

(居宅介護支援・居宅予防支援)

居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容について

1 運営基準減算の強化

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

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

2 特定事業所加算の見直し

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

・特定事業所加算(Ⅱ)＜要件の追加＞

介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。

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

3 医療との連携強化

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

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

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

・緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) → 200単位(月2回まで)

4 複合型サービス事業所連携加算の創設

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

・複合型サービス事業所連携加算(新規) → 300単位/回

5 介護予防支援の委託制限の撤廃

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

(介護保険施設)

介護老人福祉施設の主な改定内容について

1 個室ユニット化の更なる推進

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

2 入所者の重度化への対応

- 施設等の重点化・機能強化等を図る観点から、要介護度別の報酬設定を行う。

3 認知症の行動・心理症状への対応

- 認知症の行動・心理症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。
 - ・認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) → 200単位/日(入所日から7日を上限)
 - (※)算定要件： 認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると医師が判断した者に対し、介護福祉施設サービスを行った場合。

4 日常生活継続支援加算における重度者要件及び重度化への評価の見直し

- 介護老人福祉施設における入所者の重度化への対応を評価する。
- 介護職員等が、たんの吸引等を実施することが可能となったこと等に伴い、介護老人福祉施設の既存の体制加算に係る重度者の要件について、所要の見直しを行う。
 - ・日常生活継続支援加算 22単位/日 ⇒ 23単位/日
 - (※)算定要件(①～③のいずれかを満たすこと。下線部は改正点。)
 - ①要介護4・5の占める割合が入所者の70%以上であること。
 - ②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が入所者の65%以上であること。
 - ③たんの吸引等が必要な者の占める割合が入所者の15%以上であること。

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

介護保険施設からの退所後の行き先の推移

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

介護老人保健施設について

(定義)

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

(介護保険法第8条第25項)

(基本方針)

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

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



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

介護老人保健施設の主な改定内容について

1 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

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

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

(2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

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

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

2 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

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

3 地域連携パスの評価

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

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

4 認知症行動・心理症状への対応強化

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

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) ⇒ 200単位/日

5 肺炎等への対応の強化

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

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

6 ターミナルケアの評価の見直し

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケアについては、評価を見直す。

・ ターミナルケア加算	{	死亡日以前15~30日	200単位/日	⇒	{	死亡日以前4~30日	160単位/日
		死亡日以前14日まで	315単位/日			死亡日前日・前々日	820単位/日
						死亡日	1,650単位/日

(※)上記2~5については、介護療養型老人保健施設についても同様。

(参考2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

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

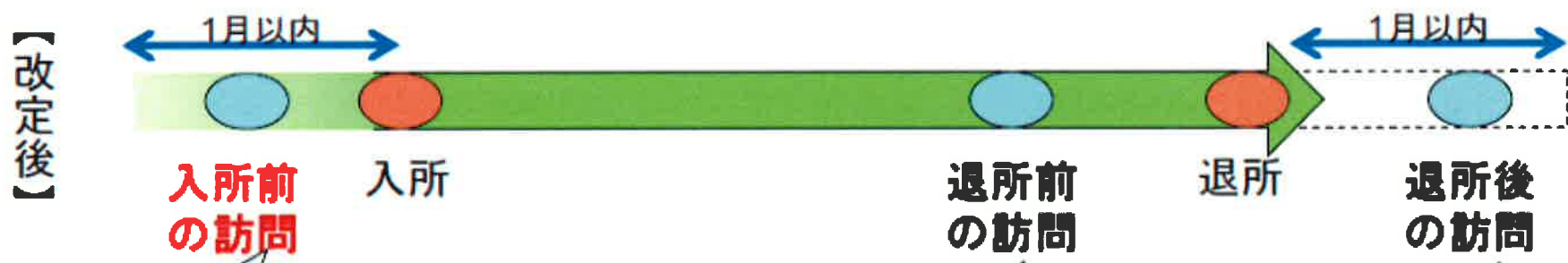
評価項目	在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算【新】
単位	5単位 (1日当たり)	21単位 (1日当たり)
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの}^{\text{注1}}}{\text{6カ月間の退所者数}^{\text{注2}}} > 30\%$</p> <p style="margin-left: 40px;">注1: 当該施設における入所期間が一月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を含む。</p> <p>b 入所者の退所後30日以内に、入所者の居宅を訪問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

改定後

※1: 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ)は廃止し、在宅復帰支援型の老人保健施設の基本施設サービス費の要件として改編
 ※2: 在宅復帰支援型の老人保健施設の基本施設サービス費を算定する場合は、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定できない。 81

(参考3) 入所者の居宅を訪問して行うサービス計画の策定に係る評価について

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



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

退所前訪問指導加算
460単位(1回)
→在宅療養に向けた最終調整を評価。

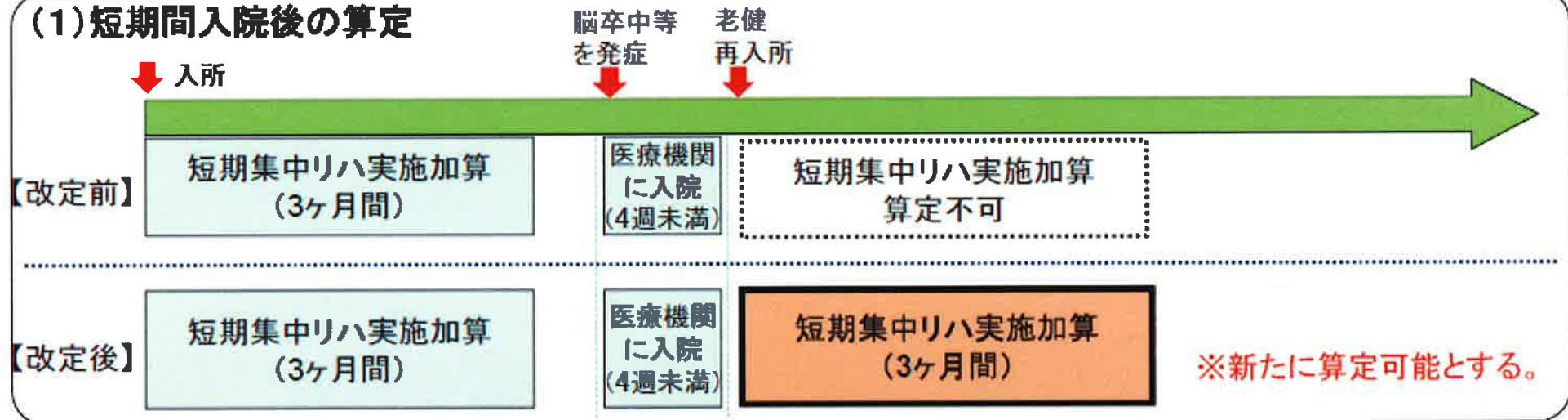
退所後訪問指導加算
460単位(1回)
→退所後の療養上の指導を評価

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

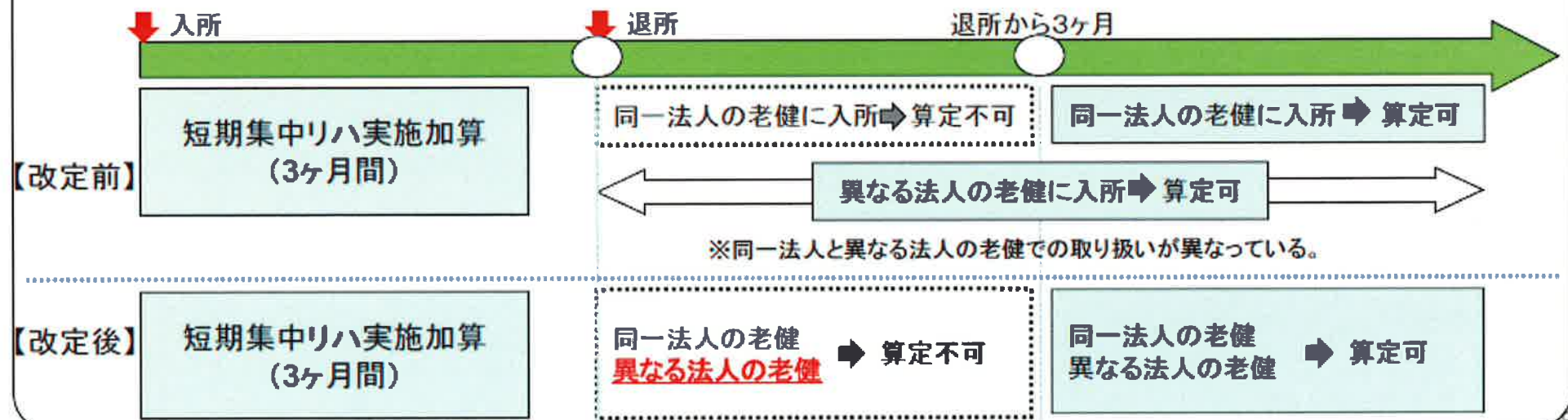
(参考5) 介護老人保健施設の短期集中リハビリテーション実施加算の要件の見直し

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

(1) 短期間入院後の算定



(2) 老健施設へ再入所した際の算定



介護療養型老人保健施設の主な改定内容について

1 基本施設サービス費の見直し

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

(例) < 要介護5 多床室の例 >	【改定前】		【改定後】
既存の要件を満たす場合	1,164単位/日	→	既存の要件を満たす場合 1,164単位/日
(新規)		→	新たな要件を満たす場合 1,233単位/日

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

2 ターミナルケアの評価の見直し

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

死亡日以前15～30日	200単位/日	→	死亡日以前4～30日	160単位/日
死亡日以前14日まで	315単位/日		死亡日前日及び前々日	850単位/日
			死亡日	1,700単位/日

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

3 転換支援策の延長

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

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

(参考)老人保健施設の床面積の基準:1床当たり8㎡

4 介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換支援

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

(参考) 介護老人保健施設の改定内容について

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

(参考) 介護療養型老人保健施設の施設要件について

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

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

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

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

介護療養型医療施設の主な改定内容について

1 基本サービス費の見直し

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

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

2 認知症への対応強化

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

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新設) → 200単位/日

※算定要件

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

3 経過型介護療養型医療施設の転換期限の延長

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

栄養マネジメント、口腔機能維持管理加算等に係る主な改定内容について

1 経口維持加算の算定要件の見直し等

- 介護保険施設における経口維持、経口移行の取組を推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、経口維持加算及び経口移行加算については、言語聴覚士との連携を強化し、経口維持加算については歯科医師との連携の算定要件を見直す。
 - ・経口維持加算の取得の指示は、医師に加え歯科医師も可能とする。
 - ・180日を超えて引き続き経口維持加算を算定する場合に加算取得の指示を受ける間隔を「概ね2週間毎」から「概ね1か月毎」にする（通知）。
 - ・経口維持加算、経口移行加算における連携職種として、言語聴覚士を追加（通知）。

2 口腔機能維持管理加算の見直し

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

・口腔機能維持管理加算：30単位/月

→

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

口腔機能維持管理加算： 110単位/月

（新たに入所者への歯科衛生士の口腔ケアを評価）

※口腔機能維持管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対して口腔ケアを月4回以上実施している場合に1月につき1回算定する。

□ 高齢者への医療と介護の提供体制

平成24年度診療報酬・介護報酬改定については、中医協や介護給付費分科会等の場で様々な議論

中でも地域包括ケアシステムに係る部分として、入退院時の医療・介護の連携や、受入れ先である介護保険施設等における医療提供のあり方についてはさらなる議論が必要と考える

また、**高齢者人口の増加に伴う、認知症高齢者の増加や独居世帯、老々世帯の増加への対策は欠かすことができない。**



まず第一に必要なことは地域で高齢者を受け入れていくための体制づくりである。

平成24年度の介護報酬改定では、**小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービス**が創設されることとなるが、**有床診療所や中小病院においては、このようなサービスを同時に提供していくことで、急性期・回復期等の医療と地域における医療、介護とを繋ぐ要として機能していくのではないか。**



また、近年、様々なところで在宅医療について議論されているが、その際に重要となるのが、医療・介護を提供する「高齢者の居場所」である。

「**高齢者の居場所**」については、自宅、居住系施設、介護保険施設、医療機関のうち、どれが適切というものではなく、**地域内にバランスよく配置されることが重要**である。

地域包括ケアシステムを真に実現するためにも、例えば地域の医師会がコーディネーターとなり、モラルハザードを防ぐ役割を担いながら、地域における高齢者の生活を守ることが大切ではないだろうか。