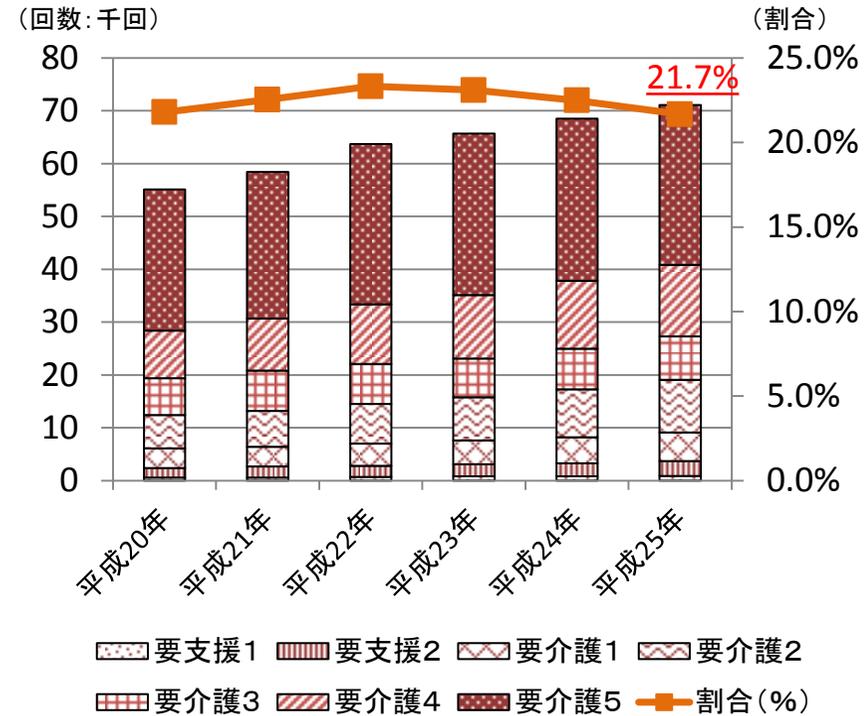
登録利用者数
平均値との差
-1.67人
中央値との差
-2.5人

【看護師(常勤換算)数】

	事業所数	平均値(人)	中央値(人)
全体	102	4.06	3.00
特別管理加算算定利用者が20%以上	24	5.85	4.10
特別管理加算算定利用者が20%未満	75	3.53	2.90

看護師
(常勤換算)数
平均値との差
+1.79人
中央値との差
+1.10人

【参考:訪問看護事業所における特別管理加算算定割合の推移】



(注) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

- 特別管理加算(Ⅰ) 医科診療報酬点数表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。
- 特別管理加算(Ⅱ) 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又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、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。

論点2

サービスの提供実態を踏まえ、同一建物居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を設けてはどうか

対応

- ・ 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ける。

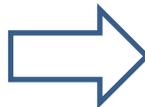
報酬構造イメージ図

【現行】

複合型サービス費	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5

【改定案】

複合型サービス費(Ⅰ) 同一建物以外の居住者に対して行う場合	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5
複合型サービス費(Ⅱ) 同一建物居住者に対して行う場合	要介護1
	要介護2
	要介護3
	要介護4
	要介護5

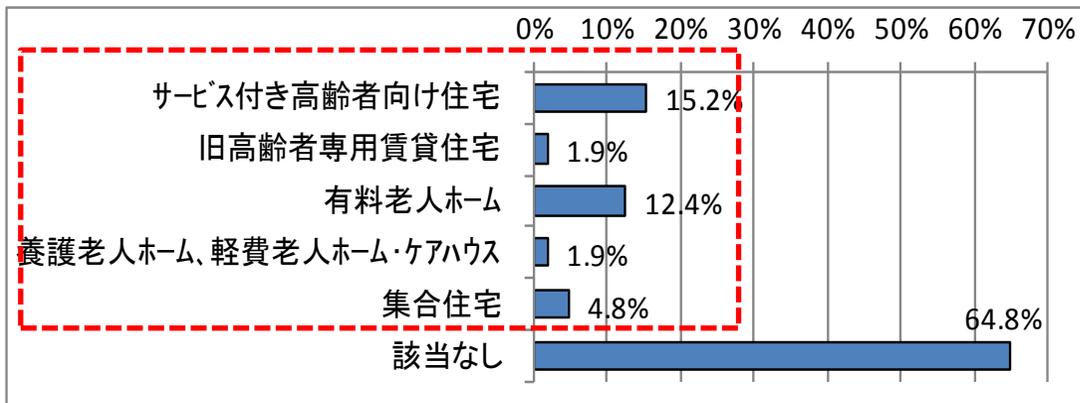


複合型サービス事業所と同一建物居住者へのサービス提供実態①

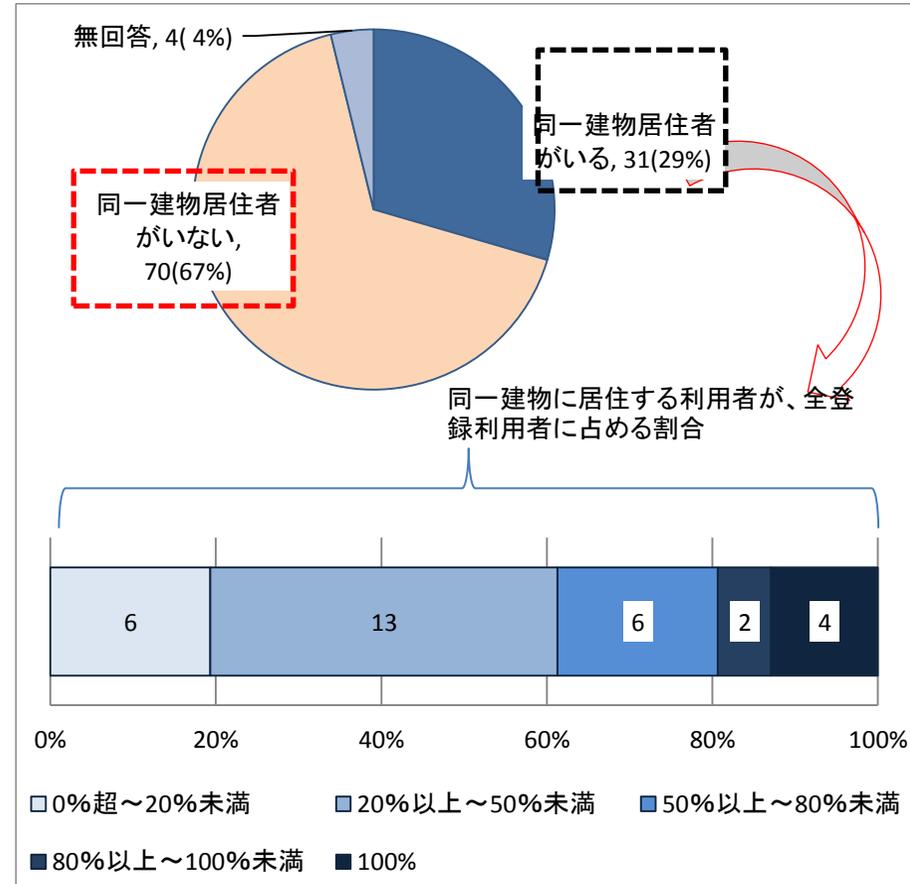
平成26年6月1日時点で開設している複合型サービス事業所151か所のうち105か所からの回答によると、

- 複合型サービス事業所のうち、同一建物内に何らかの住まいがある事業所は35.2%であり、内訳は、「サービス付き高齢者向け住宅」が15.2%、「有料老人ホーム」が12.4%であった(複数回答)。
- 複合型サービスの登録利用者のうち、事業所と同一建物に居住している利用者は15.4%であった。
- 複合型サービス105事業所のうち同一建物に居住する利用者がいない事業所は70か所あった。

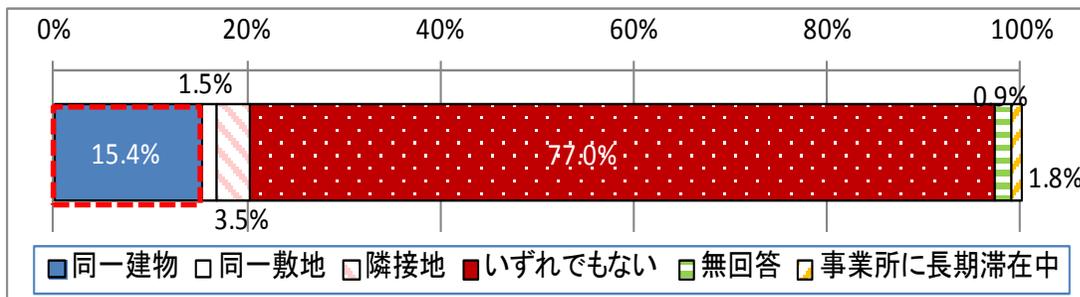
【複合型サービスと同一建物内にある住まい(複数回答)(n=105)】



【事業所と同一建物に居住する利用者の有無(n=105)】



【利用者の住まいと事業所の位置関係(n=1,563)】



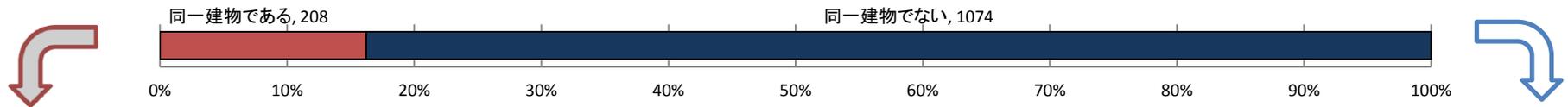
※ 「いずれでもない」は、住まいが複合型サービス事業所と「同一建物」「同一敷地」「隣接地」のいずれでもないことを指す。

複合型サービス事業所と同一建物居住者へのサービス提供実態②

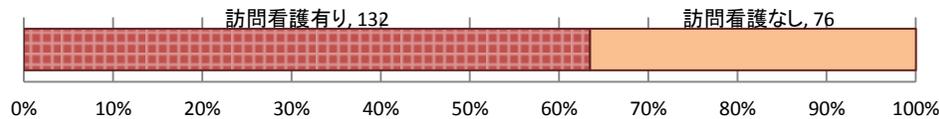
平成26年6月1日時点で開設している複合型サービス事業所151か所のうち105か所からの回答によると、

- 同一建物に居住する利用者は、同一建物以外の利用者に比べて、訪問看護の提供有の割合が多い。
- 同一建物に居住する利用者は、泊まりを含めたパターンによるサービス利用が少なく1割程度である一方で、「通い+訪問(看護・介護)」パターンが8割を超える。
- 同一建物に居住していない利用者は、泊まりを含めたパターンによるサービス利用が5割程度あり、また、その他のパターンにも偏在傾向はなく、様々な組み合わせによりサービス利用している。

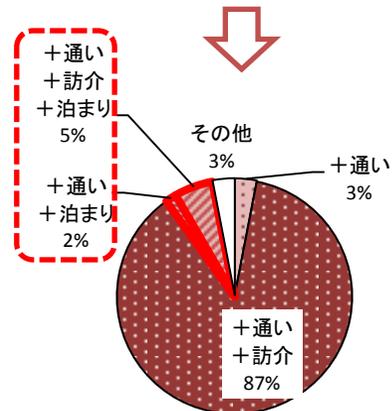
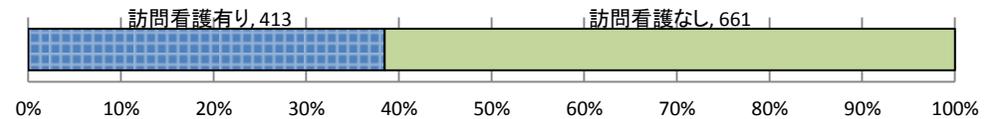
利用者の住まいと事業所が同一建物か(n=1282)



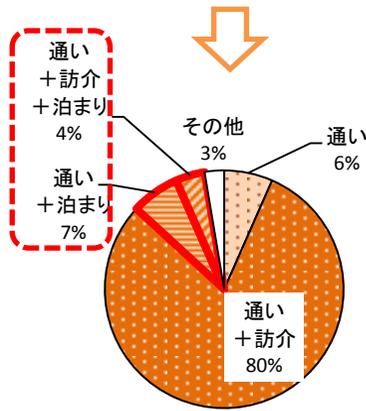
同一建物に居住する利用者について、訪問看護サービスの提供の有無(平成26年6月中)(n=208)



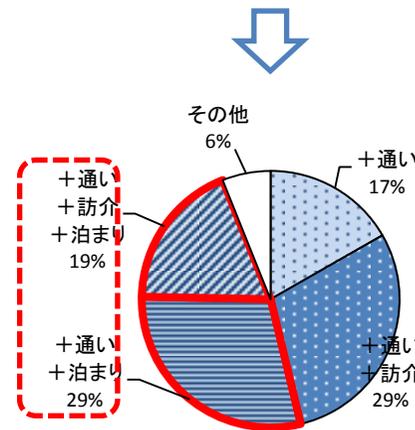
同一建物に居住していない利用者について、訪問看護サービスの提供の有無(平成26年6月中)(n=1,074)



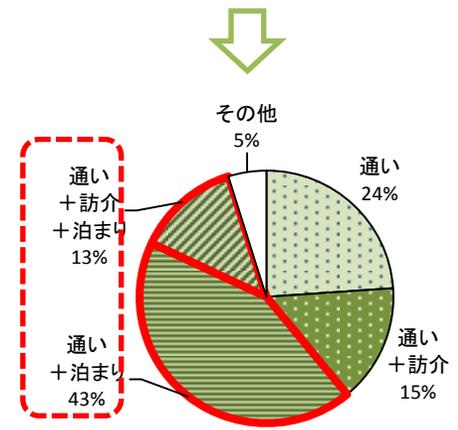
訪問看護有りの場合、サービスの利用パターン(n=132)



訪問看護無しの場合、サービスの利用パターン(n=76)



訪問看護有りの場合、サービスの利用パターン(n=413)



訪問看護無しの場合、サービスの利用パターン(n=661)

論点6

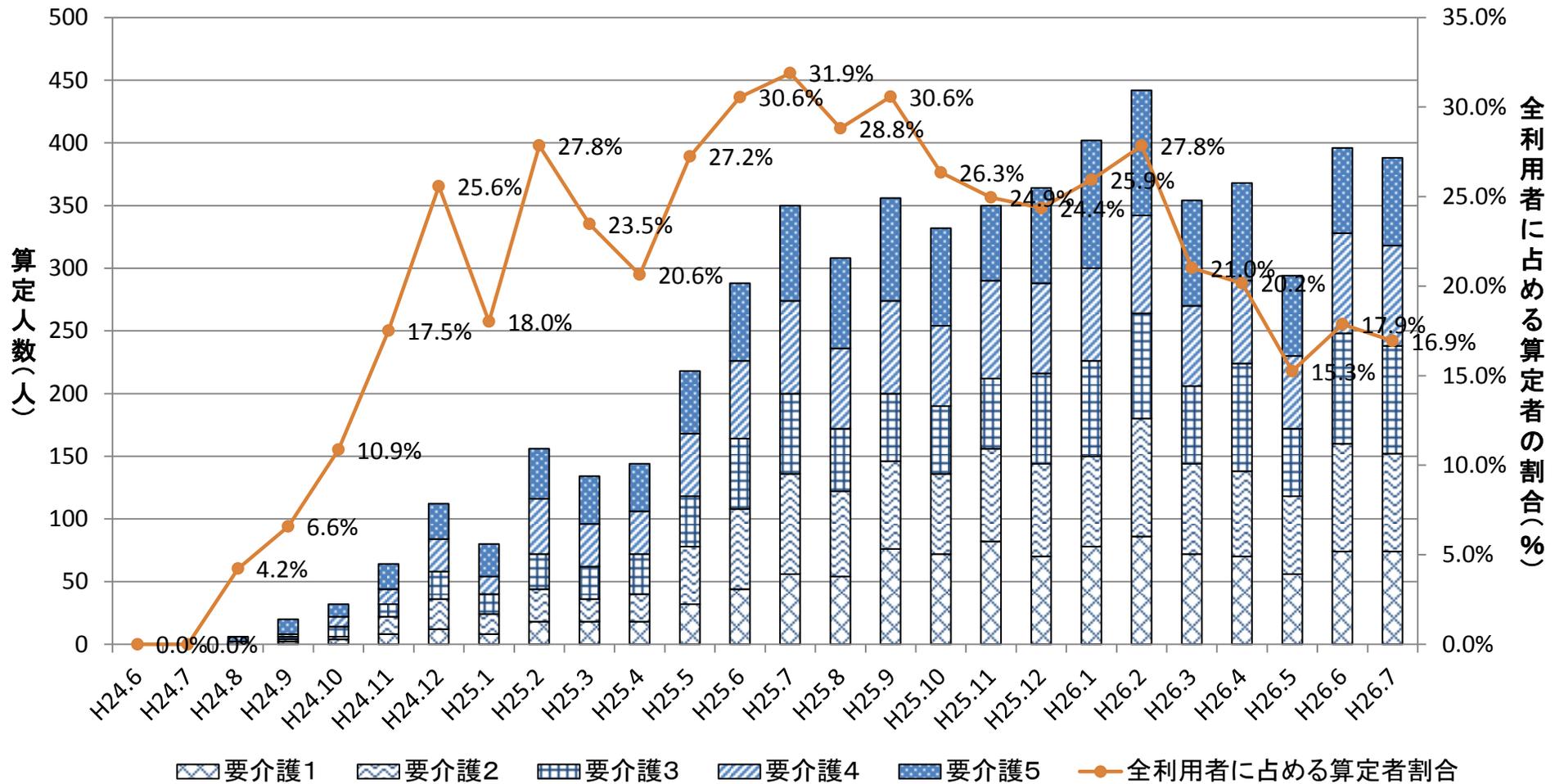
事業開始時支援加算の時限措置を平成30年度末まで延長し、継続してはどうか。

対応

- ・ 事業開始時支援加算については、平成27年3月末までの時限措置としているが、今後の整備促進を図る観点から、現在の加算の算定状況や収支状況等を踏まえ、平成30年度末まで延長する。

複合型サービスにおける事業開始時支援加算に係る 要介護度別の算定実人数及び全利用者数に占める割合

○ 複合型サービスの利用者に占める事業開始時支援加算の算定者割合は、平成25年度は25～30%で推移し、平成26年度は15～20%で推移している。

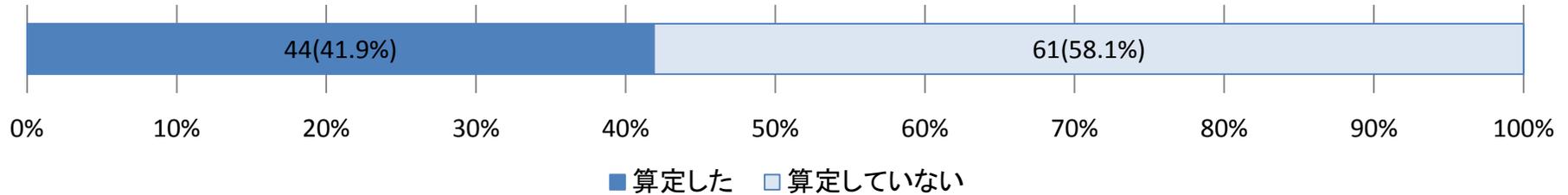


※ 事業開始時支援加算とは、事業開始後1年未満の指定複合型サービス事業所であって、算定月までの間、登録者の数が登録定員(25名以下)の100分の70に満たない指定複合型サービス事業所について、平成27年3月31日までの間、1月につき500単位を加算するもの。

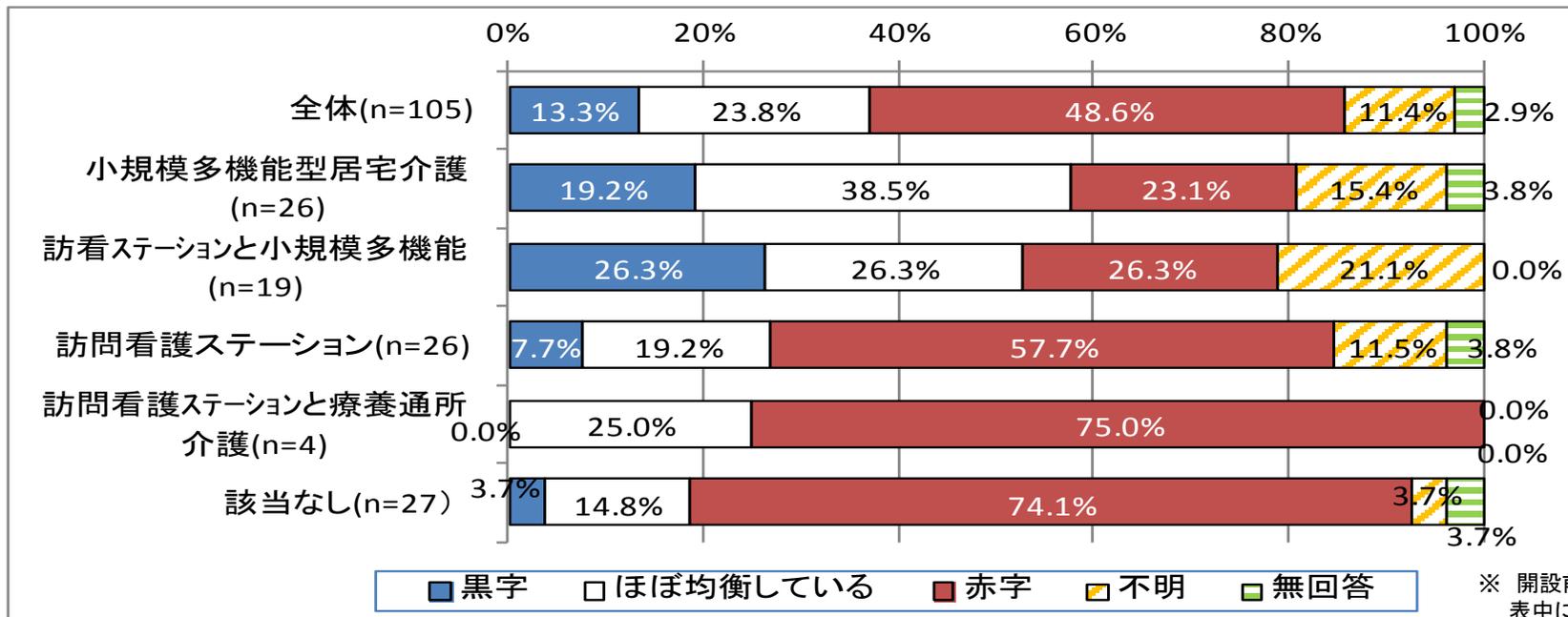
複合型サービス事業所の運営状況

平成26年6月1日時点で開設している複合型サービス事業所151か所のうち105か所からの回答によると、
 ○ 平成26年6月中に事業開始時支援加算を算定した事業所は、44か所(41.9%)であった。
 ○ 開設前の事業実施状況別にみると、訪問看護ステーション、療養通所介護や事業無の場合が赤字の傾向にあった。

【複合型サービス事業所の事業開始時支援加算の算定割合(n=105)】



【複合型サービス事業所の開設前の事業の実施状況別収支(n=105)】



※ 開設前の事業が、「無回答」は表中に記載していない。

8. 地域密着型サービス

(4) 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
サービス共通事項

論点1

定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護(以下「包括報酬サービス」という。)については、他の介護サービスの利用との関係で、区分支給限度基準額(以下「限度額」という。)の水準に係る課題があることから、どのように対応するか。

背景

- 今後、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支える仕組みとして、地域包括ケアシステム構築の要となる包括報酬サービスの更なる普及・促進を図っていく必要がある。
- このため、現行の限度額の水準では包括報酬サービスが使いにくいという状況が生じている中で、今回の改定では、包括報酬サービスについて重点的に手当することが適切ではないか。
- また、後述の論点で提示する積極的な体制構築や基盤整備を図る事業所への評価の充実が求められることを踏まえると、限度額が理由で、一体的なサービス提供の普及を促すという包括報酬サービスの施策目的の達成が困難とならないよう、制度的な配慮が必要と考える。

包括報酬サービスの加算と区分支給限度基準額について

論点1－①

包括報酬サービスの提供事業所は、「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせて提供し、24時間365日の在宅生活を支援する点で、通常の居宅サービスとは異なる特徴を有している。

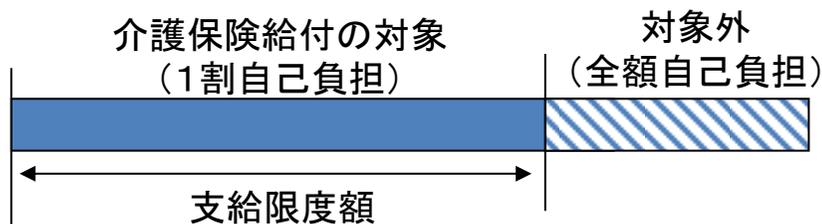
この点につき、事業所が積極的に体制整備を進めていることを加算として評価することで、一体的なサービス提供のための更なる基盤整備を促し、在宅生活の限界点を一層高めていくとともに、当該加算を限度額の対象外に位置づけることとしてはどうか。

対応案

- 包括報酬サービスの提供事業所は、日々変化する利用者の状態を確認しつつ、一体的なサービスを適時・適切に提供することが求められるため、利用者の生活全般に着目し、日頃から主治医や看護師、他の従業者等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必要がある、通常の居宅サービスとは異なる「包括報酬サービス固有のコスト」が存在する。
- 上述のコストは、本来であれば包括報酬サービスが備えるべき基本的な機能であり、現行も基本サービス費の中で手当てされているが、むしろ、積極的な体制整備に係る加算と位置づけて評価（「総合マネジメント体制強化加算（仮称）」）することで、一体的なサービス提供のための更なる基盤整備を促し、在宅生活の限界点を一層高めていくこととしてはどうか。
- そのうえで、積極的に基盤整備を図る事業所を加算として評価することにより、限度額が理由で、一体的なサービス提供の普及を促すという包括報酬サービスの施策目的の達成が困難とならないよう、制度的な配慮として、当該加算を限度額の対象外に位置づけることとしてはどうか。

- 身体への侵襲等を伴い利用に一定の歯止めがかかりやすい医療サービスとは異なり、介護サービスは、生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと、また、同じ要介護度であっても利用者のニーズが多様であること等の特性があることから、居宅介護サービス及び地域密着型サービスについて、要介護度別に区分支給限度基準額（以下「限度額」という。）を設定し、一定の制約を設けるとともに、その範囲内でサービスの選択を可能とする仕組みとなっている。
- 限度額の水準は、要介護度ごとに認知症型・医療型などいくつかのタイプ（典型的ケース）を想定した上で、それぞれのタイプごとに設定された標準的に必要と考えられるサービスの組合せ利用例を勘案し設定している。
- なお、居宅介護サービス及び地域密着型サービスであっても、医師等の判断により行われる「居宅療養管理指導」や、利用期間中に他のサービスを組み合わせることがない「居住系サービス」（短期利用を除く）や「施設サービス（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）」については、限度額は適用されない。また、政策上の配慮から限度額の対象外とされている加算が様々ある。

※区分支給限度基準額のイメージ図



参照条文：介護保険法（平成9年法律第123号）

（居宅介護サービス費等に係る支給限度額）

第43条（略）

2 前項の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額は、居宅サービス等区分ごとに、同項に規定する厚生労働省令で定める期間における当該居宅サービス等区分に係る居宅サービス及び地域密着型サービスの要介護状態区分に応じた標準的な利用の態様、当該居宅サービス及び地域密着型サービスに係る第41条第4項各号及び第42条の2第2項各号の厚生労働大臣が定める基準等を勘案して厚生労働大臣が定める額とする。

区分支給限度基準額に含まれない費用、適用されないサービス

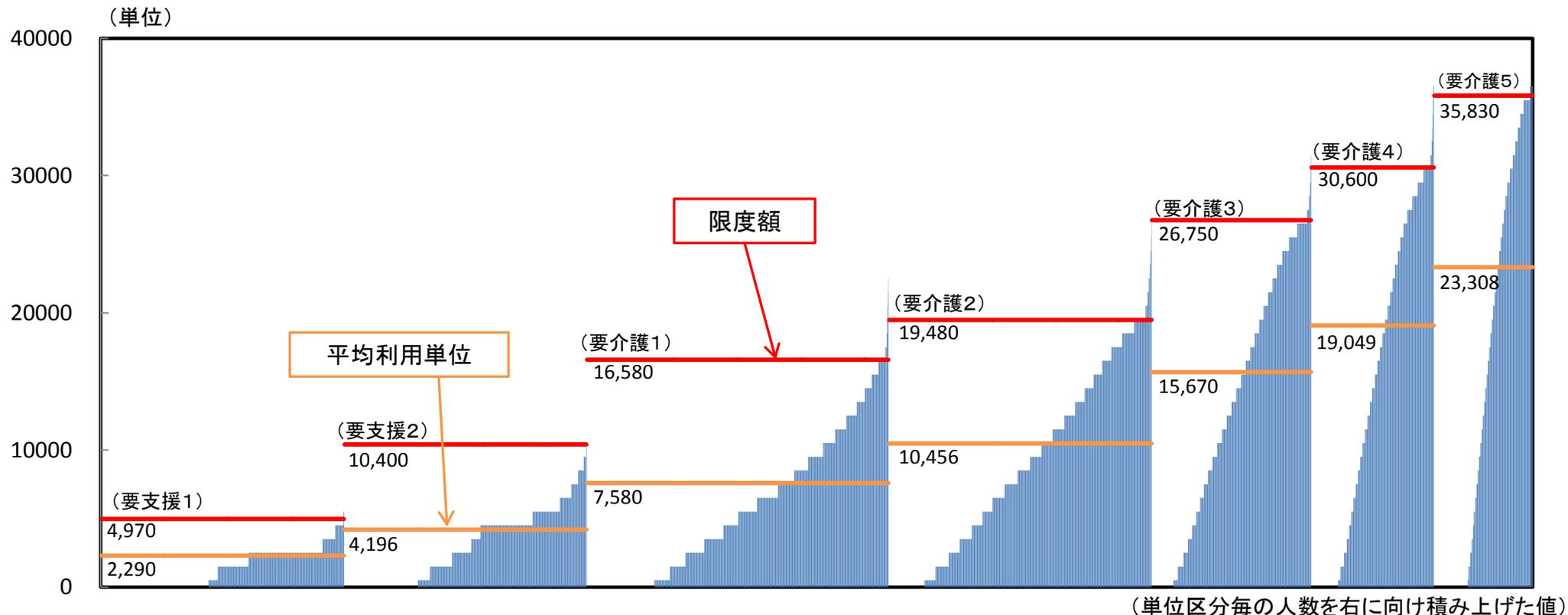
限度額	限度額が適用されるサービスの種類	限度額に含まれない費用			
		中山間地域等提供加算等	ターミナルケア加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算	介護職員処遇改善加算	その他
要支援1 50,300	①訪問介護	○		○	
	②訪問入浴介護	○		○	
	③訪問看護	○	○		
	④訪問リハビリテーション	○			
	⑤通所介護	○		○	
要支援2 104,730	⑥通所リハビリテーション	○		○	
	⑦福祉用具貸与	○			
要介護1 166,920	⑧短期入所生活介護			○	
	⑨短期入所療養介護			○	介護老人保健施設の緊急時施設療養費と特別療養費及び病院・診療所の特定診療費
要介護2 196,160	⑩特定施設入居者生活介護(短期利用に限る)			○	
	⑪定期巡回・随時対応サービス	○	○	○	
要介護3 269,310	⑫夜間対応型訪問介護			○	
	⑬認知症対応型通所介護			○	
要介護4 308,060	⑭小規模多機能型居宅介護			○	事業開始時支援加算
	⑮認知症対応型共同生活介護(短期利用に限る)			○	
要介護5 360,650	⑯地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用に限る)			○	
	⑰複合型サービス		○	○	事業開始時支援加算
限度額が適用されないサービス	①居宅療養管理指導、②特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型を除く)(短期利用を除く)、③認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く)、④地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用を除く)、⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑥居宅介護支援				

※中山間地域等提供加算等には、中山間地域等提供加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び特別地域加算を含む。

※外部サービス利用型は要介護度に応じた限度単位数を別に設定。 ※ 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

受給者全体のサービス給付単位数の分布状況

第103回 介護給付費分科会
(H26.6.25)資料より抜粋



	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認定者	80.9万人	80.1万人	110.8万人	103.8万人	77.8万人	73.2万人	64.7万人
未利用者	34.1万人(42%)	22.7万人(28%)	20.0万人(18%)	10.1万人(10%)	6.0万人(8%)	7.9万人(11%)	10.4万人(16%)
利用者	46.9万人(58%)	57.4万人(72%)	90.8万人(82%)	93.7万人(90%)	71.9万人(92%)	65.4万人(89%)	54.2万人(84%)
施設等	1.3万人(2%)	1.2万人(2%)	12.4万人(11%)	19.0万人(18%)	27.6万人(35%)	35.2万人(48%)	33.6万人(52%)
在宅	45.6万人(56%)	56.2万人(70%)	78.4万人(71%)	74.7万人(72%)	44.3万人(57%)	30.1万人(41%)	20.6万人(32%)

※出典：介護給付実態調査(平成25年11月審査分)を用いて作成。

※「未利用者」とは、国保連で審査支払いを行うサービスを利用していない者。

※「施設等」は、特定施設、GH、地域密着特定、地域密着特養及び介護保険3施設。「在宅」はそれ以外の利用者。

受給者全体の区分支給限度基準額の現状①

第103回 介護給付費分科会
(H26.6.25)資料より抜粋

- 受給者1人当たりの平均費用額が限度額に占める割合は、要介護5で約65%である。
- 限度額を超えて利用している者の割合は、要介護5で約6%である。

	限度額 (円)	受給者1人当たり平均 費用額(円)	限度額に 占める割合(%)	限度額を 超えている者(人)	利用者に占める限度額を 超えている者の割合(%)
要支援1	49,700 (50,030)	22,900	46.1	3,191	0.7
要支援2	104,000 (104,730)	41,960	40.3	1,432	0.3
要介護1	165,800 (166,920)	75,800	45.7	16,021	2.1
要介護2	194,800 (196,160)	104,560	53.7	31,095	4.2
要介護3	267,500 (269,310)	156,700	58.6	20,057	4.5
要介護4	306,000 (308,060)	190,490	62.3	16,209	5.3
要介護5	358,300 (360,650)	233,080	65.1	12,091	5.9
合計				100,096	2.9

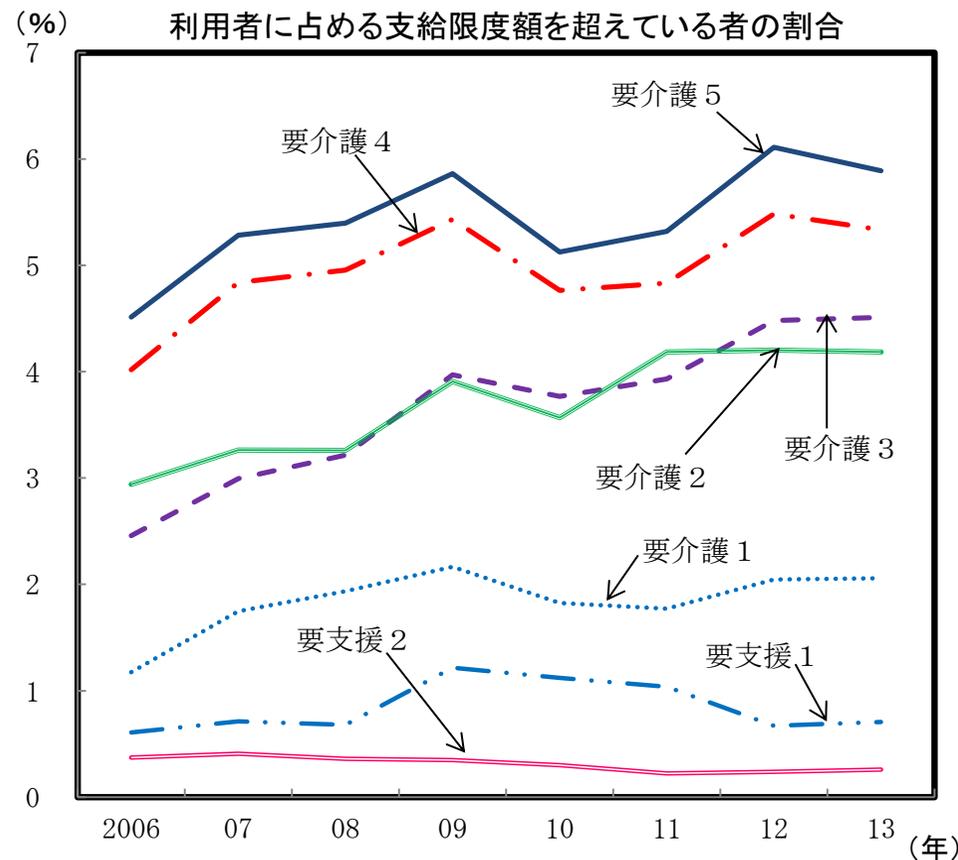
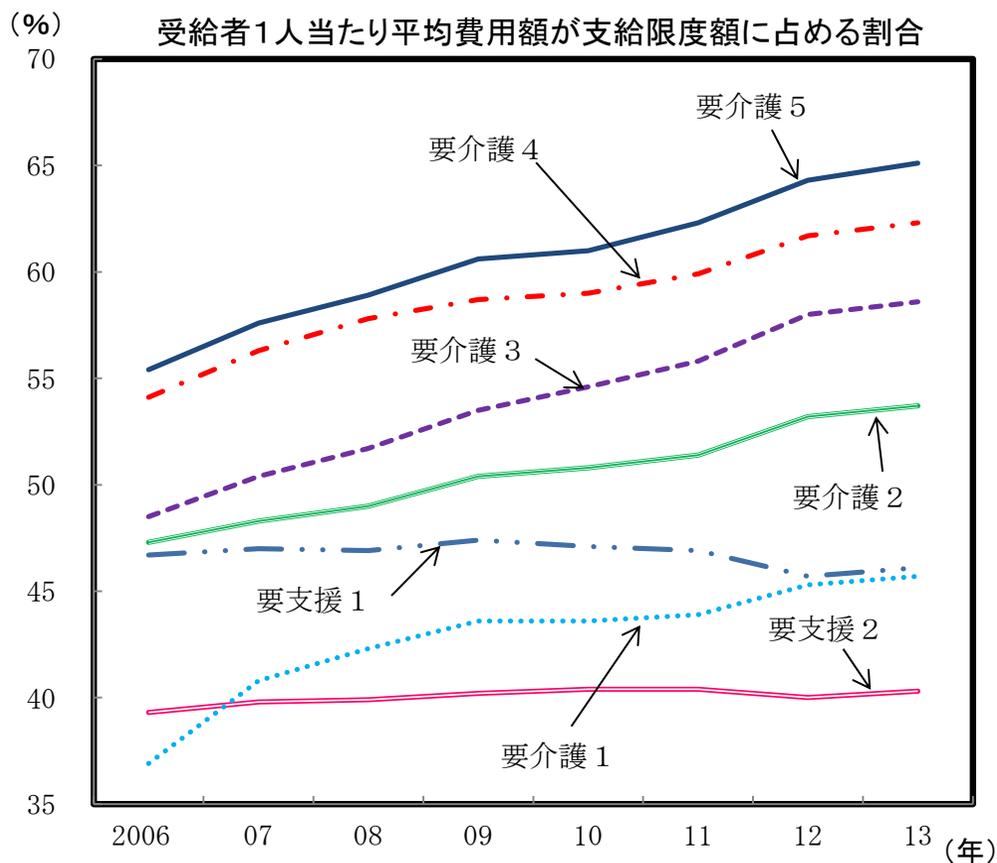
(注1)平成25年介護給付費実態調査(11月審査分)を基に作成。()は平成26年4月1日以降。

なお、限度額を超えている者、利用者に占める限度額を超えている者の割合については特別集計。

(注2)額は介護報酬の1単位を10円として計算。

受給者全体の区分支給限度基準額の現状②

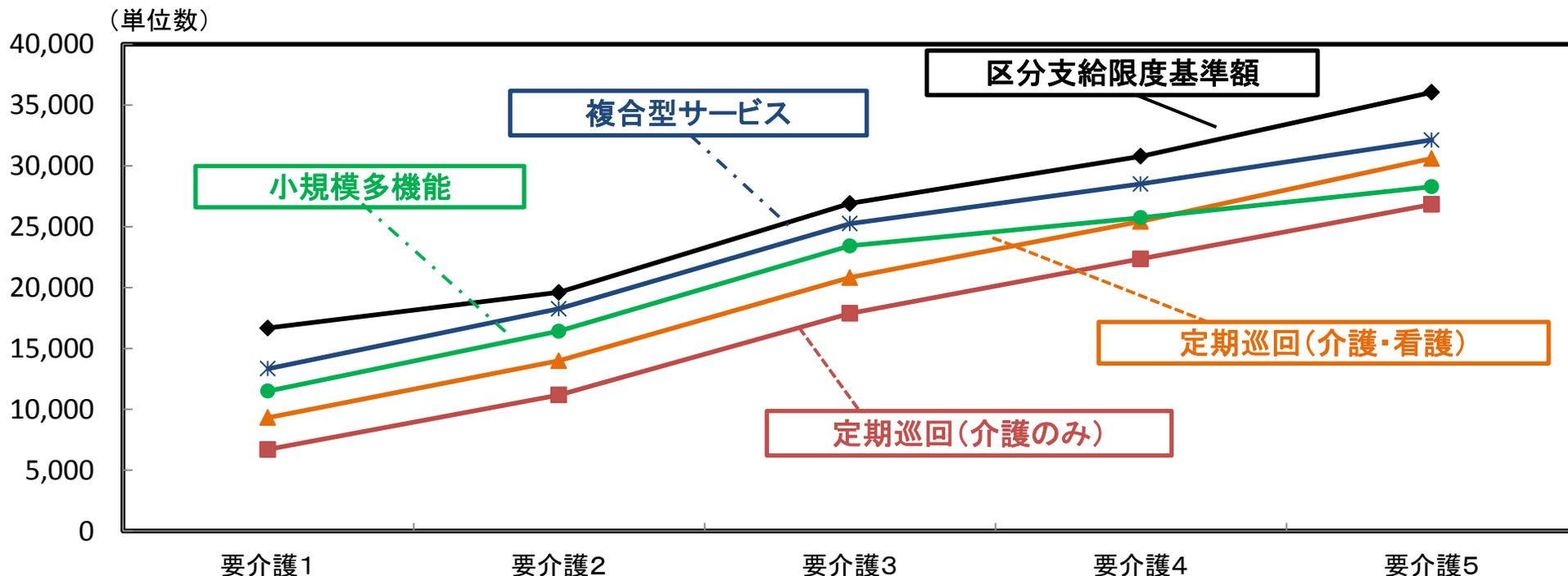
- 受給者1人当たりの平均費用額が限度額に占める割合については、要支援1・2を除き、趨勢的に増加傾向。
- 限度額を超えて利用している者の割合についても、要支援1・2を除き、趨勢的に増加傾向。



(注)平成25年介護給付費実態調査(11月審査分)を基に作成。なお、利用者に占める支給限度額を超えている者の割合については特別集計。

新サービスの基本サービス費と区分支給限度基準額の比較

- 現行の限度額の設定時になかった新サービス(①定期巡回・随時対応サービス、②複合型サービス、③小規模多機能型居宅介護)は、訪問・通所・短期入所などのサービスを組み合わせ、かつ、包括報酬となっているものであるが、これらの新サービスの基本サービス費と限度額との差は小さい。
- 限度額との関係で、これらの新サービスに他のサービスを組み合わせることが困難であるとの指摘がある。



	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度基準額	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
定期巡回(介護のみ)	6,707	11,182	17,900	22,375	26,850
定期巡回(介護・看護)	9,323	13,999	20,838	25,454	30,623
小規模多機能型居宅介護	11,505	16,432	23,439	25,765	28,305
複合型サービス	13,341	18,268	25,274	28,531	32,141

※平成26年度介護報酬改定後の単位数により作成。

定期巡回・随時対応サービスにおける区分支給限度基準額の現状

- 受給者1人当たりの平均費用額が限度額に占める割合は、要介護5で約86%である。
- 限度額を超えて利用している者の割合は、要介護5で約18%である。

	限度額 (円)	受給者1人当たり平均 費用額(円)	限度額に 占める割合(%)	限度額を 超えている者(人)	利用者に占める限度額を 超えている者の割合(%)
要介護1	165,800 (166,920)	105,680	63.7	27	2.4
要介護2	194,800 (196,160)	154,920	79.5	106	8.9
要介護3	267,500 (269,310)	223,010	83.4	100	11.1
要介護4	306,000 (308,060)	262,630	85.8	135	14.0
要介護5	358,300 (360,650)	307,690	85.9	110	18.1
合計				478	10.0

(注1) 平成25年介護給付費実態調査(11月審査分)を基に作成。()は平成26年4月1日以降。値は特別集計。

(注2) 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

(注3) 定期巡回・随時対応サービスだけでなく、他のサービスの利用を含む値となっている。

複合型サービスにおける区分支給限度基準額の現状

- 受給者1人当たりの平均費用額が限度額に占める割合は、要介護3で約95%、要介護5で約91%である。
- 限度額を超えて利用している者の割合は、要介護3で約24%、要介護5で約10%である。

	限度額 (円)	受給者1人当たり平均 費用額(円)	限度額に 占める割合(%)	限度額を 超えている者(人)	利用者に占める限度額を 超えている者の割合(%)
要介護1	165,800 (166,920)	133,780	80.7	2	0.8
要介護2	194,800 (196,160)	183,230	94.1	46	14.4
要介護3	267,500 (269,310)	253,170	94.6	64	23.5
要介護4	306,000 (308,060)	286,700	93.7	63	19.1
要介護5	358,300 (360,650)	325,710	90.9	29	9.8
合計				204	13.9

(注1)平成25年介護給付費実態調査(11月審査分)を基に作成。()は平成26年4月1日以降。値は特別集計。

(注2)額は介護報酬の1単位を10円として計算。

(注3)複合型サービスだけでなく、他のサービスの利用を含む値となっている。

小規模多機能型居宅介護における区分支給限度基準額の現状

- 受給者1人当たりの平均費用額が限度額に占める割合は、要介護3で約91%、要介護5で約84%である。
- 限度額を超えて利用している者の割合は、要介護3で約4%、要介護5で約2%である。

	限度額 (円)	受給者1人当たり平均 費用額(円)	限度額に 占める割合(%)	限度額を 超えている者(人)	利用者に占める限度額を 超えている者の割合(%)
要介護1	165,800 (166,920)	121,280	73.1	50	0.3
要介護2	194,800 (196,160)	173,910	89.3	563	3.0
要介護3	267,500 (269,310)	243,170	90.9	590	3.7
要介護4	306,000 (308,060)	269,240	88.0	254	2.2
要介護5	358,300 (360,650)	301,780	84.2	108	1.6
合計				1,565	2.2

(注1)平成25年介護給付費実態調査(11月審査分)を基に作成。()は平成26年4月1日以降。値は特別集計。

(注2)額は介護報酬の1単位を10円として計算。

(注3)小規模多機能型居宅介護だけでなく、他のサービスの利用を含む値となっている。

8. 地域密着型サービス

(5) 認知症対応型共同生活介護

論点1

夜間ケア加算について、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、認知症対応型共同生活介護事業所における夜間勤務体制の実態を踏まえ、必要な見直しを行ってはどうか。

対応案

- 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し、認知症対応型共同生活介護事業所における夜間の支援体制の充実を図る。

【参考】夜間ケア加算の概要

- 算定要件: 人員配置基準により夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニットごとに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。

【1ユニットの事業所の場合】 夜間ケア加算(Ⅰ)50単位/日

【2ユニット以上の事業所の場合】 夜間ケア加算(Ⅱ)25単位/日

【参考】夜間ケア加算の取得率について

	基本単位(千回)①	夜間ケア加算(千回)②	取得割合②/①
1ユニット	1160.9	22.4	1.9%
2ユニット以上	4335.7	130.5	3.0%

(出典:介護給付費実態調査8月審査分)

【参考】認知症対応型共同生活介護（夜間ケア体制）

平成26年6月11日
介護給付費分科会資料より抜粋

- 平成24年度介護報酬改定において、夜勤職員の配置基準及び夜間ケア加算の見直しを行った。
- 現行の加算取得要件では、人材確保や人件費の観点から加算取得が困難との意見がある。

【認知症グループホームにおける夜間体制の推移】

年度	夜間・深夜時間帯の人員配置基準	加算要件
平成12年度	ユニットごとに宿直1人以上(他ユニットとの兼務可)	
平成15年度	ユニットごとに宿直又は夜勤を1人以上(他ユニットとの兼務可)	夜間ケア加算新設 71単位/日 事業所ごとに夜勤1人以上加配
平成18年度	(宿直勤務を除く)ユニットごとに夜勤1人以上(他ユニットとの兼務可)	夜間ケア加算廃止
平成21年度	同上	夜間ケア加算新設 25単位/日 事業所ごとに夜勤1人以上加配 ただし、ユニット数が3以上の場合は、2ユニットごとに夜勤1人以上加配
平成24年度	2ユニットで1人夜勤を認めていた例外規定を廃止し、1ユニットごとに夜勤1人以上とした。	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] 事業所ごとに夜勤1人以上加配

【認知症グループホームにおける夜間体制について】
(平成24年9月時点:1ユニットあたりの夜間配置人員n=4,508)

	事業所数	割合(%)
1人未満	143	3.2
1人以上2人未満	3,947	87.6
2人以上3人未満	196	4.3
3人以上	222	4.9

【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」(富士通総研)

(平成25年2月時点:n=522)※事業所面積が275㎡未満の事業所

<1ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	1	0.2%
1人	474	96.9%
2人	13	2.7%
3人	1	0.2%
合計	489	100.0%

<2ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	0	0.0%
1人	3	9.4%
2人	29	90.6%
3人	0	0.0%
合計	32	100.0%

<3ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	0	0.0%
1人	0	0.0%
2人	1	100.0%
3人	0	0.0%
合計	1	100.0%

【出典】認知症高齢者グループホームにおけるスプリンクラー設置等実態調査(認知症・虐待防止対策推進室)

論点2

認知症対応型共同生活介護の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における看取り介護の質を向上させるために、看取り介護加算の充実を図ってはどうか。

対応案

- 新たな要件として、①利用者の日々の変化を記録により、多職種で共有することによって連携を図り、看取り期早期からの利用者及びその家族等の意向を尊重をしながら、看取り介護を実施すること、②当該記録等により、利用者及びその家族等への説明を適宜行うことを追加し、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に対し、単位数を引き上げる。
- また、認知症対応型共同生活介護における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。

【参考】看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

体制の整備

- 「看取りに関する指針」の策定
- 利用者又はその家族等への指針の説明
- 看取りに関する職員研修
- 医師、看護職員(24時間の連絡できる体制の確保)、介護職員(看護職員不在時の対応の周知)等の連携体制の整備
- 個室又は静養室の整備
- 救急搬送のための連絡体制の整備

看取り介護

- 「看取り介護に係る計画」の作成
- 利用者又はその家族等への計画の説明
- 多職種連携のための情報共有(入居者の日々の変化の記録)
- 利用者又はその家族等への文書による情報提供(説明支援ツールの活用)
- 弾力的な看護職員体制(オンコール体制又は夜勤配置)
- 家族の悲嘆への援助

体制の改善

- 「看取りに関する指針」の見直し
- 看取りに関する報告会の開催
- 利用者及びその家族等、地域への啓発活動(意見交換)

振り返り

- 看取り後のケアカンファレンス
- 職員の精神的負担の把握と支援

論点4

認知症対応型共同生活介護事業所と同一建物に併設できる施設・事業所について、見直してはどうか。

対応案

- 広域型の特別養護老人ホームなどの社会福祉施設と同一建物に併設することについては、家庭的な環境と地域住民との交流の下で認知症対応型共同生活介護が適切に提供されるものと認められる場合には、併設を認める仕組みとする。

【参考】指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)

第89条 指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護(以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。)の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居(法第8条第19項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用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ものでなければならない。

第93条(中略)

6 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしなければならない。

【参考】認知症対応型共同生活介護と他の施設・事業所との併設

○指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について

(平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号)

【現行】

併設する事業所	同一建物に併設	同じ法人が別棟に併設
地域密着型介護老人福祉施設 地域密着型特定施設 認知症対応型共同生活介護事業所 介護療養型医療施設	○	○
居宅サービス事業所 定期巡回型・訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 介護老人保健施設(定員29人以下)	○	○
広域型の特別養護老人ホーム 介護老人保健施設	×	○

【改定案】

併設する事業所	同一建物に併設	同じ法人が別棟に併設
地域密着型介護老人福祉施設 地域密着型特定施設 認知症対応型共同生活介護事業所 介護療養型医療施設	○	○
居宅サービス事業所 定期巡回型・訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 介護老人保健施設(定員29人以下)	○	○
広域型の特別養護老人ホーム 介護老人保健施設	○	○



一律に併設の可否を定めるのではなく、それぞれの環境を踏まえて判断

9. 介護予防サービス

論点

包括評価である介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションの基本報酬について、通所介護及び通所リハビリテーションにおける基本報酬の評価と整合性が図れるように適正化してはどうか。

対応案

- 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションは、介護予防を目的としたものであり、通所介護とは異なり、いわゆる「レスパイト機能」を有していないことから、長時間の利用は想定されない。
- このため、介護予防サービスのあり方と提供実態を踏まえた上で、通常規模型通所介護及び通常規模型通所リハビリテーションの基本報酬の評価と整合性が図れるように適正化する。

介護予防サービスのあり方について

- 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションは、介護予防を目的としたものであり、通所介護とは異なり、いわゆる「レスパイト機能」は想定されていない。

(介護予防) 通所介護の基本方針 (基準省令より)

介護
給付

通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに**利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る**ものでなければならない。

予防
給付

介護予防通所介護の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

(介護予防) 通所リハビリテーションの基本方針 (基準省令より)

介護
給付

通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

予防
給付

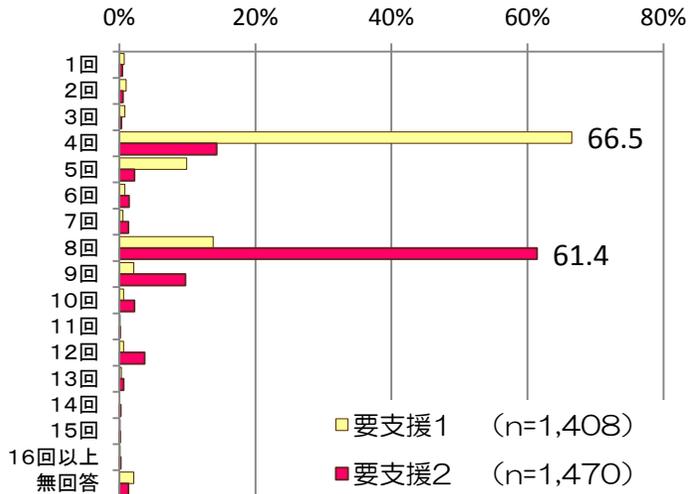
介護予防通所リハビリテーションの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

通所サービスの提供実態① (1月あたりのサービス利用回数)

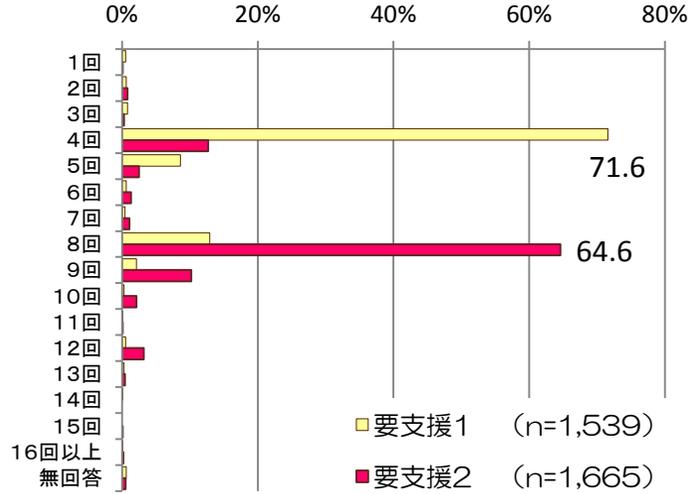
- 介護予防通所介護における1月あたりの利用回数は、要支援1の約7割が4回、要支援2の約6割が8回である。
- 介護予防通所リハにおける1月あたりの利用回数は、要支援1の約7割が4回、要支援2の約6割が8回である。

介護予防通所サービスにおける1月当たりの利用回数

介護予防通所介護

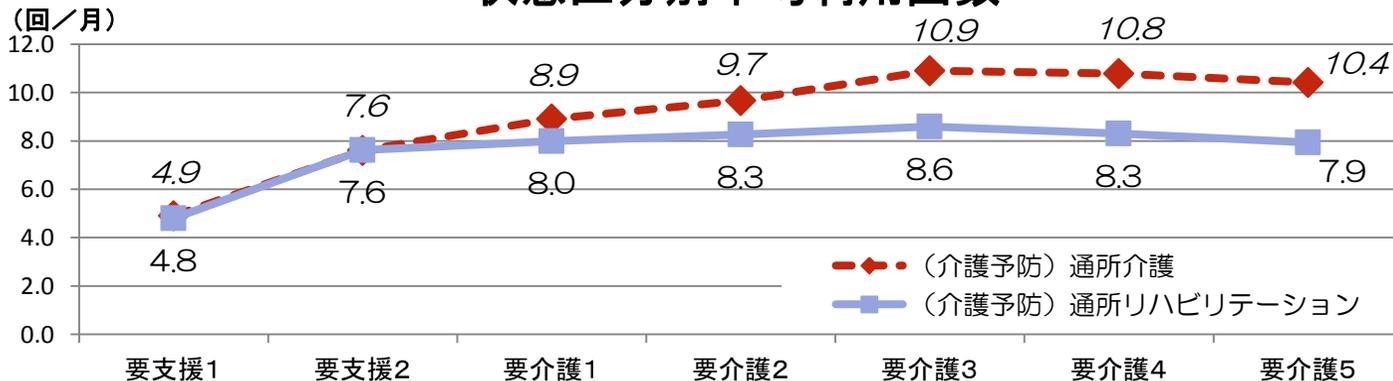


介護予防通所リハビリテーション



【出典】
平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「予防サービスの提供に関する実態調査」

状態区分別平均利用回数

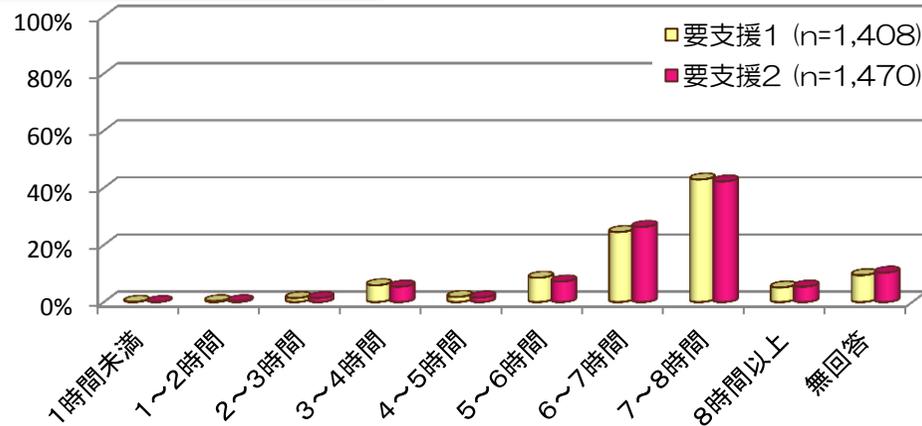


【出典】
要介護1~5:介護給付費実態調査 平成25年10月審査分(9月サービス)
(※「予防サービスの提供に関する実態調査」と時点を合わせている)
要支援1~2:「予防サービスの提供に関する実態調査」

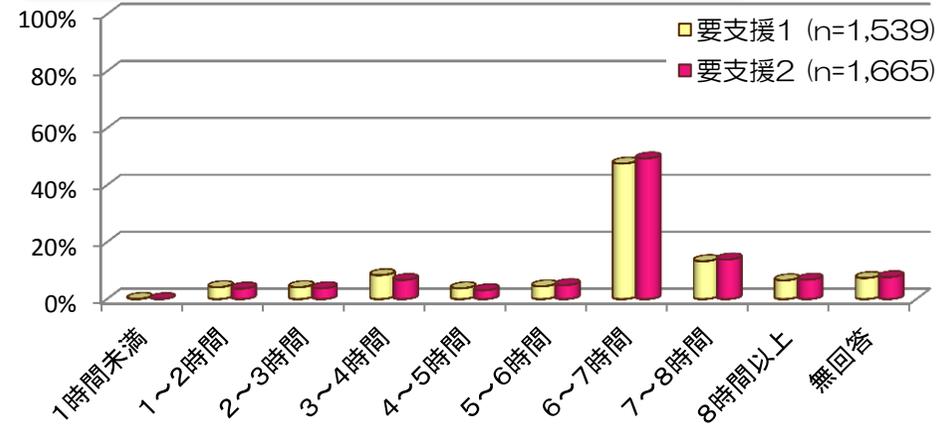
通所サービスの提供実態② (1回あたりのサービス提供時間)

- 介護予防通所介護における1回あたりのサービス提供時間は、利用者の約7割が6～8時間であり、要支援1と要支援2は同じ傾向である。
- 介護予防通所リハにおける1回あたりのサービス提供時間は、利用者の約6割が6～8時間であり、要支援1と要支援2は同じ傾向である。

介護予防通所介護

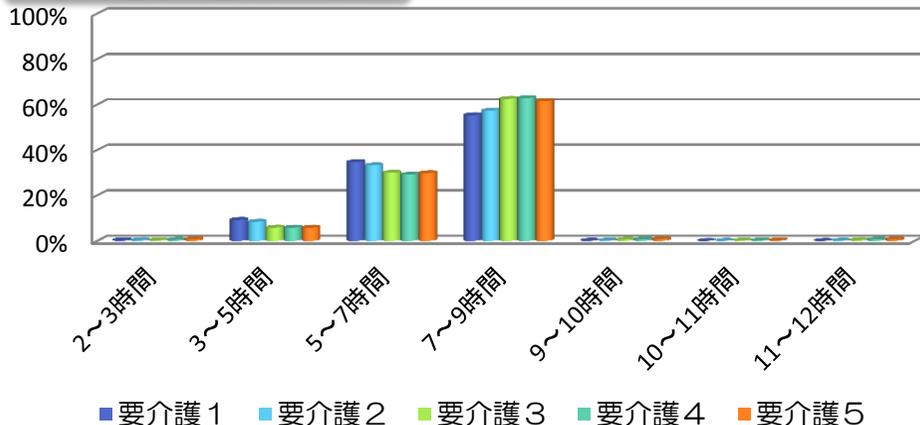


介護予防通所リハビリテーション

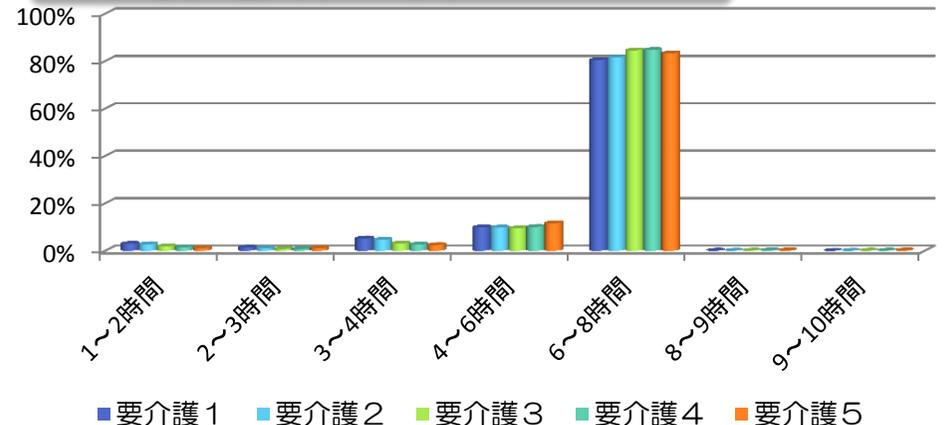


【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)「予防サービスの提供に関する実態調査」

【参考】通所介護



【参考】通所リハビリテーション



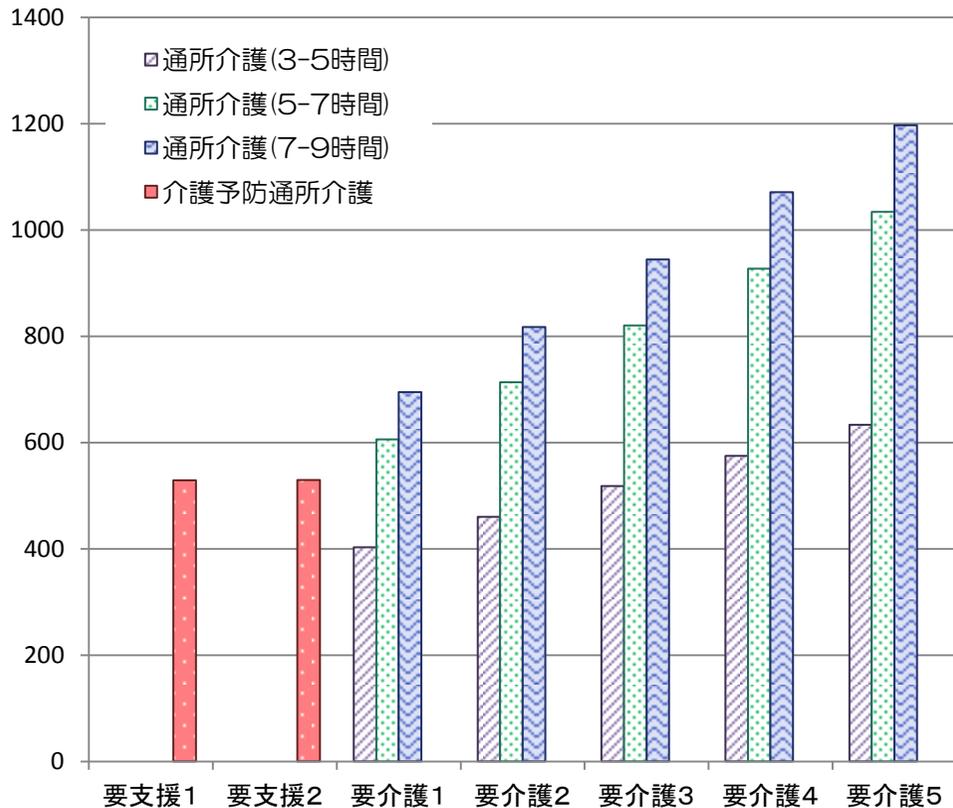
【出典】介護給付費実態調査 平成25年10月審査分 (※「予防サービスの提供に関する実態調査」と時点を合わせている)

通所サービスにおける1回あたりの基本報酬

○ 要支援1の1月あたりの利用回数を4回、要支援2の1月あたりの利用回数を8回と仮定して、要介護度別の1回あたりの基本報酬の評価を比較すると、要支援は要介護と比較して割高になっている。

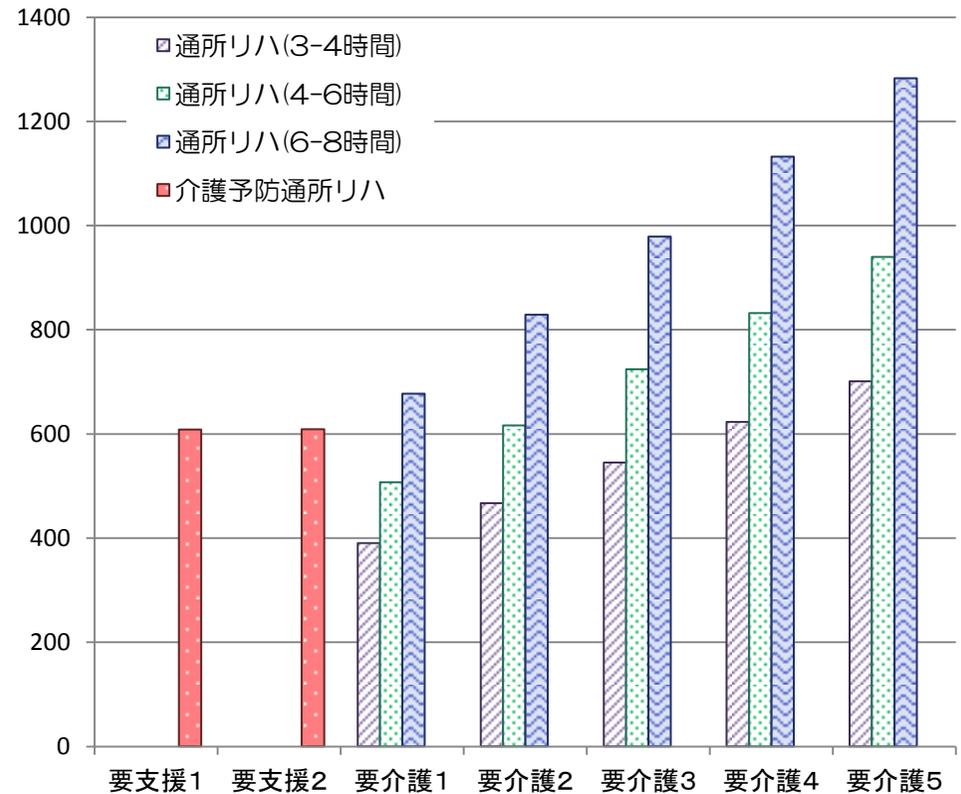
(介護予防) 通所介護

(単位)



(介護予防) 通所リハビリテーション

(単位)



【注】
 要介護1～5は、通常規模型通所介護における要介護度別・所要時間区別の単位数
 要支援1は、要支援1の介護予防通所介護(2115単位)を4で除した単位数
 要支援2は、要支援2の介護予防通所介護(4236単位)を8で除した単位数

【注】
 要介護1～5は、通常規模の通所リハビリテーションにおける要介護度別・所要時間区別の単位数
 要支援1は、要支援1の介護予防通所リハビリテーション(2433単位)を4で除した単位数
 要支援2は、要支援2の介護予防通所リハビリテーション(4870単位)を8で除した単位数

10. 介護保険施設等

(1) 介護老人福祉施設

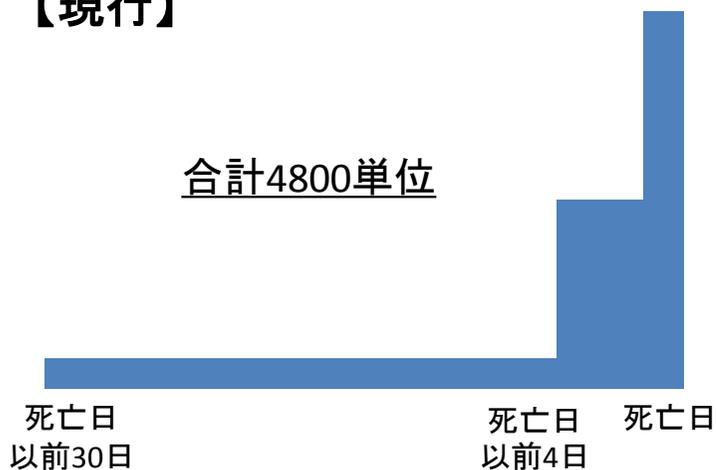
論点1

入所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、介護老人福祉施設における看取り介護の質を向上させるために、看取り介護加算の充実を図ってはどうか。

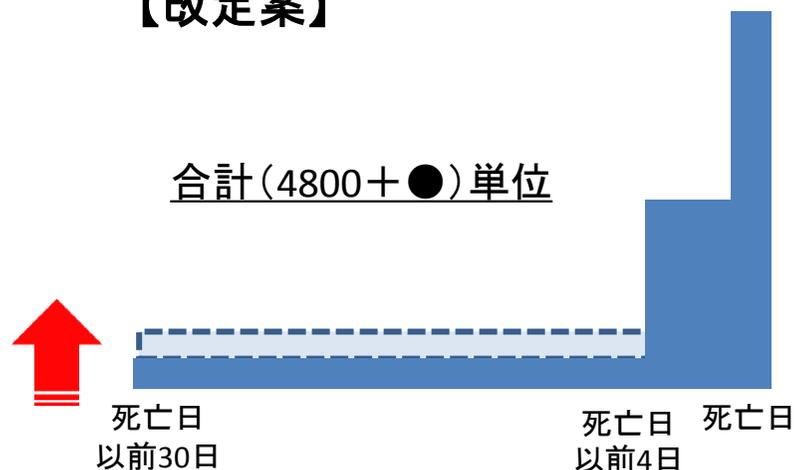
対応案

- 新たな要件として、①入所者の日々の変化を記録により、多職種で共有することによって連携を図り、看取り期早期からの入所者及びその家族等の意向を尊重をしながら、看取り介護を実施すること、②当該記録等により、入所者及びその家族等への説明を適宜行うことを追加し、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に対し、単位数を引き上げる。
- また、施設における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。

【現行】



【改定案】



介護老人福祉施設における看取り介護の充実

介護老人福祉施設における死亡者の直接死因

施設内で看取り介護を行った事例

- 老衰 51.8%
- 心不全 15.7%
- 肺炎 11.0%
- がん 7.6%
- 脳卒中 2.4%
- その他 9.0%

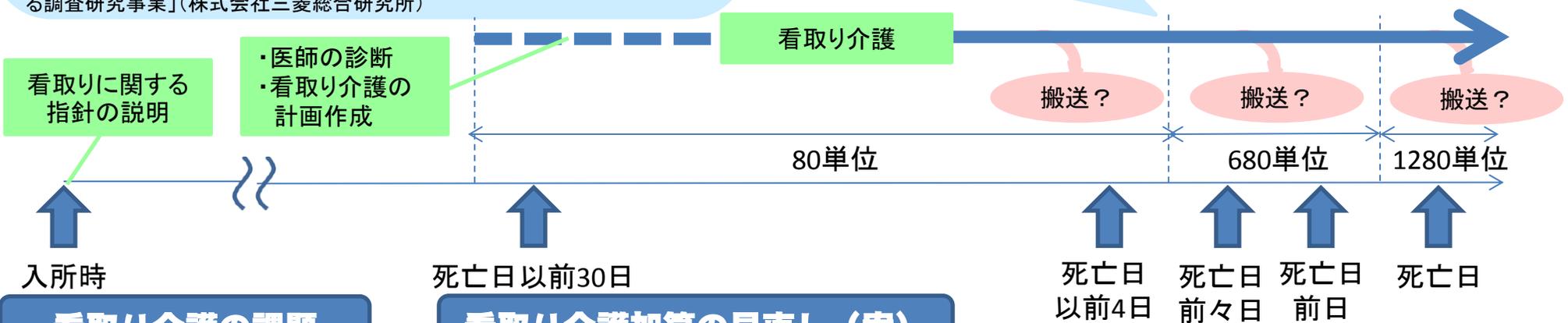
病院に搬送して1週間以内に死亡した事例のうち、10.6%は老衰

(出典)平成21年度老健事業「特別養護老人ホームにおける看取り対応に関する調査研究事業」(株式会社三菱総合研究所)

ターミナル時の搬送の理由

- 本人・家族の希望 58.8%
- 状態が急変したため 47.1%
- 施設内で行える医療処置が少ないため 17.6%

(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成24年度調査)「介護事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」



看取り介護の課題

看取り期における入所者及びその家族等の不安

介護職員等の精神的負担

介護保険施設からの救急搬送の増加

看取り介護加算の見直し(案)

- 看取り期早期からの、入所者及びその家族等の意向を尊重した看取り介護計画に基づく看取り介護の充実
- 施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

看取りに関する取組の周知

- 適切な救急搬送の利用の啓発
- 人生の最終段階における医療及び介護について考える機会の確保

看取り介護の質向上

救急搬送の減少

施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

体制の整備

- 「看取りに関する指針」の策定
- 入所者又はその家族等への指針の説明
- 看取りに関する職員研修
- 医師、看護職員(24時間の連絡できる体制の確保)、介護職員(看護職員不在時の対応の周知)等の連携体制の整備
- 個室又は静養室の整備
- 救急搬送のための連絡体制の整備

看取り介護

- 「看取り介護に係る計画」の作成
- 入所者又はその家族等への計画の説明
- 多職種連携のための情報共有(入所者の日々の変化の記録)
- 入所者又はその家族等への文書による情報提供(説明支援ツールの活用)
- 弾力的な看護職員体制(オンコール体制又は夜勤配置)
- 家族の悲嘆への援助

体制の改善

- 「看取りに関する指針」の見直し
- 看取りに関する報告会の開催
- 入所者及びその家族等、地域への啓発活動(意見交換)

振り返り

- 看取り後のケアカンファレンス
- 職員の精神的負担の把握と支援

論点2

「介護老人福祉施設」と「特別養護老人ホーム」における職員の「専従」の定義が不明確・不整合であることにより、「特別養護老人ホーム」の直接処遇職員による柔軟な地域貢献活動の実施が妨げられているのではないか。

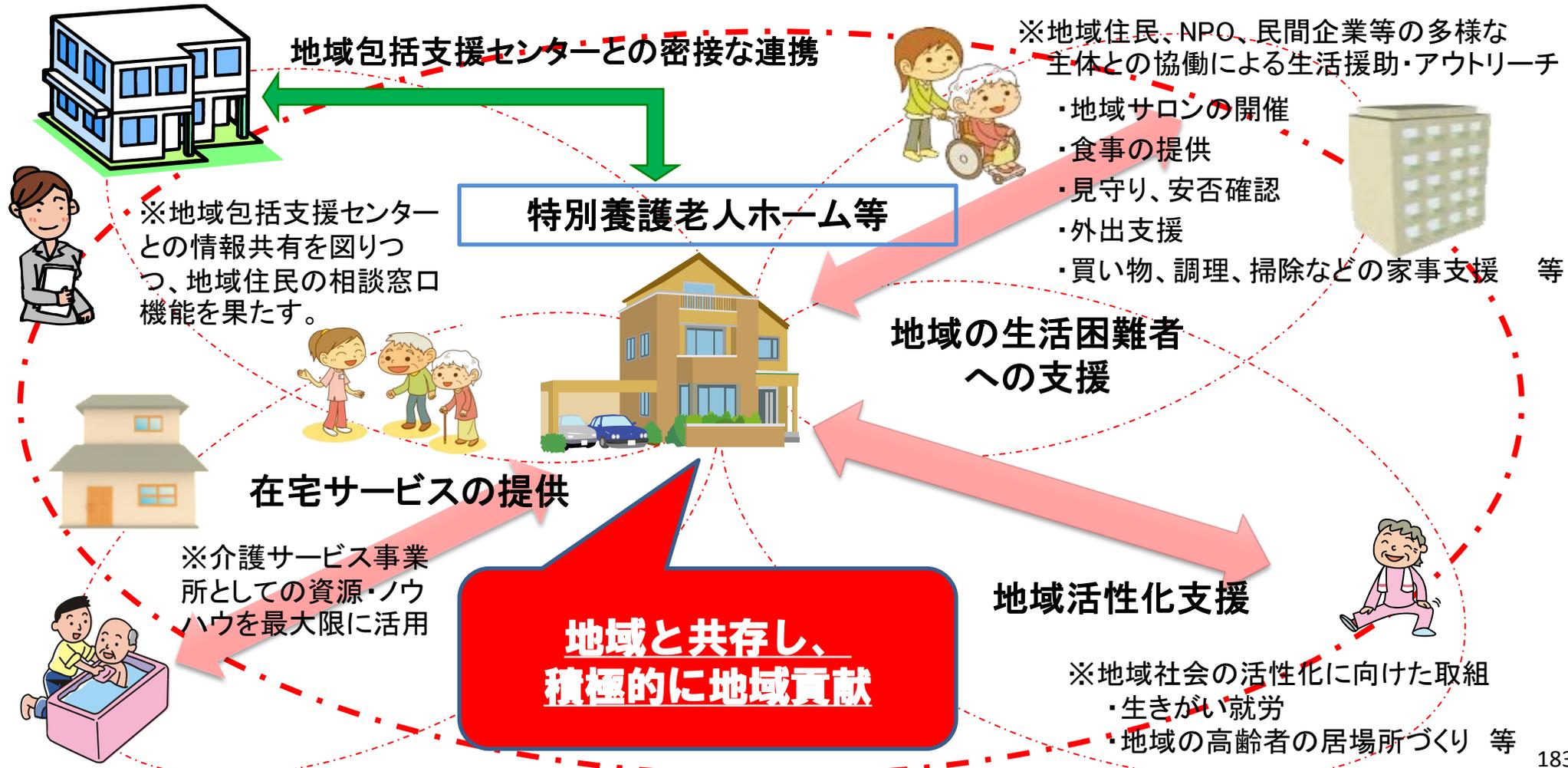
対応案

- 「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(解釈通知)の改正等を行うことにより、特別養護老人ホームの職員に係る「専従」の要件は、特別養護老人ホームの職員配置基準を満たす職員として割り当てられた職員について、その勤務表上で割り当てられたサービス提供に従事する時間帯において適用されるものであり、それ以外の時間帯における職員の地域貢献活動実施等をも制限する趣旨のものではない、ということを確認にする。

特別養護老人ホームに求められる役割（地域福祉の拠点として）

平成26年7月23日
介護給付費分科会資料より抜粋

○ 地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、特別養護老人ホームについては、様々な主体が参入する介護サービス市場にあって、重度の要介護者や低所得高齢者の「終の棲家」としての役割を一層果たしていく必要があるが、それに加えて、特別養護老人ホームは、その有する資源やノウハウを最大限に活用し、「地域の拠点」として、在宅サービスの提供、地域の生活困難者への支援、更には地域活性化にも取り組み、地域包括ケアが実現される「まちづくり」に貢献していくことを目指すべき。



論点4

日常生活継続支援加算については、サービス提供体制強化加算との要件が重複すること等を踏まえ、処遇改善加算の見直しと併せて、必要な見直しを実施してはどうか。

対応案

- 「介護福祉士の手厚い配置」と「重度の入所者の受入れ」を同時に評価している日常生活継続支援加算については、同じく介護福祉士の手厚い配置を評価するサービス提供体制強化加算と要件が重複していることから、見直しを検討。
- その際、処遇改善加算の見直しとも併せて検討する必要がある。

日常生活継続支援加算とサービス提供体制強化加算の算定要件

- 日常生活継続支援加算とサービス提供体制強化加算については、共に、介護福祉士の配置を評価しており、要件の重複が見られる。

【日常生活継続支援加算】

算定要件

- ◆ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。
かつ、
- ◆ 以下のいずれかを満たす。
 - 要介護4・5の入所者の占める割合が70%以上
 - 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の占める割合が65%以上
 - たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上

単位数 : 入所期間1日につき23単位

【サービス提供体制強化加算】

算定要件

- ◆ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)
 - 介護職員総数のうち、介護福祉士を50%以上配置
- ◆ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
 - 看護・介護職員の総数のうち、常勤職員を75%以上配置
- ◆ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)
 - 直接処遇職員のうち、勤続年数3年以上の者を30%以上配置

単位数 : 入所期間1日につき、
12単位(Ⅰ)、6単位(Ⅱ)、6単位(Ⅲ)

- ・ 「介護福祉士の配置」と「重度の入所者の受入れ」の両方を同時に評価する加算。
- ・ サービス提供体制強化加算との関係、法改正による特養重点化実施との関係を整理する必要。

※ 日常生活支援加算を算定している際には、サービス提供体制強化加算は算定出来ない。

論点5

地域住民の在宅生活の継続を支援するため、複数人による介護老人福祉施設への定期的・継続的な入所を実施するベッドシェアリングの取組を推進する観点から、在宅・入所相互利用加算の要件の見直し等を行ってはどうか。

対応案

- 在宅生活を継続する観点から設けられた加算であり、複数人が在宅期間及び入所期間を定めて計画的に利用する居室が「同一の個室」であることは必ずしも必要とは言えないため、当該要件を撤廃することとする。
- 介護保険法改正による「特別養護老人ホームの重点化」が平成27年度より実施されること等から、利用者を要介護3以上に限定するとしている加算の要件については撤廃することとする。
- 在宅・入所相互利用加算における関係者との連携・調整の実施を適切に評価する観点から、単位数を見直すこととする。

在宅・入所相互利用加算の算定要件と算定状況

○ 在宅・入所相互利用加算は、地域住民の在宅生活の継続を支援するベッド・シェアリングの取組を評価するものであるが、現状としての算定数は著しく低く、当該取組の促進のためにも、算定要件等の見直しが必要。

算定要件

- 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて、当該施設の「同一の個室」を計画的に利用。
※ 入所期間については3月を限度とする。
- 対象者は要介護3から要介護5までの者に限定。
- 「在宅での生活期間中のケアマネージャー」と、「施設のケアマネージャー」との間での情報交換を十分に行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等の同意を得ていること。

単位数：対象者の入所期間1日につき30単位を加算。

算定状況

(単位:千日)

	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
算定日数	11.4	—	—	3.7	5.4	2.4



★通年で11.4千回の算定

=月に約1000回の算定

=全国約30床分(約30人分)しか算定されていないと推計。

論点6

障害者生活支援員に係る加算の対象として、視覚・聴覚・言語機能の障害を有する者、知的障害者に加えて、精神障害者を新たに追加してはどうか。

対応案

- 障害者生活支援員に係る加算の対象となる障害者について、65歳以前より精神障害を有し、特別なケアが必要と考えられる重度の精神障害者を新たに追加することとする。
- 併せて、同加算で配置を評価している「障害者生活支援員」について、精神障害者に対する生活支援に関し専門性を有する者を新たに追加することとする。

障害者生活支援員に係る加算について

○ 障害者生活支援員に係る加算については、重度の視覚障害・聴覚障害・言語機能障害・知的障害のある入所者への専門的な生活支援の実施を評価するものであるが、精神障害のある入所者への生活支援に関しては評価の対象に含まれていない。

(障害者生活支援員に係る加算の算定要件)

- ✓ 入所者要件を満たす障害者が15名以上入所していること。
- ✓ 専従・常勤の「障害者生活支援員」を1名以上配置していること。

障害種別	適用有無	入所者の要件	障害者生活支援員の要件
視覚障害	○	身体障害者手帳の障害の程度が1級又は2級 等	点訳の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
聴覚障害	○	身体障害者手帳の障害の程度が2級 等	手話通訳等を行うことができる者
言語機能障害	○	身体障害者手帳の障害の程度が3級 等	手話通訳等を行うことができる者
知的障害	○	重度の障害を有する者	知的障害者福祉法第14条各号に掲げる者又はそれに準じる者(※)
精神障害	×		

※ 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）

第十四条（抜粋）

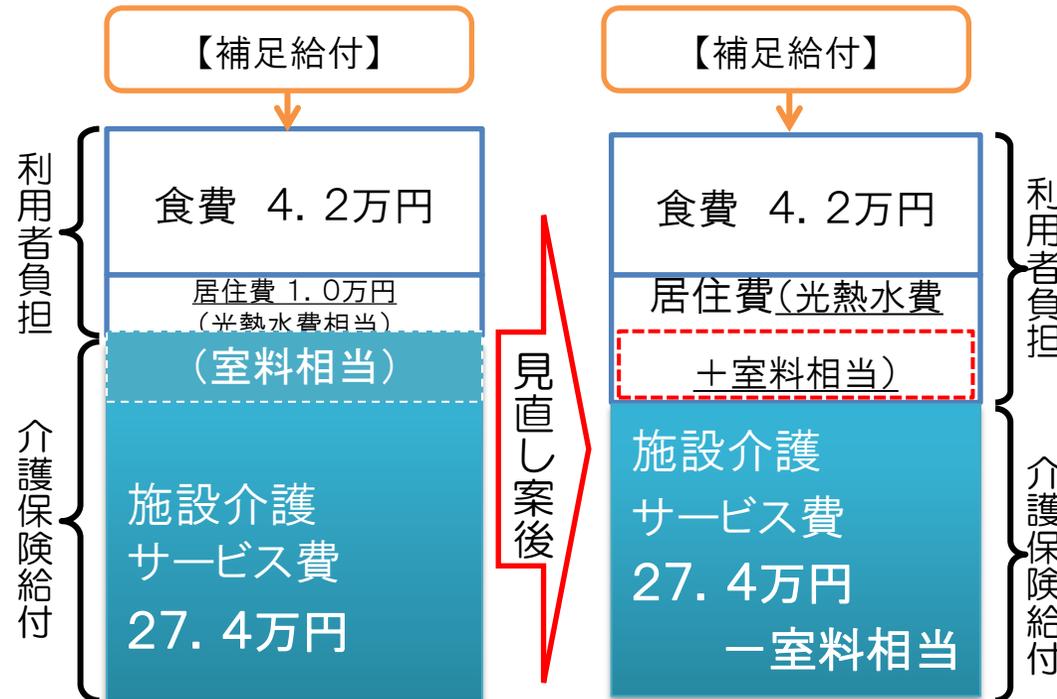
- 一 社会福祉法に定める社会福祉主事たる資格を有する者であつて、知的障害者の福祉に関する事業に二年以上従事した経験を有するもの
- 二 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)に基づく大学又は旧大学令(大正七年勅令第三百八十八号)に基づく大学において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者
- 三 医師
- 四 社会福祉士
- 五 知的障害者の福祉に関する事業に従事する職員を養成する学校その他の施設で厚生労働大臣の指定するものを卒業した者
- 六 前各号に準ずる者であつて、知的障害者福祉司として必要な学識経験を有するもの

論点8 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もあることを踏まえ、一定の所得を有する者が介護老人福祉施設の多床室に入所する場合には、居住費負担の見直しを行ってはどうか。

対応案

- 「低所得者を支え得る多床室」との指摘もある中で、死亡退所も多い等事実上の生活の場として介護老人福祉施設は選択されていることから、一定程度の所得を有する在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する介護老人福祉施設の多床室の入所者から居住費(室料)の負担を求めることとしてはどうか。(低所得者に配慮し、利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。)
- 見直し後の多床室の基本サービス費は、人員配置基準が同じである従来型個室を参考に設定してはどうか。
- 多床室のプライバシーに配慮した居住環境改善に向けた取組を進めることとする。

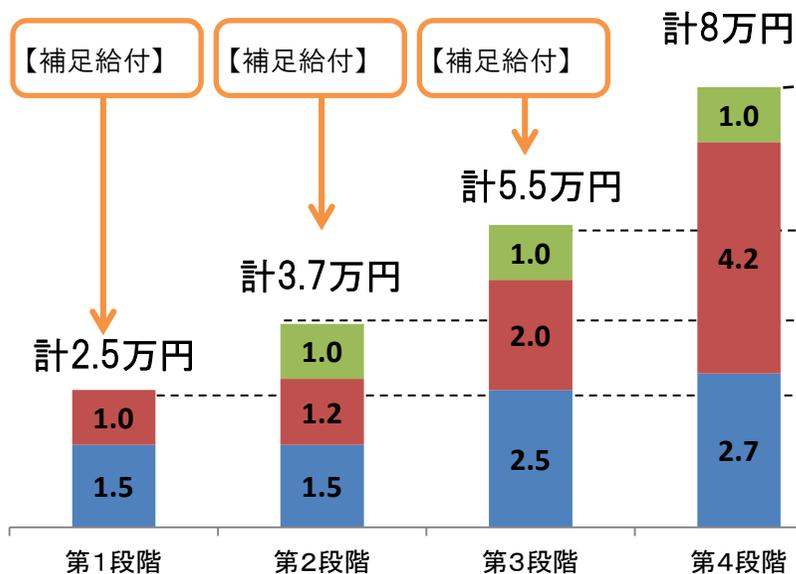
※ 短期入所生活介護の利用者についても同様の取扱い。



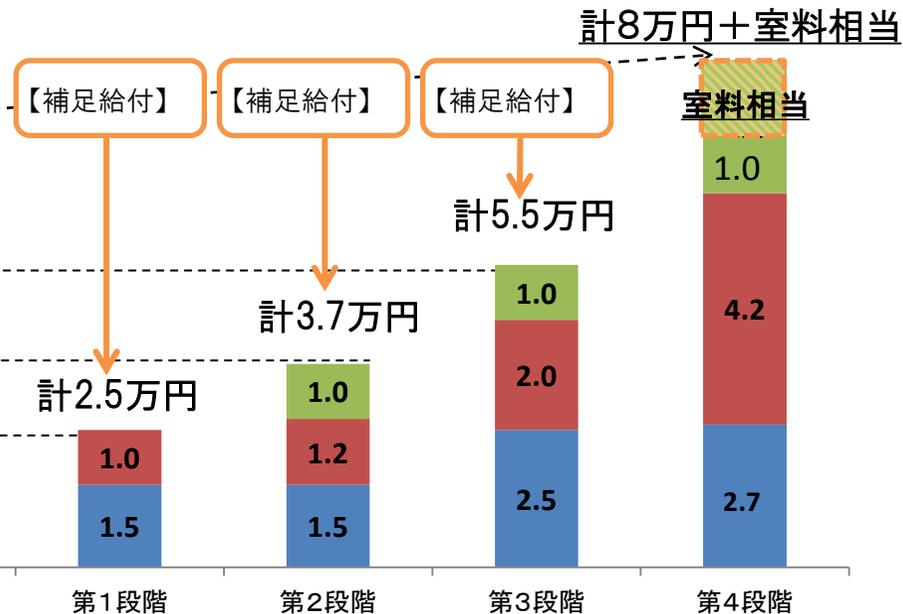
介護老人福祉施設の多床室の居住費について (2)

○ 利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととしてはどうか。

＜多床室の利用者負担(見直し前)＞



＜多床室の利用者負担(見直し案後)＞



※ 数値についてはいずれも現在の金額を記載。

○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額: 平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額: 平均5.5万円

[出典]「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

・第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

・第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

・第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

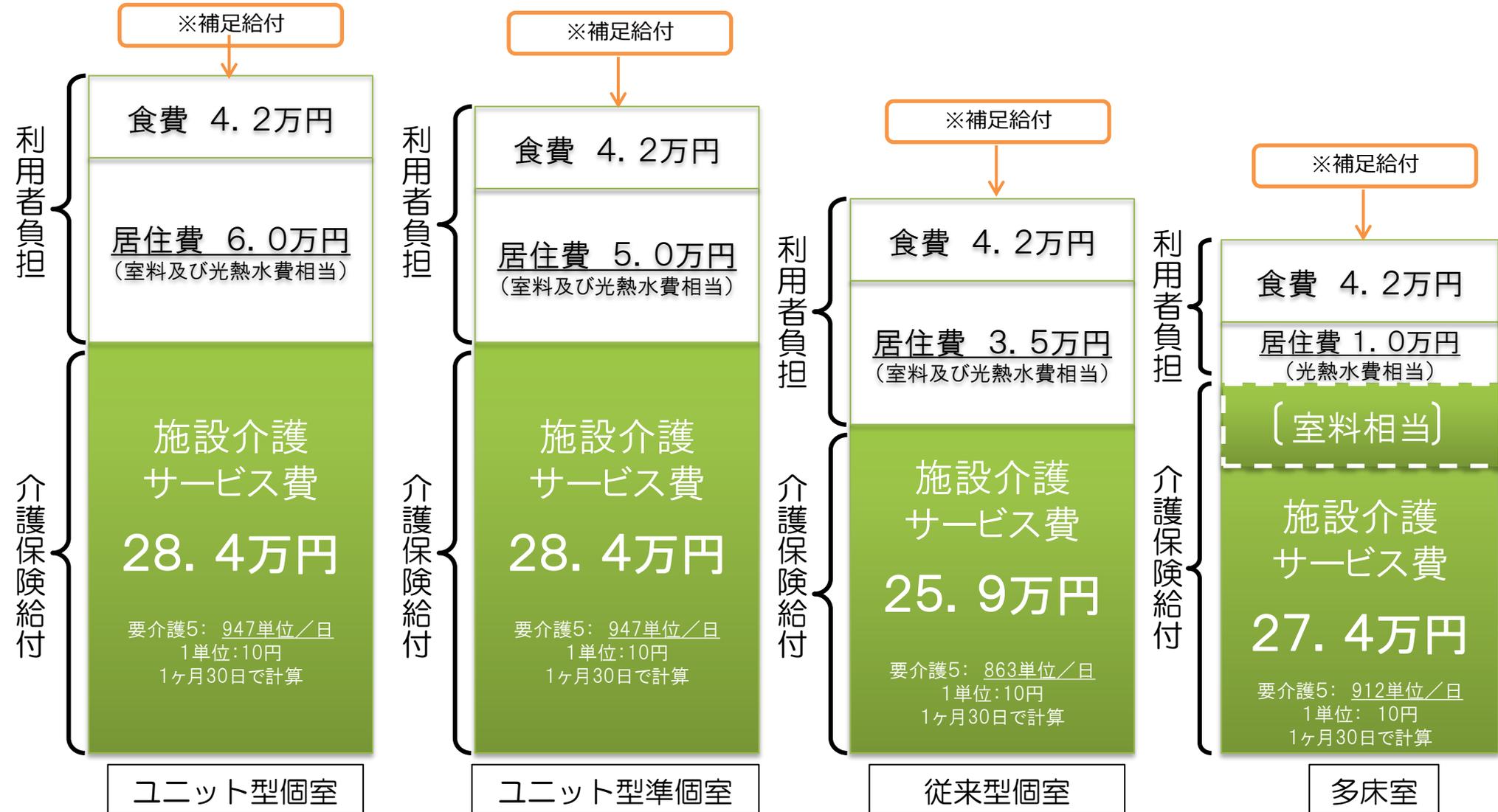
※第2及び第3段階の利用者負担額については、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度が適用されると、さらに低減される。

【参考】所得段階別の特養入所者(約52万人)の割合(平成22年介護サービス施設・事業所調査)



(参考) 介護老人福祉施設の居室類型別介護報酬

○ 居住に要する費用について、個室については、室料及び光熱水費が利用者負担となっている一方で、多床室については、光熱水費のみが利用者負担となり、室料が保険給付されている。



※ 上記の介護保険給付(施設介護サービス費)については、利用者に係る1割の自己負担分を含む。

論点9

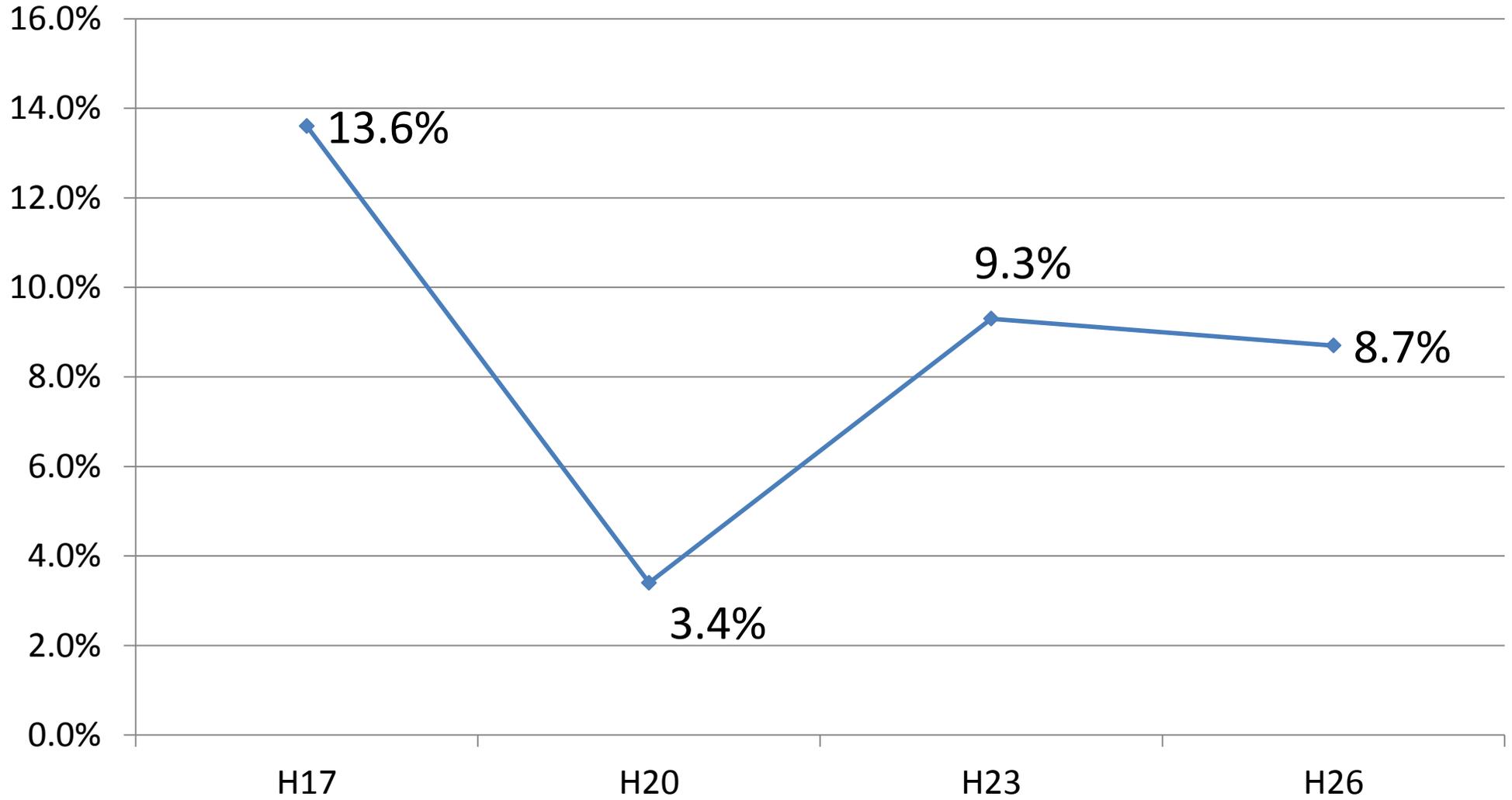
介護福祉施設サービスの基本サービス費については、収支差が引き続き高い水準を維持していることや、閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2014」の内容等を踏まえてどのように対応するのか。

- ・ 収支差が引き続き高い水準を維持していることや、以下のような様々な議論が提起されていることを踏まえると、介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設を含む。以下同じ。)の基本サービス費の適正化を行うことについてどのように考えるか。

<各方面からの主な指摘>

- 経済財政運営と改革の基本方針2014 (平成26年6月24日閣議決定) (抄)
平成27年度介護報酬改定においては、社会福祉法人の内部留保の状況を踏まえた適正化を行いつつ、介護保険サービス事業者の経営状況等を勘案して見直す。
- 第16回経済財政諮問会議(平成26年10月1日)有識者議員提出資料(抄)
社会福祉法人の収支差率は高く、内部留保問題の背景要因。介護報酬について、公共料金としての妥当性を検証すべき。
- 財政制度等審議会財政制度分科会(平成26年10月8日)資料(抄)
特別養護老人ホームにおいては、良好な収支差の結果、内部留保が蓄積していると指摘されており、現在実施中の予算執行調査(精査中)においても、改めて巨額の内部留保の存在が確認されている。
→ 今後は内部留保が蓄積しない水準まで介護報酬水準を適正化することが必要。

(参考) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の収支差の推移



出典:介護事業経営実態調査

(参考) 特別養護老人ホームの内部留保に係る最近の指摘

経済財政運営と改革の基本方針2014 (骨太) (抄)【平成26年6月24日閣議決定】

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(介護報酬・診療報酬等)

平成27年度介護報酬改定においては、社会福祉法人の内部留保の状況を踏まえた適正化を行いつつ、介護保険サービス事業者の経営状況等を勘案して見直すとともに、安定財源を確保しつつ、介護職員の処遇改善、地域包括ケアシステムの構築の推進等に取り組む。障害福祉サービス等報酬改定についても同様に取り組む。

また、今後の診療報酬改定に向けて、医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することや、医療提供者に対して良質かつ効率的な事業運営を促す報酬の在り方について検討する。

規制改革実施計画 (抄)【平成26年6月24日閣議決定】

② 介護・保育事業等における経営管理の強化とイコールフティング確立

財務諸表の情報開示

厚生労働省は、社会福祉法人の財務諸表の公表において、標準的形式を提示し、各法人が原則としてホームページ上で開示を行うように指導する。

厚生労働省は、全国の社会福祉法人の財務諸表を集約し、一覧性及び検索性をもたせた電子開示システムを構築する。

厚生労働省は、内部留保の位置付けを明確化し、福祉サービスへの再投資や社会貢献での活用を促す。

内部留保の明確化

厚生労働省は、社会福祉法人に対して、明確な事業計画に基づく目的別の積立(退職給与引当金や修繕積立金等の別途積立金の活用)を行うことを指導する。

社会貢献活動の義務化

厚生労働省は、すべての社会福祉法人に対して、社会貢献活動(生計困難者に対する無料・低額の福祉サービスの提供、生活保護世帯の子どもへの教育支援、高齢者の生活支援、人材育成事業など)の実施を義務付ける。そのために、社会貢献活動の定義の明確化や会計区分の整備、社会貢献活動への拠出制度の創設などの検討を行う。

厚生労働省は、一定の事業規模を超える社会福祉法人に対して、法令等での義務付けに先駆けて社会貢献活動の実施を要請する。

厚生労働省は、社会貢献活動を行わない社会福祉法人に対し、零細小規模な法人には配慮しつつ、所轄庁が必要な措置を採るべき旨を命ずるほか、業務の全部若しくは一部の停止や役員解職の勧告、さらには解散を命ずることができることを明確化する。

2. 平成27年度予算における主要3分野の重点課題

(1) 社会保障 ～見える化を通じた地域自らの取組強化、効率化を通じた負担増の抑制～

- ① 医療提供体制の改革、ICTも活用した都道府県レベルの医療費支出抑制目標と地域医療ビジョンの設定や医療費適正化計画の改定を着実に実施すべき。国全体の取組との整合性確保するため、フィードバックメカニズムを構築すべき。
- ② 介護報酬の妥当性を検証するとともに、黒字の多い社会福祉法人の内部留保^(注)、補助の在り方等を検討すべき。
- ③ 薬価の適正化と薬市場の健全化に取り組み、適正な薬価を毎年の予算に反映すべき。そのため、実態調査を実施すべき。
- ④ 年金のマクロ経済スライドの実施、年金受給の在り方等の検討、社会保険料納付率向上への取組を進めるべき。
- ⑤ 生活保護については、就労支援の強化、医療扶助・住宅扶助等の適正化等を推進すべき。等

図1. 薬価の推移

薬価改定によって実勢価を予算に反映させることが重要

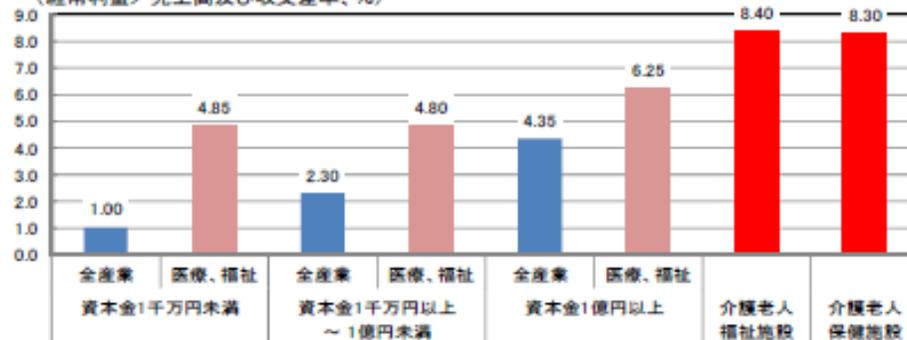
改正年月日	改正区分	収載品目数	改定率	
			薬剤費ベース	医療費ベース
昭和63年4月1日	全面	13,636	▲10.20	▲2.90
平成元年4月1日	全面	13,713	2.40	0.65
平成2年4月1日	全面	13,352	▲9.20	▲2.70
平成4年4月1日	全面	13,573	▲8.10	▲2.40
平成6年4月1日	全面	13,375	▲6.60	▲2.00
平成8年4月1日	全面	12,869	▲6.80	▲2.60
平成9年4月1日	全面	11,974	▲4.40	▲1.27
平成10年4月1日	全面	11,692	1.40	0.40
平成12年4月1日	全面	11,287	▲7.00	▲1.60
平成14年4月1日	全面	11,191	▲6.30	▲1.30
平成16年4月1日	全面	11,993	▲4.20	▲0.90
平成18年4月1日	全面	13,311	▲6.70	▲1.60
平成20年4月1日	全面	14,359	▲5.20	▲1.10
平成22年4月1日	全面	15,455	▲5.75	▲1.23
平成24年4月1日	全面	14,902	▲6.00	▲1.26
平成26年4月1日	全面	15,303	▲5.64	▲1.22
			2.99	0.64

- (備考) 1. 中央医療協議会「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定差率率の年次推移」により作成。
 2. 薬価改定後価格＝販売価格の加重平均値(消費税抜きの市場実勢価格×(1+消費税税率))+(現行価格×調整率)。
 3. 平成元年、平成9年下段、平成26年の下段は消費税分。厚生白書によると、平成9年4月の改定は、診療報酬改定を伴い、消費税率引上げに伴う改定を行うとともに、医療保険制度改革の一環として、診療報酬の合理化・適正化を図ることが意図されたものとされている。

図2. 介護事業の収支差率と一般事業会社の収益率比較

社会福祉法人の収支差率は高く、内部留保問題の背景要因。介護報酬について、公共料金としての妥当性を検証すべき

(経常利益/売上高及び収支差率、%)



(注) 内部留保額は累計2兆円程度との指摘。「規制改革実施計画」(平成26年6月24日閣議決定)においては、「内部留保の明確化」として、①内部留保の位置付けを明確化し、福祉サービスへの再投資や社会貢献での活用を促す、②社会福祉法人に対して、明確な事業計画に基づく目的別の積立(退職給付引当金や修繕積立金等の別途積立金の活用)を行うことを指導する、と記載。

- (備考) 1. 財務省「法人企業統計調査」、厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。
 2. 収支差率は、(介護事業収入+介護事業外収入)-(介護事業費用+借入金利息+特別損失)の収入に対する比である。なお、法人企業統計調査の医療、福祉業は社会福祉法人を含まない。
 3. 計数は何れも2010年度と2012年度の平均値。

特別養護老人ホームの経営状況 (内部留保)

- 特別養護老人ホームにおいては、良好な収支差の結果、内部留保が蓄積していると指摘されており、現在実施中の予算執行調査(精査中)においても、改めて巨額の内部留保の存在が確認されている。
→ 今後は**内部留保が蓄積しない水準まで介護報酬水準を適正化する**ことが必要。
- 社会福祉法人については、民間事業者とのイコールフットिंगの確立などの観点から様々な議論があるところ。こうした中、現在、「規制改革実施計画」(26年6月24日閣議決定)に基づき、内部留保の活用に向け、社会福祉法人に対する社会貢献活動の実施の義務付けについて検討が進められているが、公費や保険料を原資として蓄積した内部留保については、**地域支援事業など、現に公費や保険料を充てて実施している事業に限定して活用**することが適当ではないか。
- なお、社会福祉法人の内部留保を巡る議論に関し、以下の点に留意が必要。
 - ① 社会福祉法人の会計においても減価償却費を計上しているため、**建替えに必要な現金は、収支差がゼロであっても蓄積する**。したがって、「建替えのために内部留保が必要」との議論は妥当でない。
 - ② 施設の**増築**のために必要な資金については、**補助金**に加え、**低利の借入れ**等による調達も可能であり、「内部留保がなければ増築できない」との議論は妥当でない。

		22年度 (23年12月厚労省公表※1)	23年度 (25年5月厚労省公表※2)	24年度 (26年9月財務省予算執行調査(速報)※3)	25年度
特養1施設当たり 内部留保	発生源内部留保※4	3億 782万円	3億1,373万円	3億1,400万円程度	3億2,300万円程度
	実在内部留保※4	—	1億5,564万円	1億6,000万円程度	1億6,000万円程度

×

特別養護老人ホームの施設数※5	6,214	6,254	6,595	—
-----------------	-------	-------	-------	---

||

特養全体の 内部留保	発生源内部留保	1.9兆円程度	2.0兆円程度	2.1兆円程度	—
	実在内部留保	—	1.0兆円程度	1.1兆円程度	—

※1 有効回答数は1,087施設。 ※2 有効回答数は1,662施設。

※3 有効回答数は3,000施設程度(現在精査中)。なお、内部留保額は速報値であり、今後計数を精査する過程で計数が変動することがある。

※4 発生源内部留保=次期繰越活動収支差額+その他の積立金+4号基本金、実在内部留保=「現預金・現預金相当額」-(流動負債+退職給与引当金)であり、いずれも厚労省が調査実施に当たって設定した定義である。

※5 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」の調査対象施設数。なお、平成23年度は、東日本大震災の被災地域に所在する施設について調査を見合わせている。

10. 介護保険施設等

(2) 介護老人保健施設

論点1－①

介護老人保健施設の在宅復帰支援機能を更に高めるため、在宅復帰支援機能を重点的に評価してはどうか。

対応案

介護保健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は、在宅復帰支援機能を更に強化する観点から、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、以下を重点的に評価する。

- ・ 在宅強化型基本施設サービス費
- ・ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

在宅復帰支援機能の評価①

第105回(平成26年8月7日)
介護給付費分科会資料より抜粋

	在宅復帰率	退所後の状況確認	ベッド回転率	重度者割合	リハ専門職
在宅強化型(強化型)	50%超	要件あり	10%以上	要件あり	要件あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設(加算型)	30%超	要件あり	5%以上	要件なし	要件なし
上記以外(通常型)	強化型または加算型の要件を満たさないもの				

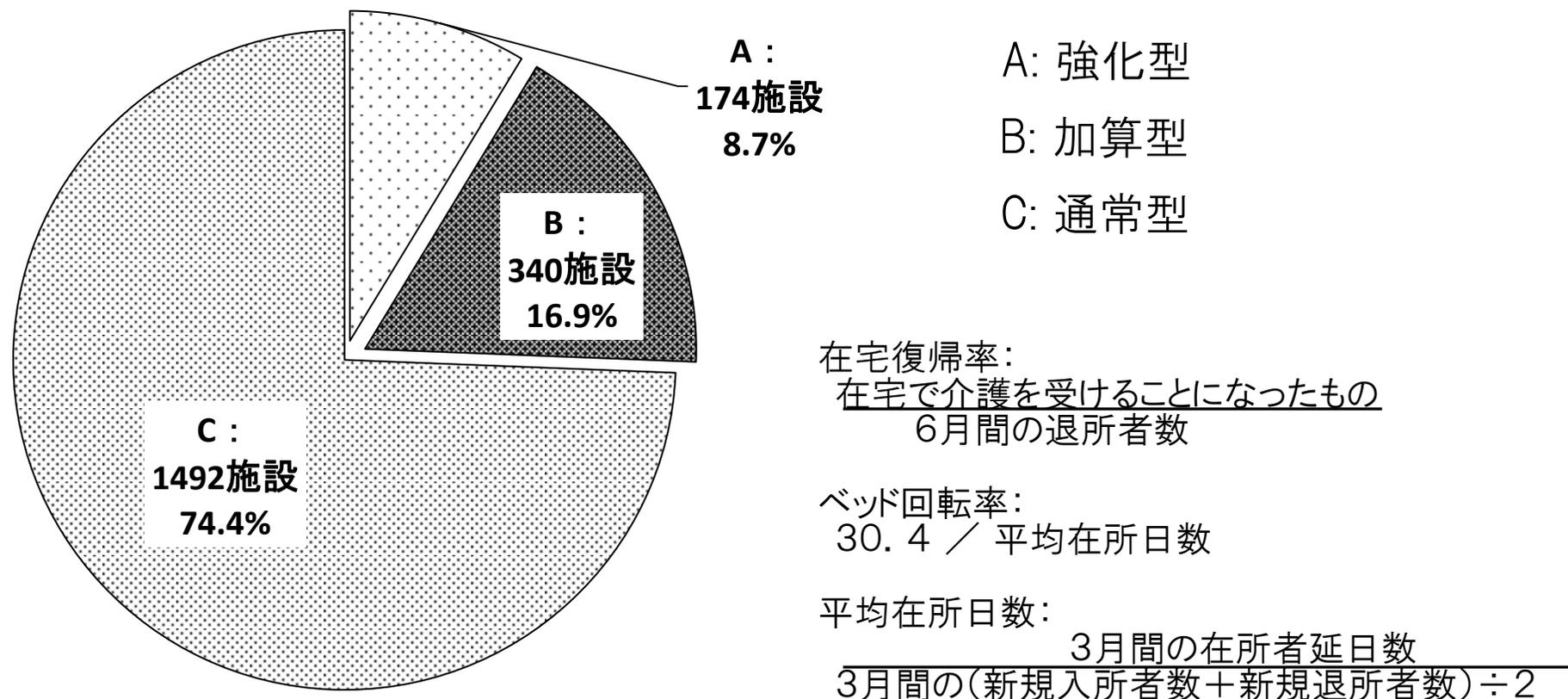
評価項目	算定要件
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6月間の退所者数注2}} > 50\%$ であること。</p> <p>注1: 当該施設における入所期間が1月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を除く。</p> <p>b 入所者の退所後30日注3以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3: 退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</p>
ベッドの回転	<p>$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\%$ であること。 ※平均在所日数の考え方 = $\frac{\text{3月間の入所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$</p>
重度者の割合	<p>3月間のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>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。

※在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む。

在宅復帰支援機能の評価②

- 平成24年度改定以降、在宅強化型の要件を満たす施設は増加してきている一方で、在宅復帰率・ベッド回転率が低い施設も多い。

平成26年6月時点の報酬算定状況（対象老健施設 2,006施設）

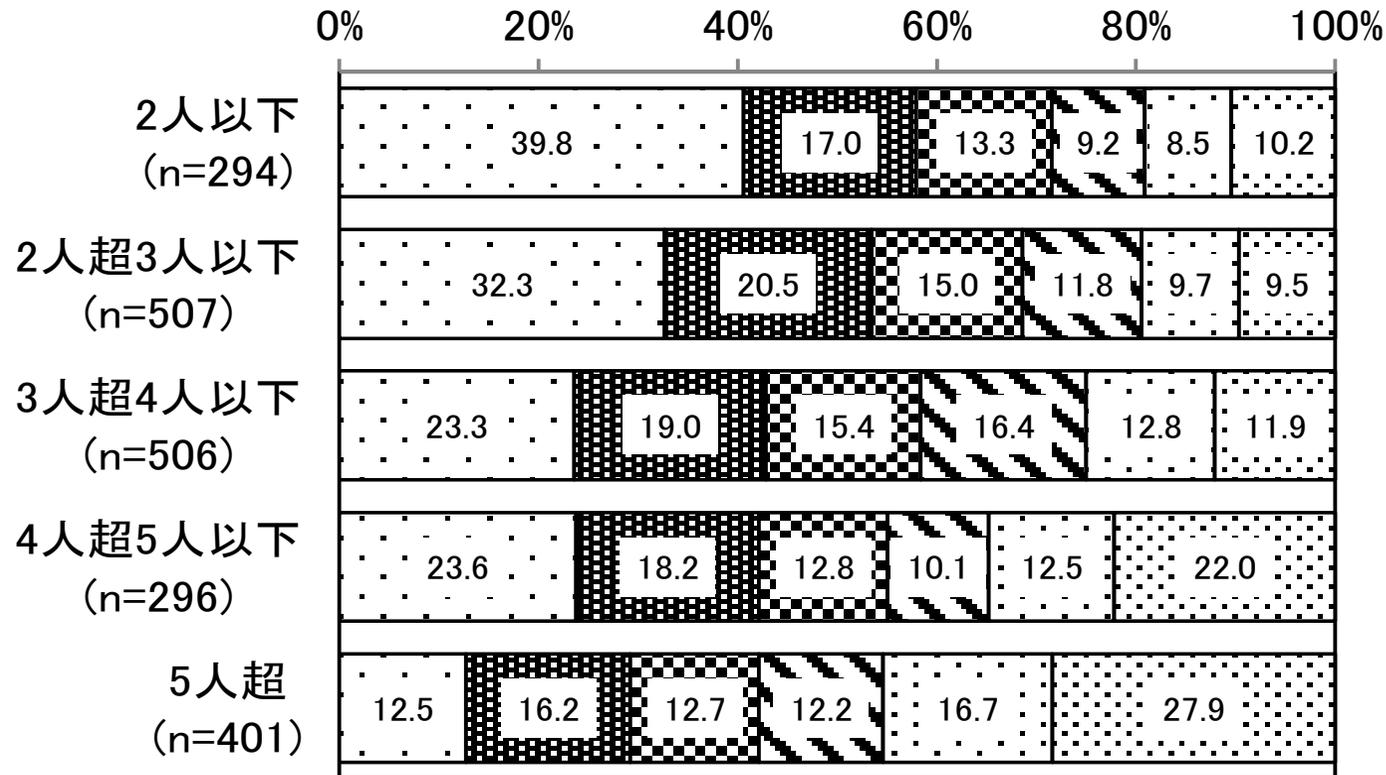


※9月10日時点の回収データに基づく

○ リハビリテーション専門職を多く配置している施設は、在宅復帰率が高い施設が多い。

リハビリテーション専門職：理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士

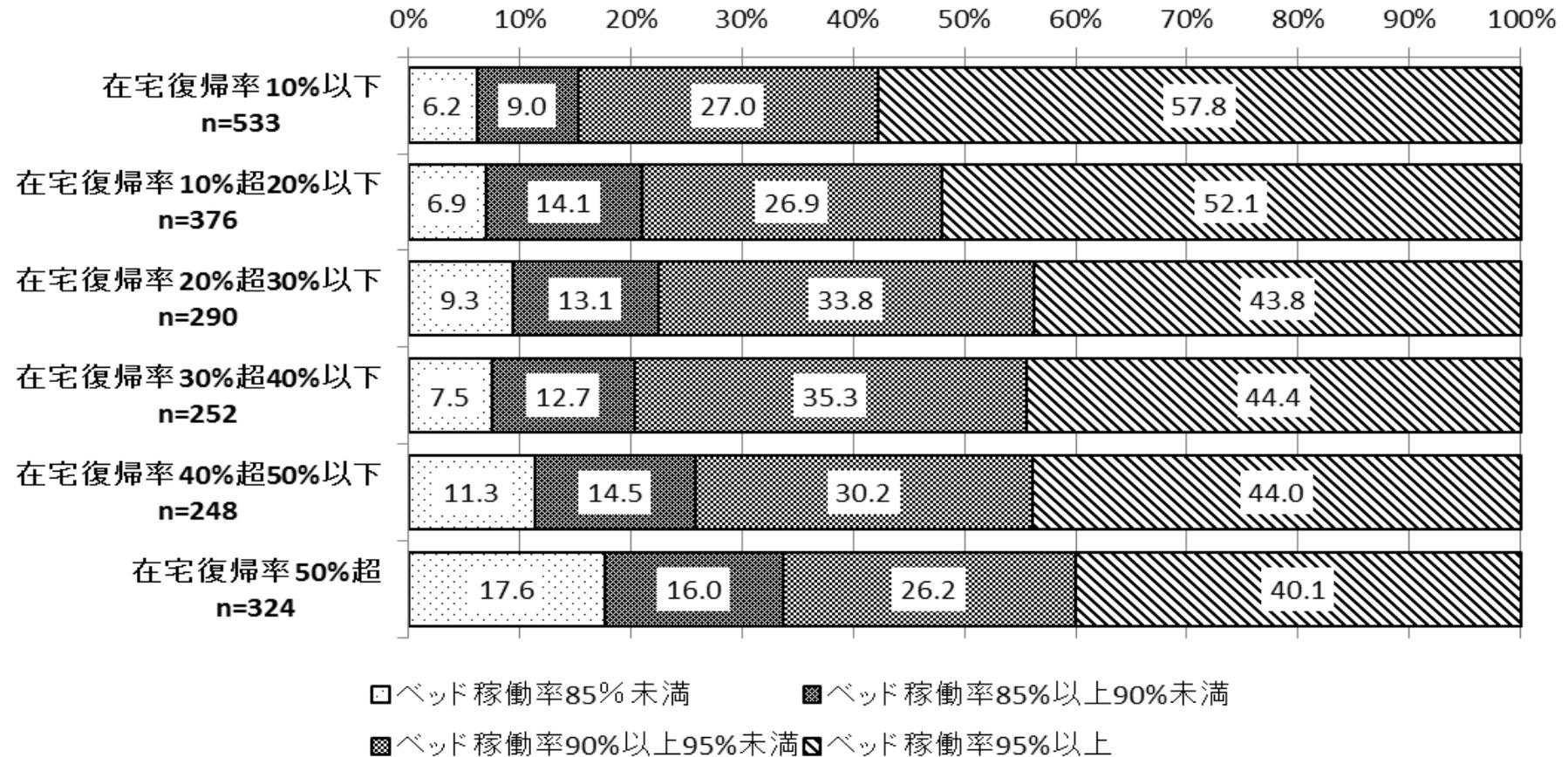
定員100床当たりの専門職(常勤換算)と、施設の在宅復帰率



在宅復帰率

□10%以下 ■10%超20%以下 ▨20%超30%以下
▩30%超40%以下 □40%超50%以下 □50%超

○ 在宅復帰率の高い施設は、ベッド稼働率が低い施設が多い。



ベッド稼働率：調査時点での利用者数／定員数

○ 強化型、加算型及び通常型を比較しても、入所者の要介護度に大きな差は見られない。

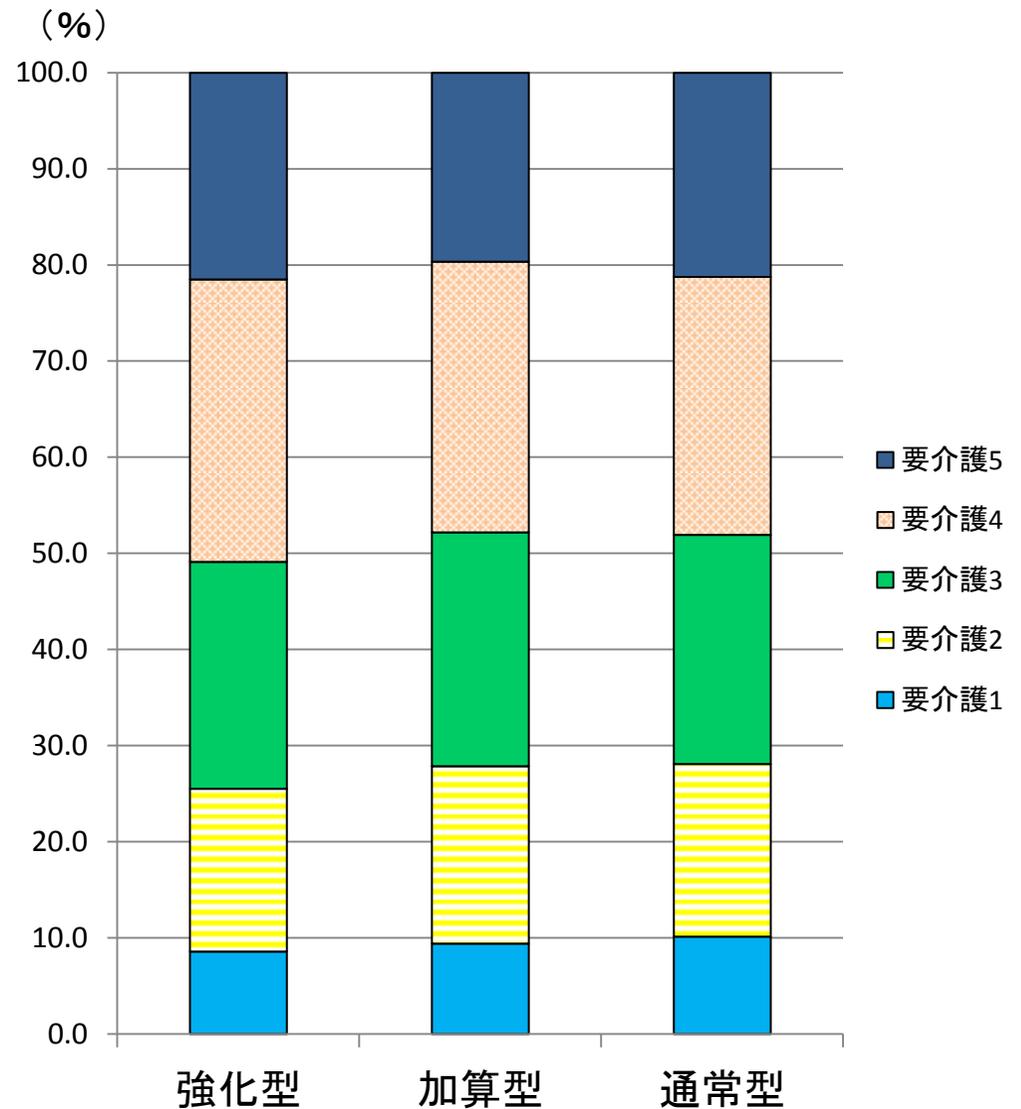
入所者の平均要介護度

※不明、申請中は除く

強化型 (n=145)	3.38
加算型 (n=369)	3.30
通常型 (n=1508)	3.31

要介護度別入所者割合(右グラフ)

※不明、申請中は除く



論点1－②

介護老人保健施設の在宅復帰支援機能を更に高めるため、退所後も視野に入れた入所時からの取組が推進されるよう、入所前後訪問指導加算の評価を充実してはどうか。

対応案

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

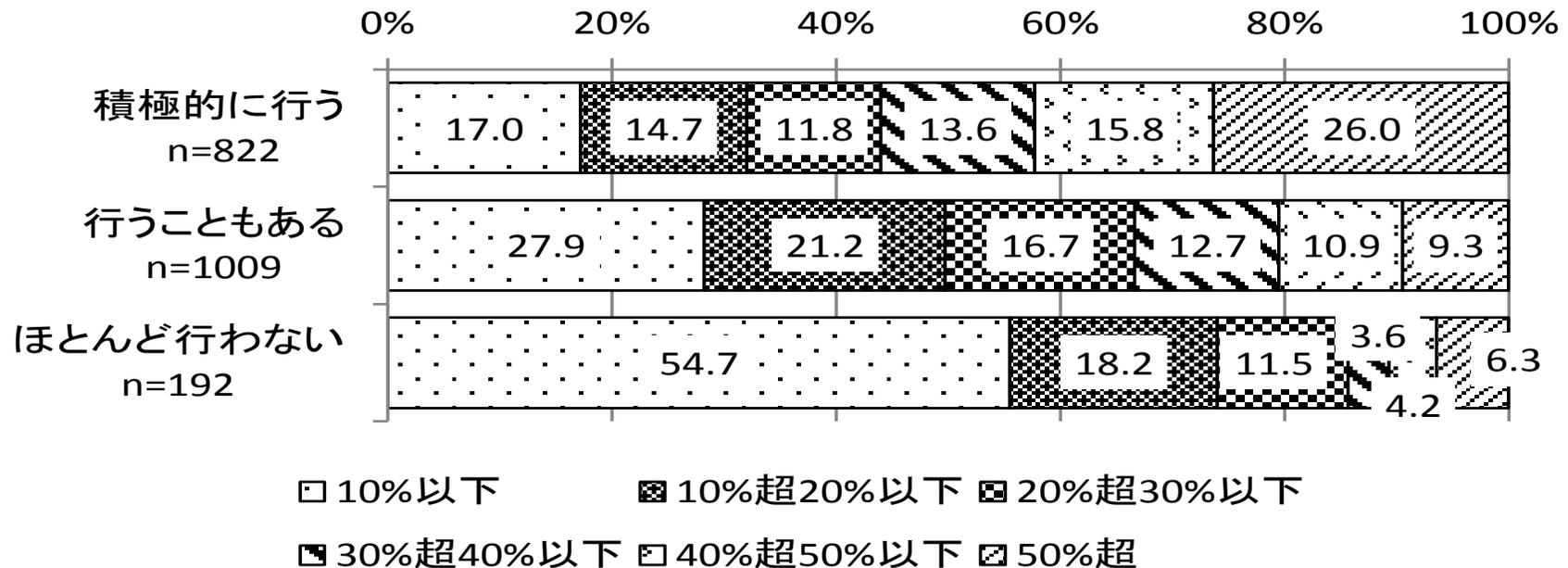
【追加する要件】

- (1) 本人及び家族とともに生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活についても、本人及び家族の意向を踏まえ、施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援を行うための計画の策定を行う。
- (2) 上記の計画策定にあたっては、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等によりカンファレンスを行うこと。

- 入所時に、利用者と退所時期についての相談を積極的に行う施設は、在宅復帰率が高い施設が多い。

入所時における退所時期に関する相談と在宅復帰率

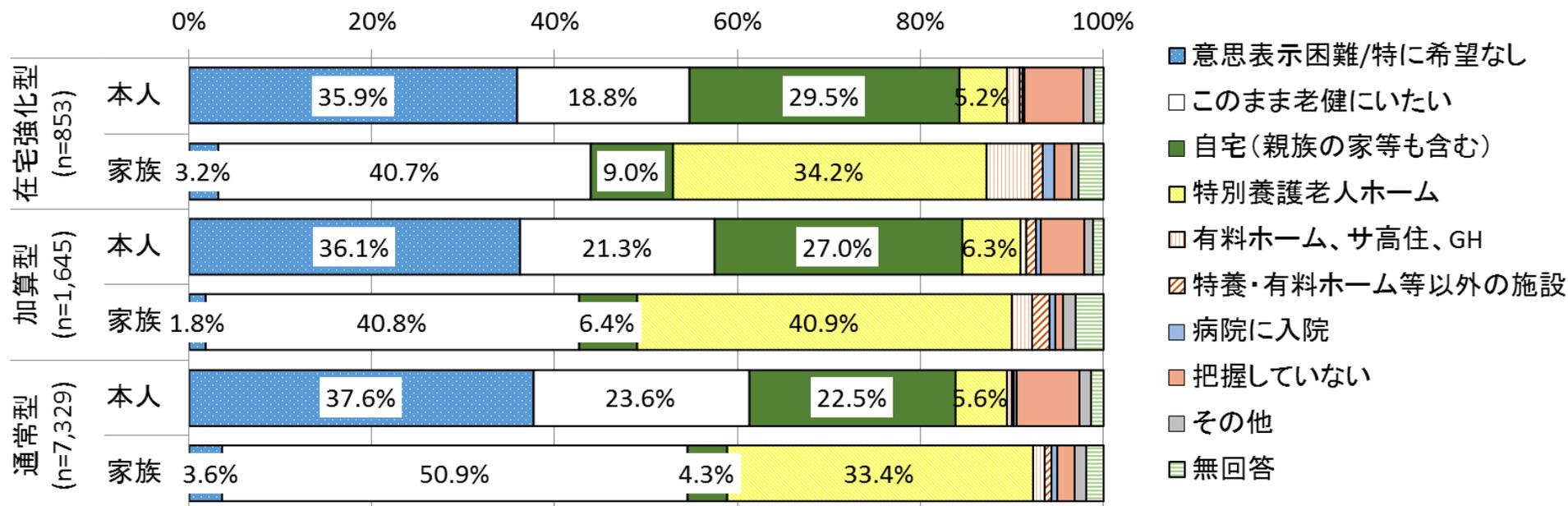
(入所時に、利用者と退所時期について相談)



退所に関する本人と家族の意向（退所困難者について）①

○ 介護老人保健施設において退所が困難であると判断された入所者について見ると、約20%～30%が「自宅への退所」を希望しているのに対し、家族が「自宅への退所」を希望しているのは、10%未満であった。

本人・家族の希望する退所先

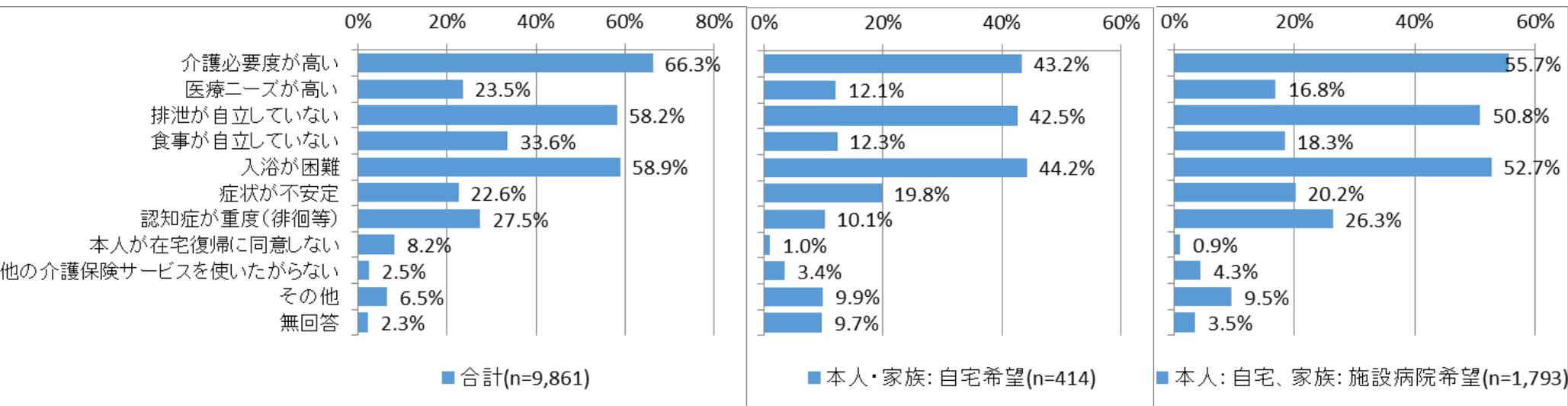


※9月10日時点の回収データに基づく

退所に関する本人と家族の意向（退所困難者について）②

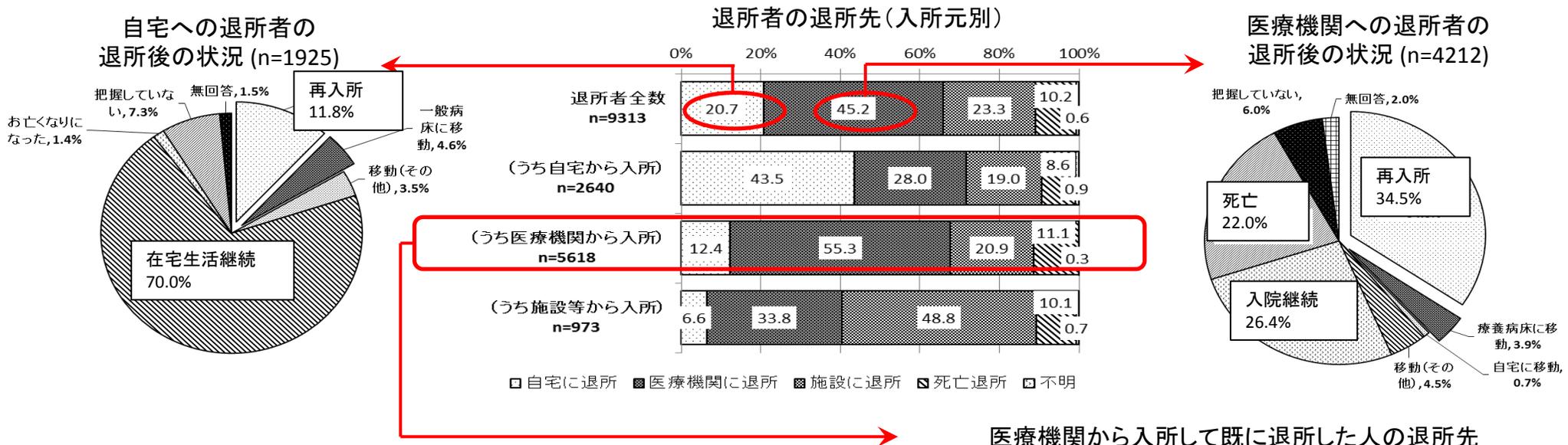
○ 本人が在宅復帰を希望しているが、家族が病院や施設への入所を希望している場合は、本人・家族共に在宅復帰を希望している場合と比較し、「介護必要度が高い」「認知症が重度」の割合が高かった。

家族の意向別の退所阻害要因（本人に関するもの）



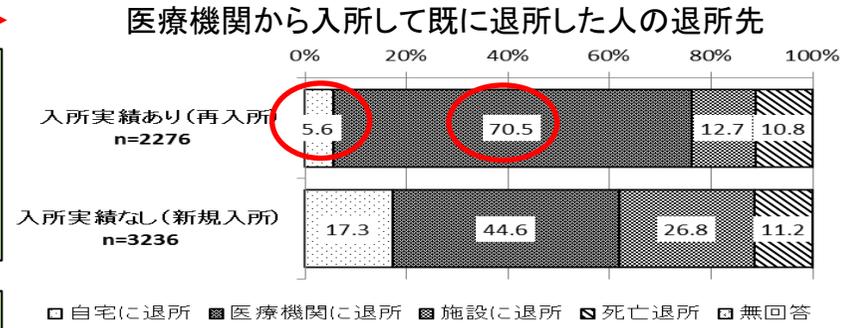
※9月10日時点の回収データに基づく

○ 介護老人保健施設を退所した者のうち、自宅への退所者の割合は約20%、医療機関への退所者の割合は約45%である。



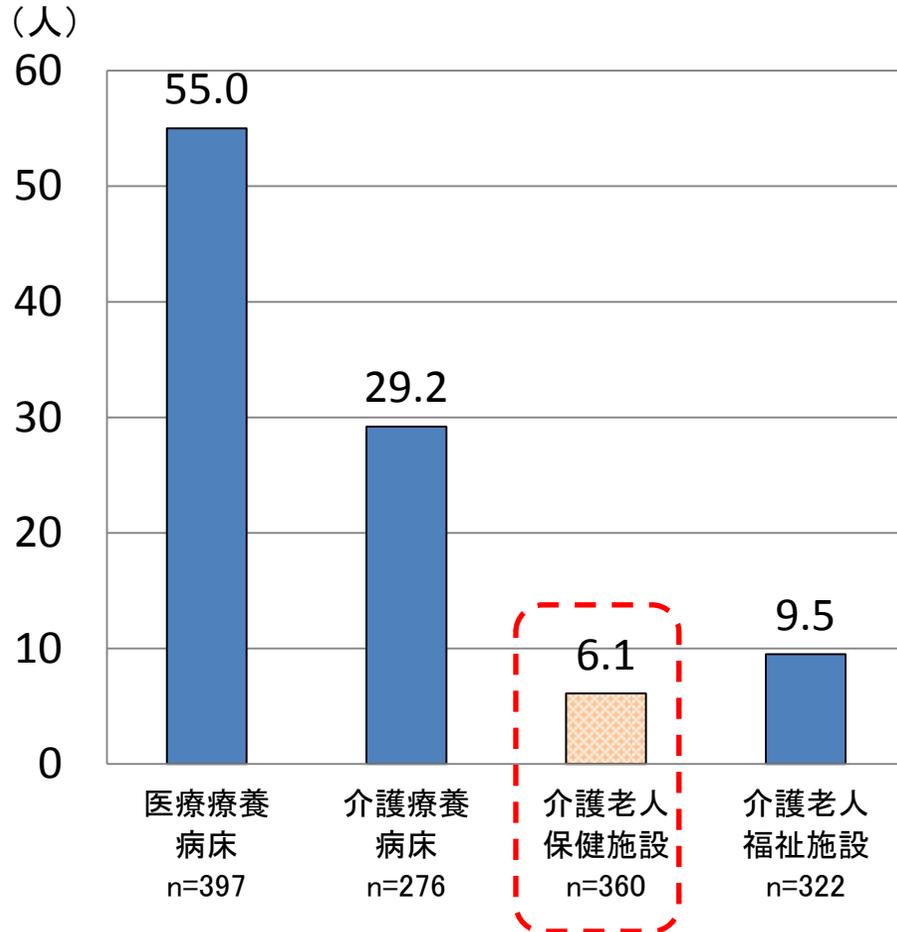
○ 自宅への退所者のうち約70%は、退所後、自宅での生活を継続している。
○ 自宅への退所者のうち約20%は退所後に居所の変化があり、そのうち約60%が退所した老健に戻っている。

○ 医療機関への退所者の約30%は、退所後、入院を継続している。
○ 医療機関への退所者のうち約45%は、退所後に居所の変化があり、そのうち約80%が退所した老健に戻っている。



100床あたり年間看取り実施人数

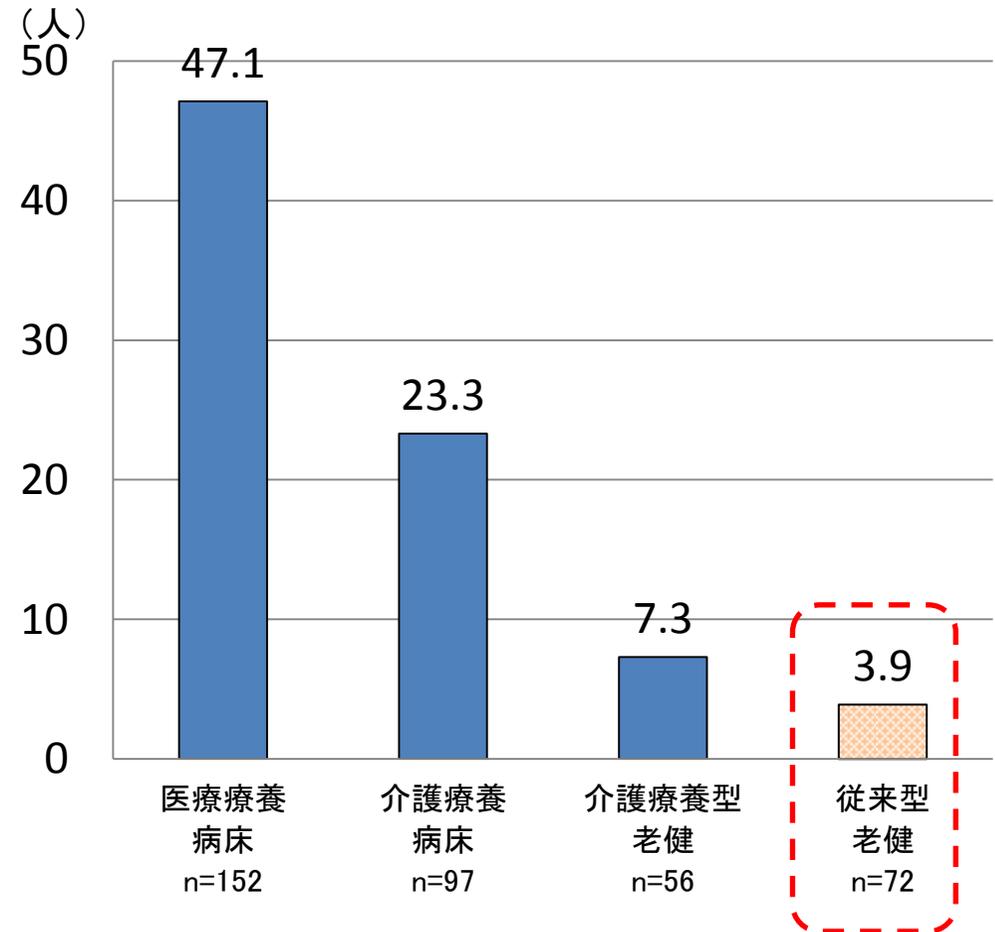
(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数/100床/年)
※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの



【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」
(みずほ情報総研株式会社)

100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)
※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの



【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

①看取りの実施状況

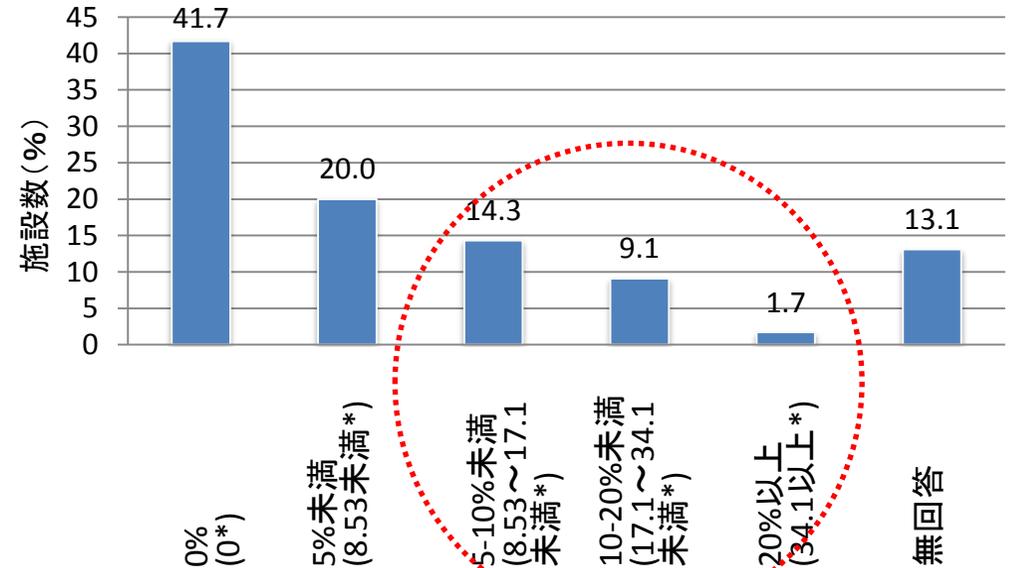
○ 介護老人保健施設内での看取り件数は、老健施設全体としては他施設と比較して少ないものの、多くの看取りを行う施設も存在する等、ばらつきがある。

100床あたり年間看取り件数

(平成24年4～11月の退所者)看取り件数/100床/年

介護老人 福祉施設 (事業所n=261)	介護老人 保健施設 (事業所n=175)	特定施設 入居者 生活介護 (事業所n=328)	(参考) 認知症対応型 共同生活介護 (事業所n=138)	(参考) 小規模 多機能型 居宅介護 (事業所n=154)
9.9	5.8	6.0	4.8	1.2

定員数に占める、調査期間内の看取り件数(%)

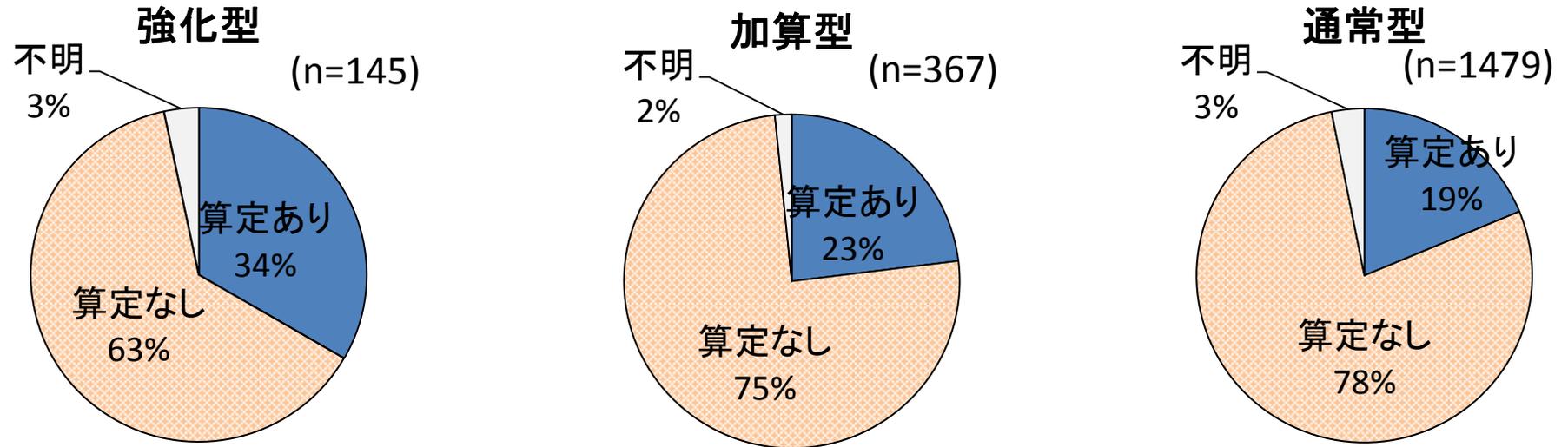


*100床あたり年間看取り件数(件/100床/年)

②在宅復帰支援機能との関係

○ 在宅強化型老健は、ターミナルケア加算を算定している割合が高い。

全施設数に占める算定施設の割合



ターミナルケア加算の算定状況(平成25年9月の実績)

	強化型	加算型	通常型
算定施設数	50	86	286
算定件数(／月)	450	543	855
算定件数(／100床／月)	3.64	1.63	0.64

論点2

訪問サービス等の併設により退所者の在宅生活を支援するため、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を見直してはどうか。

対応案

介護老人保健施設の看護師、准看護師及び介護職員は当該介護老人保健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、その一部に非常勤職員を充てることができる旨を明確にする。

【要件】

非常勤職員を充てても差し支えない場合の要件を次のとおりとする。

- ・ 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合
- ・ 看護・介護職員が当該老人保健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

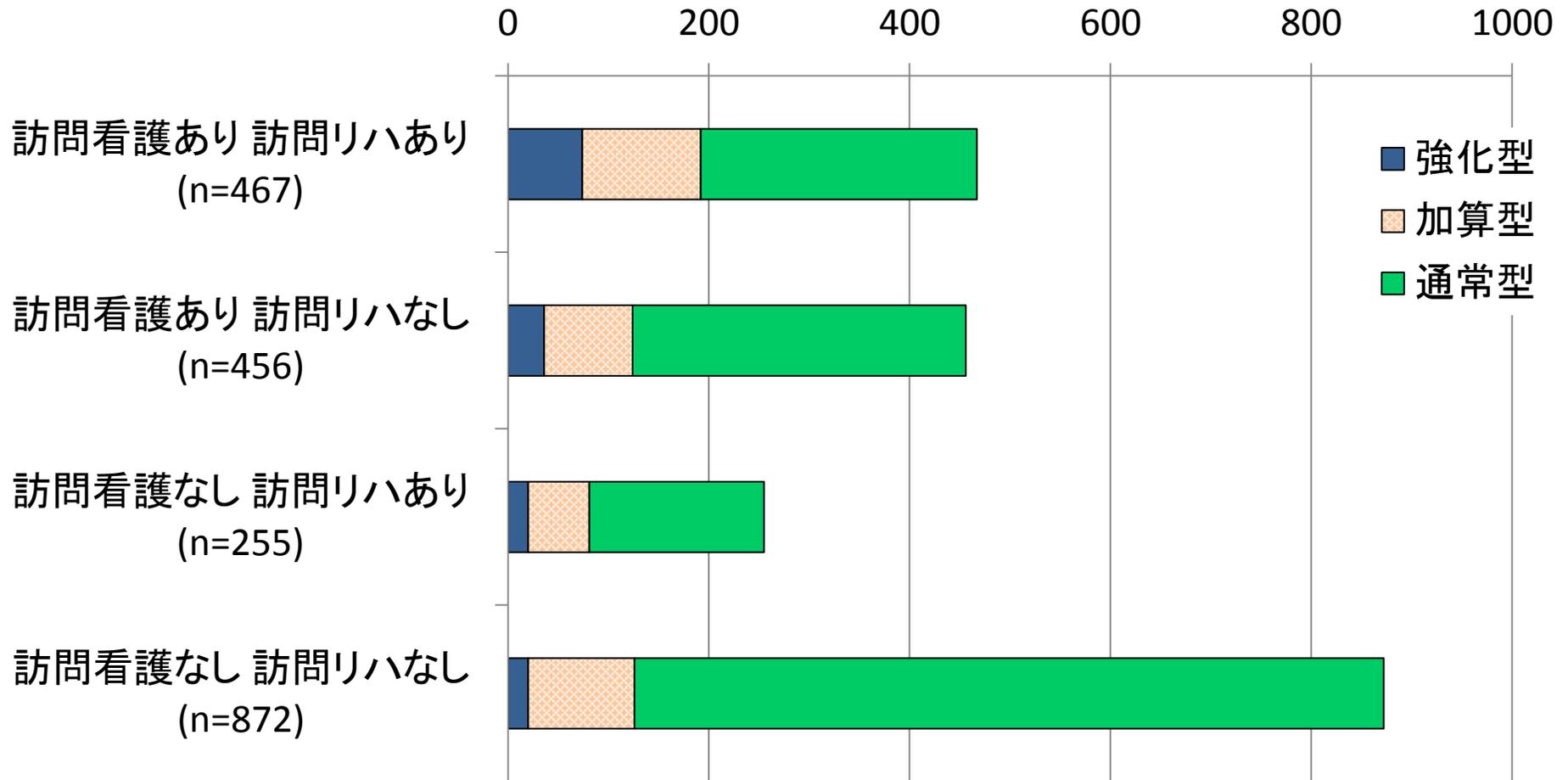
【参考(現行)】

看護師若しくは准看護師(以下「看護職員」という。)又は介護職員(以下「看護・介護職員」という。)は、直接入所者の処遇に当たる職員であるので、当該介護老人保健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。ただし、業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合は、次の二つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えないこと。

- (1)常勤職員である看護・介護職員が基準省令によって算定される員数の7割程度確保されていること。
- (2)常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。

○ 在宅強化型老健は、同一・関連法人で、訪問リハ等の訪問サービスを運営する施設が多い。

同一・関連法人での運営サービスと在宅復帰支援機能 (n=2050)



10. 介護保険施設等

(3) 介護療養型医療施設

論点1

介護療養型医療施設が担っている機能を重点的に評価してはどうか。

対応案

以下の要件を満たす介護療養型医療施設を、医療ニーズや看取りへの対応が充実した施設として重点的に評価する。

【要件】

- (1) 入院患者のうち、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が一定割合以上であること。
- (2) 入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること。
- (3) 入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること。
- (4) 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。
- (5) 地域に貢献する活動を行っていること。

(案)

【改定のイメージ】

(現行)

介護療養型医療施設

療養機能強化型
介護療養型医療施設(仮称)

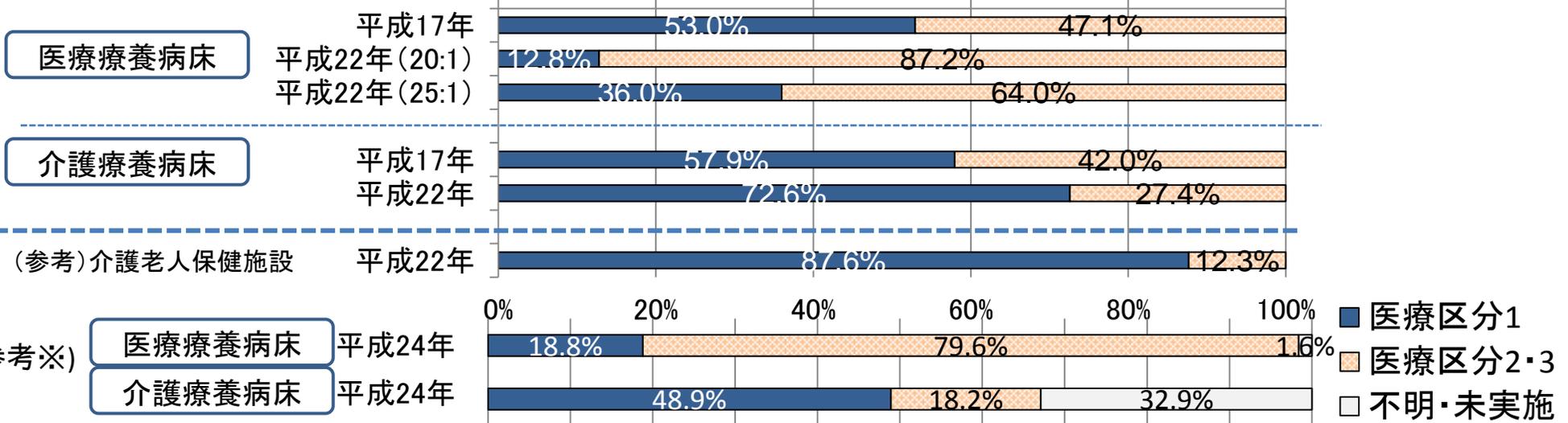
※要件1～5をすべて満たす施設

その他の
介護療養型医療施設

※上記以外の施設

○ 介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進んでいる。

介護療養病床と医療療養病床における医療区分の分布(年次推移)



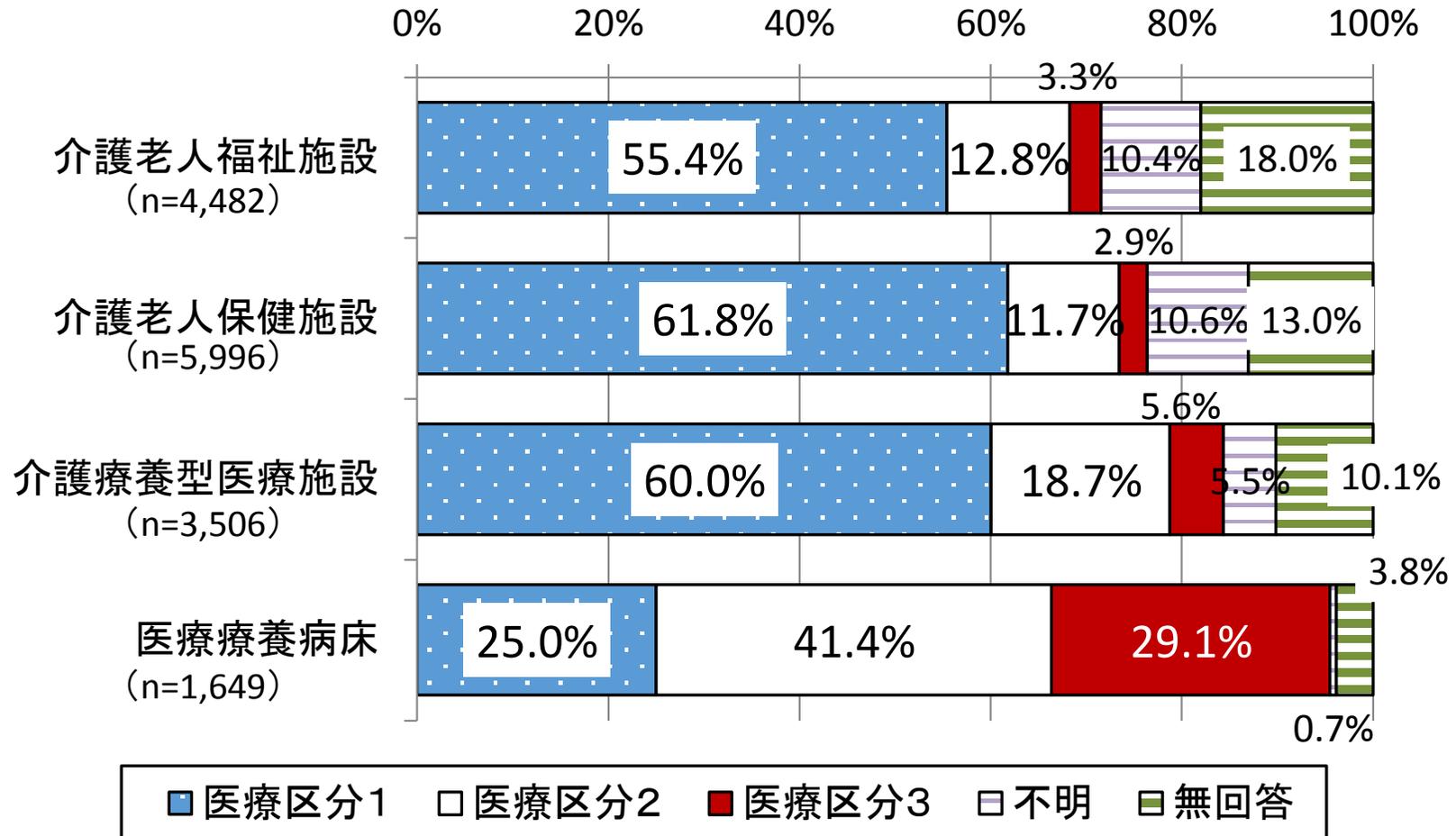
【出典】平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(医療経済研究機構)
※平成24年度老人保健健康増進等事業「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般財団法人日本慢性期医療協会)

○ 介護療養型医療施設では、介護老人保健施設より高い頻度で一定の処置を実施。

	事業所内で実施している主な処置			
	平成24年10~11月の調査基準日より遡って3ヶ月間に施行したもの(%)			
	医療療養病床 (利用者n=20,763)	介護療養病床 (利用者n=11,361)	介護療養型老健 (利用者n=4,377)	従来型老健 (利用者n=8,029)
喀痰吸引の実施	35.0	26.4	19.9	5.8
経管栄養の実施	35.0	37.0	29.1	7.7
膀胱留置カテーテル・導尿等 排尿時の処置の実施	15.4	10.4	6.3	3.4
24時間持続点滴の実施	15.4	10.8	2.8	2.0

【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

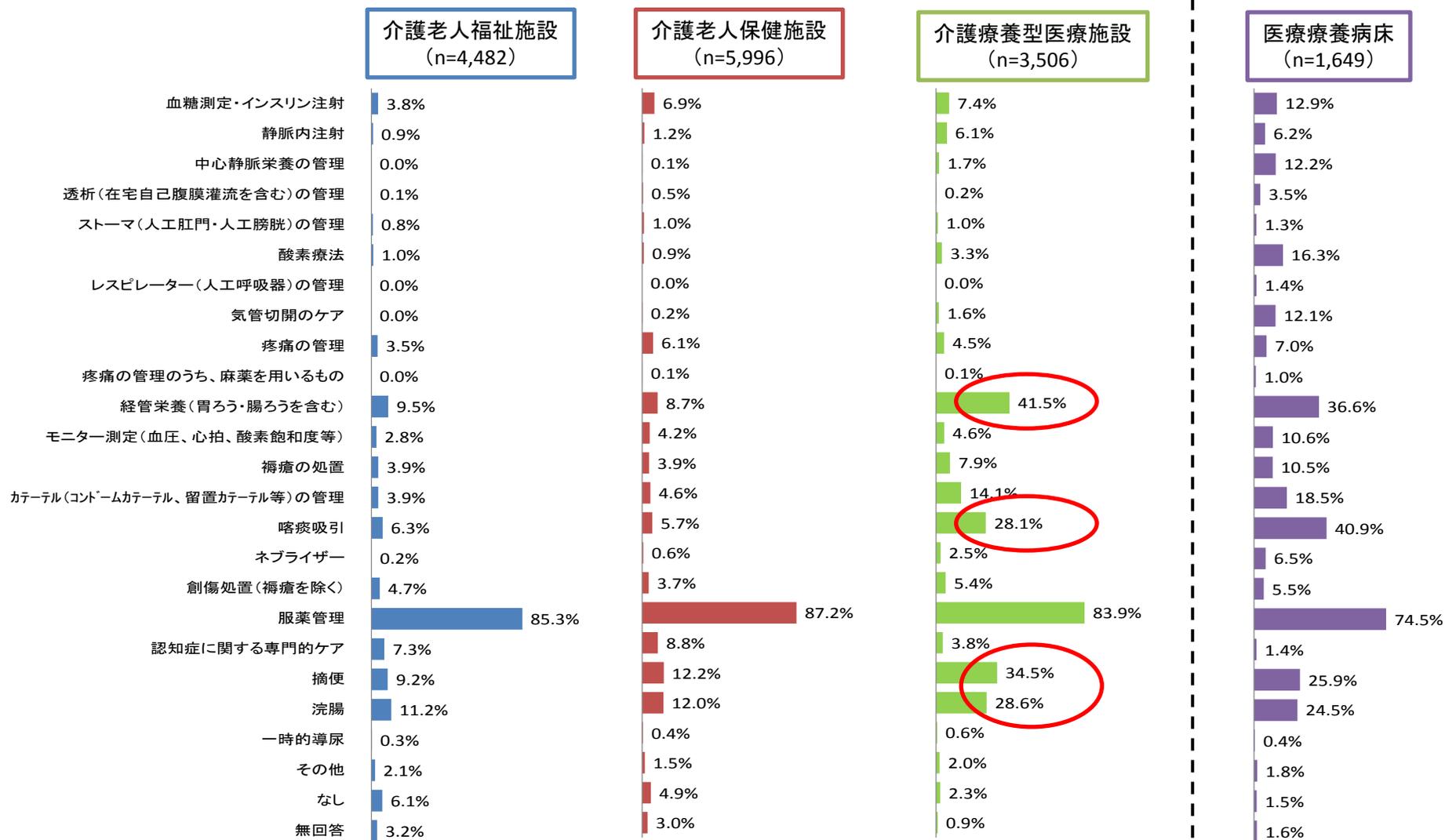
- 介護療養型医療施設の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者は約25%であり、他の介護保険施設入所者と比べて多い。
- 医療療養病床の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者は約70%であり、介護療養型医療施設との差が大きい。



※9月10日時点の回収データに基づく

平成26年度横断調査（速報値） 処置の実施

○ 介護療養型医療施設の入院患者は、他の介護保険施設入所者と比べて「経管栄養」「喀痰吸引」「浣腸」「摘便」等の処置を受けている割合が高い。



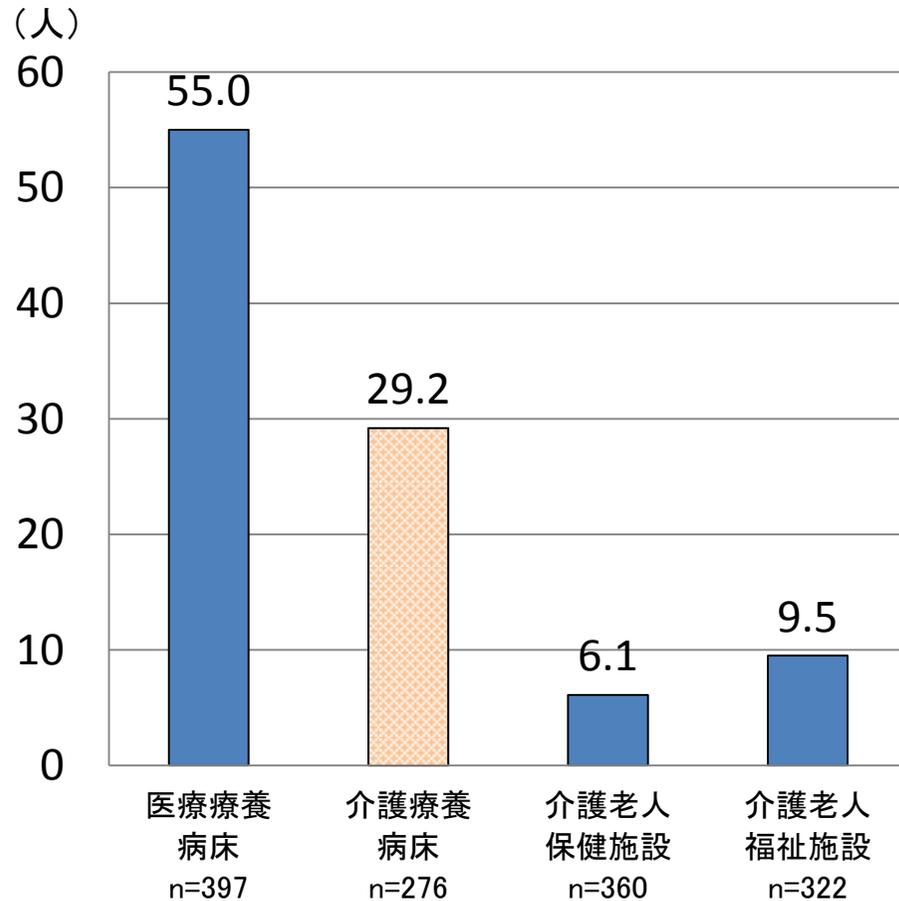
※9月10日時点の回収データに基づく 219

○ 介護療養型医療施設では他の介護保険施設と比較して看取り・ターミナルケアの実施が多い。

100床あたり年間看取り実施人数

(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数/100床/年)

※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの

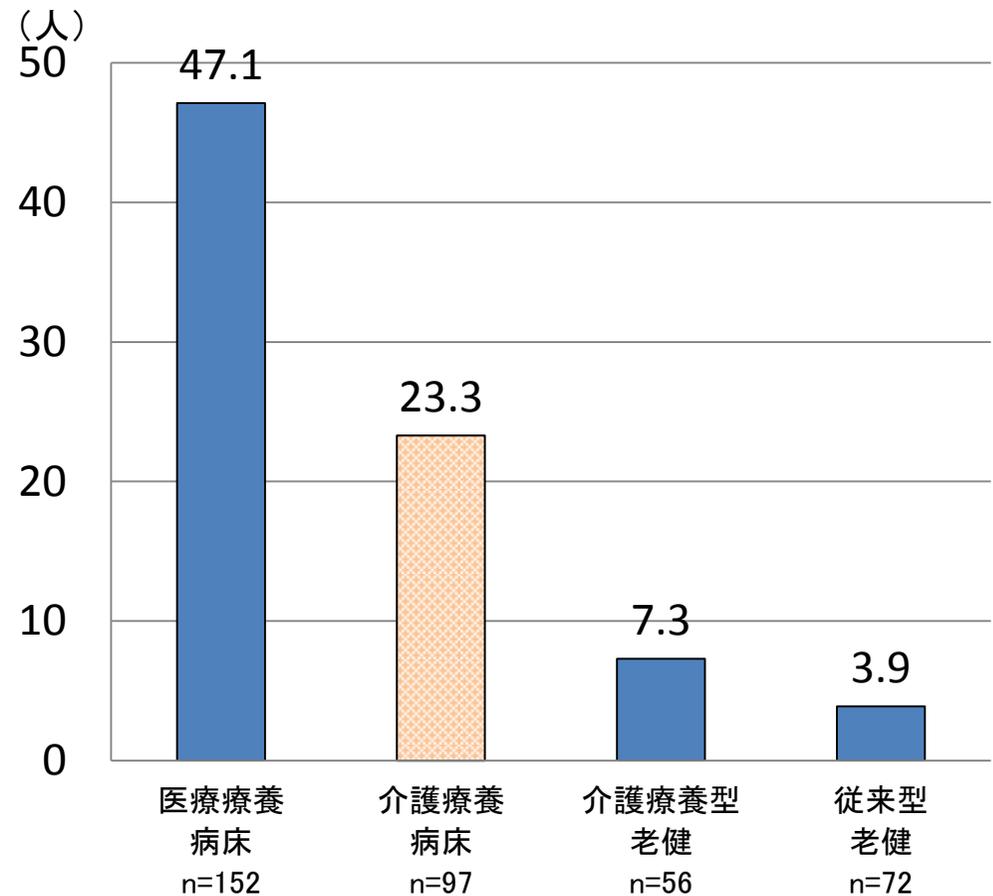


【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」
(みずほ情報総研株式会社)

100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)

※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの

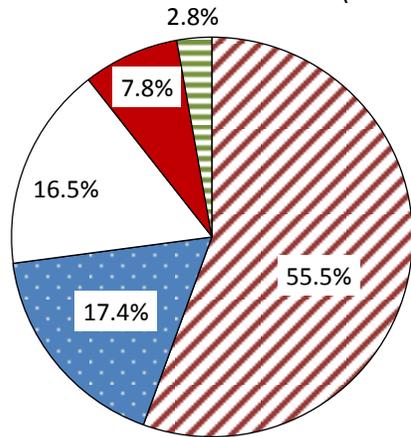


【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

- 看取りの実施方針について、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設では、半数以上の施設で「看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている」と回答。
- 介護療養型医療施設、医療療養病床では「看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない」という回答が50%～60%を占めていた。

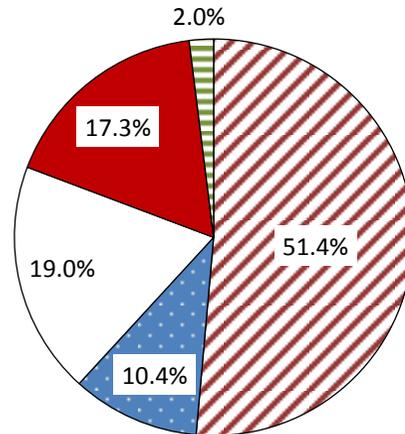
①介護老人福祉施設

(n=605)



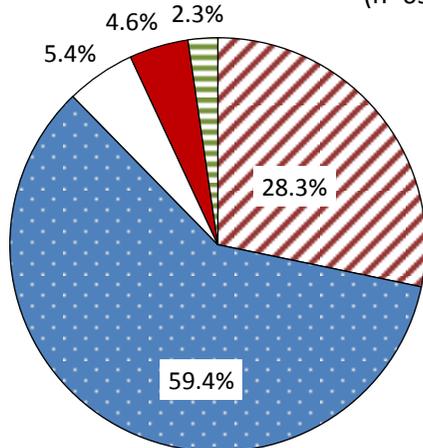
②介護老人保健施設

(n=712)



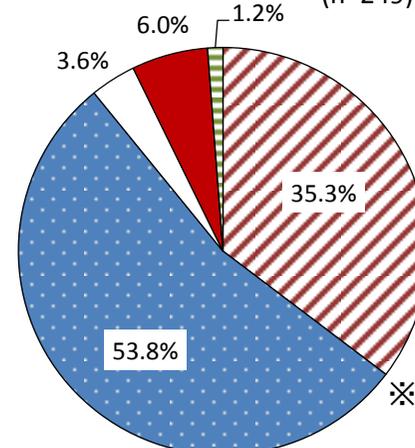
③介護療養型医療施設

(n=651)



④医療療養病床

(n=249)

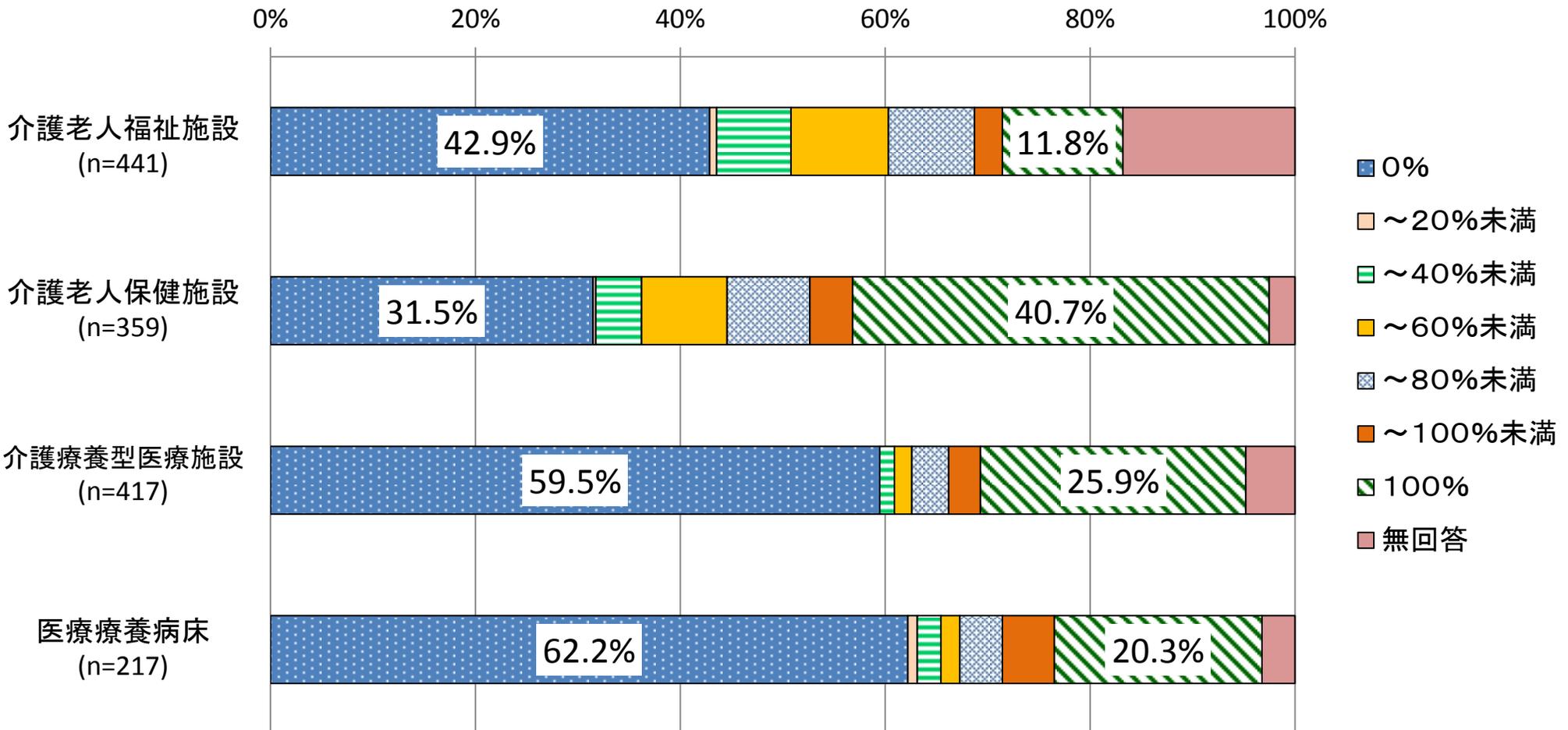


- 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている
- 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない
- 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい
- 看取りは行っておらず、今後対応する予定はない(考えていない)
- 無回答

※9月10日時点の回収データに基づく

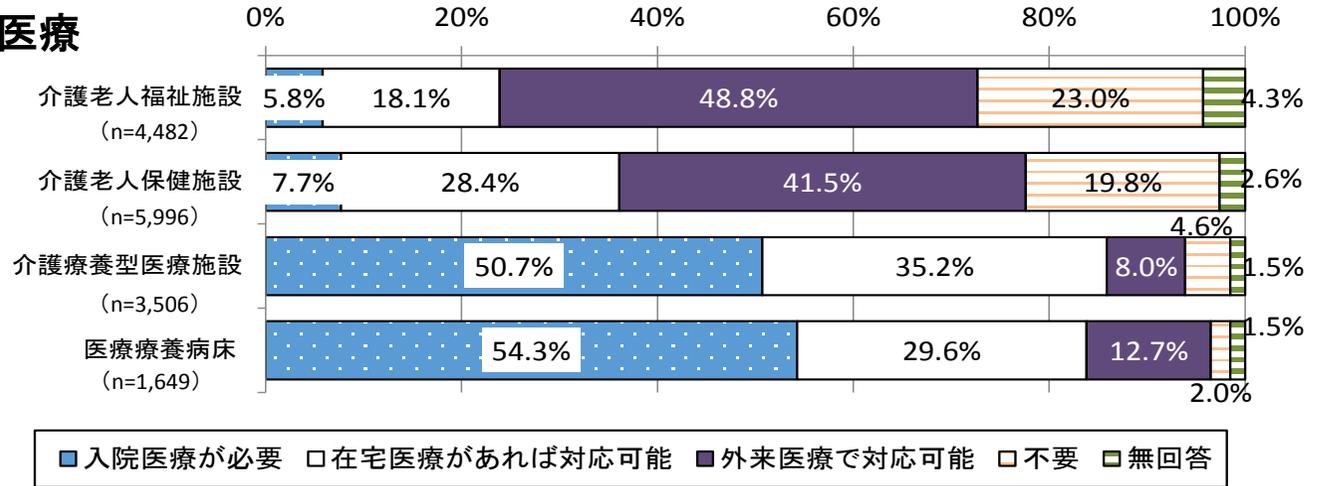
○ 調査対象期間に死亡退所・退院者（死亡退所者等）がなかった施設を除き、各施設における死亡退所者等のうち、個別の看取り計画を立てていた者の割合を見ると、介護療養型医療施設においては、0%であった施設が約60%ある一方、100%であった施設は約26%であった。

各施設における、死亡退所者のうち個別に看取り計画を立てた者の割合（平成26年4月～6月）

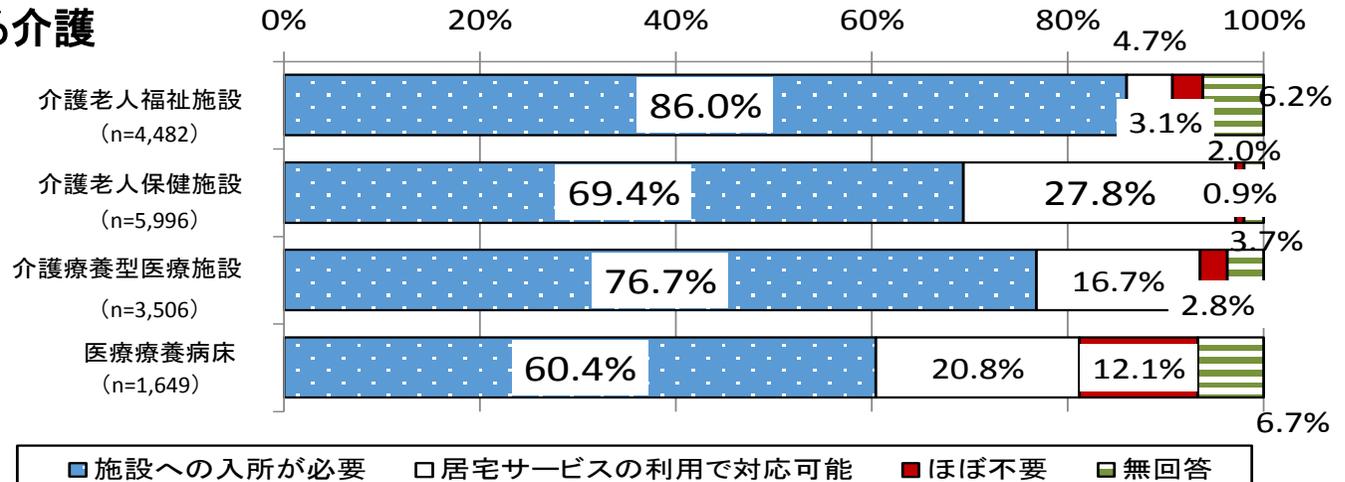


- 介護療養型医療施設と医療療養病床では「入院医療が必要」な者が50%を超えていた。
- 介護療養型医療施設の入院患者は施設での介護を必要とする者が多く(約77%)、医療療養病床(約60%)と差が見られた。

利用者に必要と考えられる医療 (看護職員の判断)



利用者に必要と考えられる介護 (看護職員の判断)

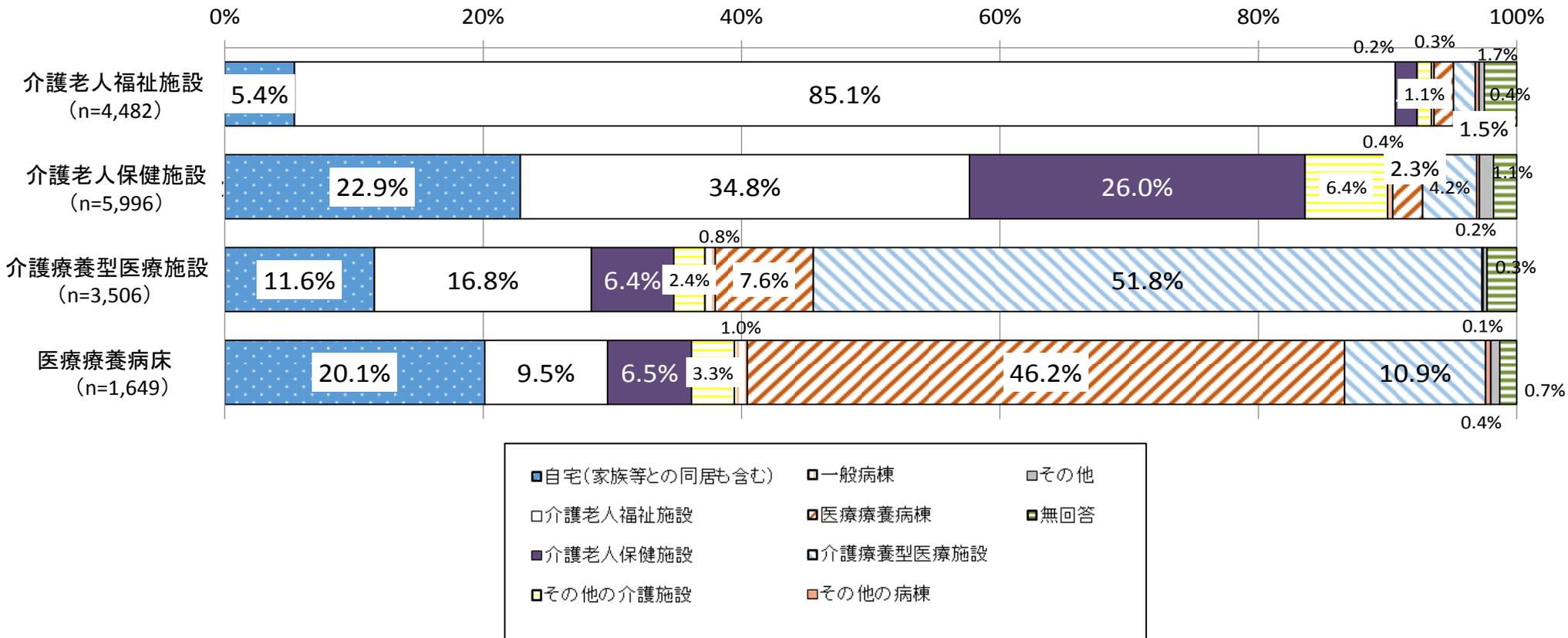


※9月10日時点の回収データに基づく

平成26年度横断調査（速報値） 入所者・入院患者に最も適切な療養の場

○ 最も適切と考えられる療養の場について、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、医療療養病床ともに自施設類型が適切との割合が多かったが、介護老人保健施設においては、「介護老人福祉施設」が約35%を占め、「自宅」（約23%）や「介護老人保健施設」（約26%）が適切と考えられる者の割合よりも高かった。

最も適切と考えられる療養の場（看護職員の判断）

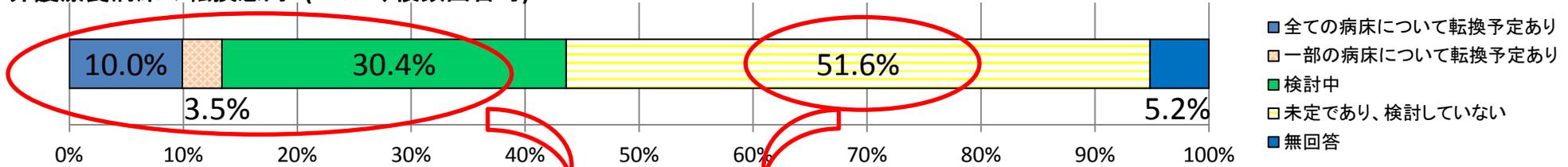


※9月10日時点の回収データに基づく

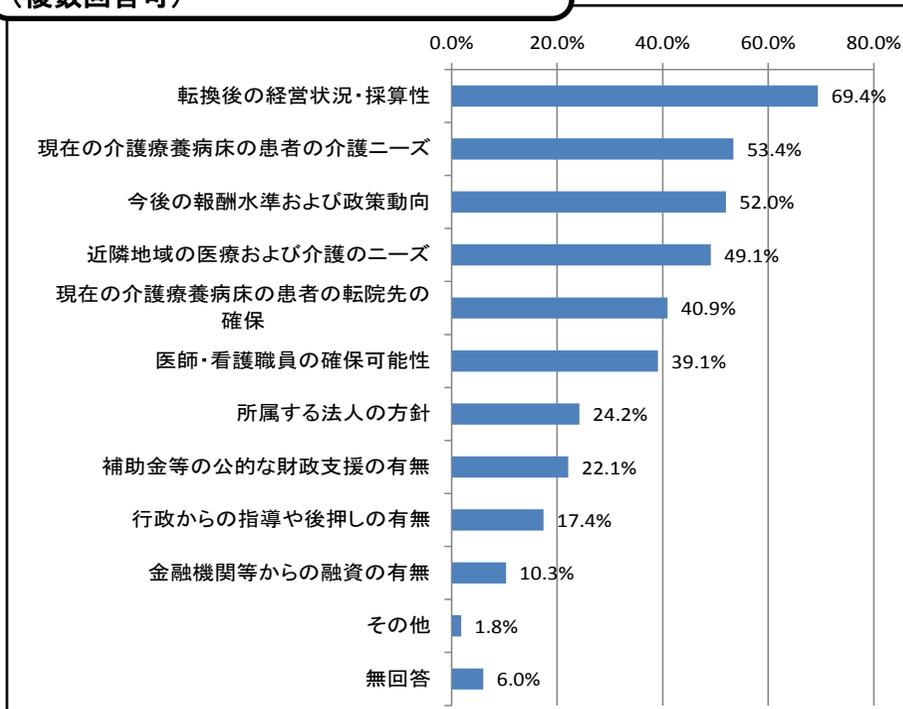
- 有している全ての介護療養病床について転換を予定している医療機関が10.0%を占めていた。
- 転換の意思決定において重要な要素は、「転換後の経営状況・採算性」「現在の介護療養病床の患者の介護ニーズ」「今後の報酬水準および政策動向」等の割合が高く、50%を超えていた。

介護療養病床の転換意向 (n=651、複数回答可)

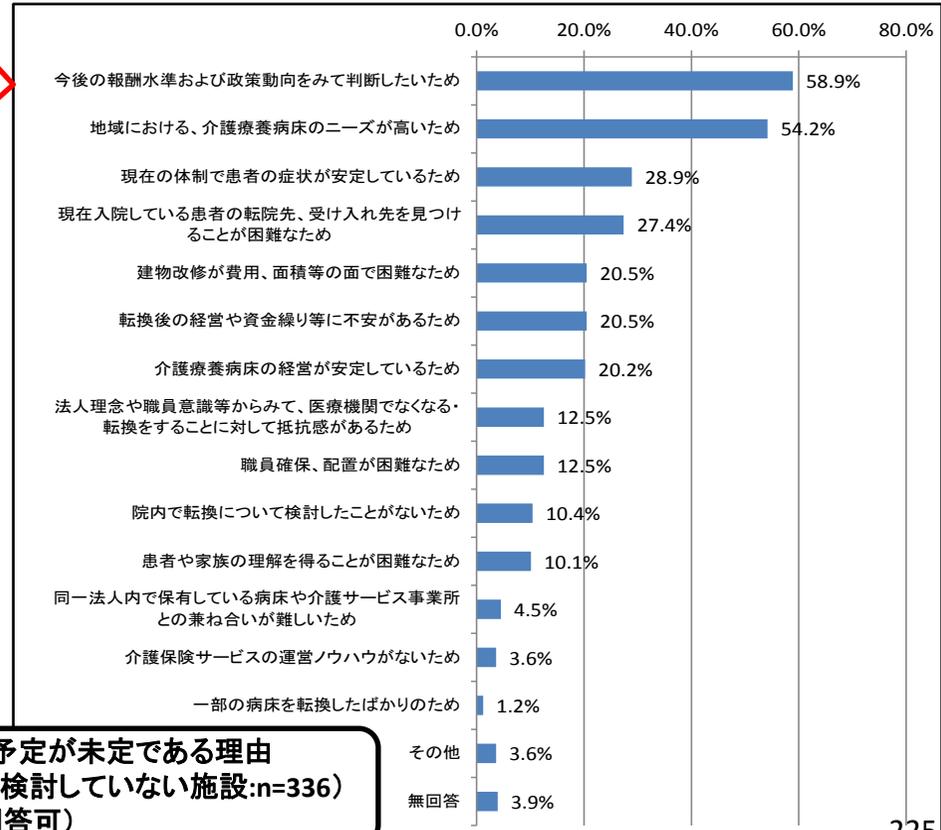
※9月10日時点の回収データに基づく



転換の意思決定において重要な要素
(転換を予定又は検討している施設:n=281)
(複数回答可)



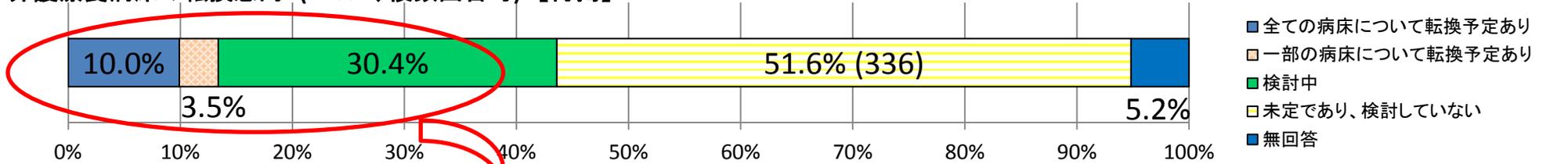
転換の予定が未定である理由
(転換を検討していない施設:n=336)
(複数回答可)



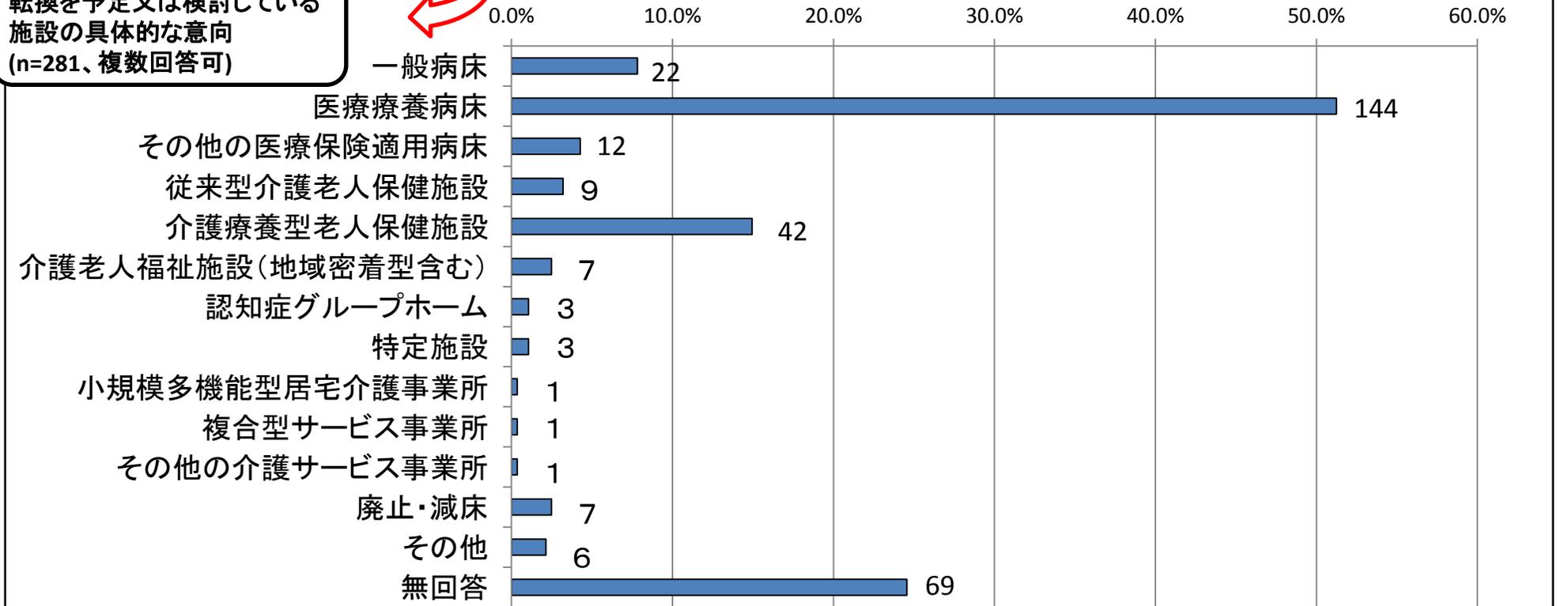
○ 介護療養病床の転換について、「すべての病床について予定あり」「一部の病床について予定あり」又は「検討中」と回答した施設について見ると、検討している転換先としては医療療養病床が最も多く(約51%)、次いで介護療養型老人保健施設(約15%)、一般病床(約8%)であった。

介護療養病床の転換意向 (n=651、複数回答可) 【再掲】

※9月10日時点の回収データに基づく



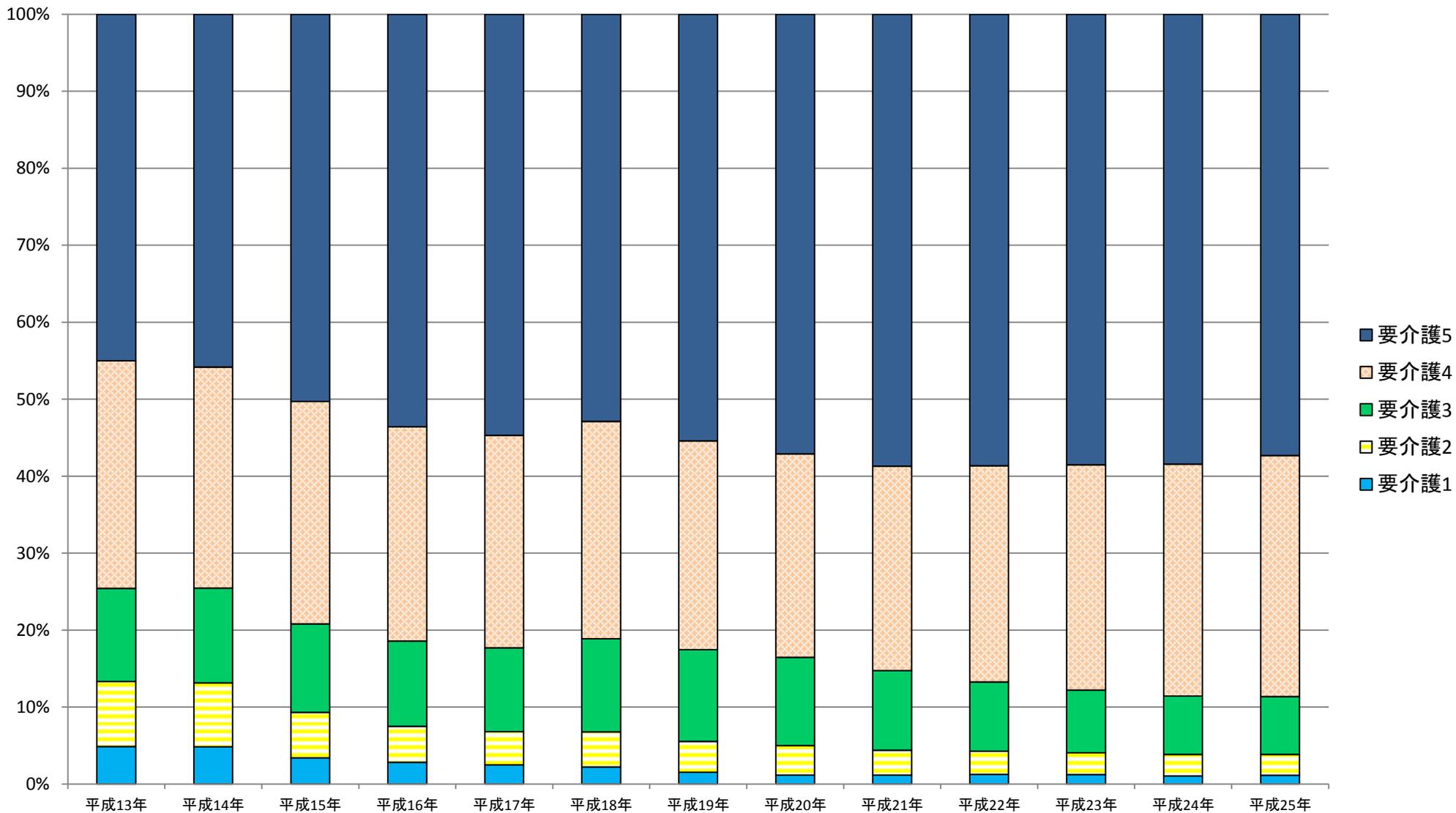
転換を予定又は検討している施設の具体的な意向 (n=281、複数回答可)



(参考) 介護療養型医療施設における要介護度別入所者割合の推移

第105回(平成26年8月7日)
介護給付費分科会資料より抜粋

○ 要介護4・5の入所者の割合は増加傾向にある。



【出典】厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査」(各年10月分)

10. 介護保険施設等

(4) 介護保険施設等における基準費用額の見直し

論点7 直近の家計調査結果における光熱水費を踏まえると、多床室における基準費用額(居住費負担)の見直しを行ってはどうか。(介護療養病床、老健等についても同様)

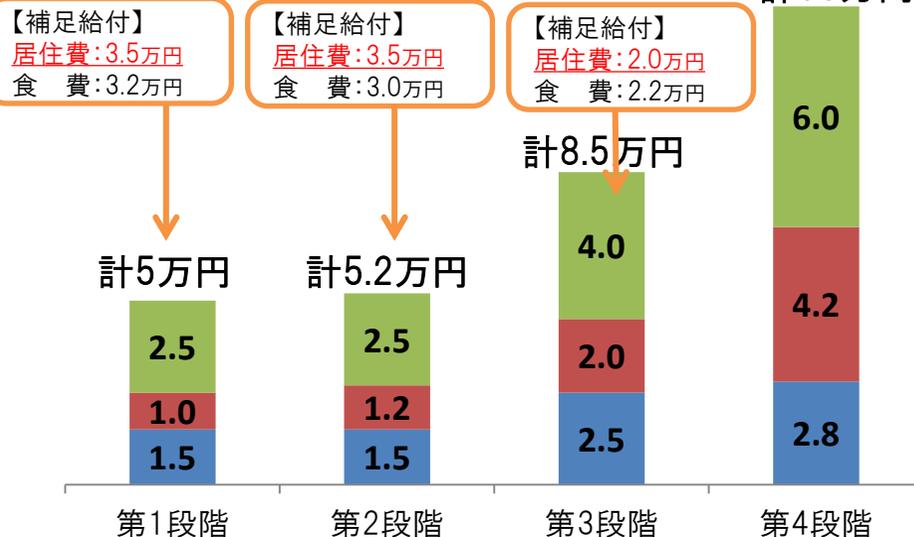
対応案

- 多床室における居住費については、家計調査における光熱水費の額を参考に設定しているが、直近(平成25年)調査の結果が基準費用額(1万円)を上回っているため、多床室における居住費負担についての見直しを行ってはどうか。

(参考)光熱水費家計調査結果:平成15年(設定時)は光熱水費:9,490円 → 平成25年(直近)は:11,215円

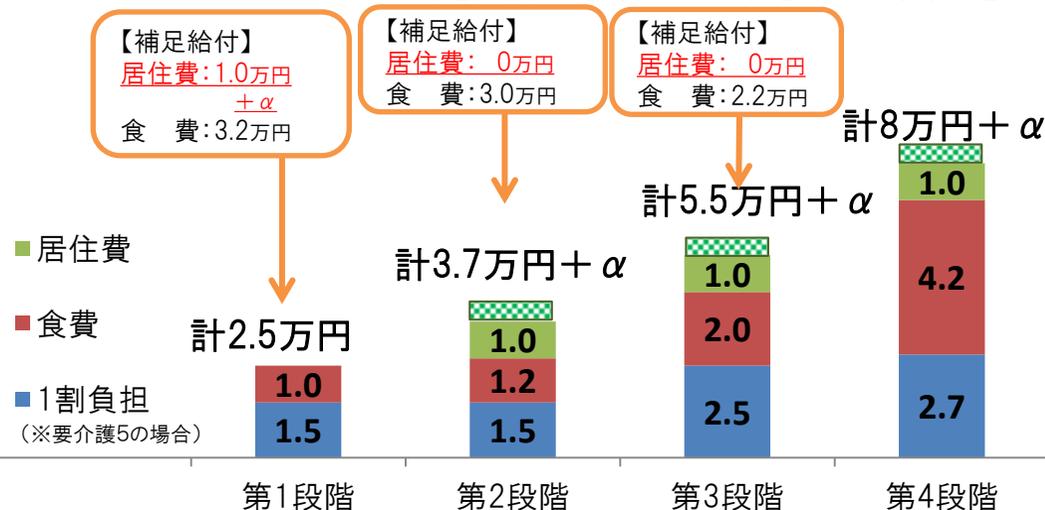
※ ユニット型個室の居住費(光熱水費+室料)は、介護事業経営概況調査(平成16年10月)67,794円を参考に6万円に設定しているが、介護事業経営実態調査結果(平成26年4月)では64,642円となっているため、見直しを行わない。

(参考)＜ユニット型個室の利用者負担＞



＜見直し後の多床室の利用者負担＞

※数値についてはいずれも現在の金額を記載。α:家計調査の実績を踏まえて見直しを行う額。



※多床室の光熱水費(居住費)分については、現在でも第2段階又は第3段階の方は自己負担となっている。

○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額:平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額:平均5.5万円

[出典]「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

・第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

・第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

・第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超) 229

10. 介護保険施設等

(5) 介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理

論点1 経口維持加算等の見直し

経口維持加算については、咀嚼能力等の口腔機能及び栄養状態を適切に把握した上で、口から食べる楽しみを支援するための多職種による取組プロセスを評価してはどうか。

対応案

- 摂食・嚥下障害を有する人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のための適正なサービスの供給及びその内容を充実させる観点から、現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による取組のプロセスを評価する。
- 経口維持のための取組について、現行の経口維持加算で評価している栄養管理に加え、食事観察(ミールラウンド)やカンファレンス等において、咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持管理を評価する。併せて、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進し、現行の口腔機能維持加算及び口腔機能維持管理体制加算の算定要件を適切に反映するため、これらの加算名を修正する。(口腔衛生管理加算、口腔衛生管理体制加算(仮称))

(参考) 経口維持加算の算定要件

【経口維持加算（経口維持加算（Ⅰ）：28単位／1日、経口維持加算（Ⅱ）：5単位／1日）】

摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに入所者の摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成、計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理を行った場合には、区分に応じ、計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につきそれぞれ所定単位数を加算する。

イ 経口維持加算（Ⅰ）

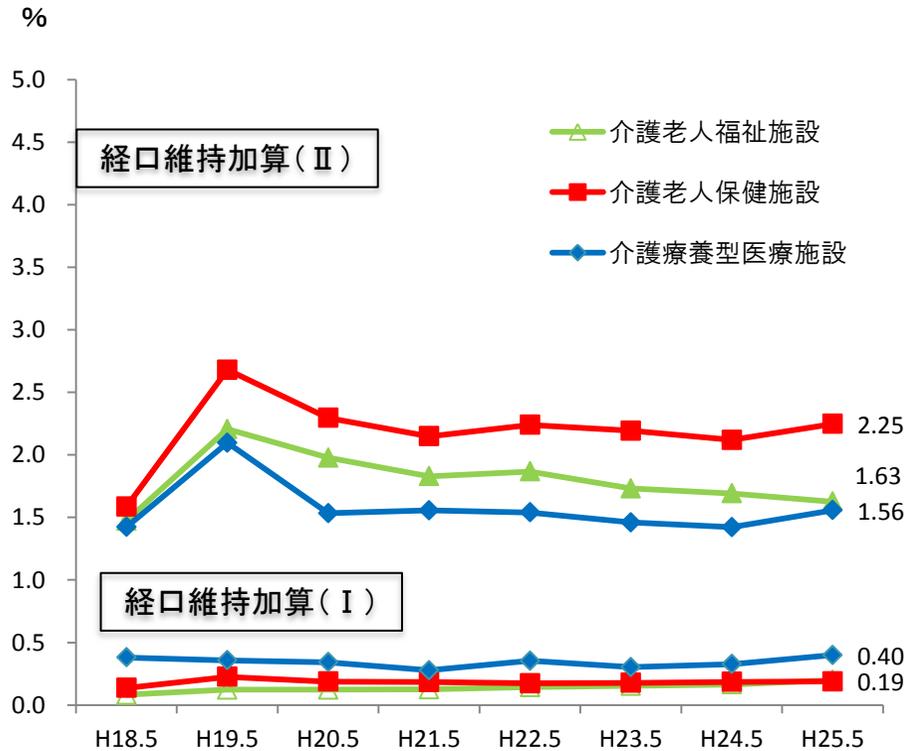
経口により食事を摂取する者であって、著しい摂食機能障害を有し造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる者

ロ 経口維持加算（Ⅱ）

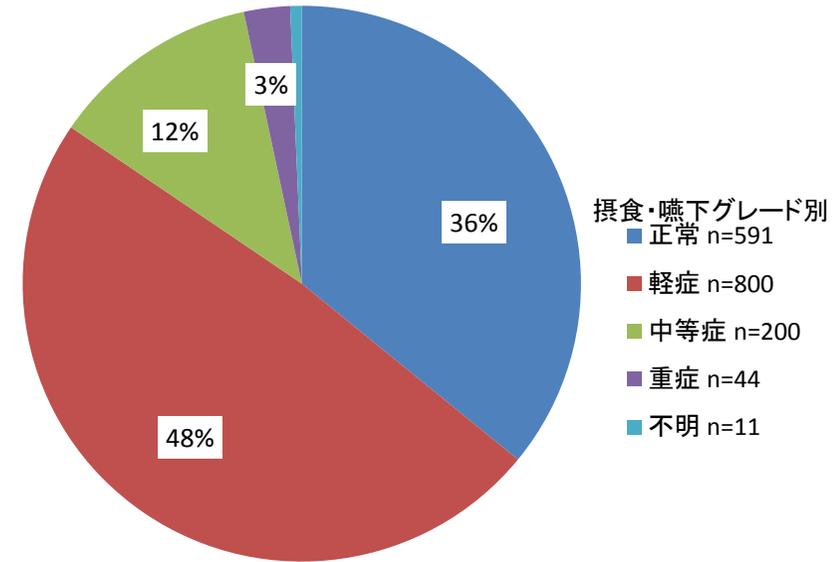
経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト、頸部聴診法等により誤嚥が認められる者

(参考) 経口維持加算の算定状況

〔経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定割合の推移〕



〔介護保険施設(老健、特養)入所者の摂食・嚥下能力の状況〕



		＜摂食・嚥下能力のグレード評価＞	
重症	経口不可	Gr.1	嚥下困難または不能
		Gr.2	基礎的嚥下訓練のみ可能
		Gr.3	厳密な条件下の摂食訓練が可能
中等症	経口と補助栄養	Gr.4	楽しみとしての摂食が可能
		Gr.5	一部(1~2食)経口摂取
		Gr.6	3食経口摂取プラス補助栄養
軽症	経口のみ	Gr.7	嚥下調整食で、3食とも経口摂取
		Gr.8	特別嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
		Gr.9	普通食の経口摂取可能。ただし、臨床的観察(ムセ)と指導(姿勢など)が必要
正常		Gr.10	正常の摂食・嚥下能力

※算出方法: 経口維持加算の算定件数 / 基本サービス費の算定件数 × 100

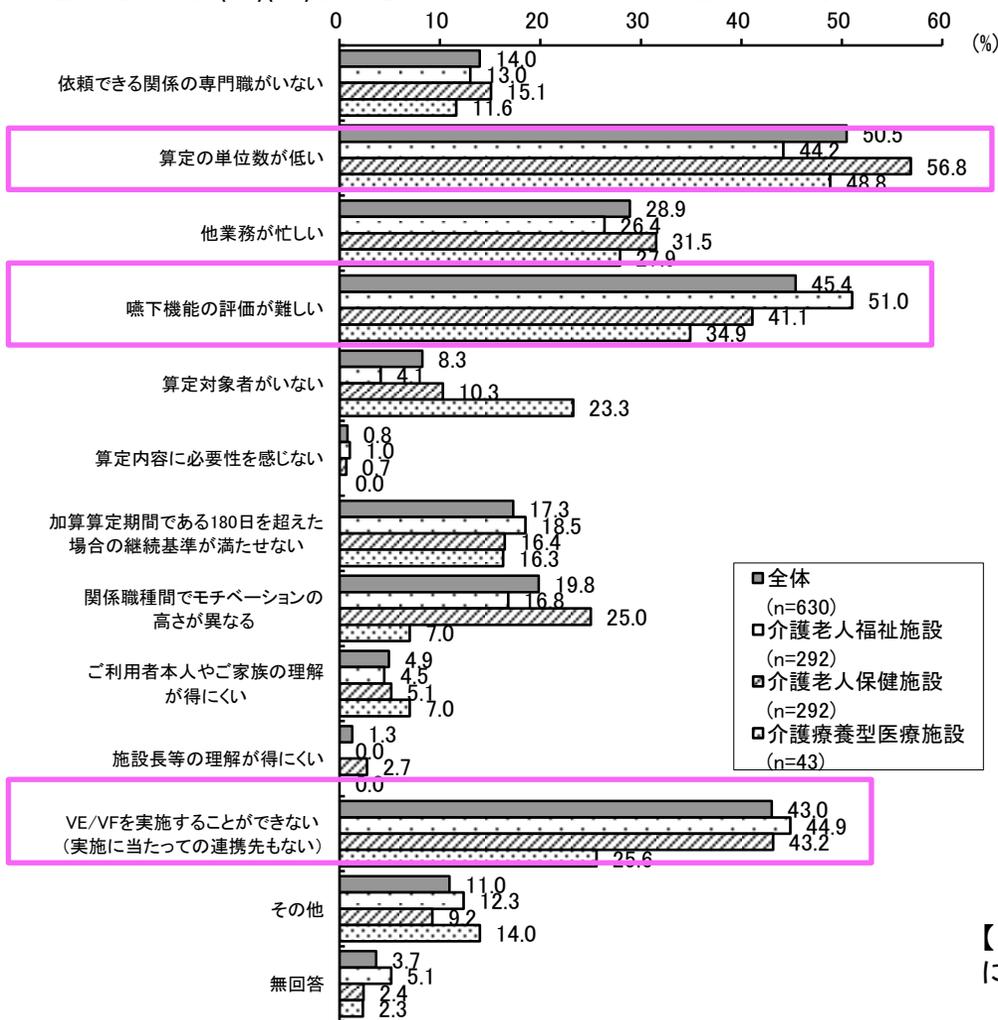
【出典】厚生労働省 介護給付費実態調査

【出典】平成25年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食」支援のための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究」(日本健康・栄養システム学会)

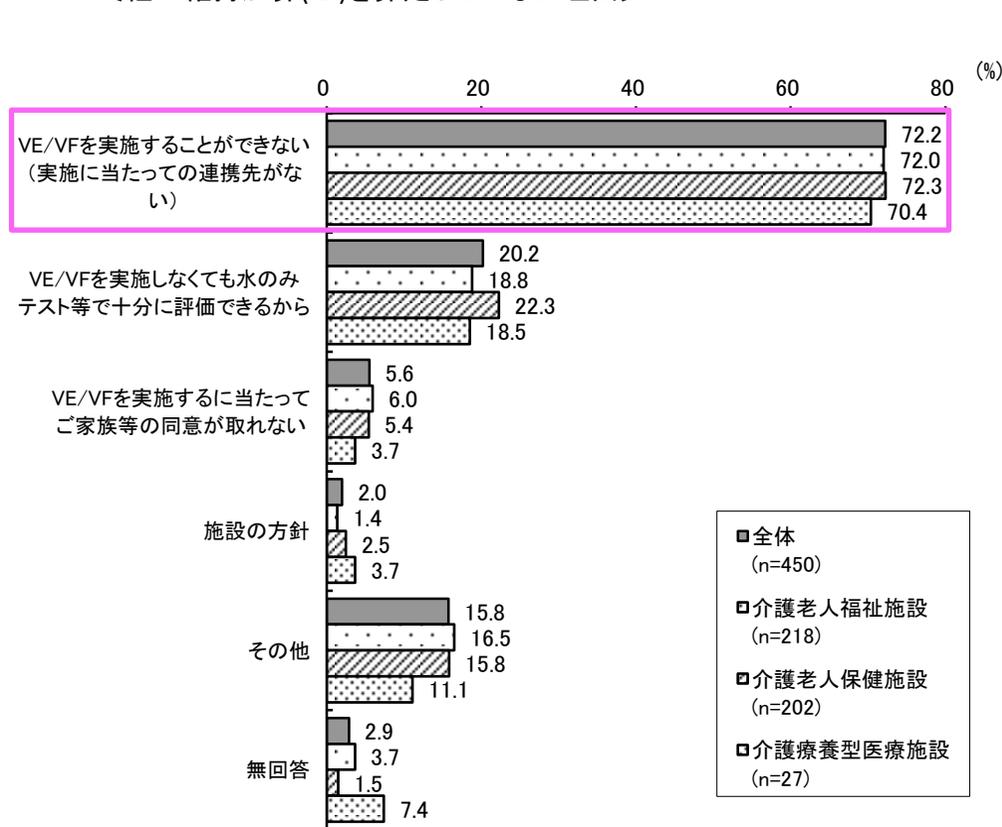
(参考) 経口維持加算の算定に関する難易点、経口維持加算Ⅰを算定していない理由 (経口維持加算Ⅱのみ算定している理由)

- 経口維持加算の算定にあたり、嚥下機能評価の実施が困難であるという施設側の意見が多い。
- 経口維持加算Ⅱのみ算定している施設の約7割は、算定要件であるVE/VF検査を施設が行うことが出来ない(実施にあたっての連携先がない)ために、経口維持加算Ⅰを算定していない。

〔経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していく上で、施設が困難だと感じる点〕



〔経口維持加算(Ⅰ)を算定していない理由〕

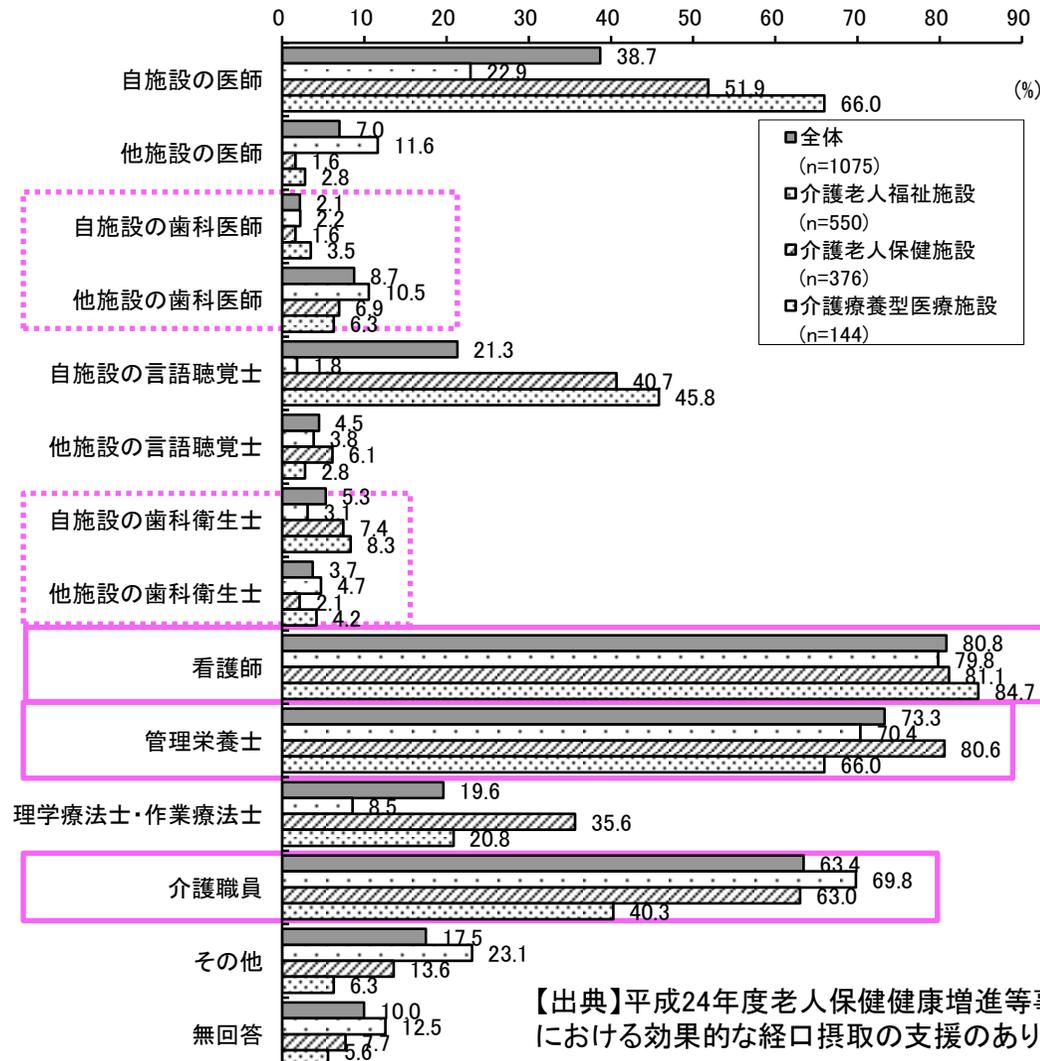


【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「施設入所に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業(みずほ総研)」

(参考) 介護保険施設における経口摂取維持の取組の検討に関する職種

- 経口摂取の維持の取組を検討している主な職種は、看護師、管理栄養士、介護職員である。
- 咀嚼能力等の口腔機能の視点から専門的に検討を行う歯科医師、歯科衛生士はほとんど関わっていない。

〔経口摂取の維持の取組(取組内容の検討)に関する職種(複数回答)〕



【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業「施設入所に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業(みずほ総研)」 235

(参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

○ 利用者の食事の際に、多職種で食事場をを観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。

経口維持支援の流れの一例



多職種ミールラウンド、食事観察

- ・食事の環境(机や椅子の高さ等)
- ・食べる姿勢、ペース、一口量
- ・食物の認知機能
- ・食具の種類・使い方、介助法等
- ・食事摂取の状況
- ・食の嗜好



口腔機能評価、頸部聴診等

- ・咀嚼能力
- ・嚥下機能
- ・歯・義歯の状況
- ・口腔保持力
- ・食塊の形成・移動能力
- ・唾液分泌能



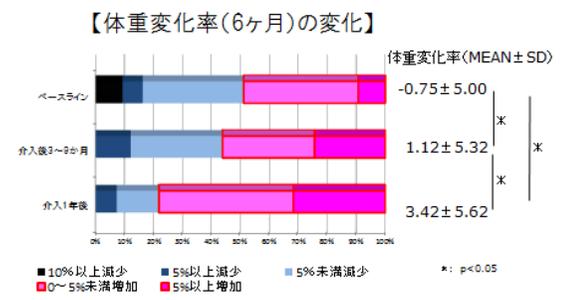
経口維持支援のための多職種カンファレンス

食べる様子を動画で確認しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画を検討

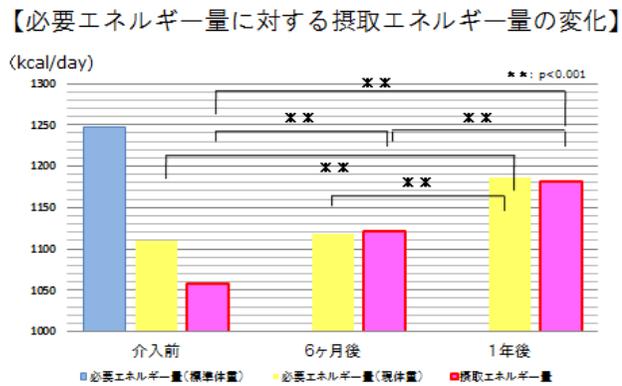
経口維持支援の効果

- ◆対象:介護老人福祉施設入所者50名
- ◆介入:ミールラウンド(摂食時の口腔機能や姿勢等の観察評価、頸部聴診にて摂食機能評価)及び摂食カンファレンス(口腔機能や摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報をもとに、各フロア担当者及び看護職員等と検討)を月一回、一年間実施
- ◆結果:肺炎発症者数及び入退院日数の減少、平均摂取エネルギー量の適正化(増加)、体重の増加

6ヶ月前と比較して体重が増えた人の割合が増加



入所者平均摂取エネルギー量が増加



【参考】平成26年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業中間報告(渡邊裕、菊谷武、平野浩彦)」

【出典】平成19年度厚生労働科学研究補助金「口腔ケア・マネジメントの確立(分担研究者 菊谷武)」

論点2 経口移行加算の見直し

経管栄養により食事を摂取している入所者の経口移行を目的とした現行の栄養管理に加えて、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下の機能面への対応の取組を評価してはどうか。

対応案

- 胃ろう造設後に経口移行するための取組について、現行の栄養管理のみならず、併せて、咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能や食事介助方法の機能的な検討を行う必要性に鑑み、取組内容を見直す。
- サービス内容を的確に反映するため、加算サービス名称を修正する。(経口移行訓練加算(仮称))

(参考) 経口移行加算の算定要件

【経口移行加算（28単位／1日）】

現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行った場合、計画が作成された日から起算して180日以内に限り、1日につき28単位を加算。

(参考) 胃ろう造設後に行う摂食・嚥下訓練内容

○ 胃ろう造設後の利用者に対する摂食・嚥下訓練として、取組頻度の高い順に、口腔清掃、口腔機能訓練、食事介助の工夫、咀嚼能力に応じた食形態の検討を行っている施設が多い。

〔胃ろう造設後に行う摂食・嚥下訓練内容＜胃ろう造設者に対して＞（複数回答）〕

		計※	口腔清掃	食事介助の工夫 （食べる姿勢や 時間等）	食習慣や好物など を考慮したメニューの表示	咀嚼能力に合わせた 嚥下調整食	マロツや喉の運動、 間接訓練	咀嚼べりたすり飲む 飲み直み	養管 な士 栄に 養よ 管る 理特 別栄	無回答
度数		989	797	612	454	578	614	424	371	163
	特養※	375	295	205	151	194	187	122	162	72
	老健※	207	164	126	92	125	131	110	117	37
	介護療養病床	95	81	74	55	72	68	65	57	11
%	全体	100.0	80.6	61.9	45.9	58.4	62.1	42.9	37.5	16.5
	特養	100.0	78.7	54.7	40.3	51.7	49.9	32.5	43.2	19.2
	老健	100.0	79.2	60.9	44.4	60.4	63.3	53.1	56.5	17.9
	介護療養病床	100.0	85.3	77.9	57.9	75.8	71.6	68.4	60.0	11.6

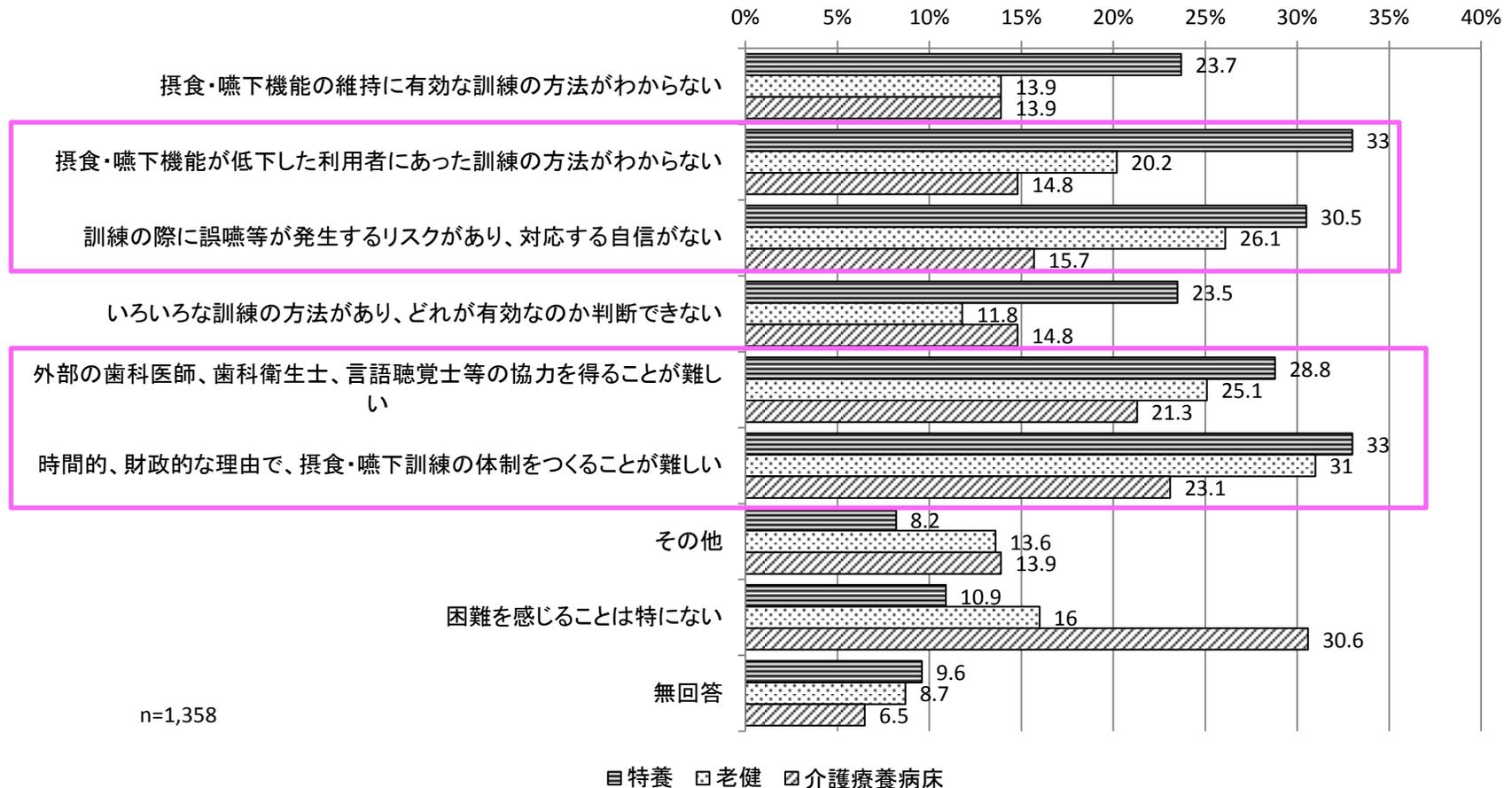
※胃ろう利用者の新規入所を受け入れていない施設を除いて集計

但し、経口移行加算の算定の有無にかかわらず回答。

(参考) 胃ろう造設後、摂食・嚥下訓練の実施に関して困難を感じる点

○ 胃ろう造設利用者に対する摂食・嚥下訓練の実施にあたり困難を感じていることとして、時間的・財政的理由で訓練体制の構築が困難、手法がわからない、誤嚥リスクが不安、外部の歯科や言語聴覚士等の協力を得られないことが挙げられている。

〔胃ろう造設後、摂食・嚥下訓練の実施に関して施設が困難を感じる点(複数回答)〕



論点3 療養食加算の見直し

経口移行・経口維持の取組も併せて行えるよう見直してはどうか。

対応案

- 現行の算定要件では療養食加算と経口移行加算・経口維持加算の併算はできないが、療養食を提供している者の約6割は、摂食嚥下機能が低下している実態に鑑み、経口移行・経口維持加算との併算を可能とし、評価の見直しを行う。

(参考) 療養食加算の算定要件

【療養食加算：23単位／1日】

主治の医師より発行された「食事せん」に基づき、別に厚生労働大臣が定める療養食（※）を提供したときは、1日につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、経口移行加算又は経口維持加算を算定している場合は、算定しない。

※ 対象となる療養食

- ①糖尿病食
- ②腎臓病食
- ③肝臓病食
- ④胃潰瘍食
- ⑤貧血食
- ⑥膵臓病食
- ⑦脂質異常症食
- ⑧痛風食
- ⑨特別な場合の検査食

11. その他

(1) 介護職員の処遇改善

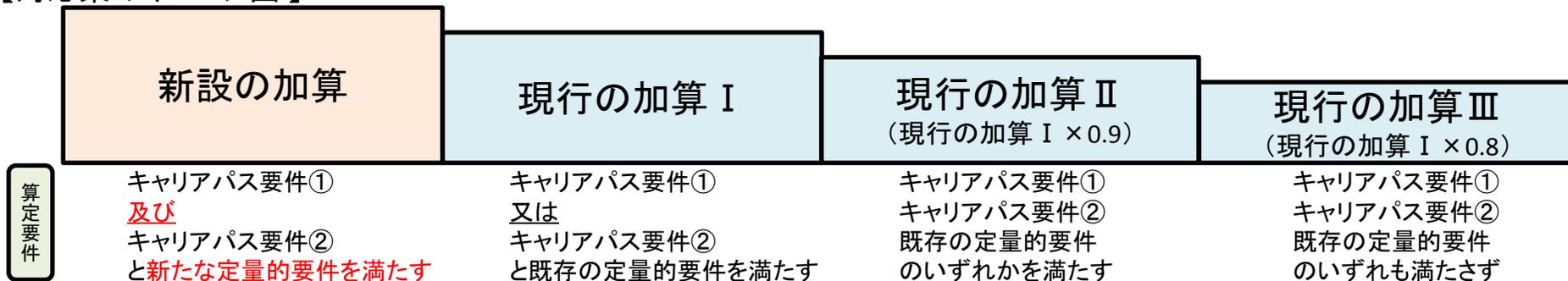
論点1

介護職員処遇改善加算について、処遇改善が後退しないよう現行の加算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行うための区分を新設してはどうか。

対応案

- 現行の介護職員処遇改善加算(以下「処遇改善加算」という。)を維持しつつ、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手厚く評価を行うための区分を新設してはどうか。
- 具体的な要件としては、処遇改善加算では、加算取得のキャリアパス要件として、
 - 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、
又は
 - 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、
のいずれかを満たすことを求めるとともに、『定量的要件』として、賃金改善以外の処遇改善への取組の実施を求めているが、**現行のキャリアパス要件①と②の両方の整備を求めることとしてはどうか。**
- また、新設区分の定量的要件は、**積極的に賃金改善以外の処遇改善への取組を実施していることを確認するため、近年に新たに実施した取組の記載を求めてはどうか。**
※ 現行の定量的要件は、平成20年10月から現在までの取組内容を1つ以上記述することとなっている。

【対応案のイメージ図】



介護職員処遇改善加算について

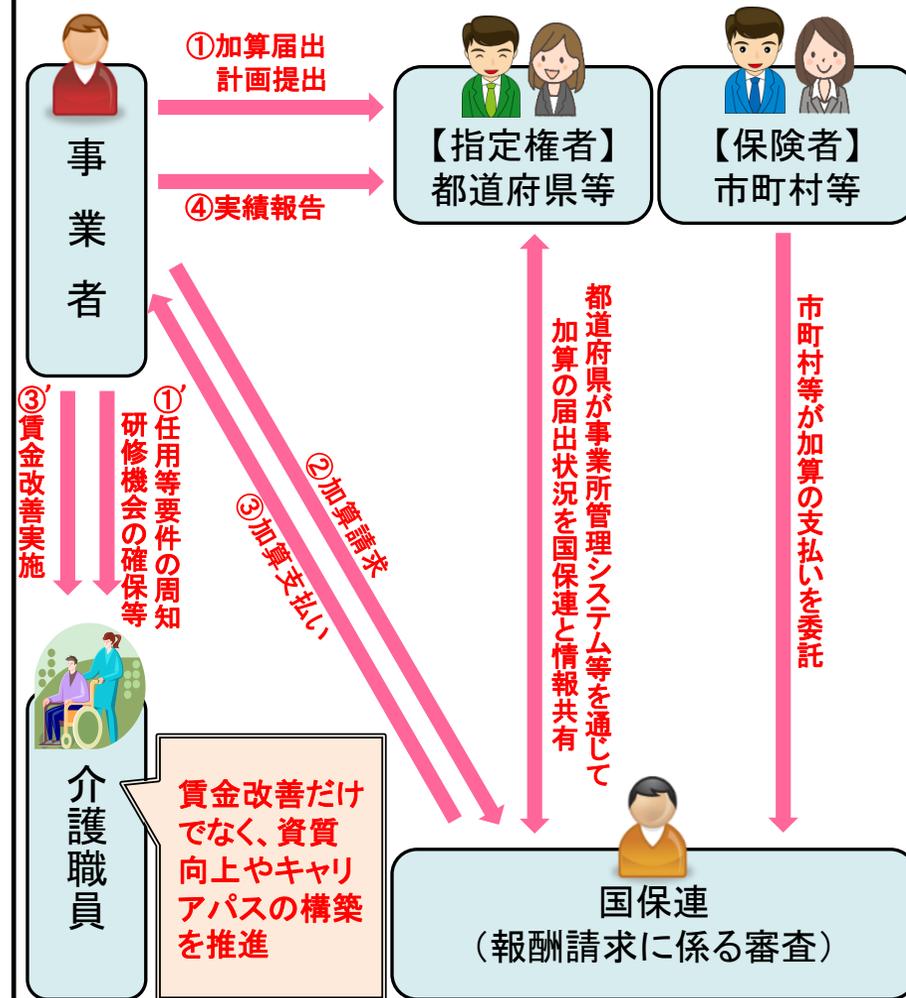
1. 介護職員処遇改善加算の創設について

- 平成21年度補正予算において、介護職員の給料を月額平均1.5万円引き上げる、介護職員処遇改善交付金が創設された。
- この交付金は平成23年度で終了するため、平成24年度介護報酬改定において、交付金と同様の仕組みで、介護職員処遇改善加算を創設した。

2. 加算の算定要件について

- 1 賃金改善等に関する計画を作成し、全ての介護職員に周知するとともに、都道府県知事等に届け出た上で、加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。
- 2 事業年度ごとに、介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事等に報告すること。
- 3 労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。また、労働保険料の納付が適切に行われていること。
- 4 キャリアパス要件として、次の(1)又は(2)に適合すること。
(キャリアパス要件1)次に掲げる要件の全てに適合すること。
ア 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件(賃金に関するものを含む)を定めていること。
イ アに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く。)について定めていること。
ウ ア及びイの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。
(キャリアパス要件2)
介護職員の資質向上のための計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保するとともに、全ての介護職員に周知していること。
- 5 定量的要件として、平成20年10月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善の内容(賃金改善を除く。)及び要した費用を全ての介護職員に周知していること。

※ 加算の支払いイメージ



介護職員処遇改善加算に係る加算率について

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 (①該当)	加算Ⅱ (②該当)	加算Ⅲ (③該当)
・ (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	4. 0%	加算 (Ⅰ) により算出した単位×0. 9	加算 (Ⅰ) により算出した単位×0. 8
・ (介護予防) 訪問入浴介護	1. 8%		
・ (介護予防) 通所介護	1. 9%		
・ (介護予防) 通所リハビリテーション	1. 7%		
・ (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	3. 0%		
・ (介護予防) 認知症対応型通所介護	2. 9%		
・ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 ・ 複合型サービス	4. 2%		
・ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	3. 9%		
・ 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	2. 5%		
・ 介護保健施設サービス ・ (介護予防) 短期入所療養介護 (老健)	1. 5%		

※キャリアパス要件等の適合状況に関する区分は以下の通り、

- ①：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
- ②：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
- ③：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%

○ 平成20年10月から現在までに実施した以下の取組（1つ以上）について、その内容及び要した費用を全ての介護職員に周知することが必要。

<p>処遇全般</p>	<p>賃金体系等の人事制度の整備 非正規職員から正規職員への転換 短時間正規職員制度の導入 昇給又は昇格等の要件の明確化 休暇制度・労働時間等の改善 職員の増員による業務負担の軽減 その他</p>
<p>教育・研修</p>	<p>人材育成環境の整備 資格取得・能力向上のための措置 能力向上が認められた職員への処遇・配置の反映 その他</p>
<p>職場環境</p>	<p>出産・子育て支援の強化 ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成 介護補助器具等の購入・整備等 健康診断・腰痛対策・こころの健康等の健康管理面の強化 職員休憩室・分煙スペース等の整備 労働安全衛生対策の充実 業務省力化対策 その他</p>
<p>その他</p>	

介護職員処遇改善加算に係る算定状況

第107回 介護給付費分科会
(H26.9.3)資料より抜粋

○ 介護職員処遇改善加算の算定状況をみると、「介護職員処遇改善加算（Ⅰ）」の算定率が高くなっており、加算単位数が減算される「介護職員処遇改善加算（Ⅱ）」や「介護職員処遇改善加算（Ⅲ）」の算定率は低い。

	全事業所数	加算（Ⅰ）		加算（Ⅱ）		加算（Ⅲ）		合計	
		算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率
訪問介護	31,205	23,952	76.8%	326	1.0%	392	1.3%	24,670	79.1%
訪問入浴介護	2,249	1,947	86.6%	20	0.9%	16	0.7%	1,983	88.2%
通所介護	38,016	28,918	76.1%	426	1.1%	531	1.4%	29,875	78.6%
通所リハビリテーション	7,163	5,235	73.1%	122	1.7%	132	1.8%	5,489	76.6%
短期入所生活介護	9,052	8,477	93.6%	83	0.9%	98	1.1%	8,658	95.6%
短期入所療養介護	3,780	3,148	83.3%	68	1.8%	65	1.7%	3,281	86.8%
特定施設入居者生活介護	4,194	3,990	95.1%	31	0.7%	22	0.5%	4,043	96.4%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	285	261	91.6%	2	0.7%	1	0.4%	264	92.6%
夜間対応型訪問介護	163	134	82.2%	0	0.0%	1	0.6%	135	82.8%
認知症対応型通所介護	3,767	3,455	91.7%	30	0.8%	37	1.0%	3,522	93.5%
小規模多機能型居宅介護	4,228	3,865	91.4%	63	1.5%	40	0.9%	3,968	93.9%
認知症対応型共同生活介護	12,152	11,220	92.3%	179	1.5%	205	1.7%	11,604	95.5%
地域密着型特定施設入居者生活介護	262	244	93.1%	7	2.7%	4	1.5%	255	97.3%
地域密着型介護老人福祉施設	1,126	1,049	93.2%	13	1.2%	14	1.2%	1,076	95.6%
複合型サービス	89	75	84.3%	2	2.2%	2	2.2%	79	88.8%
介護老人福祉施設	6,758	6,406	94.8%	55	0.8%	69	1.0%	6,530	96.6%
介護老人保健施設	4,003	3,446	86.1%	83	2.1%	72	1.8%	3,601	90.0%
介護療養型医療施設	1,568	812	51.8%	30	1.9%	48	3.1%	890	56.8%
合計	210,174	171,216	81.5%	2,455	1.2%	2,787	1.3%	176,458	84.0%

1. 介護従事者の給与等による処遇改善の取組み

(1) 介護職員処遇改善加算の届出状況

介護職員処遇改善加算については、普及、定着してきているものと考えられる。

- ・87.2%の施設・事業所が届出をしている（前回調査では86.7%）
- ・キャリアパス要件を満たすことが条件となる介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の割合が93.8%と最も高くなっている（前回調査では91.7%）

(2) 給与等引き上げの状況

介護従事者の給与等の状況をみると、給与等を引き上げたと回答した施設・事業所のうち、定期昇給を実施（又は予定）の割合が77.3%と最も高く、これまでの調査結果から見ても一貫して上昇している（H21 調査：42.7%、H22調査：62.7%、前回調査：75.1%）。

(3) 介護職員の給与等

- 介護職員の給与等をみると、月給・常勤の者の平均給与額が7,180円の増、平均基本給額が2,400円の増、時給・非常勤の者の平均基本給額が10円の増と、勤続1年以上の者の給与等は増加している。
- 月給・常勤の介護職員については、
 - ・施設・事業所の法人種別に関わらず平均給与額は増加しているが、法人種別によって給与額に差がある
 - ・施設・事業所の規模に関わらず平均給与額は増加している
 - ・勤続年数に関わらず平均基本給額は増加している
 等の特徴がみられる。
- 時給・非常勤の介護職員については、時給が高くなるにつれて実労働時間数が減少しており、平均給与額は必ずしも高くなっていない。

(4) まとめ

- 施設・事業所における処遇改善の取組みが着実に浸透している。
- また、介護職員処遇改善加算の創設とその後の更なる普及により、安定的かつ継続的な処遇改善につながっているものと考えられる。

2. 給与等の引き上げ以外の処遇改善状況

- 給与等の引き上げ以外の処遇改善の状況をみると、処遇全般では「能力や仕事ぶりの評価と配置・処遇への反映」、教育・研修では「資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実や対象者の拡大」、職場環境では「定期的なミーティング等による仕事上のコミュニケーションの充実」で、前回調査に引き続き実施している割合が高くなっており、取組みが進んでいる状況がみられる。
- 一方、「昇給または昇進・昇格要件の明確化」、「賃金体系等の人事制度の整備」で実施していない割合が高くなっており、キャリアパスの確立に向けた取組みについては依然として改善の余地があるものと考えられる。

論点2

介護福祉士については、継続的に専門性を高めることを前提とし、介護職の中核的な役割を担う存在として位置付ける方向性が示されていることを踏まえ、介護福祉士の配置がより一層促進されるよう、サービス提供体制強化加算の要件について、見直しを行ってはどうか。

対応案

- 介護福祉士については、継続的に専門性を高めることを前提とし、介護職の中核的な役割を担う存在として位置付ける方向性が示されていることを踏まえ、介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価するための区分を新設することで、介護福祉士の配置がより一層促進されるよう、サービス提供体制強化加算の要件について、見直しを行ってはどうか。

サービス提供体制強化加算

- 介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。
- また、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。(平成21年度介護報酬時創設)
- なお、「常勤職員の割合」や「一定以上の勤続年数の職員の割合」については、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を進めることを前提に、暫定的に用いている。

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。	24単位/回
夜間対応型訪問介護	① 介護福祉士が30%以上配置されていること。 ② 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。	12単位/回 (包括型 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40%以上配置されていること。 ② 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。	①：12単位/回 ②：6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】 ①：48単位/人・月 ②：24単位/人・月 【要支援2】 ①：96単位/人・月 ②：48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 複合型サービス	○ 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。 ② 常勤職員が60%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。	①：500単位/人・月 ②・③：350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。 ② 常勤職員が60%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。	①：500単位/人・月 ②・③：350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	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 常勤職員が75%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。	①：12単位/人・日 ②・③：6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①・②・③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。

サービス提供体制強化加算等に係る算定状況①

第107回 介護給付費分科会
(H26.9.3)資料より抜粋

○ サービス提供体制強化加算の算定状況をみると、介護福祉士等の割合を評価した加算（Ⅰ）の算定率は29.4%、常勤職員の割合を評価した加算（Ⅱ）の算定率は23.3%、一定以上の勤続年数を有する職員の割合を評価した加算（Ⅲ）の算定率は21.4%となっている。

	全事業所数	加算（Ⅰ）		加算（Ⅱ）		加算（Ⅲ）		合計	
		算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率	算定事業所数	算定率
訪問入浴介護	2,249	296	13.2%	—	—	—	—	296	13.2%
訪問看護	8,631	—	—	—	—	3,896	45.1%	3,896	45.1%
訪問リハビリテーション	3,551	—	—	—	—	2,622	73.8%	2,622	73.8%
通所介護	38,016	8,350	22.0%	—	—	7,409	19.5%	15,759	41.5%
通所リハビリテーション	7,163	4,191	58.5%	—	—	1,809	25.3%	6,000	83.8%
短期入所生活介護	9,052	4,110	45.4%	2,267	25.0%	1,222	13.5%	7,599	83.9%
短期入所療養介護	3,780	2,557	67.6%	714	18.9%	349	9.2%	3,620	95.8%
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	285	47	16.5%	2	0.7%	4	1.4%	53	18.6%
夜間対応型訪問介護	163	15	9.2%	—	—	—	—	15	9.2%
認知症対応型通所介護	3,767	1,247	33.1%	—	—	968	25.7%	2,215	58.8%
小規模多機能型居宅介護	4,228	887	21.0%	1,129	26.7%	190	4.5%	2,206	52.2%
認知症対応型共同生活介護	12,152	2,057	16.9%	3,457	28.4%	2,641	21.7%	8,155	67.1%
地域密着型介護老人福祉施設	1,126	190	16.9%	219	19.4%	26	2.3%	435	38.6%
複合型サービス	89	23	25.8%	8	9.0%	3	3.4%	34	38.2%
介護老人福祉施設（※3）	6,758	556	8.2%	862	12.8%	487	7.2%	1,905	28.2%
介護老人保健施設	4,003	2,754	68.8%	779	19.5%	338	8.4%	3,871	96.7%
介護療養型医療施設	1,568	473	30.2%	580	37.0%	332	21.2%	1,385	88.3%
サービス合計	106,581	27,753	29.4%	10,017	23.3%	22,296	21.4%	60,066	56.4%

※1 算定率のサービス合計は、加算の区分ごとに、算定事業所数の合計を、加算対象サービスの全事業所数の合計で除して算出。

※2 加算（Ⅰ）は主に介護福祉士等の割合を評価した加算、加算（Ⅱ）は主に常勤職員割合を評価した加算、加算（Ⅲ）は主に勤続年数を評価した加算。

※3 介護老人福祉施設については、サービス提供体制強化加算と重複して算定することができない日常生活継続支援加算の影響が考えられる。

サービス提供体制強化加算等に係る算定状況②

第107回 介護給付費分科会
(H26.9.3)資料より抜粋

	加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）	合計
訪問入浴介護	860,162	—	—	860,162
訪問看護	—	—	9,243,420	9,243,420
訪問リハビリテーション	—	—	4,936,716	4,936,716
通所介護	56,055,295	—	23,227,804	79,283,099
通所リハビリテーション	35,956,404	—	6,210,660	42,167,064
短期入所生活介護	18,726,096	5,637,735	2,820,502	27,184,333
短期入所療養介護	4,064,856	361,980	176,076	4,602,912
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	406,500	16,800	21,700	445,000
夜間対応型訪問介護	41,148	—	—	41,148
認知症対応型通所介護	2,723,313	—	957,160	3,680,473
小規模多機能型居宅介護	8,858,000	7,705,740	1,248,100	17,811,840
認知症対応型共同生活介護	10,447,332	9,638,116	7,143,047	27,228,495
地域密着型介護老人福祉施設	1,761,082	1,050,372	112,614	2,924,068
複合型サービス	222,500	54,950	20,650	298,100
介護老人福祉施設	13,655,304	10,873,398	6,148,926	30,677,628
介護老人保健施設	83,970,089	11,554,719	5,141,388	100,666,196
介護療養型医療施設	9,411,768	4,868,022	2,127,480	16,407,270
サービス合計	247,159,849	51,761,832	69,536,243	368,457,924

(単位数)

※ 加算（Ⅰ）は主に介護福祉士等の割合を評価した加算、加算（Ⅱ）は主に常勤職員割合を評価した加算、加算（Ⅲ）は主に勤続年数を評価した加算。

【出典】厚生労働省「介護給付費実態調査」の平成25年11月審査分（老健局老人保健課による特別集計）。

介護人材確保の方向性について（福祉人材確保対策検討会取りまとめ）（抄）

（基本的な考え方）

- 介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠の社会基盤であり、その確保は最重要の課題。
- 今後、「量」と「質」の好循環の確立、すなわち、多くの人材が介護に従事し、切磋琢磨を通じて資質の向上が促され、社会的・経済的評価が高まり、介護という仕事の魅力がさらに高まる循環を生み出すことが重要。
- また、生産年齢人口の減少や他業種への人材流出も懸念される中、将来の担い手たる若者や学生に「選ばれる業界」への転換を図るとともに、女性や高齢者等の潜在的な労働力のさらなる活用が求められる。
- 介護人材確保については、賃金水準の問題のみならず、より総合的・中長期的な視点で取り組むことが肝要。このため、「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」の視点からの対策を総合的に講じる必要。
- 特に、個別の地域や事業者のレベルでは、革新的な動きも見られ、それらの活動を横展開させていくことや、意欲的な取組が報われる業界としていくことが重要。
- これらの観点から、今後の方向性として、以下の11の方向性を整理したものであり、今後さらに、具体化に向けた議論を進めることが必要。

参入促進(略)

資質の向上

6. 介護福祉士の専門性と社会的評価の向上

介護福祉士について、地域包括ケアに対応し、社会的評価向上につながるよう、継続的に専門性を高め、介護職の中核的な役割を担う存在として明確に位置づける。また、離職した介護福祉士が介護の現場に再就業しやすい環境整備を進める。

労働環境・処遇の改善(略)

全体的な視点(略)

11. その他

(3) 地域区分について

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。

改定の方向性の整理(前回と今回の見直しについて)

24年度改定

所管庁	人事院	—
地域手当の設定	国家公務員の地域手当 (通勤者率の設定含)	—
対応	地域区分及び上乗せ割合について準拠	診療報酬の地域加算の考え方 (複数隣接する地域のうち、低い区分と同様にする)

27年度改定案

所管庁	人事院	総務省	—
地域手当の設定	国家公務員の地域手当 (通勤者率の設定含)	地方公務員の地域手当 (人口5万人以上の市・通勤者率の設定含)	— (人口5万人未満の市・町村・通勤者率の設定なし)
対応案	地域区分及び上乗せ割合について準拠	地域区分及び上乗せ割合について準拠	国家公務員又は地方公務員の地域区分に基づく複数隣接ルールによる地域区分からその他(0%)までの範囲内の区分を選択(※)

※ 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複数隣接する地域区分のうち、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の低い区分から本来の「その他(0%)」までの範囲内の区分を選択できる。

* 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も聴取したうえで必要な経過措置を講じる。

論点2

地域区分の見直しにあたっては、財政中立が原則である旨、前回（第107回分科会）の議論で示しているが、具体的にどのように行うべきか。

また、各サービスの人件費割合については、人員配置基準に基づき、実態を精査の上、必要に応じて見直しを行ってはどうか。

対応案

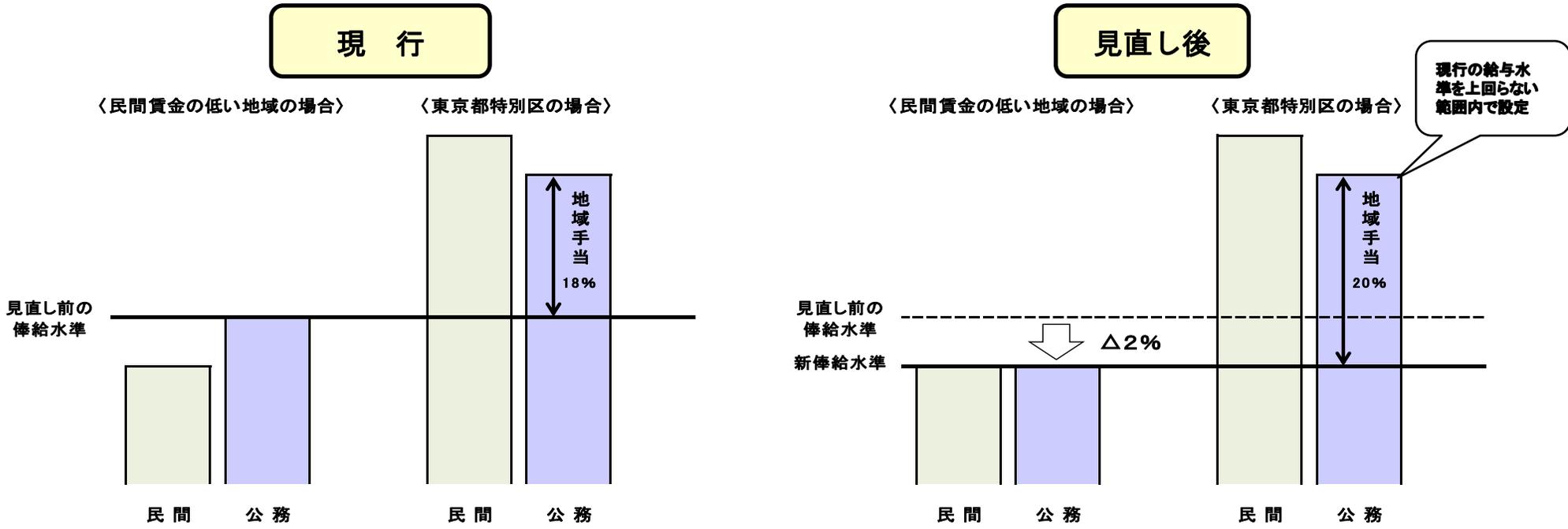
- 地域区分は、地域間における人件費の差を勘案して、地域間の介護保険費用の配分方法を調整するものであるため、財政的な増減を生じさせないように行うこと（財政中立）とする。
また、各サービスの人件費割合については、各サービスの人員配置基準に基づき、実態を精査の上、必要に応じて見直しを行うこととする。

2-② 地域間の給与配分の見直し

地域ごとの民間賃金の水準をよりの確に公務員給与に反映させるため、次のような措置を講じます。

- ① 全国共通に適用される俸給表の水準について、民間賃金の低い地域における官民の給与差を踏まえ、平均で2%引き下げます。
- ② 俸給表水準の引下げに伴い、地域手当の支給割合の見直しを行います(3%~最高20%)
- ③ 地域手当の支給地域について、更新されたデータに基づき支給地域の見直しを行います。

※ 全国各地に官署が所在し同一水準の行政サービスの提供が求められること、転勤等を含む人事管理上の事情等を踏まえると、地域手当による地域間給与の調整には一定の限界



(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)

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

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26年12月19日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 田中 滋 様

社会保障審議会介護給付費分科会委員
内田 千恵子
(公益社団法人日本介護福祉士会副会長)

平成27年度介護報酬改定にあたっての要望書

1. サービス提供責任者配置数の緩和について

サービス提供責任者には下記のような責務があるが、ホームヘルパーの人手不足等に対応するため、ホームヘルパー業務をしなければならない場合も多い。サービス提供責任者としての業務をしていないのではなく、できない状況にあると考えられる。

地域包括ケアにおいて、訪問介護サービスは必要不可欠であり、その質を担保することが住み慣れた地域で尊厳ある生活を続けていくことにつながる。そのため、サービス提供責任者の役割は重要であり、責務を十分に実行できる環境を整備する事が必要であり、単にサービス提供責任者の配置数の緩和は訪問介護サービスの質の担保にはつながらない。サービス提供責任者の配置数の緩和を行うのであれば、サービス提供責任者の補助者や業務管理・労務管理等を別な職員が行うなど十分な体制を整えての実施としていただきたい。

- ・利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえた訪問介護計画を作成。
- ・ホームヘルパーの業務の実施状況の把握（同行訪問や家族への聞き取り等）
- ・ホームヘルパーの能力や希望を踏まえた業務管理
- ・ホームヘルパーに対する研修や実技指導の実施
- ・ホームヘルパーの労務管理 など

2. 介護職員処遇改善加算について

介護職員処遇改善加算については、平成27年度介護報酬が切り下げられたとしても、加算の金額が大きく変動することのないよう要望したい。また、加算の用途については、介護職員の本俸等の改善等適正な使用となるような仕組みを工夫するとともに、加算率等を十分考えて事業者が積極的に取り組めるよう周知をお願いしたい。

さらに、事業者が介護職員処遇改善加算をどのように使っているかの実態がわからず介護職員の実感につながっていない。そのため、事業者が介護職員に対して十分に説明する必要があるとともに、取り組みが促進される環境が必要である。

3. 介護職員処遇改善加算の定量的要件について

要件として、処遇全般、教育・研修、職場環境、その他となっているが、内容については具体性のないものやさまざまに解釈できる項目、介護保険制度下での事業であれば当然の実施と思われる項目もある。たとえば「人材育成環境の整備」や「資格取得・能力向上のための措置」などについては具体的な内容に直していただきたい。

介護職員が定着し、働き続けられることや介護職員の資質の向上に資する取組みが実行されることが重要であり、そのためには要件の具体的に定義を明確化する必要がある。

平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告について

公益社団法人 日本看護協会
常任理事 齋藤訓子

今後、少子超高齢社会のもとで質の高いサービスを安定的・継続的に提供しうる介護保険制度の実現に向け、より一層の取り組みが求められる事項について、下記のとおり意見を提出いたします。

1. 自立支援に資するサービスおよびケアマネジメントの機能強化

- 自立支援、尊厳の保持という介護保険の基本理念を踏まえたサービス体系の整備に向け、今回改定で着手した各種リハビリテーションの見直しに加えて、今後は日常生活における食事・排泄・移動の自立支援等、利用者の尊厳保持と介護負担の軽減に直結するサービスの効果についてデータを収集し、自立支援に向けた幅広い取り組みを促すための報酬上の評価について検討していくべきである。
- 特養やグループホームでは、今後、医療ニーズの高い入居者への対応とともに施設内での「看取り」対応が求められる。次回の診療報酬との同時改定に向け、介護施設に対する外部からの医療サービスの導入等、医療と介護の柔軟な連携協働を可能とする仕組みについて検討が必要である。
- 自立支援に資するサービス提供の要となるケアマネジメントにおいては、利用者の要介護度を問わず、医療サービスを適切に組み込むことが課題となっていることを踏まえ、医療ニーズへの対応を含めたケアマネジメントのあり方・実施体制について早期に検討を開始すべきである。

2. 介護サービス従事者の労働環境改善に向けた取り組み

- 介護サービス従事者の確保定着を図るために、今後は従事者の腰痛予防やメンタルヘルス対策などを含め、事業者による安全衛生管理・労働環境改善の積極的な取り組みを促す方策が必要である。経営者・管理者の労務マネジメント強化を研修等で支援することに加え、介護報酬上の対応としては、例えば従事者の健康維持のために最低限確保すべき労働条件については、基本報酬の算定要件に盛り込む等の踏み込んだ対応策を検討してはどうか。
- 職員配置要件の緩和等によるサービスの効率化は必要であるものの、人員基準の緩和が職員の過重労働につながることをないよう、今回の改定によるサービス提供体制の変化については、職員の労働状況も併せて検証調査を行い、実態を把握すべきである。

平成26年12月19日

平成27年度 介護報酬改定に関する意見

公益社団法人 日本医師会

平成27年度介護報酬改定を実施するにあたり、以下のとおり意見する。

- 消費税増収分の財源を社会保障財源に充てることは、平成24年6月の「三党合意」での国民との約束であるが、本年7～9月期の国内総生産が2四半期連続の実質マイナス成長であったことから、消費税率の引き上げを平成29年4月まで1年半延期せざるを得なくなった。しかしながら、その間であっても、国民が住み慣れた地域で質の高い医療・介護サービスを受けることのできるよう、必要な財源を確保した上で社会保障の充実を図っていくとともに、万一にも短期間に激変が起き、地域医療・介護現場が混乱することによって、国民が不利益を被ることのないよう、今後の施策に対する十分な配慮が必要である。
- 介護保険サービスは、要介護・要支援状態の方をはじめとする介護等が必要な人々の尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう支援するものである。同時に、我が国の超高齢化に伴う介護需要の高まりにより、介護サービス事業は、社会福祉法人以外の多様な主体によっても運営されていること、地域の雇用・就業機会を創出するものであること、医療・福祉業に従事する者の占める割合が高い都道府県は出生率も高いとするデータが報告されていることなどから、今や地方の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。

以上

2014年12月19日

社会保障審議会介護給付費分科会
会長 田中 滋 様

公益社団法人 認知症の人と家族の会
(理事 田部井康夫)

2015年介護報酬改定に向けた意見書

2015年の介護保険制度に向けて、「家族の会」はこれまで、アピールや要望書として制度本体や介護報酬について意見を述べてきました。介護給付費分科会が大詰めを迎えるに当たり、改めて意見書を提出します。

- 1 この春、私たちが「制度の後退だ」と指摘し、署名活動を行って反対した次の項目について、今からでも撤回し、以下の通りとすることを求めます。
 - 要支援の人の通所介護、訪問介護は引き続き保険給付の対象とする。
 - 利用料の2割負担（年金収入280万円以上）への引き上げはやめる。
 - 特別養護老人ホーム対象者を要介護3以上に限定しない。
 - 施設入所者の食費・部屋代補助（補足給付）は維持する。
- 2 「家族の会」は、2011年4月13日に提出した「認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書」などで次の点を要望し、主張しています。今回の介護報酬改定でぜひ実現することを求めます。
 - **要介護認定** 認知症がある場合一次判定において要介護1以上となるシステムとする。
 - **区分支給限度額** 在宅の要介護4、5の人の支給限度額を超えた利用を給付対象とする。
 - **居宅介護支援** サービス利用に至るまでの相談援助にも報酬を認める。
 - **小規模多機能型** 基本報酬の引き上げを行う。
 - **特別養護老人ホーム** 待機者が52万人にまで増大した特別養護老人ホームの整備を国の責任において促進する。
 - **処遇改善** 利用者負担によることなく、一般財源で大幅な改善策を講ずる。
 - **認知症施策** 認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員の全市町村への配置を国の責任において早期に実現する。
- 3 今回の改定について、以下の項目について要望します。
 - 財務省の介護報酬一律6%切り下げの方針に反対する。
 - 介護予防・日常生活支援総合事業は、要介護認定により非該当となった人を対象とすることを原則とする。市町村のサービス申請の窓口には認知症に詳しい人材を配置する。

戦後まもなく、先人たちは、知恵を絞り、心血を注いで国民皆保険・皆年金の制度を実現しました。誰もが貧しかった当時と、世界の中でけっして貧しくはない今日とを比較してみたとき、困難を打開する道は必ずあるはずです。知恵を絞り安心を保障する福祉への道を切り開く施策の実施を心から望みます。 以上

第117回 社会保障審議会 介護給付費分科会
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 意見

1. 介護職員処遇改善加算について

- 介護職員処遇改善加算については、ご提案のとおり「加算」として維持し、雇用及び労働環境の更なる向上のため、発展させていくべきである。現状、定量的要件の充実を掲げているが、「定着」の観点から、勤続年数の評価も検討すべきではないか。
- 併せて、介護職員の処遇改善については、医療介護総合確保法、介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律等の要請にもあるように、財源の確保も併せ、必要な措置を講じられたい。

2. 特別養護老人ホームについて

- 特養ホームの経営環境は、消費者物価の上昇、重度化に対応した職員処遇及び増員配置など、介護の質をより高めるためにも、今回の報酬改定では少なくとも現状水準を踏まえて充実させていくべきである。

ア. 日常生活継続支援加算

- 現状、介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上かつ①要介護4・5の入所者の占める割合が70%以上、②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の占める割合が65%以上、③たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上のうちいずれかをその要件として求めている。
- 特別養護老人ホームが原則として要介護3以上の入居者に限定されることに伴い、より一層、重度要介護者に対する専門的スキル・知見が求められ、重度者の受け入れについても幅広い体制づくりに向けた基盤構築を図る観点から、特別養護老人ホームの機能に着目した当該加算の趣旨に鑑み、発展的に評価していくべきである。このことを踏まえ、以下のとおり段階的に評価をしてはどうか。

(イメージ)

要件	現行	低 < 評価 < 高		
		加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ
①介護福祉士の数	常勤換算で 6 : 1	常勤換算で 6 : 1	常勤換算で 6 : 1	常勤換算で <u>5</u> : 1
	+②③④の いずれか	+②③の いずれか	+② <u>及び</u> ③を 満たす	+② <u>及び</u> ③を 満たす
②要介護 4・5 の 占める割合	70%以上	70%以上	70%以上 <u>及び</u>	70%以上 <u>及び</u>
③日常生活自立度Ⅲ、 Ⅳ又は M に該当する 認知症の入所者の占 める割合	65%以上	65%以上	65%以上	65%以上
		+上乗せ評価	+上乗せ評価	+上乗せ評価
④喀痰吸引等を必要 とする者の割合	入所者の 15%以上	入所者の 15%以上	入所者の 15%以上	入所者の 15%以上

(加算Ⅰ)

- ・ 現行類似の加算とし、④喀痰吸引等を必要とする者の割合については、医療的措置の必要性が拡大することを考慮し、別途上乗せして評価

(加算Ⅱ)

- ・ ①介護福祉士の配置割合は同じくし、より重度の要介護者等への対応を評価する観点から②要介護 4・5 の占める割合 及び ③認知症高齢者の日常生活自立度の割合を求め、④喀痰吸引等を必要とする者の割合については、(加算Ⅰ)と同様に評価

(加算Ⅲ)

- ・ ①介護福祉士の配置割合は常勤換算方法で入所者 5 に対して 1 以上と厳格化し、①要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%以上 及び ②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の占める割合が 65%以上とし、④喀痰吸引等を必要とする者の割合については、(加算Ⅰ)と同様に評価

イ. 認知症専門ケア加算

- 平成 24 年においては、認知症高齢者は約 462 万人と推計されており、先般の認知症日本後継サミットにおいて安倍首相ご発言のとおり、認知症施策については、より加速されねばならない。
- 現状、認知症専門ケア加算については、認知症実践リーダー以上の資格者を評価対象としているが、多くの認知症高齢者の安心した生活を支えているのは、認知症実践者研修修了者においても同様であり、講義・演習、施設実習等を勘案すると、十分専門性を担保しているものと思われる。
- 従事する介護職員も、認知症介護実践研修修了者となることを以て、国家的課題である認知症高齢者へのケアに誇りをもつ土壌の醸成が必要であることから、新設区分を設定し、認知症実践者研修修了者まで加算算定要件の範囲を拡大すべきである。
- 併せて、認知症介護実践リーダー研修については、「介護業務において概ね 5 年以上従事した経験を有している者であって、実践者研修を修了し、1 年以上経過している者」とされている。
- 5 年以上従事した経験を有する者であって、実践者研修を修了して 1 年以上経過しているという要件は、介護人材確保難の時勢にあって、それだけで介護人材確保・定着に資するものであることから、実践リーダーを要件としている認知症専門ケア加算（I）は、より手厚く評価すべきである。

ウ. 多床室について

- 第 112 回 給付費分科会にて石崎参考人（福田委員代理）ご発言のとおり、平成 24 年度の報酬改定によって、実質的に多床室の整備が困難となっている状況に鑑み、地域の実情に応じた施設整備ができるよう、新設多床室の報酬を平成 24 年度以前の従来型特別養護老人ホームより低く設定していることについて是正されたい。

エ. 基準費用額（食費）について

- 多くの施設では、食費について基準費用額「1,380 円」を第 4 段階以上にも当てはめ、同一価格としており、1 人 1 日あたり 1,380 円に近い原価となるよう経営努力を行ってきたところ（参考 1）。
- 一方、基準費用額は消費税増税分を飲み込んで変更しておらず、現状は①食料料費が、景気回復と消費税増税分により値上げされていること、②調理員等の人材確保も困難な状況にあることから、現行の基準費用額では限界である。
- よって、基準費用額の食費設定について給食費実費を確認・検討のうえ、質の低下を防ぐため、少なくとも消費税増税分を反映した 1,420 円（1,380 円×1.08 ÷1.05÷1,420 円）に設定すべきである。
- 医療ニーズの高い入居者に対しては胃ろう等による特別な食事が提供されており、1 食あたり単価は施設類型によっても大きく異なる。食費の基準費用額設定にあたっては、介護保険 3 施設の平均値ではなく、特養・老健・介護療養型施設それぞれの平均実態を基に算出すべきである。

（参考 1）利用者 1 人 1 日あたり食費収益（収入） （介護老人福祉施設等 平成 25 年度 収支状況等調査）

	全体	30 人	31～ 50 人	51～ 80 人	81～ 100 人	101 人 以上
全体 (円)	1,357	1,331	1,351	1,356	1,365	1,375
施設 (件数)	1,952	51	538	837	348	178

※ 総じて食費収益（収入）は 1,380 円以下となっている。

3. 通所介護について

- 送迎における居宅内介護の送迎担当者の資格要件については、本来、通所介護事業所の介護職員に資格要件が求められていないこととの均衡を失することから、原則資格要件を求めないものとすべきである。仮に、資格要件を求めるのであれば、人員配置基準上の介護・看護職員とすべきである。

以上